

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság 43. Kongresszusa



ABSZTRAKT KÖTET

2015. május 7-9.

Four Points by Sheraton****
Kecskemét Hotel & Conference Center



www.makit.hu

Prof. Dr. Baló-Banga J. Mátyás¹, Dr. Pető László²

*Központi Honvédkórház*¹

*MÁV KHT, Budapest*²

6742

Súlyos extrinsic típusú atópiás beteg kezelése

A 25 é. férfibeteg gyermekkora óta ismerten atópiában szenved. Régebben rhinitis allergica, asthma bronchiale mellett 3 éve egyre súlyosbodó bőrtünetei jelentkeztek. Emiatt 2013-ban 2 alkalommal hospitalizáció történt osztályunkon, majd gócként szereplő tonsilláit eltávolítottuk.

2013 júniusától cyclosporin A-t is kapott, valamint antihisztaminokat, sz.e. antibiotikumokat és helyi kezelést szteroid externákkal, melyet PUVA terápiával is kiegészítettünk. Tekintettel a kórfolyamat szezonálisan hullámzó lefolyására, IgE meghatározásokat végeztünk. Extrém mértékben emelkedett össz IgE mellett több outdoor és indoor antigénnel kaptunk erősen pozitív eredményt. Ugyanezen évben szeptember végén súlyos, elhúzódó asztmás roham miatt, pulmonológiai osztályon kezelték, ahol nagy dózisu kortikoszteroidot is kapott. 2014 elején súlyos, influenzához társuló gastrointestinális tünetei voltak, melyeket hetekig kezeltünk, a cyclosporin A kihagyása mellett. E gyógyszert később visszaadtuk és betegünk hónapokon át szedte. 2014 szeptembertől az asztmás panaszok romlása és a bőrtünetek változatlansága miatt omalizumabot kapcsoltunk be, a cyclosporin A elhagyása mellett. Omalizimab kezelés előtt a légzésfunkciós értékek kifejezett obstruktív ventilációs zavart mutattak, ismételten szisztémás kortikoszteroid kezelésre kényszerültünk, a beteg naponta többször rövid hatású hörgőtágítókra (SABA) szorult. Négyhetente 300 mg omalizumabot adtunk, mely jelentős állapotjavulást eredményezett, szisztémás kortikoszteroid kezelésre azóta nem szorul. A SABA adagolása minimalizálódott. Ismételt légzésfunkciós vizsgálatok közel normális értékeket mutatnak. Jelenleg ICS (inhalatív szteroid) + LABA (hosszú hatású béta agonista) kezelésben részesül. A bőrtünetek ugyanakkor alig észlelhető pozitív változást mutattak. Az IgE vizsgálatokat ekkor ismét elvégezve, az IgE szintek jelentős csökkenését észleltük, ami ellentétben állt a paraméterek krónikus idiopátiás urticariában omalizumabra észlelhető mozgásával. A viszkető, exkoriált, felülfertőzött bőr miatt antibiotikum adására kényszerültünk (2014 szept-okt). A bőrtünetek érdemi javulása akkor mutatkozott, amikor betegünknek a kéthetente adott 300 mg omalizumab mellett ismét elkezdtük adni a Cyclosporin A-t (napi 3x100 mg-t). Közben a fogászati góccok is szanálásra kerültek. Általános állapota, életminősége is jelentősen javult 2014 decembere óta, a „SCORAD” indexe 45-50-es értékről csökkent és a 20-as érték körüli szinten stabilizálódott.

6764

A fogászati allergiákban kapott epicutan teszt eredményeink összehasonlítása két vizsgálati helyen

Bevezetés: A fogászati és szájszészeti gyakorlatban előforduló allergiák két fő csoportja az (általában) korai, viharos tünetekkel járó helyi érzéstelenítés kiváltotta adverz reakciók, illetve a fogtömések, ≈pótlások, implantátumok okozta késői típusú irritatív vagy allergiás történések. Ezeket a fogorvos felvetésére a szakrendelés teszti, de az eredmény interpretálása nem egyszerű.

Célkitűzés: Azt kívántuk eldönteni, hogy a vizsgálatot indokló tünetek, diagnózisok, és a hazai piacon

hozzáférhető tesztek mennyiben adhatnak választ a fogorvosok és betegek felvetéseire különböző de területileg közeli „merítésű” beteganyagban.

Betegek és módszerek: A vizsgálatok 2011 és 2015 között történtek 107 betegen. Az „A” csoportban a betegeket részben budapesti egyetemi intézmény, részben magán fogorvosok küldték. Összesen 56 személy közül 12 férfi (kor: 46,7±14,1S.D.év) és 44 nő (kor: 47,5±14,8 S.D.év) szerepelt. A beküldő diagnózisok a betegek felénél- 2/3-nál hiányoztak. A fennmaradó esetek többségében, szájszárazság, égő száj, gingivitis, parodontosis és lichen oris, valamint többnyire fémallergia gyanúja volt az indok. A vizsgálatokat a Spiromed Kft. e.c. fogászati alapsorával, valamint szükség esetén kiegészítve a fogászati fémsorral és egyéb, a fogászati műanyagok sorában szereplő antigénekkal végeztük. A „B” csoportban a betegeket előzetes panaszai és szájszészeti vizsgálat alapján ágazati oktató kórház szakrendelése „előszűrve” küldték. Az 51 személy közül 6 férfi (kor 62,8±12,4S.D.év) és 45 nő (kor 52±13,2 S.D. év) szerepelt. A beküldő diagnózisok a betegek 63%-ban szerepeltek, illetve a longitudinális dokumentációból (MedWorks) kinyerhetőek voltak (14 BNO kód). A vizsgálatokat a fenti e.c. fogászati alapsorral, minden esetben kiegészítve a magyar standardsor króm, nikkal és kobalt antigénjeivel valamint az anamnézis szerint propylénglikollal, thiomersallal, titániummal, fakátránnyal illatanyaggal és perubalzsammal végeztük. Eredményeinket Excel táblázatok alapján értékeltük ki. Az összes vizsgálat alapján „releváns” és „irreleváns” minősítés történt. Eredmények: A kiértékelésnél célszerű volt a férfiak és a nők csoportjának elkülönítése. Az „A” csoporton belül a férfiaknál 11/224 vizsg. (4,9%) pozitív eredményt kaptunk. Kizárólag fémek szerepeltek, a kobalt volt a leggyakoribb. Relevancia =41%. Ugyanezen csoporton belül a nőknél 85/664 vizsg. (12,8%) volt pozitív, 29 allergént vizsgálva. Leggyakoribb fémallergiát a nikkal (63,6%), míg a célzott tesztek 3/3 poz. illatanyag és 2/2 poz. formaldehyd eredményt adtak. A „B” csoportban a férfiaknál 29/108 vizsg. (26,9%) volt poz. és a kobalttal azonos mértékű találatok az amalgám non gamma, a BIS-GMA és a K-dicyanoaurát antigénekkal. Összesítve az eredmények 33%-a volt releváns. A „B” csoportban a nőknél 144/810 (17,8%) poz. eredményt kaptunk, a kobalt, palládium és az amalgám non gamma sorrendben. Az eredmények 64,4%-ban relevánsak voltak. A kiegészítő célzott tesztekben a thiomersal 4/6 esetben, a fakátrány 3/4 estében volt pozitív. Izolált glossitis esetén rendre negatív eredményt kaptunk.

Összefoglalva: A fogászati alapsor célzott kiegészítő antigénekkal nemcsak a fogászati allergiák, hanem egyéb, pl. műanyagok okozta szenzibilizáció tesztelésére is alkalmas lehet. A diagnózisok szerinti protokollok kialakítása jobb együttműködést feltételezne a fogászok és a „szolgáltató” vizsgálók között.

Szublingvális immunterápia (SLIT) hatékonyságának megítélése házipor- és lisztatka érzékeny, asthma bronchiáléban és rhinitis allergicában szenvedő gyermekek eseteiben

Kevés és ellentmondó vizsgálat történt a házipor- és lisztatka érzékeny gyermekek szublingvális immunterápia eredményességéről. Rövid irodalmi áttekintés után a szerző beszámol egy saját tervezett vizsgálatról.

Legalább két éve gondozott, a bőrpróba és a specifikus IgE pozitivitás alapján házipor-és lisztatka érzékenynek bizonyult 39 asthmás és többségében rhinitises (29/39) gyermeket vontak be a vizsgálatba. Az idei házipor atka-szezonban a betegek naponta tüneti naplót vezettek (nappali és éjszakai köhögésről, fulladásról, felébredésről, fizikai terhelés kiváltotta légzészavarról, orrtüntekről, stb), havonta értékelték az asthma kontrolláltsági fokát, a nem tervezett orvosi vizitek és az exacerbációk számát, feljegyezték az állandó (inhalatív corticosteroid, hosszú hatású beta-mimetikum, leukotrien antagonist, antihisztamin, nasalis steroid, stb)) és alkalmanként használt (rövidhatású beta-mimetikum, sziszt. steroid, stb) gyógyszerek napi mennyiségét. A szülők egy visual analóg skálán havonta globálisan értékelték gyermekük orr és tüdő státuszát. A pulmonológiai szakrendelésen minden alkalommal légzésfunkciós vizsgálat, szükség szerint farmakodinámiás teszt, valamint nasalis inspiratórikus peak flow mérés történt. Ezek a paraméterek képezik az un. bázis év adatait. 2015. nyarán tervezik a Staloral®#/rkor# (D.pteronysinus D.farinae) SLIT elkezdését. Az önkontrollos vizsgálat során nyomon követik a kezelés hatását a klinikai állapotra, a légzésfunkcióra, az orr belégzési csúcsáramlás értékére és a gyógyszeresükséglet alakulására, valamint az adherenciát és az esetleges mellékhatásokat is vizsgálják.

Dr. Csáki Csilla, Dr. Bánfi Andrea

Svábhegyi Országos Allergológiai, Immunológiai és Pulmonológiai Nonprofit Egészségügyi Szolgáltató Közhasznú Kft.

6701

Tapasztalataink allergiás rhinitises felnőttek és gyermekek sublingualis immunterápiás kezelésével: parlagfű és poratka allergia kezelése összehasonlítása.

Hazánkban kb. 20 éve ismert eljárás a subcután (SCIT) illetve sublingualis (SLIT) immunterápia. Hosszú távú hatásaival gyermekeknél bizonyítottan mérsékli a későbbi allergiás asztma valószínűségét és az újabb szenzibilizációk kialakulását. Gyermekkori SLIT kezelés magyarországi tapasztalatairól a szakirodalomban még kevés adat áll rendelkezésre.

Jelen előadásomban a Svábhegyi Gyógyintézetben 2011 és 2014 között végzett sublingualis immunterápiás kezeléseket (SLIT) tapasztalatait elemezzük, külön kiemelve a gyermekkorú pácienseket. A kezelés során a betegek standardizált allergénkivonatot kaptak sublingualis oldat formájában (Staloral) 3 egymást követő évben, parlagfű allergiában pre-koszezonális formában, poratka allergiában egész évben folyamatosan.

Pácienseinket 2014.09.-10. hónapban egységesen elektronikus úton eljuttatott kérdőívvel kerestük meg, melyben az allergiás tünetek alakulását, a tüneti gyógyszerfelhasználást, a kezelés mellékhatásait és életminőségük változását retrospektív módon vizsgáltuk. A felméréshez az EAACI ajánlásnak megfelelő magyar nyelvű kérdőívet készítettünk.

Kérdőíves felmérésünkben 31 parlagfűallergiás és 14 poratka allergiás páciensünk vett részt, értékelhető választ 28 parlagfűallergiás (18 gyermek) és 12 poratkallergiás (10 gyermek) betegünktől kaptunk.

Eredményeinket előadásunkban részletesen bemutatjuk.

Parlagfű allergiás felnőtt és gyermek pácienseink már az immunterápia 1. évében a korábbiaknál enyhébb allergiás tünetekről számoltak be, kevesebb tüneti gyógyszert használtak. A kezelés 2. és 3. évében a hatás még kifejezettebb volt. Poratka allergia esetén a tüneti javulás leghamarabb a 6-12 kezelési hónapot követően volt megfigyelhető és inkább a rhinitises, kevésbé az asztmatikus jellegű tünetek javultak.

Parlagfű allergiásoknál a kezeléseket 75%-ában jelentkezett mellékhatás, leggyakrabban nyelv alatti zsibbadás, enyhe duzzanat valamint émelygés, hányinger. Poratka allergiásoknál kevesebb volt a helyi mellékhatás (40-50%), előfordult viszont 1-1 esetben az asztmás tünetek illetve fennálló ekcéma rosszabbodása, ami a kezelés abbahagyását eredményezte. Szisztémás mellékhatás, anafilaxiás reakció kezelt pácienseink között nem fordult elő.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a sublingualis immunterápia alkalmazása hazai felnőtt és gyermek beteganyagban is biztonságos és hatásos kezelési alternatíva, a napi rendszerességű otthoni adagolás gyermekeknél szülői segítséggel problémamentesen megoldható.

6784

Darázs-és méhméreg allergiás betegek követésének eredményei.

A rovarméreg allergia, mint IgE-mediálta kórkép, a ritka allergiás megbetegedések körébe tartozik, klinikai jelentőségét a súlyos szisztémás allergiás reakció, az anafilaxia kialakulásának veszélye adja. A csípés után kialakuló azonnali szisztémás allergiás reakció (egy vagy több szervi érintettséggel), amennyiben a specifikus IgE in vitro vagy in vivo módon adott beteg esetében kimutatható, abszolút indikációját képezi a méreg-specifikus immunterápiának (SIT). A méreggel megfelelő módon kivitelezett subcutan immunterápia a darázméreg allergiás betegek több mint 90, a méhméreg allergiások körülbelül 80%-ban eredményes. A nemzetközi adatoknak megfelelően az immunterápia elhagyása után egy éven belül a relapsus veszélye a darázméreggel kezelték körében 0-2%, a méhméreg allergiás betegek esetében 10-17%. Jelen vizsgálatban 556 diagnosztizált rovarméreg allergiás beteg körében elvégzett utólagos kérdőíves felmérés eredményeit ismertetjük. A postai úton elért betegeknek körülbelül felétől (49,5%) kaptunk vissza értékelhető adatokat. A vizsgálatban adatot szolgáltató betegek átlag életkora magasabb volt ($45,21 \pm 13,81$ vs $39,49 \pm 14,72$, $p < 0,0001$), mint azoké, akik az után követésben nem vettek részt, emellett esetükben az immuntherápia időtartama is hosszabbnak bizonyult ($40,34 \pm 14,53$ vs $36,57 \pm 17,81$, $p < 0,05$), Ugyanakkor a kezelés végétől a jelen felmérésig eltelt idő tekintetében a két csoport között nem volt különbség ($89,29 \pm 53,74$ vs $96,97 \pm 53,73$, ns). Az adatot szolgáltató betegek körében magasabb volt a súlyos allergiás reakció diagnózist megelőző kórtörténeti előfordulása ($63/47\%$ vs $51/49\%$, $p < 0,01$), és ugyanígy az immuntherápia végén RAST vagy bőrpróba konverziót mutató esetek ($72/28\%$ vs $61/39\%$, $p < 0,05$), valamint a kezelés befejezése után rendszeresen kontroll vizsgálaton megjelent betegek aránya ($37/63\%$ vs $25/75\%$, $p < 0,05$). Az adatot szolgáltató betegek 48%-a számolt be az allergiát okozó rovar ismételt csípéséről az ambulanciánkon történt legutolsó megjelenését követően. 41%-uk észlelt ismételt allergiás reakciót, ami azonban az esetek 90%-ban lokálisnak bizonyult. 64%-uk hordja tartósan a javasolt sürgősségi ellátást szolgáló készletbeli gyógyszereket, és az érintett esetek 75%-a arról számolt be, hogy azt szükséges helyzetben évek múltán is megjelelően tudta alkalmazni. Az immuntherápiában részesült betegek 2,4%-ánál kezdtek relapsus miatt ismételt kezelést.

6785

Szelektív IgA hiány az autoimmun betegségekben

A primer immunhiányban (PID) szenvedő betegeknél a visszatérő infekciók és az autoimmun kórképek előfordulási gyakorisága jóval magasabb, mint más betegségcsoportokban. Az autoimmun betegségben szenvedő gyermekeknél 15%-ban azonosítottak PID-t, s további 15%-nál nem meghatározott immunológiai eltéréseket találtak. (pl csökkent Ig-k, vaccina titer eltéréseket stb..).

A leggyakoribb PID a szelektív IgA hiány, mely a kaukázusiakban 1:600 arányban fordul elő. A diagnózis 4 év feletti gyermekeknél állítható fel, amennyiben a szérum IgA szintje kevesebb mint 0,07g/l érték, s az IgG és IgM szintjei normálisak.

Osztályunk beteganyagában az IgA deficienciában szenvedők adatait retrospective dolgoztuk fel. A szelektív IgA hiányos betegek 7-36%-ban társult szerv-specifikus és/vagy szisztémás autoimmun megbetegedés.

Az ide tartozó leggyakoribb kórképek az T1DM, JIA, coeliacia, SLE, thyroiditis, vitiligo, urticaria, haematológiai autoimmun-betegségek voltak.

A jövőben adatainkat szeretnénk genetikai vizsgálatokkal kiegészíteni, illv kompletté tenni. Az eredmények azt sugallják, hogy az autoimmun fenomén, - mint tünet vagy jel - hozzáadható a PID 10 figyelmeztető jeléhez a primer immundeficienciák jobb és gyorsabb felismerése érdekében.

6786

Súlyos atópiás dermatitis és PID társulása

A primer immunhiányban(PID)szennvedő betegeknel a visszatérő infekciók és az autoimmun kórképek előfordulási gyakorisága jóval magasabb, mint más betegségcsoportokban.

Fiú betegünknel születése óta meglévő hullámzó lefolyású atópiás dermatitise háttérében 11 hónapos korában táplálékfehérje allergiát véleményeztek.2éves korában bőrtünetei hirtelen,rohamosan romlottak,lázás állapot, infectió tovább tarkította a klinikumát,melyhez extrém magas össz.IgE szint,alacsonyabb IgG szint és pozitív ANF is társult.A differenciál diagnosztikai labirintus útvesztőit végig járva -kezdetben immunsupresszióként steroidot adtunk, majd a steroid rezisztentia miatt cyclosporinra váltottunk. Átmeneti javulást követően bőrtünetei nagyfokú progressziót mutattak,így a rendszeres IVIg adása mellett döntöttük. Terápia rezisztens autoimmun kórképek esetén gondoljunk PID-re.

6789

Agyi vasculitis gyermekkori manifesztációja osztályunkon 4 beteg kapcsán

A központi idegrendszert érintő primer vasculitisek ritka, súlyos, nehezen diagnosztizálható kórképek. Gyermekkorban az utóbbi időben írták le, mint reverzibilis gyulladós agyi megbetegedést. A szisztémás gyulladásra utaló tünetek hiányában a diagnózis főleg a klinikai tüneteken alapul.

Osztályunkon 4 agyi vasculitises gyermeket kezeltünk az utóbbi 1 évben. A fokális és diffúz idegrendszeri működészavarra utaló tünetek háttérében neuroinfekció nem igazolódott, a szisztémás autoimmun kórképek lehetőségét is kizártuk. A képalkotó vizsgálatok során agyi vasculitisnek megfelelő kép ábrázolódott, ezért steroid lökésterápiát kezdtünk, majd a kezelést cyclophosphamiddal folytattuk.

Betegeink maradványtünetek nélkül gyógyultak.

Dr. Diczig Brigitte Mária, Dr. Pónyai Györgyi, Dr. Holló Péter, Dr. Preisz Klaudia, Prof. Dr. Kárpáti Sarolta
SE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika (Semmelweis Egyetem)

6771

Morbus Morbihan esete: az angioneurotikus oedema differenciáldiagnosztikájának nehézségei

A facialis oedema hátterében számos etiológiai tényező állhat: immunológiai, belgyógyászati, allergológiai és infektológiai kórképek, gyógyszerek mellékhatásaként is kialakulhat.

A szerző egy 18 éves férfibeteg esetét mutatja be, aki két év alatt állandósuló és progrediáló arci oedema miatt került hospitalizációra a SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikán. Kivizsgálása során a háttérben esetlegesen fennálló kórképek felderítése céljából vizsgálatok (szövettan, képalkotó vizsgálatok, immunszerológia, IgE, hormon és komplement szintek, posztinfekciós szerológia) fül-orr-gégészeti és neurológiai konzíliumok történtek. A negatív vizsgálati eredmények és az aspecikus szövettan kép birtokában, valamint az anamnéziséből ismert acné conglobata ismeretében, kizárásos diagnózisként Morbus Morbihant állapítottunk meg.

Az acné-val illetve rosacea-val összefüggésben ismert Morbus Morbihan az orcákra, homlokra és szemhéjakra lokalizálódó, tömött tapintatú, állandósuló oedema. Patogenezise még kutatás tárgya, hátterében a bőr vérátáramlásának helyi dysregulációja illetve a bőr ultrafiltrátumának nyirokelvezetési zavara állhat, mely pangáshoz és a bőrszerkezet kötőszövetes átépüléséhez vezet. Diagnózisa a felmerülő belszervi- és bőrbetegségek, kontakt szenzibilizáció és HANO kizárását követően állítható fel, ennek kapcsán a szerző részletesen kitér az arci oedema differenciál dignosztikájára. A Morbus Morbihan kezelési lehetőségei a retinoidok, tetraciklin illetve a nyirokmasszázs alkalmazása, a kórkép azonban az esetek nagy részében terápiareszisztens.

Ritka autoantitestek meghatározása Western blot technikával szisztémás sclerosisban és autoimmun myositisekben

Ritka autoantitestek meghatározása Western blot technikával szisztémás sclerosisban és autoimmun myositisekben

A szisztémás sclerosis és a gyulladásos izombetegségek a ritka betegségek csoportjába tartozó, több belső szervet érintő autoimmun kórképek. A diagnózis felállításában és a betegség várható kórlefordulásának megítélésében (prognózis, adott szervi érintettségek várható társulása) fontos szerepe van az autoantitestek azonosításának. A rutin diagnosztikában csak a gyakoribb előfordulást mutató autoantitesteket (antinuclearis antitest, anti-centromer antitest, anti-topoizomeráz I antitest) határozzák meg, döntően ELISA technikával. Célkitűzésünk volt a ritkább autoantitestek (anti-RNS polimeráz III antitest, anti-Ro52, anti-Pm-Scl, anti-Th/To, anti-fibrillarin, anti-Ku, anti-NOR90, anti-centromer A antitestek) előfordulási gyakoriságának felmérése Western blot technikával döntően azon szisztémás sclerosissal gondozott betegeinknél, ahol az ELISA vizsgálattal autoantitest pozitívitás nem igazolódott. Emellett a myositises betegeinknél rutinszerűen végzett Western blot vizsgálatok eredményeit is összegeztük.

Irodalmi adatok alapján az anti-RNS polimeráz III antitest jelenléte diffúz bőrfolyamatra és a scleroderma renális krízis nagyobb kockázatára utal. Myositiseknél pedig az antiszintetáz antitestek (anti-Jo-1, anti-PL-7, anti-PL-12) pozitívítása előre jelezheti a betegség lefolyása során súlyos, agresszív kezelést igénylő pulmonalis fibrózis kialakulását.

Az immunglobulin pótlása során szerzett ápolói tapasztalataink, feladataink

Az ismétlődő fertőző megbetegedések háttérében gyakran immunhiányos állapotok diagnosztizálhatóak.

Az előadás során megosztjuk a hallgatósággal a terápia alkalmazása során szerzett tapasztalatainkat.

Az immunterápia történhet kórházi keretek között, de ma már lehetőség van otthoni kezelés biztosítására is. A választás az alapbetegség típusától, ill. a beteg compliance-től függ.

Ismertetjük azon ápolói feladatokat, melyek feltételei zavartalan infúziós, injekciós terápiának, ezáltal a gyógyulásnak.

Felkészítjük a beteget a helyes öninjekciózás kivitelezésére, valamint életmódbeli tanácsokkal látjuk a fertőzések elkerülése érdekében.

Az immunhiányos betegek gondozása életre szóló, team munkát igénylő feladat.

Dr. Gáspár Krisztián József¹, Dr. Baráth Sándor²Dr. Kapitány Anikó¹, Káplár Zoltán¹, Prof. Dr. Szegedi Andrea¹,
*Bőrgyógyászati Klinika (Debreceni Egyetem)*¹
*Laboratóriumi Medicina Tanszék (Debreceni Egyetem)*²

6710

Allergén specifikus immunterápia atópiás dermatitisben

Háttér: Az atópiás dermatitis (AD) egy krónikus, relapsusokat mutató gyulladós bőrbetegség, melynek kialakulásában genetikai és környezeti faktorok (pl. allergének) játszanak szerepet. Az allergén specifikus immunterápia (ASIT) alkalmazási területe a rovarméreg allergia, valamint a szénanátha, és az enyhe extrinsic asthma; alkalmazásáról AD-ben csak néhány, egymásnak ellentmondó eredményeket bemutató vizsgálat született.

Célok: ASIT hatásának vizsgálata a klinikai és szubklinikai változókra házipor atkával szenzitizált, allergiás rhinitisben és AD-ben is szenvedő betegekben.

Módszerek: A betegek klinikai (státusz; betegség-specifikus kérdőívek), immunológiai és gyulladós (regulatív és effektor T sejtek, dendritikus sejtek meghatározása - áramlási citometria; szérumban allergén specifikus IgE meghatározása - ELISA; atopya patch teszt, prick teszt), valamint bőrbarrier (Filaggrin mutáció meghatározása - molekuláris genetikai vizsgálat; szérumban TSLP szint - ELISA; TEWL meghatározása - Tewameter) paramétereinek vizsgálata az ASIT kezelés előtt és alatt, kontroll betegcsoporttal összehasonlítva.

Eredmények: Az immunológiai, klinikai és barrier változók mérése során a vizsgált paraméterekben szignifikáns változást nem találtunk, de a klinikai és barrier változók mérése során az ASIT hatására megfigyelhető az erőteljes javuló tendencia a kiindulási értékek és a kontroll csoport értékeihez viszonyítva is.

Következtetés: AD hátterében összetett patogenezis áll, mely kezelése összetett terápiát kíván. Az ASIT hatására kialakuló, és az irodalomban korábban leírt immunológiai változások mellett fontos az eddig még nem tanulmányozott fiziko-kémiai barrier változók vizsgálatát.

Dr. Hidvégi Edit

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

6757

Hogyan kerül a hisztamin az asztalra?

A hisztamin a biogén aminok közé tartozik. Lebontásában a diamnoxidáz (DAO) és a hisztamin-N-metiltransferáz enzim vesz részt. A bél DAO enzim hiánya esetén hisztamin intolerancia tünetei léphetnek fel. Hasonló tünetekkel jár a magas hisztamin tartalmú ételek, vagy olyan táplálékok fogyasztása, amelyek a hisztamin felszabadulást provokálják a hízósejtekből, illetve a DAO enzimet gátolják. A DAO enzim szintjét vérből meg lehet határozni és szükség esetén pótolni, hogy a hisztamin intolerancia tünetei ne jelentkezzenek ismételten.

Horváth Diána¹, Dr. Kőhalmi Kinga Viktória¹Veszeli Nóra¹, Dr. Zotter Zsuzsanna², Dr. Varga Lilian¹, Prof. Dr. Farkas Henriette¹,
*Semmelweis Egyetem, III. Sz. Belgyógyászati Klinika*¹
*Semmelweis Egyetem, III. Sz. Belgyógyászati Klinika, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Urológia-Andrológia Osztály, Budapest*²

6798

Befolyásolják-e az allergiás kórképek a herediter angioödéma tüneteit és a komplement paramétereiket?

A C1-inhibitor fehérje deficienciája következtében kialakuló herediter angioödéma (C1-INH-HAE) során fellépő ödémás epizódok kialakulását számos tényező befolyásolhatja. A rohamok lokalizációja, súlyossága, időpontja előre nem jósolható meg. Az allergiás reakció során a hízósejtekből felszabaduló heparin, valamint az allergén hatásra aktiválódó komplementrendszer egyaránt befolyásolhatja a C1-INH-HAE tüneteinek alakulását. Kutatásunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk, van-e összefüggés az ödémás tünetek, a komplement paraméterek, valamint az allergiás betegségek előfordulása és az IgE szintek között.

A betegek allergiás tüneteit kérdőív segítségével rögzítettük. Meghatároztuk a szérum össz IgE és a specifikus inhalatív (20 fajtát), nutritív IgE (20 fajtát) szinteket, az eozinofil sejtek számát, ezeket összevetettük az ugyanabban az évben, vagy a hozzá legközelebb eső évben mért komplement szintekkel és a különböző lokalizációjú rohamok gyakoriságával.

A 130 C1-INH-HAE-ban szenvedő betegből (57 férfi, 73 nő, átlag életkor: 40 év min.: 3 év, max.: 84 év) 72 számolt be valamilyen allergiás betegség előfordulásáról élete során. Az éves rohamszámot tekintve az allergiás C1-INH-HAE-s betegeknek több rohamuk volt (12,58), mint a nem allergiásoknak (6,61), azonban ez az eltérés nem volt szignifikáns. Az allergiás nátha tünetei az arcödéma gyakorisággal, a csalánkiütés az összes roham, illetve a szubmukózus lokalizációjú rohamok gyakoriságával mutatott összefüggést. A 130 beteg vérmintájának vizsgálata során az eozinofil szám a C1-INH aktivitásával negatív korrelációt mutatott. Fordított korrelációt találtunk az össz IgE szint és a C1q szint, valamint a pollen specifikus IgE és a C1q szint között. A specifikus IgE pozitivitás összefüggést mutatott a magasabb össz IgE szinttel.

C1-INH-HAE betegekben az allergiás kórképek előfordulása gyakoribb, mint az átlagpopulációban. Az allergiás tünetek szervi megjelenése az ödémás rohamok lokalizációját és gyakoriságát befolyásolhatja. Az eozinofil sejtek esetleges szerepe (sejtaktiváció során felszabaduló anyagok), valamint az allergének által kiváltott fokozott komplement aktiváció konzumpciós mechanizmussal hozzájárulhat a rohamok kialakulásához.

A kutatás az OTKA-NKTH 100886 keretén belül zajlott.

Horváth Heléna¹, Radó Judit¹Kovács Krisztián², Dr. Beleznay Zsuzsanna², Prof. Dr. Cserháti Endre¹, Dr. Mezei Györgyi¹,
*SE ÁOK I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika (Semmelweis Egyetem)*¹
*SE ÁOK Laboratóriumi Medicina Intézet (Semmelweis Egyetem)*²

6783

Keresztreagáló szénhidrát determinánsok rovarméreg allergiáknál

Bevezetés: Több rovarméreg allergén keresztreagáló szénhidrát determinánsokat (Cross-reactive Carbohydrate Determinants (CCD) visel. Ezek jelentős struktúrabeli homológiát mutatnak a különböző fehérjecsaldokkal, ezért szerepet játszanak a kereszt reaktivásban a diagnosztikus kivonatok alkalmazása esetén.

Beteganyag, esetismertetés: Jelen vizsgálatunkban 28, (átlag életkor: 13,2 év, fiú: 19, lány: 9) rovarméreg allergia miatt vizsgált gyermek közül hat esetben kaptunk CCD-pozitivitást, az ő eseteiket ismertetjük, abból a szempontból, hogy mennyiben segíti elő a kereszt reaktivitás ismerete a diagnosztikát és a kezelést rovarméreg allergiában.

Módszerek: A hat beteg esetében mind a hagyományos ELISA-technika, mind pedig a molekuláris vizsgálatok továbbfejlesztett Western Blot-módszerrel megtörténtek. A tesztcsíkon tisztított méh (i1), darázs (i3) és rekombináns méh (rApi m1), valamint darázs (rVes v5) molekuláris allergének és a keresztreagáló szénhidrát oldalláncok meghatározása történt. Intracutan titrációs bőrpróbával (HAL allergének) vizsgáltuk a rovarmérgekre-, valamint prick teszttel a légúti- és ételallergénekre adott válaszokat.

Eredmények: Hat anafilaxiás CCD pozitív rovarméreg allergiás gyermekből kettőnél a negatív ELISA ellenére a molekuláris allergológiai tesztek igazolták a rovarméreg allergiát a bőrpróbával egybehangozóan. Ötükénél az immunterápia indikált volt valamennyi lelet figyelembevételére alapján: 3 darázs és méh, 1 méh, 1 darázskezelés formájában. Egy betegnél az anamnézis, a bőrpróba és a labor leletek birtokában sem lehet eldönteni egyértelműen az immunterápia szükségességét. A CCD pozitívoknál jelentős számú légúti-, és ételallergén elleni szenzibilizáció is jelen van, leggyakrabban a parlagfű, mogyoró, poratka, paradicsom.

Konklúzió: A kettős szenzibilizáció okának felderítésében lehet szerepe a keresztreagáló szénhidrát oldalláncok meghatározásának. Az értékelésben nehézséget jelent, ha a beteg a rovarmérgeken kívül légúti vagy étel allergénnel is szenzibilizált, azonban a rovarméreg immunterápia megválasztásában nagy előrelépést jelent a molekuláris allergológia tesztek bevezetése, ezen belül a CCD jelenlétének ismerete.

Dr. Hufnagel Csilla¹, Dr. Hanyecz Anita¹Dr. Kálmán Endre², Dr. Várszegi Dalma¹, Dr. Gyulai Rolland¹, Dr. Kinyó Ágnes¹,
*PTE KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika (Pécsi Tudományegyetem)*¹
*PTE KK Patológiai Intézet*²

6800

Pemphigus vulgaris kezelése rituximabbal

A pemphigus vulgaris kezelésében bázisterápiaként steroid és azathioprin adása szerepel elsősorban, ritkábban methotrexát adására van lehetőség, illetve az új irányelvek a rituximab alkalmazását is javasolják. A pemphigus vulgarisban szenvedő betegünk tünetei 2012-ben jelentkeztek, kiterjedt nyálkahártya eróziókkal és mitigált bőrtünetekkel. A bevezetett közepes dózisú methyl-prednisolon (MP), majd MP-azathioprin kombináció több hónapon keresztül adása mellett sem sikerült érdemi javulást elérni, az alkalmazott terápia mellett inzulin-igényes diabetes mellitus és steroid myopathia jelentkezett, mely miatt a steroid dózisát csökkenteni kellett. A betegnél 2014. októberében 2 alkalommal, a 0. és 15. napon 1000-1000mg rituximab adása történt a protokollnak megfelelően. A kezelést követően a beteg bőr- és nyálkahártya tünetei jelentős javulást mutattak, a csaknem tünetmentes állapot 5 hónappal a rituximab kezelést követően is fennállt. Esetismertetésünkkel a rituximab terápiás hatékonyságára hívjuk fel a figyelmet, valamint szeretnénk hangsúlyozni, hogy a nem megfelelő dózisban alkalmazott kezdeti steroid terápia sokkal inkább steroid-rezisztencia kialakulásához és jóval kifejezettebb mellékhatások jelentkezéséhez vezethet.

Dr. Jakobicz Eszter, Palotás Zsuzsanna, Dr. Bebes Attila, Dr. Ónodi Katinka, Lászlóné Gordos Edit, Prof. Dr. Kemény Lajos, Prof. Dr. Bata-Csörgő Zsuzsanna
SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika (Szegedi Tudományegyetem)

6765

A gyógyszerallergiákban használt limfocita transzformációs teszt (LTT) analízise

Bevezetés: A gyógyszerallergiák diagnózisára szolgáló in vitro módszerek közül a limfocita transzformációs teszt (LTT) tekinthető az egyik legmegfelelőbb eljárásnak, azonban nem ismert, hogy a pozitív eredmény háttérében milyen sejttípusok proliferációja áll, valamint hogy a pozitívitás hosszú időn keresztül detektálható marad-e? Vizsgálatainkban ezekre a kérdésekre kerestünk választ.

Anyagok és módszerek: A vizsgálatunkba olyan betegeket vontunk be, akiknek egy korábbi LTT tesztje pozitív eredményt adott. Megismételtük az LTT vizsgálatot és flow citometriás módszerrel elemeztük a pozitív LTT eredményt adó sejtkultúrák összetételét. Emellett gyógyszerallergiás tüneteket mutató betegek vérének sejtösszetételét vizsgáltuk akut és gyógyulási szakban flow citometriás módszerrel. A különböző sejttípusok jelölésére a következő markereket használtuk: CD2, CD3, CD4, CD8, CD19 és CD56.

Eredmények: A korábban 23 betegen elvégzett 32 pozitív eredményt adó tesztből a későbbi (átl. 3,63 hónap), ismételt vizsgálatkor mindössze 4 maradt pozitív. Vizsgálatunk összefüggést mutatott ki az LTT pozitívítása és a tünetek kezdetétől a teszting eltelt idő között. A 3 ismételt pozitív beteg in vitro sejtkultúráinak összetétele nem mutatott egységes változást gyógyszer hatására, a betegek a klinikai tünetekben és a kiváltó gyógyszerekben is különböztek. Az akut szakban, 10 betegen végzett 35 tesztből összesen 2 teszt lett pozitív. Az akut szakban vizsgált betegek vérének sejtösszetétele a klinikai tünetektől függően eltért egymástól.

Következtetés: Eredményeink alapján az LTT pozitívítása függ a vizsgálatig eltelt időtől, akut szakban a teszt ritkán pozitív, ugyanakkor hosszabb idő elteltével a pozitívitás gyakran nem marad detektálható. Eddigi vizsgálataink szerint a pozitívitás háttérében úgy tűnik, hogy a különböző klinikai tünetek esetén más-más sejttípusok proliferációja azonosítható.

Dr. Kadocsa Edit

SZTE Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika

6759

Allergén specifikus immunterápia értékelése allergiás rhinoconjunctivitis klinikai vizsgálataiban. EAACI ajánlás2014.

A szerző ismerteti a 2014-ben megjelent EAACI ajánlást az allergén specifikus immunterápia (ASIT) hatékonyságának értékeléséről allergiás rhinoconjunctivitis betegek klinikai vizsgálataiban.

Az ajánlás célja: feltárni az eddigi klinikai vizsgálatok tanulságai alapján a leggyakrabban alkalmazott kilenc módszer előnyeit, hátrányait és hiányosságait. Konkrét ajánlásokat fogalmaz meg a további ASIT-val kapcsolatos klinikai tanulmányok értékelésére, és a kutatás jövőbeni irányait is kijelöli.

Elsődleges végpontként egy kombinált tüneti és gyógyszerfogyasztási jegy alkalmazását javasolja a jövőbeni klinikai vizsgálatokban. Pollen-allergiában az orrtünetek (orrfolyás, orrdugulás, tüsszögés, orrviszketés) és szemtünetek (szemviszketés/vörösödés és könnyezés), míg nem pollen okozta allergiás rhinitisben csak az orrtünetek 0-3 pontokkal való értékelését javasolják, amiből napi tüneti jegyet számolnak (dSS). A kiegészítő gyógyszeresedés (antihisztamin=1, nazális szteroid=2, szisztémás szteroid=3) alapján adott a napi gyógyszeresedési jegy (dMS). A kettő egyenlő súllyal szerepel a napi kombinált tüneti és gyógyszeresedési jegy kiszámításában (sCSMS).

A többi, eddig alkalmazott végpontok további vizsgálatát, validálását, és másodlagos végpontokként való használatát javasolja az irányelv.

Kajdácsi Erika, Dr. Jani Péter K., Dr. Csuka Dorottya, Prof. Dr. Prohászka Zoltán, Prof. Dr. Farkas Henriette, Dr. Varga Lilian, Dr. Cervenak László
SE III. sz. Belgyógyászati Klinika, Kutatólabor

6795

Vazoaktív peptidek szintjének vizsgálata hereditár angioödémában

A C1-inhibitor (C1-INH) hiány okozta hereditár angioneurotikus ödéma (HANO) egy autoszomális domináns módon öröklődő betegség. Hátterében a hibás bradikinin (BK) metabolizmus áll, mely HANO-s rohamok alatt emelkedett BK szintet okoz. Kutatócsoportunk előzőleg már kimutatta, hogy a rohamok alatt az endotelin-1 (ET-1) szintje is emelkedik. Mind a BK mind az ET-1 is erős vazoaktív hatású peptid de ilyen irányú szerepüket, illetve más vazoaktív peptideket még nem vizsgálták HANO-ban.

Három vazoaktív peptid, az ET-1, az arginine vasopresszin (AVP) illetve az adrenomedullin (ADM) szintjét mértük le 100 HANO-s beteg rohammentes mintájában, 111 kontrol személyben BRAHMS Kryptor módszerrel. A 100 betegből 18 betegnek rendelkezésünkre álltak roham alatt levett mintái (n=46), melyekben szintén lemértük a 3 vazoaktív peptid szintjét, és összehasonlítottuk a rohammentes mintáikban mért értékekkel.

Nem találtunk különbséget a kontroll személyek és a HANO-s betegek rohammentes időszakból származó mintáiban mért ET-1, AVP és ADM szintjében. Roham alatt viszont mindhárom vazoaktív peptid szintjét emelkedettnek találtuk a betegekben.

Vizsgálatunkból arra következtethetünk, hogy a HANO-s rohamok alatti vaszkuláris regulációt a vazoaktív peptidek is befolyásolják. Eredményeinkből úgy tűnik, hogy több különböző vazoaktív peptid együttesen közrejátszhat a rohamok alatti emelkedett BK szint hatásának ellensúlyozásában, és esetlegesen a roham spontán befejeződésében. Mivel az optimális profilaxis és a terápia még nem teljesen megoldott a HANO-ban, így eredményeink esetleg új irányt mutathatnak a terápiás lehetőségek keresésében.

A kutatás az OTKA-NKTH 100886 keretén belül zajlott.

Dr. Kiricsi Ágnes¹, Tokodi Margaréta¹, Csábi Eszter², Dr. Bella Zsolt¹, Prof. Dr. Rovó László¹,
*Szegedi Tudományegyetem Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika*¹
*Szegedi Tudományegyetem Pszichológiai Intézet Kognitív és Neuropszichológia Tanszék*²

6779

Nazális provokáció kiváltotta reakciók vizsgálata sportoló versus nem sportoló parlagfű allergiás betegeken

Számos külföldi kutatócsoport foglalkozott az allergén expozíció fizikai teljesítőképességre illetve kognitív funkciókra gyakorolt hatásával. Kimutatták, hogy az allergiás tünetek időszakában a betegek tanulási nehézségekkel, memóriazavarokkal küzdenek, illetve fizikai teljesítőképességük, sportban elért eredményeik romlanak.

Jelen nyílt prospektív klinikai vizsgálatunk célja az volt, hogy objektivizáljuk az egyszeri allergén expozíció milyen mértékben változtatja a vizsgált egyén fizikális és szellemi funkcióit. 14 beteg került bevonásra: 7 fő élsportoló és 7 fő rendszeresen nem sportoló parlagfű allergiás. A kezdeti tünetmentes időszak eredményeit hasonlítottuk össze az egyszeri allergén expozíció után mért értékekkel. A betegeket önmagukhoz viszonyítva értékeltük a pollenmentes, illetve a pollen expozíció idején.

Prick teszttel igazolt parlagfű allergiás betegeken először fül orr gégészeti vizsgálatot, orrendoszkópiát végeztünk. Mindkét csoport tagjait 30 IR/ml dózisú parlagfű allergénnel provokáltuk. Pollenszezon előtt tünetmentes időpontban, illetve provokációt követően tüneti összpontszámot (VAS), légzésfunkciós vizsgálatot, NIPF-et, akusztikus rhinometriát végeztünk. Eredményeink azt mutatták, hogy az élsportolók eredményei már a kiindulási értékekben is szignifikánsan jobbak voltak és ez a különbség provokálást követően is megmaradt. Az ösztüneti pontszám, NIPF illetve akusztikus rhinometria tekintetében nem észleltünk szignifikáns különbséget, a légzésfunkciós értékek azonban szignifikánsan jobbak voltak a sportolók esetében.

A reumatológiában alkalmazott biológikumok immunogenitásának jelentősége

A biotechnológiai készítmények - monoklonális antitestek és fúziós proteinek - forradalmi változást hoztak a gyulladáshoz és autoimmun eredetű reumatológiai betegségek kezelésében, várható kimenetelében. Az immunogenitás egy termék azon képessége, amely révén önmagára specifikus immunválaszt indukál. Minden idegen fehérje, így a biológiai terápiák is immunogének, és specifikus immunválaszt váltanak ki. Az így megjelenő gyógyszerellenes antitestek (ADAb) csökkenthetik a kezelés biztonságát hiperszenzitivitási reakció előidézésé révén. Az ADAb felelős lehet a készítmény másodlagos hatástalanságáért, hogyha mint neutralizáló antitest az aktív ligandkötő helyet blokkolja, vagy nem neutralizáló ellenanyagként gátolva a gyógyszer keringésbe való bejutását, illetve immunkomplexet képezve fokozza annak kiürülését, megváltoztatja a farmakokinetikai és farmakodinámiai sajátosságokat. Az immunogenitást számos tényező befolyásolja, mint pl. a) készítmény specifikus faktorok (szerkezet és tisztaság), b) betegség specifikus faktorok (alapterbetegség, reumatoid faktor vagy gyógyszer a keringésben) és beteg specifikus tényezők (farmakogenetikai sajátosságok, társbetegség), végül c) kezelés specifikus faktorok (az alkalmazás i.v. vagy s.c. módja, egyéb gyógyszerek, különös tekintettel az immunszuppresszív készítményekre). A gyógyszerellenes antitest képződés fontos gyakorlati kérdés, mely felveti a kimutatásukra és a gyógyszer szint mérésre adekvát módszerek kidolgozásának és validálásának szükségességét (pl. RIA, ELISA technikák). Valamennyi alkalmazott módszer esetében ismertek preanalitikai hibák és módszertani korlátok. A gyógyszer szint mérése és a gyógyszerellenes antitest együttes kimutatása nagymértékben befolyásolja a terápiás döntést. Mivel segíti a primer és szekunder hatástalanság megkülönböztetését, terápiás konzekvenciája van. Ma már ADAb mérésre alapozott algoritmusok segítik annak eldöntését, hogy dózisemelés, másik TNF alfa gátlóra váltás vagy más hatásmechanizmusú készítmény indítása vezet-e a legjobb eredményre.

Western blot és ELISA vizsgálatok autoimmun hólyagos bőrbetegségekben

Autoimmun hólyagos kórképekben az epidermiszben vagy a bazális membrán mentén hólyagok képződnek. Patogén autoellenanyagok termelődnek a dezmoszómák, hemidezmoszómák vagy a bazális membrán egyéb fehérjéi ellen, amelyek a keringésben is megjelennek. Ezen patogén ellenanyagok kötődése a sejt-sejt, sejt-kötőszövet kapcsolódások gyengüléséhez vezet. Az autoimmun hólyagos betegségek a következőképpen csoportosíthatók: dezmoszómális (pemphigus), hemidezmoszómális (pemphigoid), bazális membrán típusú szubepidermális hólyagképződéssel járó nem hemidezmoszómális autoimmunitás és a dermatitis herpetiformis.

Klinikánkon az autoimmun hólyagos bőrbetegségek diagnózisa a bőr szövettani, direkt és indirekt immunfluoreszcens vizsgálatával, valamint a keringő ellenanyagok azonosításával történik. A szérumból mind az IgA-, mind az IgG-típusú ellenanyagok kimutatását végezzük. Az autoimmun hólyagos kórképek autoantigénjei közül a bullosus pemphigoid antigén 1 (BPAg1, 180 kDa) és BPAg2 (230 kDa), desmoglein 1 (160 kDa) és 3 (130 kDa) meghatározása történik ELISA technikával. A Western blot vizsgálat előnye, hogy más elsősorban paraneoplastikus pemphigusban előforduló hám ellenes antitestek detektálását is lehetővé teszi. A keringő antitestek meghatározása a diagnózis pontosítása mellett a betegség súlyosságáról is felvilágosítást ad.

Kothenczné Balogh Ilona

SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

6780

„Allergia teszt, de melyik?” Vizsgálati lehetőségek az allergológiai ambulancián.

Világszerte egyre több a vélt, vagy valós allergiás tünetekkel jelentkező betegek száma.

A leggyakrabban pollenallergiás, asztmás, ételallergiás és ekcémás tünetekkel fordulnak a szakemberekhez.

Allergológiai ambulanciánkon ezen betegségek okainak kiderítésében próbálunk segítséget nyújtani a különböző allergia tesztekkel.

Klinikánkon lehetőség van többféle epicután teszt, prick teszt, ill. laboratóriumi vizsgálat elvégzésére.

Az előadás ahhoz próbál segítséget adni, hogy „melyik teszt, mire is való”, milyen feltételek mellett lehet elvégezni őket, mi a vizsgálat menete.

Dr. Kóhalmi Kinga Viktória¹, Veszeli Nóra¹, Dr. Zotter Zsuzsanna², Dr. Várnai Katalin³, Dr. Varga Lilian¹, Prof. Dr. Farkas Henriette¹

Semmelweis Egyetem, III. Sz. Belgyógyászati Klinika - Kutatólaboratórium¹

Semmelweis Egyetem, III. Sz. Belgyógyászati Klinika - Kutatólaboratórium, Magyar

Honvédség Egészségügyi Központ, Urológia-Andrológia Osztály, Budapest²

Semmelweis Egyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet³

6797

A C1-inhibitor koncentrátum alkalmazása nem fokozza a tromboembólia kialakulásának rizikóját hereditár angioödémában szenvedő betegekben

A plazmából tisztított C1-inhibitor koncentrátum (pdC1-INH) biztonságos és hatékony terápiás lehetőség a C1-inhibitor deficiencia következtében kialakuló hereditár angioödéma (C1-INH-HAE) kezelésében. Annak ellenére, hogy csak kevés közlemény jelent meg és mindössze egy vizsgálat történt újszülöttek bevonásával, akik esetében a pdC1-INH off-label alkalmazása történt magas dózisban, a gyógyszert trombólízisra és embóliára hajlamosítónak tartják.

Retrospektív tanulmányunkban az Országos Angioödéma Központban rendszeresen gondozott betegek közül 143 C1-INH-HAE betegben (78 nő, 65 férfi, átlag életkor: 38.82 év, min: 2 év, max: 84 év) az 1996-2014 közötti időszakban vizsgáltuk a trombólízis és embólia előfordulását, a trombólízisra hajlamosító tényezőket, a beadott pdC1-INH mennyiségét. Összehasonlítottuk a trombólízis és embólia előfordulását a pdC1-INH-t kapó és nem kapó betegekben, figyelembe véve a trombólízisra hajlamosító tényezőket is.

A 144 vizsgált beteg közül 101 beteg kapott pdC1-INH-t ezen obszervációs periódusban, összesen 1 516 500 NE-t (átlagosan 14 868 NE/beteg, min: 500 NE, max: 203000 NE). Egy beteg sem használt állandó katétert. A maximális éves felhasználás 136500 NE volt, amelyet egy beteg a terhessége és szoptatás alatt kapott, és aki emellett tranexámsavat szedett. A 101 betegből 92 betegnek volt trombólízis rizikófaktora (61 beteg szedett danazol, 43 beteg tranexámsavat, 4 orális fogamzásgátlót, 11 betegnek magas a trombofília rizikója).

Összesen 2/144 betegnek volt trombólízisa és embóliája is, akik trombofiliások, ezért antikoaguláns kezelésben részesülnek. Közülük csak az egyik beteg kapott a későbbiekben pdC1-INH kezelést, de ez nem okozott tromboembóliás szövődményt.

Hosszú távú nyomon követéses vizsgálatunk eredménye alapján a pdC1-INH nem fokozza a trombólízis és az embólia kockázatát annak ellenére, hogy a betegekben számos egyéb trombólízisra hajlamosító tényezőt lehetett explorálni.

A kutatás az OTKA-NKTH 100886 keretén belül zajlott.

Dr. Major Tamás¹, Dr. Rácz Tamás¹, Dr. Bora László¹, Dr. Jóni Natália¹, Dr. Alef Thomas²,
Thiele Bernhard², Bárdossy Péter³, Dr. Bereczky Zsuzsanna⁴
*Heves Megyei Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézete*¹
*Institut für Immunologie und Genetik Medizinisches Labor, Kaiserslautern*²
*csaladfakutatas.hu*³
*Debreceni Egyetem, Klinikai Kutató Központ*⁴

6793

Hereditær haemorrhagiás teleangiectasiában szenvedő családok vizsgálata

A hereditær haemorrhagiás teleangiectasia (Osler-Weber-Rendu betegség, HHT) autoszómális domináns módon öröklődő, a bőr és nyálkahártyák teleangiectasiájával, illetve különböző belszervek arteriovenosus malformatióival (AVM) járó érfejlődési anomália. Prevalenciája 1:5000. A genetikailag heterogén betegséget a transzformáló növekedési faktor β (TGF- β) szignalizációs kaszkád különböző fehérjéit kódoló gének mutációi jellemzik. A HHT esetek 80 %-ában a mutáció az endoglin (ENG) vagy az aktivin receptorszerű kináz (ALK1) génjét érinti. A definitív diagnózist az alábbi 4 ún. Curacao-kritérium közül legalább 3 jelenléte adja: 1. spontán recidív orrvérzés; 2. mucocutan teleangiectasiák (ajkak, nyelv, szájüreg, ujjak); 3. belszervi AVM (tüdő, agy, máj, stb.); 4. HHT-ban szenvedő közvetlen családtagok megléte. A mutációk család-specifikusak: a proband személyben azonosított mutációra szűrik az egyelőre tünetmentes utódokat (a penetrancia 20-40 éves korra tehető). Az adott mutációra nézve heterozigóta utódok a fenti kritériumok szerint részletes kivizsgálást és gondozásba vételt igényelnek, még a tünetek megjelenése előtt.

Vizsgálatunkat a Kórházunk ellátási területén élő probandok felkutatásával kezdtük, később azonban a Heves megyén kívül élő családtagok szűrését is elvégeztük és új - Heves megyén kívül élő - családok is felkeresték munkacsoportunkat.

Tíz családban végeztük el a genetikai vizsgálatot, mindegyik esetben sikerült azonosítani a patogén mutációt. További 2 család probandjának ENG/ALK1 szekvenálása még folyamatban van. Öt családban ENG, további 5-ben ALK1 mutációt észleltünk, köztük két, korábban még nem közöltet (ENG c.816+5G/A, ALK1 c.625+1G>C). A Definitív HHT betegek száma 33, közülük 29-ben detektáltunk mutációt, négy betegben a genetikai szűrés még folyamatban van. További 8 fiatal egészséges családtag is heterozigótának bizonyult, kivizsgálásukat megkezdtük. Mintegy 30 egészséges családtag a vad típusú ENG/ALK1 gént hordozza, esetükben nem várható a HHT kialakulása.

Jelen munkánkkal egy ritka, igen változatos tünettannal járó - és ennek megfelelően a hallgatóság soraiban ülő, valamennyi diszciplinát (belgyógyászat, pulmonológia, gyermekgyógyászat, fül-orr-gégészet) képviselő kollégát érintő - genetikai betegségre szeretnénk felhívni a figyelmet. Minden kollégát bátorítunk arra, hogy HHT gyanús beteg esetén, a család genetikai vizsgálata céljából keresse fel munkacsoportunkat!

Dr. Nagy Adrienne

Heim Pál Gyermekórház Allergológia

6754

A komponens alapú allergia diagnosztika jelentősége

Magyarországon jelenleg az allergia in vitro és in vivo diagnosztikája az adott fehérje teljes natív, ill. tisztított allergénjére történik általában. Az egyes allergének high risk és low risk komponensei ellen termelt specifikus IgE meghatározása (kvantitatív solo/panel ImmunoCAP vagy semikvantitatív panel microarray chip technológiával) lehetőséget teremt a valódi allergia és a keresztreakciók miatti fals pozitívitás elkülönítésére. Egyben prognosztikai és prediktív jelentőségű az allergia súlyosságának, kinőhetőségének jóslására. A táplálékallergia diagnosztikájában arany standard ételterhelés egy részét feleslegessé vagy éppen kontraindikálttá teheti megkímélve ezzel a betegeket, egészségügyi személyzetet és a társadalombiztosítót. Ételallergia esetén a diéta szigorúsági fokának eldöntésében is fontos támpontot nyújthat. Légúti polialergiások oki terápiájának tervezésekor döntéstámogató szerephez jut a célzott allergénspecifikus immunterápia kiválasztásában. E diagnosztikus módszer magyarországi bevezetése küszöbön áll. Az allergológiai szaktudást igénylő indikáció és értékelés szükségessége visszaterelheti az öngyógyító betegeket a szakrendelőkhöz, ahol egy magasabb színvonalú ellátásban részesülhetnek.

Dr. Nagy Adrienne¹, Balogh Katalin², Mohácsi Katalin³, Gönczi Ferenc⁴
*Heim Pál Gyermekórház Allergológia*¹
*Budai Allergiaközpont*²
*Aranyklinika, Szeged*³
*Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet, Debrecen*⁴

6755

Monoid allergoid az allergénspecifikus immunterápiában, hazai tapasztalatok

Az allergénspecifikus immunterápiában többféle módon előállított allergéneket használnak. Tisztított natív allergéneket, szintetizált, rekombináns allergéneket, peptid allergéneket, stb. A monoid allergoid az allergéneken végzett olyan kémiai módosítással jön létre, mely hatására az allergénitás megőrzése mellett a szer mellékhatásai minimalizálódnak. Magyarországon évek óta használunk monoid allergoidot a szénanátha oki kezelésére. Beszámolónkban több allergológiai szakrendelés adatait elemezzük. Eredményeink szerint a LAIS parlagfű sublingualis immunterápiában részesült rhinoconjunctivitiszes betegek tüneti és gyógyszerhasználati score-jai szignifikáns javulást mutatnak kellő hosszúságú kezelési idő esetén.

6766

Orvostechnikai eszközök okozta kontakt dermatitis

A biotechnológia és az elektronika rohamos fejlődésével egyre több orvostechnikai eszköz segíti a betegek kezelését. Ezek egy része tartósan beépítésre kerül a szervezetbe (protézisek, tartós kanülök, pacemakerek, implantátumok), más részüket a beteg huzamosan a testéhez rögzítve vagy csatlakoztatva viseli (subcutan pumpák, adagolók, katéterek), így ezek anyagaival tartósan érintkeznek, velük szemben túlérzékenység alakulhat ki.

Több, mint 50 éve ismert, hogy az ortopédiai és fogászati implantátumokban előforduló nikkell és egyéb orvosi fémek kontakt allergiát okozhatnak. Napjainkra a potenciális allergének spektruma kibővült, számos egyéb anyagról (akrilátok, szilikonok, ragasztóanyagok, stb.) is bebizonyosodott, hogy orvostechnikai eszközök alkotórészeként is túlérzékenységet okozhatnak.

A szerzők az újabb irodalmi adatok áttekintése kapcsán megállapítják, hogy az orvostechnikai eszközök allergénjei közt napjainkban az akrilátok kiemelt jelentőségűek, felhívják a figyelmet a korai akrilát szenzibilizáció veszélyeire. A témához kapcsolódóan néhány esetüket ismertetik, melyek során pl. Dexcom G4 vércukormérő készülék, hallókészülék, vagy kontaktlencse viselés okozott kontakt allergiát.

Dr. Ónodi Katinka

SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika (Szegedi Tudományegyetem)

6761

Toxicus epidermalis necrolysis súlyos nyálkahártya manifesztációval

A gyógyszer indukálta toxicus epidermalis necrolysis (Lyell-szindróma) ritkán előforduló, igen rossz prognózisú megbetegedés. A későn diagnosztizált kórképek kimenetele az adekvát terápia ellenére is kétséges. Előadásunkban egy nem időben felismert Lyell-szindrómás beteg esetét mutatjuk be.

A 26 éves férfibeteget az Országos Mentőszolgálat szállította klinikánkra kiterjedt, életet veszélyeztető bőrtünetekkel. A beteg kórtörténetében a tünetek kialakulását megelőzően felső légúti infekció miatt számos nem-szteroid gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító készítmény, valamint antibiotikum orális alkalmazása szerepelt. A korábbi anamnézisében már előfordult fájdalomcsillapító (Algopyrin) kiváltotta gyógyszerallergiás reakció, ennek ellenére a beteg ismételten bevette a gyógyszert.

A szem- és száynyálkahártya érintettséggel induló tüneteivel orvoshoz fordult, aki nem ismerte fel a gyógyszerallergia fennállását, a beteg folytatta a gyógyszerek szedését, illetve újabb gyógyszereket is kapott. Ezt követően a beteg tünetei 3-4 nap alatt generalizálódtak, a teljes bőrfelszínre kiterjedve. A nyálkahártya tünetek is súlyosbodtak. A kiterjedt bőr és nyálkahártya érintettségéhez belszervi manifesztáció is társult. MRSA szepszis, tüdőgyulladás, valamint keringésszavarhoz társuló kiterjedt felső tápcsatornai erozív elváltozások alakultak ki. A gyógykezelés során a gyanúba vett gyógyszereket leállítottuk, a lokális kezelés mellett parenterális szteroid, antibiotikum és fájdalomcsillapító terápiát indítottunk, majd a beteget életét veszélyeztető állapota miatt 3 hétig Intenzív Osztályon kezelték (Szeged és Budapest). Ez idő alatt parenterális immunglobulin adásában, transfúzióban, gépi lélegeztetésben és parenterális táplálásban részesült. A közel 6 hetes intézeti kezelés mellett a beteg tüneti fokozatosan javultak, a szemészeti eltérések okozták a legsúlyosabb hosszabb távú problémákat ebben a kórképben, betegünk jelenleg is szemészeti kezelésben részesül. Esetünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet a gyógyszerallergia korai felismerésének fontosságára.

A kilélegzett CO meghatározásának előnyei, a gyermekkori asztma bronchiále gondozásában

Célkitűzés.

A kilélegzett CO az oxidatív stressz és légúti gyulladás egyik fontos biomarkere. Az irodalmi adatok többsége emelkedett értékről számol be asztma bronchiáléban. Gyermekkorban a dohányzás kisebb elterjedtsége, így a mérési eredmények tisztább interpretálása miatt jó módszernek tűnik a légúti gyulladás mérésére. Célunk annak felmérése volt, hogy gyermekkori asztma bronchiále gondozása során mennyire integrálható a módszer a mindennapi gyakorlatba. Ad-e új információt a GINA által javasolt vizsgálatokhoz képest?

Módszer. Betegeink a járóbeteg ellátás keretében gondozott, kontrollált, részlegesen kontrollált és nem kontrollált stádiumú asztma bronchiális gyermekek. A gondozás során a GINA előírásainak megfelelően stádium besorolás történt. A spirometriás vizsgálatok elvégzése után, mély belélegzést követően lassú kilégzés történt a CO mérő készülékbe (PiCO+ Smokerlyzer" CO monitor Gyártó: BEDFONT). A statisztikát InStat szoftverrel végeztük és non-paraméteres eljárásokat alkalmaztunk.

Eredmények. Esetszám, N: 269, 149 fiú:120 leány (6-19 év között). Az átlagos eCO: 4,42 ppm. A három kontrolláltsági stádiumban a megoszlás a következő volt.

Kontrollált stádium. N: 99 eCO: 3,21 ppm (SD:1,15).

Részlegesen kontrollált. N:102 eCO:4,88 ppm (SD:2,60).

Nem kontrollált. N:68 eCO: 5,55 ppm (SD: 2,49).

A kontrollált és a részlegesen kontrollált, valamint a kontrollált és nem kontrollált csoportok között nagyfokú szignifikancia ($p < 0,001$) igazolódott. A részlegesen kontrollált és a nem kontrollált csoport között nem volt szignifikáns különbség.

Következtetés. Vizsgálatunk alapján a kilélegzett CO koncentráció a kontrollált stádiumú asztma bronchiáléban jelentősen alacsonyabb, mint a részlegesen vagy nem kontrollált stádiumban. Az emelkedett kilélegzett CO koncentráció a légúti gyulladás fokozódását a kontrolláltsági állapot felborulását mutatja. A kilélegzett CO koncentráció mérésével a mindennapokban az asztma olyan aspektusáról (a légúti gyulladás mértékéről) kapunk információt, ami eddig a mindennapi gyakorlatban nem állt rendelkezésünkre. A vizsgálati eredmények jól mutatják, hogy az inhalatív szteroid terápia a eCO csökkenéséhez vezet, és ezáltal a terápiás hűség is felbecsülhető, ellenőrizhető. A módszer egyszerű és viszonylag olcsó kivitelezhetősége könnyen alkalmazhatóvá teszi az asztma gondozás mindennapjaiban. Előadásunkban bemutatunk egy erre mérésre alapozott, általunk alkalmazott terápia változtatási algoritmust.

6799

A naiv, memória és Granzim B-termelő perifériás B-sejt alcsoportok vizsgálata Sjögren-szindrómában

Előzmények. Korábbi vizsgálataink során emelkedett perifériás follikuláris T helper sejtarányt és szolubilis IL-21 szérumszintet írtunk le primer Sjögren-szindrómában (pSS). Az IL-21 citokint szekretáló invariáns NKT (iNKT) sejtek és B-sejtek közötti interakciók, illetve az indukálható Granzim B termelés fontos szerepet játszhat az autoimmun folyamatokban. Tanulmányunk során pSS betegek perifériás vérében vizsgáltuk az egyes B-sejt alcsoportok arányát, azok Granzim B és IL-21 receptor (IL-21R) expresszióját, illetve az iNKT sejtek IL-21 termelését.

Módszerek. Harmincnégy pSS beteget és 28 egészséges kontroll személyt vontunk be kísérleteinkbe. 16 pSS beteg csupán glanduláris tüneteket mutatott, míg 18 beteg extraglanduláris manifesztációtól is szenvedett. Áramlási citometriával meghatároztuk a naiv (IgD+CD27-), IgM memória (IgD+CD27+), IgG memória (IgD-CD27+) B sejtek arányát. Megvizsgáltuk a CD5+CD19+ and CD5-CD19+ B-sejtek intracelluláris Granzim B és sejtfelszíni IL-21R expressziójának mértékét rekombináns IL-21 és anti-BCR antitesttel való stimulációt követően. Az iNKT sejtek IL-21 expresszióját is szintén áramlási citometria segítségével határoztuk meg.

Eredmények. A naiv B-sejtek százalékos aránya emelkedett, míg az IgM és IgG memória B-sejteké csökkent pSS-ben, ez a változás elsősorban az EGM-ben szenvedők esetén volt megfigyelhető. A CD5+ B-sejtek a CD5- B-sejtekkel ellentétben fokozott Granzim B és IL-21R expressziót mutattak a betegségben. Az iNKT sejtek intracelluláris IL-21 expressziója szintén emelkedett volt pSS-ben.

Következtetések. Primer Sjögren-szindrómára jellegzetes a perifériás B-sejt alcsoportok arányának megváltozása; míg a keringésben keringő IgM és IgG memória B-sejtek aránya csökken, addig jelenlétük fokozódik az érintett exokrin mirigyszövetekben. Eredményeink alapján a CD5+ B-sejtek fokozott IL-21R expressziója az iNKT sejtek fokozott IL-21 termelésével együtt fontos szerepet játszhat a CD5+ B sejtek funkciójának szabályozásában, a Granzim B termelés fokozásában és a pSS-ben megfigyelhető immunológiai eltérések kialakulásában.

6712

A felnőttkori élelmiszerallergiák a bőrgyógyász szemével

Az élelmiszerallergia prevalenciája az átlagpopulációban 2-10%, az előfordulás csúcsa az élet első évtizedében van. Ezen túlérzékenységek nagy részét az érintett gyermekek „kinövik”, tolerancia alakul ki. A felnőttkori élelmiszerallergia prevalenciája 1-3%, mégis, a különféle laikus elméleteknek köszönhetően nagyon sok felnőtt véli úgy, hogy szerteágazó panaszainak hátterében klasszikus élelmiszerallergia áll.

Szerzők a SE Bőr- Nemikórtani- és Bőronkológiai Klinika Allergológiai járóbeteg Szakambulanciájára változatos panaszokkal és tünetekkel érkező, de azok hátterében minden esetben „élelmiszerallergiát” feltételező, ennek kivizsgálását igénylő 125, 18 éven felüli beteget vontak be vizsgálatukba. Ennek során nyert adataik megerősítik azt, hogy felnőtteknél az „élelmiszerallergiának” vélt tünetek, tünet-együttesek csupán kis hányada vezethető vissza a gyermekkorban típusos, „klasszikus” ételallergénekre (2.4%). Ebben a korcsoportban jellemzőbb az inhalatív allergénnel keresztreakciót mutató élelmiszerek provokáló hatása, melyek OAS tüneteket okoznak (12.8%). Eredményeik alapján felhívják a figyelmet, hogy „ételallergiára” gondoló, ennek kivizsgálási igényével jelentkező felnőtt betegeknél fontos a gastroenterológiai háttér, a mediátorintolerancia, valamint - elsősorban idősebbeknél - az egyidejűen fellépő gyógyszer mellékhatások felderítése is.

Dr. Pónyai György¹, Németh Ilona¹, Dr. Altmayer Anita², Dr. Fábos Beáta³, Dr. Irinyi Beatrix⁴,
Dr. Nagy Gabriella⁵, Dr. Dinnyés Mária⁶, Dr. Kohánka Valéria⁷, Prof. Dr. Temesvári Erzsébet¹,
*SE. Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika*¹
*SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika (Szegedi Tudományegyetem)*²
*Kaposi Mór Megyei Kórház Bőrgyógyászat*³
*Bőrgyógyászati Klinika (Debreceni Egyetem)*⁴
*Miskolc Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati Osztály*⁵
*Egyesített Szent István- Szent László Kh. Budapest, Bőrgyógyászati Szakrendelő*⁶
*NMH MMI Munkahigiénés és Foglalkozás-Egészségügyi Főosztály Bőrgyógyászat*⁷

6713

Első hazai adatok a levendula szenzibilizációról

A levendula évszázadok óta széles körben alkalmazott gyógynövény, napjainkban kozmetikumokban, háztartási termékekben, élelmiszerekben és az alternatív terápiában is használják. Felhasználási gyakoriságának gyors emelkedésével szenzibilizáló hatásának gyakoribbá válásával is számolnunk kell. Az MDT Kontakt Dermatitis Munkacsoportja multicentrikus vizsgálatának során egy év alatt hét bőrgyógyászati centrumban, 1509, válogatás nélküli bőrbeteg tesztelését végeztük el, levendula kontakt szenzibilizáció hazai előfordulásának felmérése céljából. Vizsgálatunk során elemeztük a betegek megoszlását, életkorát, a levendula szenzibilizáció gyakoriságát, az expozíció jellegét, a társult egyéb szenzibilizációkat és példákkal az érintett bőrlokalizációkat. Eredményeinket összevetjük az irodalmi adatokkal.

Radó Judit¹, Horváth Heléna¹, Kovács Krisztián², Prof. Dr. Cserháti Endre¹, Dr. Beleznay Zsuzsanna², Dr. Mezei Györgyi¹,
SE ÁOK I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika (Semmelweis Egyetem)¹
SE ÁOK Laboratóriumi Medicina Intézet (Semmelweis Egyetem)²

6787

Miben segítenek a molekuláris allergológia vizsgálatok a rovarméreg allergiásaink diagnózisában és kezelésében?

Bevezetés: A rovarméreg allergia diagnózisában központi szerepet játszik az anamnézis és a specifikus IgE in vivo, illetve in vitro meghatározása. Bizonytalan anamnézis, nem egyértelmű specifikus IgE értékek esetén segítségül hívhatók már hazánkban is a molekuláris allergológia legújabb módszerei. A diagnosztika gyakorlati nehézségei ellenére az immunterápia indikációjának felállítása elengedhetetlenül fontos. A párhuzamosan végzett, különböző metodikai eljárások munkaórában, és anyagilag is terhet rónak az egészségügyi intézményekre.

Célkitűzés: Vizsgálataink során arra kerestük a választ, hogy mikor, miben segít a molekuláris, rekombináns technika a hagyományos ELISA alapú vizsgálatokhoz képest.

Beteganyag és módszer: 28 (átlag életkor: 13,2 év, fiú: 19, lány: 9) rovarméreg allergia gyanú miatt az I. számú Gyermekgyógyászati Klinikára beküldött gyermekek adatait elemeztük. A hagyományos méh/darázs specifikus IgE (ELISA), és a molekuláris allergológiai vizsgálatok (single purified allergy component SPAC), valamint a rovar specifikus bőrpróbák egyaránt megtörténtek. A leggyakrabban szenibilizáló molekuláris allergéneket, így a tisztított méh (i1), darázs (i3) mellett a rekombináns méh (rApi m1), valamint darázs (rVes v5) teszteket használtunk, továbbfejlesztett Western Blot-módszert alkalmazva. Statisztikai elemzés Khi négyzet teszttel, Yates korrekcióval.

Eredmények: A méh ELISA teszttel pozitív betegek közül súlyosabb formájú anafilaxiája 11/15 főnek, míg ELISA negatívból 3/13 főnek volt (statisztikailag szignifikáns különbség). Az immunterápia döntési folyamatában szereplő valamennyi adat alapján indokoltnak látszó kezelés esetén a méh rekombináns (rApi m1) allergénnel pozitív 13 betegből 10 főnél, darázs (rVes v5) pozitívoknál 9-ből 5-nél egybehangzó volt az eredmény. Csupán a hagyományos ELISA alapú specifikus IgE meghatározást figyelembe véve, négy rovarméreg allergiás nem kapott volna indokolt kezelést.

Következtetés: A hagyományos teszteket ugyan nem helyettesíti a molekuláris allergológiai teszt sor, de ezek a tesztek finomítják a diagnózist, és az immunterápiás kezelésre szoruló kiválasztását határozottan segítik. Nagy előrelépést jelentenek az immunterápia célzottabbá tételében.

Komponens alapú IgE diagnosztika (CRD) - új segítség a specifikus szublingvális immunterápia indikációjának felállításához

A korszerű komponens alapú IgE diagnosztika (Component-Resolved Diagnosis- CRD) egyre inkább előtérbe kerül az allergológiai diagnosztikában (1). A CRD előnye az eddigi, extraktum alapú specifikus IgE tesztekhez képest a diagnosztikai pontosság fokozása - javuló specificitás, a keresztreakciók hatékonyabb előre jelzése (főként táplálék-allergiák, rovarméreg allergiák) illetve az immunterápiák hatékonyságának pontosabb előre jelzése . Utóbbival összefüggésben ismertetésre kerül a komponens alapú IgE diagnosztika szerepe a specifikus szublingvális immunterápia indikációjának felállításában főként a WAO diagnosztikai (2)és terápiás (3) ajánlásai alapján . Az említett hivatkozások elsősorban az IgE típusú allergiák korszerű CRD diagnosztikájával , ezzel összefüggésben pedig a gyakoribb légúti allergének szublingvális immunterápiával kapcsolatosan szolgálnak -nagyrészt evidencia alapú -ajánlásokkal. A CRD alapú IgE diagnosztika jó kiegészítését jelenti a hagyományos , extraktum alapú specifikus IgE alapú diagnosztikának. Természetesen utóbbi sem nélkülözhető, az ezt megelőző korrekt anamnézis, jellemző klinikai jelek megléte esetén de kizárólag validált tesztekkel (prick teszt és specifikus IgE szint-meghatározás), az értékelésben is járatos szakemberek által indikálva. Összefoglalva, a korszerű komponens alapú specifikus IgE diagnosztika nemcsak táplálék-allergiák esetén nyújt lehetőséget a diagnosztikai pontosság fokozására, de képes légúti allergiák szublingvális immunterápiája előtt az immunterápia indikációjának pontosabb megalapozására is. Összességében mindez kevesebb téves diagnózist valamint pontosabb kezelést és javuló életminőséget eredményezhet.

Irodalom

1. Eigenmann PA, Atanaskovic-Markovic M OHJ, Lack G, Lau S, Matricardi PM, Muraro A, Namazova Baranova L, Nieto A, Papadopoulos NG, Rethy L.A., Roberts G RO, Wahn U, Wickman M, Høst A. Testing children for allergies: why, how, who and when: *Pediatr ALLERGY Immunol.* 2013;24(2):195-209.
2. Canonica GW, Ansotegui IJ, Pawankar R, Schmid-Grendelmeier P, Hage M van, Baena-Cagnani CE, et al. A WAO - ARIA - GA2LEN consensus document on molecular-based allergy diagnostics. *World Allergy Organ J.* 2013 Oct 3;6(1):17.
3. Canonica GW, Cox L, Pawankar R, Baena-Cagnani CE, Blaiss M, Bonini S, et al. Sublingual immunotherapy: World Allergy Organization position paper 2013 update. *World Allergy Organ J.* 2014 Mar 28;7(1):6.

**Táplálékallergia gyermekkorban - az EAACI Táplálékallergia/ anaphylaxia illetve
Gyermekgyógyászati munkacsoportjainak új állásfoglalásai**

A táplálékallergiák aggasztó morbiditási adatai, az életminőségre gyakorolt negatív hatásuk és ellátási költségeik komoly terhet rónak úgy az egészségügyi ellátó rendszerekre mint a betegek és családtagjaikra. A betegek többsége gyermek, a probléma döntően ezt a korcsoportot érinti.

A fentiekre tekintettel az Európai Allergológiai és Immunológiai Akadémia (EAACI) Gyermekgyógyászati valamint Táplálékallergia/ anaphylaxia munkacsoportja legutóbbi, táplálékallergiákkal kapcsolatos ajánlásainak (epidemiológia, diagnosztika, kezelés) gyermekgyógyászati vonatkozásai kerülnek ismertetésre az előadásban.

A korszerű módszerek (pl. az orális provokációk kockázatbecslése számítógépes algoritmusokkal illetve a komponens alapú /CRD/ IgE- diagnosztika) egyre inkább előtérbe kerülnek. A CRD előnye a hagyományos IgE tesztekhez képest a diagnosztikai pontosság fokozása, a keresztreakciók hatékonyabb előre jelzése. A komponens alapú IgE diagnosztika lehetőségei az EAACI és a WAO diagnosztikai ajánlásai alapján kerülnek ismertetésre néhány gyakorlati példával illusztrálva.

Irodalom

1. Eigenmann PA, Atanaskovic-Markovic M et al. Testing children for allergies: why, how, who and when: *Pediatr ALLERGY Immunol.* 2013;24(2):195-209.
2. Muraro A, Werfel T et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy.* 2014 Aug;69(8):1008-25.
3. Canonica GW, Ansotegui IJ et al. A WAO - ARIA - GA2LEN consensus document on molecular-based allergy diagnostics. *World Allergy Organ J.* 2013 Oct 3;6(1):17.

Prof. Dr. Sipka Sándor

Klinikai Immunológiai Tanszék, Debreceni Egyetem

6708

AZ ALLERGIA LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKÁJÁNAK HAZAI TÖTÉNETE, JELENLEGI HELYZETE ÉS PERSPEKTÍVÁI

Az allergiás betegségek diagnosztikájának jelenlegi gyakorlata a következő elemekből áll: a.) részletes anamnézis, b.) bőr próbák vagy laboratóriumi vizsgálatok (allergén specifikus IgE tesztek vagy allergén indukált limfocita proliferációs vizsgálatok, vagy citokin mérések.)

Az utóbbi évek nagy előrelépését jelenti a "molekuláris allergén" diagnosztika, ami az egyes allergén családokon belül több allergén struktúra/epitop egyedi vizsgálatát teszi lehetővé. Így lehetőség adódik valódi, személyre szabott allergén meghatározásokra, melyek a beteg számára a tenyleges gyógyulást eredményezhetik két úton: a.) az allergén lehetőségek szerinti kerülésével, b.) a személyre és allergénre szabott specifikus immunterápia segítségével.

Dr. Somogyi Éva, Dr. Kalmár Ágnes, Dr. Apró Nóra, Dr. Farkas Eszter, Dr. Zumkó Anett, Dr. Micskey Éva, Dr. Madarasi Anna
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza

6801

Az ételallergiák diagnosztikájának nehézségei gyermekkorban

Az ételallergia diagnózisának kimondása napjainkban sem tartozik a legegyszerűbb gyermekgyógyászati feladatokhoz. Hiányoznak azok a pontos diagnosztikai vizsgáló módszerek, melyek alapján egyértelműen felállítható a diagnózis. A Szent János Kórház gyermekosztályán és az allergológiai, gasztroenterológiai és bőrgyógyászati szakrendeléseinken számos ételallergiás ill. arra gyanús tünetekkel jelentkező gyermeket látunk. Cél: Vizsgálatunk célja az volt, hogy a gyermekeknél elvégzett étel terhelések eredményeit összesítsük mind a leggyakoribb ételallergének, mind a leggyakoribb tünetek szempontjából, valamint az allergia diagnózisában használatos, de nem kellően szenzitív és specifikus vizsgálatokkal összevessük. Módszer: Összesen 217, a fenti szakrendeléseken (135) és a gyermekosztályon (82), 2013-ban étel terhelésen részt vett gyermek adatait dolgoztuk fel. A terhelésen átesett gyermekek 75%-nál bőrpanaszok, 30%-nál légúti tünetek, 19%-nál gasztro-intesztinális panaszok és 6%-nál szemháj-, ajak- és arcoedema vagy anaphylaxia jelentkezett. A leggyakoribb allergének a tehéntej 46%-ban, a tyúktojás 27%-ban, a szója 5,5%-ban, a földimogyoró 3,2%-ban, a dió 2,3%-ban okozott tüneteket. Az elvégzett terhelések jelentős része nyílt ételterhelés volt, 3,6%-ban végeztünk kettős vak, placebo kontrollált ételterhelést. Az étel terhelések eredményeit vizsgáltuk a Prick bőrteszt és a Specf. IgE vizsgálat függvényében.

Eredmények: Az étel terhelések 29%-ban pozitív reakciót adtak. A pozitív reakció aránya nagyobb volt (40%) az osztályon elvégzett terhelések során. Akut reakciót a terhelések 13%-ban észleltünk, és ezek az akut reakciók is az osztályos bentfekvés során terhelt gyerekeknél jelentkeztek nagyobb arányban, 23%-ban. Mind pozitív ételterheléssel és pozitív specifikus IgE vizsgálattal is rendelkezett a gyerekek 10%-a. Mind pozitív étel terheléssel és pozitív Prick bőrteszttel rendelkezett a gyerekek 14%-a. Ugyanakkor a negatív étel terheléseknél 11%-ban pozitív volt a Specf. IgE és 13%-ban pozitív volt a Prick bőrteszt. A gyerekeknél 2,7%-ban negatív lett a Specf. IgE vizsgálat, bár az étel terheléssel pozitív reakciót kaptunk. Hasonlóan, de kissé nagyobb mértékben, 4,6%-ban lett negatív a Prick bőrteszt a pozitív ételterhelés ellenére. Következtetés: A szakmai útmutatásoknak és irodalmi adatoknak megfelelően a mi felmérésünk is igazolja, hogy az ételterhelés nem nélkülözhető az ételallergia diagnózisának felállításában, hiszen sem a Specf. IgE vizsgálattal, sem a Prick bőrteszttel egyértelműen nem tudjuk sem igazolni, sem kizárni az adott táplálékkal szembeni allergiát.

Dr. Sultész Mónika¹, Prof. Dr. Katona Gábor¹, Dr. Hirschberg Andor², Dr. Gálffy Gabriella³
*Heim Pál Gyermekkórház és RI.*¹
*Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza*²
*SE ÁOK Pulmonológiai Klinika (Semmelweis Egyetem)*³

6728

Az allergiás nátha előfordulási gyakoriságának és rizikó tényezőinek változása 2007 és 2013 között budapesti általános iskolások körében

Célkitűzés:

A tanulmány célja az allergiás rinitisz, és az allergiás betegségek prevalencia változásának meghatározása 2007 és 2013 között 6-12 éves budapesti általános iskolások körében.

Anyag és módszer:

2007-ben 6335, 2013-ban 6441 kérdőív került kiosztásra 21 általános iskolában, 8 budapesti kerületben, 6-12 éves gyermekek szüleinek szeptemberben, az első szülői értekezleteken. A kerületeket a Központi Statisztikai Hivatal egy korábbi epidemiológiai tanulmányhoz jelölte ki. A kiválasztás reprezentálta a főváros ezen korcsoportú lakosait. A szerzők munkájukhoz az ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) I. fázisú protokoll magyar nyelvre fordított kérdőívét használták fel, amelyet saját tapasztalataikon alapuló kérdésekkel egészítettek ki. Az adatokat számítógéppel dolgozták fel és leíró statisztikákkal jellemezték.

Eredmények:

2007-ben a kérdőívek 62,08%-a, 2013-ban 52,97%-a érkezett vissza értékelhető formában. Az orvos által diagnosztizált allergiás rinitisz előfordulási gyakorisága 2007-ben 11,6% (n=413), 2013-ban 11,1% (n= 380), lényegesen nem változott. A felmérést megelőző 12 hónapban diagnosztizált allergiás rinitiszek prevalenciája 2007-ben 14,9% (n=530), 2013-ban 23,3% (n=796), növekedett. Így az összes allergiás rinitisz (orvos által diagnosztizált+felmérést megelőző 12 hónapban diagnosztizált) előfordulási gyakorisága is emelkedett 26,5%-ról (n=943) 34,5%-ra (n=1176). 2007 és 2013 között az összes diagnosztizált allergiás beteg prevalenciája 34%-ról (n=1212) 15,5%-ra (n=510) csökkent. Az egyes betegségcsoportokra lebontva: az ekcéma és az ételallergia 10,2%-ról 15,4%-ra, illetve 4,8%-ról 6,2%-ra nőtt; az asztma 6,2%-ról 5,7%-ra csökkent.

Az allergiás rinitisz és az egészséges gyermekek válaszait összehasonlítva az előbbi csoportban mindkét tanulmányban szignifikánsan gyakoribb a közeli családtagok atópiás betegsége, a panelházban lakás, madártoll ágyneműben alvás és a penészedő felület a hálósobában.

Következtetés:

Két tanulmányukat összehasonlítva a szerzők megállapítják, hogy fővárosunkban gyermekkori allergiás rinitisz, a diagnosztizált ekcéma, és az ételallergia prevalenciája emelkedni látszik. Az összes diagnosztizált allergiás beteg, és a diagnosztizált asztma előfordulási gyakorisága csökkent.

A közeli családtagok atópiás betegsége, panelházban lakás, madártoll ágyneműben alvás és a penészedő felület a hálósobában az allergiás nátha kockázati tényezői lehetnek.

Dr. Szántó Hajnalka, Dr. Vízhányó Rita²Dr. Dobrean Noémi¹, Dr. Veréb Klára¹, Dr. Oroján Iván¹,
Bács-Kiskun Megyei Kórház Bőrgyógyászat

6709

Facialis oedema - a háttérben Vena cava superior syndroma

Allergiás megbetegedés vagy tumor? A klinikai kép lehet nagyon hasonló, facialis oedema vagy Quincke oedema.

53 éves férfi beteg 1,5 héttel tüneteinek megjelenése után került felvételre fokozódó szemhéj és facialis oedema miatt. Az elvégzett képalkotó vizsgálatok során tüneteinek háttérben jobb oldali centrális tüdőtumor, VCS syndroma és jobb oldali vena cava superior braciocephalia occlusio igazolódott. A vena cava superior occlusió megszüntetése, ballontágítás során létrejött recanalisatiót követően palliatív irradiatióban részesült, melyre klinikailag jelentősen javult.

Az eset bemutatása kapcsán a facialis oedema, Quincke oedema kivizsgálására, háttérben lévő differential diagnosztikai lehetőségekre, kórképekre szeretnénk felhívni a figyelmet.

Implantátumok okozta allergiás reakciók

A szervezetbe terápiás céllal behelyezett, a hiányzó funkciók pótlását szolgáló implantátumok alkalmazása az utóbbi évtizedekben vált rutin beavatkozássá.

Az elmúlt évtizedek során szakmai kihívást a folyamatosan változó metodikák követése mellett, a beültetett anyagok (melyek valójában környezeti allergének) kiváltotta allergiás reakciók adták. Az allergiás reakciók bőr és szisztémás megjelenése az implantátumok elégtelenségét is eredményezheti.

A klinikai tünetek megjelenéséhez vezető szenzibilizáció kialakulása, a már meglévő szenzibilizációk reexpozíciója in vivo tesztekkel bizonyítható és prognosztizálható.

Az előadás az implantátumok (cardialis stent , fogászati-szájsebészeti- és ortopédiai implantátumok) összetevőinek allergizáló hatását, a változatos klinikai tüneteket, valamint a preventív diagnosztika lehetőségeit részletezi.

Bodoki Levente, Ji-Qing Chen, Zeher Margit, Nagy-Vincze Melinda, Griger Zoltán, Zilahi Erika, Dankó Katalin

Debreceni Egyetem ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék

A D-VITAMIN-RECEPTOR-GÉN POLIMORFIZMUSOK VIZSGÁLATA IDIOPATHIÁS INFLAMMATORIKUS MYOPATHIÁS BETEGEINKNÉL

Az idiopathiás inflammatorikus myopathiák szisztémás autoimmun betegségek, melyek közös jellegzetessége a proximális végtagizmok immunmediált krónikus gyulladása, mely progresszív, szimmetrikus izomgyengeséghez vezet. Egyre több tanulmány mutat rá, hogy a D-vitamin-receptor (VDR) gén polimorfizmusai összefüggésben vannak az autoimmun betegségek incidenciájával, klinikai tüneteivel, illetve a kialakulásukra való hajlammal. Munkánk célja volt kapcsolatot találni a VDR gén polimorfizmusai, illetve haplotípusai és a gyulladós myopathiák között. Irodalmi adatok alapján ez az első olyan vizsgálat, mely a VDR gén négy ismert polimorfizmusát myositises betegekben vizsgálta. 89 poly-/dermatomyositises beteg (69 nő, 20 férfi) és 93 egészséges kontroll személy (52 nő, 41 férfi) esetén vizsgáltuk meg a VDR-BsmI, VDR-ApaI, VDR-TaqI és VDR-FokI polimorfizmusokat és ezek haplotípusait. Nem találtunk szignifikáns különbséget a VDR-BsmI, ApaI, TaqI és FokI genotípus- és allél-frekvenciákra vonatkozóan a myositises betegek és az egészséges személyek között. Nem volt kapcsolat a VDR polimorfizmusok és a klinikai tünetek, illetve laborparaméterek között myositises betegekben. Eredményeink szerint a myositises férfiak BB, Bb és bb genotípusainak eloszlása szignifikánsan eltért a myositises nők, az egészséges férfiak és a teljes kontroll csoport eloszlásától. A TT, Tt és tt genotípusok eloszlása szignifikánsan eltért a myositises férfiak és a myositises nők között. Eredményeink arra utalnak, hogy a vizsgált populációban férfiak esetén kapcsolat van a myositis és a BsmI, illetve a myositis és a TaqI genotípusai között. A négy-marker haplotípus gyakoriság alapján, a 16 lehetséges haplotípus frekvenciája szignifikáns eltérést mutatott a beteg populáció és a kontroll csoport között. A három leggyakoribb haplotípus a betegek körében a fbAt, a FBaT és a fbAT volt. Eredményeink felhívják a figyelmet a VDR gén polimorfizmusok jelentőségére a myositis genetikájában.

Dr. Bodolay Edit

DE ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék

AZ AUTOIMMUN BETEGSÉGEK KORSZERŰ KEZELÉSE. A REMISSZIÓ KRITÉRIUMAI AZ EULAR JAVASLATOK ALAPJÁN

Az elmúlt fél évtizedben a szisztémás autoimmun betegségek területén több új nemzetközi konszenzus jött létre. Ez vonatkozik a szisztémás autoimmun betegségek diagnosztikus kritériumaira, melyek pontosabban határolják körül a betegséget. Az EULAR ajánlásainak megfelelően az aktivitási kritériumok valamint a remisszió, a nyugalmi szak is új értelmezést nyert. Ezek az ajánlások jelentősen megkönnyítik a klinikus azon tevékenységét, hogy a betegség aktív vagy nyugalmi szakában milyen típusú terápiát alkalmazzon. A terápiás javaslatok további segítséget nyújtanak ahhoz, hogy az egyes kórképeket milyen típusú gyógyszerekkel érdemes kezelni, és azokat mennyi ideig kell alkalmazni. Természetesen ezek csak javaslatok a klinikus számára, mivel az adott beteg ellátásban mindig a kezelőorvos dönt, és a személyre szabott terápia elvét kell figyelembe venni.

Botos Balázs, Nagy-Vincze Melinda, Bodoki Levente, Zoe Betridge, Szöllősi Lászlóné, Dankó Katalin

DE ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék

ANTI-SRP POZITÍV MYOSIITES BETEGEINK KLINIKAI SAJÁTOSSÁGAINAK ÉS TERÁPIÁRA ADOTT VÁLASZUK

Bevezetés. A dermatomyositis és polymyositis az idiopathiás inflammatorikus myopathiák (IIM) közé sorolt autoimmun kórképek, jellegzetességük a végtagizmokban szimmetrikusan jelentkező, immunreakciók mediálta krónikus gyulladás, mely progresszív izomgyengeséghez vezet. A heterogén klinikai képet mutató kórformákat újabban a myositis asszociált (MAA), illetve a myositis specifikus antitestek (MSA) alapján csoportosítják. A signal recognition particle antitest pozitív típus (aSRP+) az MSA-k egyik jellegzetes képviselője. Irodalmi adatok alapján az akut, súlyos kezdet, az erősen emelkedett CK-szint és nem ritkán szívérintettség jellemzi. Az aSRP+ betegek refrakterek lehetnek a standard terápiákra, gyakoribb a relapsus, és rosszabb a prognózis az anti-SRP negatívoknál.

Anyag és módszer. Intézetünk betegei közt előfordult 16 aSRP+ csoportba tartozó eset klinikai és kezelési adatait hasonlítottuk össze 16 MSA-negatív betegével. A demográfia és anamnézis fontosabb adatait, a releváns labor paramétereket, a manual muscle test (MMT) eredményeit, a terápia formáját és eredményét adatbázisba rendeztük. A két csoport demográfiai homogenitását t-próbával igazoltuk, míg a klinikum és a terápiás válasz-készség különbségeit Mann-Whitney és χ^2 -próbákkal vizsgáltuk. A statisztikai elemzéshez SPSS17 szoftvert használtunk.

Eredmények. Az aSRP+ csoportban az izomgyengeség súlyosabb volt, a kezdeti és a kezelést követő MMT értékek között is szignifikáns különbséget találtunk ($\chi^2=0,006$ ill. $0,019$). A különbség a CK és LDH eredményekben is ugyanígy jelentkezett, itt az eltérés markáns, de a kezelés utáni LDH értékek kivételével nem szignifikáns. Az első vonalbeli steroid kezelésre mindkét csoport jól reagált, azonban az aSRP+ csoport rosszabb terápiás válaszát jelzi, hogy náluk jóval több esetben volt szükség másodvonalbeli kezelésre. Nem találtunk különbséget sem a társuló antitest pozitivitás, sem az IIM egyéb klinikai manifesztációi és tünetei tekintetében.

Következtetés. Bizonyítani tudtuk, hogy az aSRP+ csoport betegeinél az izomgyengeség a kezelés előtt és után is súlyosabb, mint az egyéb IIM betegekben, továbbá az aSRP+ csoport terápiás válasza az antitest negatívakénál rosszabb.

AZ ALLERGOLÓGIA ÚJDONSÁGAI 2014/15-BEN

A szakkifejezés „development of atopy” arra utal, hogy az összeállítás szerzője vagy szerzői milyen új adatokat tartanak megemlítésre méltónak. Jelen szerzők – elfogadva, hogy egy ilyen válogatás rendkívül szubjektív – a 2014-es és a megkezdett 2015-ös év néhány általuk fontosnak vagy informatívnak tartott közleményét mutatják be.

6 év alatti gyermekek asztmájának jellegzetességei

Ide tartozik a fiúnemhez tartozás, zihálás alsó légúti infekciókkal együttesen, szülőknél asztma, atópiás dermatitisz, eozinofília, korai szenzibilizálódás étellel vagy légúti allergénnel szemben, légzésfunkciós deficit. A korosztály kezelésénél az intermittáló vagy folyamatos inhalált corticosteroid-kezelés, a folyamatos leukotrien receptor antagonistá adása és ritkán a kombinált kezelés a célszerű.

(Durran S et al: Current Opinion in Allergy and Clin. Immunol 2015; 15: 175-183)

Molekuláris endotípusai az asztmának: a Th2 gyulladás biomarkerei mellett nem Th2-ben látható jellegzetességek kerültek felismerésre: neutrofil gyulladás, a remodelinget előidéző jellegzetességek, a chemosensoros diszfunkció, stb. Ezen ismeretek hozzájárulhatnak a személyes asztma kezelés kialakításához. A szerzők által bemutatott vizsgálatok igazolják, hogy az ornyálkahártyából szerzett anyagok több szempontból helyettesíthetik a nehezebben hozzáférhető bronchiális nyálkahártyából történő vizsgálatokat.

(Weselovski-Andersen A et al: Current Opinion in Allergy and Clin. Immunol 2015; 15: 163-168)

A prezentáció további részében még néhány új keletű ismeret kerül bemutatásra.

Dr. Fábos Beáta, Dr. Kutasi Zsuzsanna, Dr. Battyáni Zita

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató kórház

HIGANY ALLERGIA GYAKORLATI JELENTŐSÉGE

A higanyvegyületek, melyek pozitívását még mindig gyakran észleljük a kután bőrpróbák során, kikerültek az érdeklődés középpontjából. A gyógyászatban, mint konzerváló szerek, valamint a fogászati tömőanyag az amalgám még mindig tartalmazza. A higany vegyületek felhasználásra kerülnek a műanyaggyártás, fémek bányászata és olvasztása során, valamint növényvédő szerekben is megtalálhatók. A talajba a fosszilis energiahordozók által kerülnek be, ez által pedig a táplálék láncba.

A szerzők a higany pozitívást mutató betegek klinikai tüneteit tekintik át, vizsgálva azt is, hogy védőoltást okozó reakcióban lehet-e szerepe.

Szabó Katalin, Nagy-Vincze Melinda, Bodoki Levente, Zilahi Erika, Hodosi Katalin, Dankó Katalin, **Griger Zoltán**

Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, ÁOK, Klinikai Immunológiai Tanszék

AZ ANTI-JO-1 POZITÍV ANTISZINETETÁZ SZINDRÓMÁS BETEGEINK KLINIKAI, IMMUNOLÓGIAI ÉS GENETIKAI PARAMÉTEREINEK VIZSGÁLATA

Bevezetés: Az idiopathiás inflammatorikus myopathiákban (IIM) előforduló leggyakoribb myositis specifikus antitest (MSA) az anti-Jo1. Az anti-Jo-1 antitest jelenléte jellegzetes klinikai tünetegyütessel (myositis, arthritis, intersticiális tüdőbetegség /ILD/, Raynaud jelenség, láz, mechanikus kéz), az antiszinetetáz szindrómával társul.

Célkitűzés: Jelen munkánk célja az volt, hogy felmérjük a klinikánk által gondozott anti-Jo-1 pozitív IIM-s betegek klinikai, laboratóriumi, immunológiai és genetikai paramétereit.

Betegek és módszerek: Összesen 49 beteg (42 nő, 7 férfi) kórtörténeti és laboratóriumi adatait dolgoztuk fel retrospektív módon. Az anti-Jo1 titer meghatározása ELISA módszerrel, a HLA DRB1, DQA1 és DQB1 genotípus meghatározása pedig a kereskedelmi forgalomban elérhető specifikus oligonukleotid kitekkel történt. A statisztikai analízist Pearson féle Chi2, Fischer féle exakt teszt, illetve Spearman korrelációt felhasználva végeztük.

Eredmények: A diagnóziskor a betegek átlagéletkora $43 \pm 13,28$ év volt; 98 %-ban észleltünk myositist, 73%-ban ILD-t, 88 %-ban arthritist, 65 %-ban Raynaud jelenséget, 43 %-ban lázat és 33%-ban mechanikus kéz jeleit, 55 %-ban egyéb bőrtünetet és 12 %-ban nyelési nehezítettséget. Kimutattuk, hogy a kezdeti anti-Jo-1 titer korrelál a betegség aktivitását is jelző kezdeti CK ($R=0,328$; $p=0,003$) és kezdeti CRP szinttel ($R=0,374$; $p=0,016$). Szintén szignifikáns összefüggést találtunk a kórlefordulás során az anti-Jo-1 szintek és az aktuális CK ($R=0,497$; $p<0,001$), valamint CRP ($R=0,325$; $p<0,001$) szintek között. Az anti-Jo-1 pozitív betegeken belül a leggyakrabban előforduló antitest az anti-SSA volt (28/49; 57%). Az anti-Jo-1+/SSA+ csoport életkora fiatalabb a diagnóziskor ($p=0,004$), ritkábban fordul elő ILD ($p=0,039$), ugyanakkor magasabb a fenntartó steroid dózis átlaga ($p=0,031$) az anti-Jo-1+/SSA- csoporthoz képest. A magasabb dózisu (≥ 8 mg) fenntartó steroid alkalmazása a diagnóziskor észlelt magasabb CRP (36,34 vs. 17,84 mg/l; $p=0,014$), We (33,87 vs. 19,81 mm/h; $p=0,032$) értékekkel, valamint gyakrabban jelen lévő lázzal (67% vs. 37%; $p=0,038$) mutatott összefüggést. Ezzel ellentétben a fenntartó steroid dózisa nem korrelált sem a kezdeti CK ($p=0,374$), sem az LDH ($p=0,224$) szinttel, sem pedig az ILD jelenlétével ($p=1$). A genetikai vizsgálatok során a betegek 68,96 %-a HLA DRB1*03 pozitív volt. Ebben a csoportban a diagnóziskor mért CK szint szignifikánsan alacsonyabb volt a HLA DRB1*03 negatív betegekhez viszonyítva (2816,30 vs. 5969,44 U/l; $p=0,04$). A betegek 58.62 % volt a HLA DQA1*0501-DQB1*0201 haplotípusra pozitív, ami a vizsgált klinikai és laboratóriumi paraméterek egyikével sem mutatott szignifikáns összefüggést.

Konklúzió: Eredményeink alapján a klinikánk által gondozott anti-Jo-1 pozitív betegek klinikai paraméterei megegyeznek az irodalomban található adatokkal, az anti-Jo-1 titer korrelált a betegség aktivitásával. A HLA DRB1*03 pozitívítás összefüggést mutatott az alacsonyabb CK szinttel, de nem befolyásolt egyéb klinikai, vagy szerológiai paramétereket. Úgy tűnik, hogy a diagnóziskor mért magasabb We, CRP szintek, pozitív anti-SSA antitest, valamint láz jelenléte prognosztikai jelentőséggel bírhat.

AKUT VESELÉGTELENSÉG KÉPÉBEN JELENTKEZŐ KATASZTRÓFA ANTIFOSZFOLIPID SZINDRÓMA FIATAL FÉRFIGBETEGÜNKBEN.

Az antifoszfolid szindróma (APS) fokozott thrombosis-késztséggel járó autoimmun betegség, mely mind primer formában, mind más szisztémás autoimmun kórképekkel társulva is jelentkezhethet. Életet veszélyeztető formája a „katasztrófális” antifoszfolid szindróma, mely különböző szervekben fellépő kísér-thrombosisok megjelenésével jellemezhető, és akár több szervi elégtelenséghez is vezethet. Definíciója szerint a thrombotikus események legalább 3 szervben szimultán, vagy egymást követően egy héten belül jelentkeznek, és ezt legalább egy szervben szövettanilag is igazolják.

Tanulmányunkban egy 20 éves fiatal férfigbeteg esetét mutatjuk be. 2010 óta ismert antifoszfolid szindrómája. 2011-ben fotoszenzitivitás, pillangó erythaema, ITP, AIHA, arthralgia, antifoszfolid antitestek, antinukleráris faktor, anti-DNS antitest jelenléte alapján igazoltuk SLE-jét. Nephrotikus mértékű proteinuria alapján felmerült lupus nephritis lehetősége, de szövettani vizsgálat a vesékben thrombotikus mikroangiopathiát igazolt.

2014. márciusában fokozódó thrombocytopenia, valamint fertőzések eredetű hasmenés miatt került felvételre. Konzervatív terápia, emelt dózisú methylprednisolon kezelés mellett fokozatosan romló vesefunkciós paramétereket észleltünk, melyek haemodialízis kezelést tettek szükségessé. Ezt követően bal oldali felső végtagi paresis alakult ki, melynek hátterében koponya CT arteria cerebri media területi keringészavart igazolt. A romló vesefunkció, fokozódó hasi fájdalom miatt elvégzett hasi CT a lépben, vesében és truncus coeliacusban írt le thrombotikus léziókat. A klinikai kép, valamint a magas titerben jelen lévő antifoszfolid antitestek alapján a katasztrófális APS diagnózisa igazolható volt. Anti-Xa faktorhoz illesztve LMWH antikoagulálást indítottunk, több alkalommal történt plazmaferézis kezelés, paresise megszűnt, azonban salakanyag-szintjei jelentősen nem csökkentek. Terápiáját ekkor rituximab kezeléssel egészítettük ki, melyet követően vesefunkciója fokozatosan javult, és így a beteg 5 hetes kórházi kezelést követően otthonába távozott.

Betegünk kórlefolyását alapvetően nem a lupus, hanem az antifoszfolid szindróma okozta thrombotikus szövődmények határozták meg, mely esetében az antikoaguláns kezelés önmagában nem elegendő, hanem erélyes immunszuppresszáns terápia is szükséges a tünetek javulása és a hosszú távú szövődmények megelőzése céljából.

Horváth Andrea, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, allergológiai szakasszisztens

Háncs Zoltánné, Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati osztály, ált. asszisztens

IN VIVO ALLERGOLÓGIAI BŐRTESTEK GYAKORLATI KIVITELEZÉSE

Bevezetés:

Az általános populációban az allergiás betegségek 25-30%-ban fordulnak elő. Ezek közül is a bőrtünetekkel járó allergiás kórképek egyre nagyobb gyakorisággal észlelhetők:

-atopiás dermatitis

-kontakt allergia

-urticaria formájában.

Módszer:

Betegségek etiológiájának, kiváltó ágensének igazolására számos in vivo cután teszt áll rendelkezésünkre. Alkalmazásukkal lehetővé válik a kiváltó ágensek megismerése után a betegség mielőbbi hatékony kezelése, ezzel a progresszió megállítása, illetve az ismételt kialakulás prevenciója. Osztályunkon több in vivo allergia teszt elvégzésére van lehetőség:

Prick teszt – prick by prick teszt - bőrteszt

Atopy patch teszt (APT) - bőrteszt

Epicután rátevési próbák - bőrteszt (standardizált, fogászati, steroid, fodrász)

Az atopy patch teszt új és nagyon hasznos diagnosztikus lehetőség az egyre nagyobb arányban előforduló atopiás dermatitis kivizsgálása során. A szerzők jelen előadásukban bemutatják a fenti diagnosztikai eljárás alkalmazásának lényegét, gyakorlati kivitelezését, különös tekintettel a szakasszisztensi feladatokra.

Következtetések:

Ezekkel a tesztekkel lehetőség nyílik az allergén kimutatására, a tünetek célzott kezelésére, illetve amennyiben lehetséges az allergén eliminálására.

COMMON VARIABILIS IMMUNDEFICIENCIÁHOZ (CVID) TÁRSULT AUTOIMMUN HEMOLITIKUS ANÉMIA (AIHA) ESETEI

A primer immundeficienciák bármely életkorban jelentkezhetnek, a felnőttkorban diagnosztizált esetek túlnyomó része B-sejt defektus, antitesthiányos állapot. CVID-ben utóbbiakhoz T-sejt funkciózavar is társulhat. A klinikai képet a visszatérő, gyakran opportunisták okozott, elhúzódó, szövődményes infekciók és a társuló autoimmun betegségek, jelenségek határozzák meg. Utóbbiak között említendőek a rheumatoid arthritis, a gyulladásos bélbetegségek és az AIHA. Tanszékünkön az elmúlt negyedévben 2 CVID betegnél diagnosztizáltunk meleg, pánantitestes autoimmun hemolitikus anaemiát. A kivizsgálás során kizárandó az AIHA hátterében egyéb okok, mint például SLE, infekciók (EBV, CMV, HIV, Parvovírus B19, Mycoplasma, Chlamydia, lues, hepatitisek) lehetősége, illetve gyógyszerek oki szerepe. A leggyakrabban ugyanakkor CVID-ben is az AIHA idiopathiás formáival találkozunk. A diagnózis felállításának lépései egyebekben megegyeznek az egyéb AIHA-k esetében alkalmazottakkal, azaz kvalitatív vérvkép és Coombs vizsgálatot, szérum LDH, total és direkt bilirubin, haptoglobin szinteket, szérum és vizelet szabad hemoglobin szint meghatározást szükséges végezni. Az AIHA kezelése CVID-ben fokozott óvatosságot igényel. Az 1 mg / testsúlykilogramm kezdő, majd fokozatosan csökkentett dózisban alkalmazott nagy dózisú szteroid az első választandó kezelési mód ez esetben is, s ha ez nem vezet eredményre, azathioprin bázissterápia javasolt. Mindkettő ineffektivitása esetén a következő választás a jelenleg csak egyedi méltányossági engedély alapján elérhető anti-CD20, rituximab kezelés, hiszen a CVID alapját képező B-sejt defektus miatt egy esetleges splenectomia rendkívül nagy rizikóval jár. A splenectomiát megelőzően kötelező tokos baktériumokkal szembeni vakcinációtól egyrészt nem várható tényleges védettség kialakulása, másrészt a tervezett műtét kapcsán a sepsis rizikója nagyobb, mint CVID-ben nem szenvedő AIHA betegeknél. Eseteink bemutatásával a diagnosztika elemeire és a terápia megválasztásának nehézségeire kívánjuk felhívni a figyelmet CVID-ben.

Papp Zoltán, Tóth László

Debreceni Egyetem Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, Debrecen

A FOLYADÉKGYÜLEMEL JÁRÓ KRÓNIKUS KÖZÉPFÜLGYULLADÁSOK BAKTERIÁLIS PROFILJÁNAK VIZSGÁLATA TÖMEGSPEKTROMETRIÁS ESZKÖZZEL

A krónikus folyadékgyülemmel járó otitisek a gyermekek jelentős hányadát érintik. Halláscsökkenést okoznak, mely a beszédfejlődést hátráltatja. Az etiológiai faktorok pontos szerepe a mai napig sem tisztázott. A bakteriális jelenlét, mint etiológiai tényező a diagnosztikai eszközök fejlődésével egyre valószínűbb.

Tanulmányunkban a középfülváladék bakteriális összetételét vizsgáltuk MALDI-TOF MS tömegspektrometriás eszköz segítségével. A vizsgálatba 53 gyermek bevonására került sor, 71 fülből nyertünk váladékot.

Minden váladékban találtunk legalább egyféle baktériumot, összesen 28 féle baktériumtörzs volt azonosítható. A leggyakoribb kórokozók a *Moraxella catarrhalis*, a *Haemophilus influenzae* és a *Streptococcus pneumoniae* voltak.

A MALDI-TOF MS új, olcsó és pontos lehetőséget biztosít az eddig nehezen kimutatható baktériumok azonosításában, ezzel hozzájárul a krónikus középfüli folyadékgyülemmel járó otitisek pathomechanizmusának pontosabb tisztázásához.

Szalmás Orsolya, Nagy-Vincze Melinda, Dankó Katalin

DE ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék

A JUVENILIS ÉS FELNŐTTKORI DERMATOMYOSITISES BETEGEK KÓRLEFOLYÁSÁNAK ÉS TERÁPIÁRA ADOTT VÁLASZÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Az idiopathiás inflammatorikus myopathiák közé tartozó juvenilis és felnőttkori dermatomyositisek (DM) szisztémás autoimmun megbetegedések. Fő jellegzetességük a proximális végtagizomzat szimmetrikus gyengesége és típusos bőrtünetek megjelenése. Jelenlegi vizsgálatunk célkitűzése, hogy összehasonlítsuk a felnőttkori illetve gyermekkori dermatomyositises betegeket terápiára adott válaszuk és kórlefolysuk alapján.

Vizsgálatunk során a DEOEC Belgyógyászati Intézet, Klinikai Immunológia Tanszék Myositis szakrendelése által gondozott 58 DM-es beteg adatát dolgoztuk fel. Ezen belül két betegcsoportot alakítottunk ki: a juvenilis (JDM: n=27, átlag életkoruk: 8,7 év) és a felnőttkori (DM: n=31, átlag életkoruk: 51,2 év) dermatomyositist. A csoportok közti különbségek összehasonlítására Pearson-féle chi-négyzet próbát alkalmaztunk. Az elemzések során a $p \leq 0,05$ értéket tekintettük szignifikánsnak.

Statisztikailag szignifikáns különbséget találtunk a két betegcsoport között, annak alapján, hogy betegségük lefolyása során milyen gyógyszereket kaptak: a JDM-es betegek között szignifikánsan gyakrabban került sor cyclosporin A ($p=0,20$) és IVIG ($p=0,059$) alkalmazására. A kórlefolys vizsgálata azt mutatta, hogy a felnőttkori DM-es betegek között az acut betegségkezdet ($p=0,03$) gyakrabban fordul elő. Gyermekekben a tünetek fokozatosan jelentkeznek. A betegek gondozása során azt tapasztaltuk, hogy a JDM-es páciensek követési ideje hosszabb, emiatt pedig a relapszusok átlagos száma is megnőtt, ami szignifikáns különbséget eredményezett a gyermekek körében ($p=0,059$).

Vizsgálataink is igazolták azt a korábbi megfigyelést, hogy a gyermekkori és felnőttkori dermatomyositis terápiája és kórlefolysa is eltérő. Fontos a fenntartó terápia szinten tartása a komplett remisszió eléréséig, ezáltal csökkenthető a relapszusok száma. Továbbá nem szabad elfelejtkeznünk betegeink rendszeres gondozásáról a remisszió elérése után sem.

Tarr Tünde, Győri Nikolett, Zeher Margit

DE ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék, Debrecen

MYCOPHENOLAT MOFETIL KEZELÉssel SZERZETT TAPASZTALATAINK SZISZTÉMÁS LUPUS ERYTHEMATOSUSBAN

A micophenolat mofetil (MMF) az inozin monofoszfát dehidrogenáz enzim reverzibilis gátlója. Gátolja a B- és T lymphocyták proliferációját. Elsősorban szerv transzplantációkat követően alkalmazzuk a rejekció kivédésére. Szisztémás lupus erythematosusban „off label” indikációval adható, elsősorban lupus nephritisben.

A Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Klinikai Immunológia Tanszéken gondozott SLE-s betegekben vizsgáltuk a mycophenolat mofetil alkalmazásának indikációit, mellékhatás profilját.

A gondozott betegek közül összesen 24 beteg esetén kértünk MMF „off label” alkalmazására engedélyt. A betegek átlagéletkora 35,75 év volt (min-max: 20-72). Az esetek 92 %-ában az alkalmazás indikációját lupus nephritis képezte. Az összes lupus nephritiszes beteg 63,6 %-ának ISN/RPS IV. típusú nephritise volt, három beteg esetén észleltünk membranosus nephropathiát. Két betegnél a lupus nephritis mellett autoimmun hemolitikus anaemia is igazolódott, míg egy beteg esetén egyéb immunszuppresszáns terápiára refrakter hemolízis képezte a kezelés indikációját. A lupus nephritiszes betegek közül 9 esetben alakult ki komplett remisszió, ezen betegek szövettani típusa vagy ISN/RPS V. vagy ISN/RPS IVA glomerulonephritis volt. A parciális remissziót elérő betegeknél valamennyi esetben volt krónikus károsodás a vese biopsziás mintában. Az MMF kezelés átlagos időtartama 17,3 hónap, átlagos dózisa 1833 mg volt. Leggyakoribb mellékhatásként gyomorfájdalom, puffadás jelentkezett. Három betegnél észleltük Herpes Zoster jelentkezését, egy betegnél súlyos pneumonia, sepsis alakult ki.

Tapasztalataink szerint a mycophenolat mofetil jó alternatíva az SLE, elsősorban lupus nephritis kezelésében. Membranosus nephropathiában első vonalbeli kezelésként adható. A vesebiopsziás mintában aktív gyulladáshoz jeleket mutató membranoproliferatív lupus nephritisben is hatékony. Elsősorban fiatal betegeknél a kisebb gonad toxicitása miatt alkalmazása megfontolandó.

Dr. Vas Krisztina¹, Dr. Altmayer Anita¹, Dr. Mihályi Lilla¹, Dr. Judák Rita¹, Dr. Garaczi Edina¹, Dr. Kinyó Ágnes², Prof. Dr. Husz Sándor¹, Prof. Dr. Kemény Lajos¹, Prof. Dr. Bata-Csörgő Zsuzsanna¹

SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika (Szegedi Tudományegyetem) ¹
PTE KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika (Pécsi Tudományegyetem) ²

TAPASZTALATAINK AUTOIMMUN URTICARIÁS BETEGEK KEZELÉSÉVEL

Az SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán az elmúlt 9 évben kezelt 1073 urticariás beteg közül 43 esetben tudtuk felállítani az autoimmun urticaria diagnózisát. A diagnózis felállítása a klinikai tünetek és a saját savó próba pozitivitása alapján történt. Az autoimmun urticariás betegek kezelésére nincsen egyértelműen egységes nemzetközi ajánlás. Retrospektív vizsgálatunk célja volt felmérni a klinikánkon folytatott standardizált szisztémás szteroid kezelés hatékonyságát az autoimmun urticariában szenvedő betegeink gyógyításában. Ezeknél a betegeknél az antihisztamin terápia nem volt effektív. Betegeink naponta átlagosan per os 40 mg prednisolon kezdő dózisú szisztémás kezelést kaptak. A teljes tünetmentesség elérésekor került sor (átlagosan 2 hét) a szteroid dózisának csökkentésére. A prednisolon dózisát 10 mg-mal csökkentettük havi illetve 2 havi időközben, igazodva a betegek tüneteikhez. A szteroid kúra átlagosan 4 hónapig tartott. Ez a kezelés tartós tünetmentességet eredményezett 36 betegnél. Telefonos interjú alapján átlagosan 51,72 hónappal a szteroid teljes elhagyását követően a betegek 83,7%-a tünetmentes. Érdelemes, tartós mellékhatásról nem számoltak be pácienseink. Eredményeink alapján ez a típusú, pár hónapos szisztémás per os szteroid terápia javasolható autoimmun urticariában, ugyanakkor retrospektív vizsgálatunk arra is rávilágít, hogy a betegek egy része (16,3 %) más terápiát igényel.

Tauzin Krisztina Tamara, Pálfi Erzsébet, Mezei Györgyi

Semmelweis Egyetem, I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem,
Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Dietetikai és
Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest

AZ ÉTELALLERGIA ÖSSZEFÜGGÉSE AZ ASTHMÁS TÜNETEK SÚLYOSSÁGÁVAL AZ I. SZ. GYERMEKGYÓGYÁSZATI KLINIKA BETEGEINÉL

Előzmény: Egy korábbi amerikai vizsgálat (Simpson, Glutting & Yousef, 2007) felvetette, hogy a táplálékallergia megléte növeli az allergológiai szakorvosi látogatások és szteroid kúrák számát és gyakoriságát.

Célkitűzés: Arra a kérdésre kerestük a választ, hogy hazánkban milyen hatása van asthmás gyermekeknél a táplálékallergiának az allergológiai vizitek-, és a szisztémás szteroid kúrák számára.

Beteganyag és módszer: A Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinikán 106 beteg dokumentációja alapján retrospektív elemzést végeztem, és a kizárási kritériumok alkalmazása után összesen 56 fő (n = 56) adatait elemeztem. A betegeket két egyenlő létszámú csoportba soroltam az alapján, hogy kizárólag asthmás tüneteket mutattak (As csoport; 19 lány, 9 fiú, átlagéletkoruk hónapban \pm szórás = $138,2 \pm 53,4$) vagy táplálékallergiás és asthmás tüneteik is voltak (TAs csoport; 19 lány, 9 fiú, átlagéletkoruk hónapban \pm szórás = $136,8 \pm 51,6$). Regresszió-analízis segítségével vizsgáltam, hogy a táplálékallergia megléte, a táplálékallergia fajtáinak száma, a környezeti allergének száma, az asthma klasszifikációja, illetve az ekcéma megléte miként jelzi előre az allergológiai látogatások, illetve a szteroid kúrák számát és gyakoriságát.

Eredmény: Az elvégzett statisztikai vizsgálatok marginálisan szignifikáns eredményei igazolták a hipotézist. A táplálékallergia megléte trendszinten előrejelezte az allergológiai látogatások számát, valamint a szisztémás szteroid kúrák számát és frekvenciáját. Ezek a konvergens eredmények arra utalnak, hogy a táplálékallergia megléte és az asthmás tünetek súlyossága összefügghet.

Következtetés: Az együttesen fennálló asthma és táplálékallergia általában súlyosabb állapotot jelenthet, mint külön a két betegség, ezért fontos, hogy az anamnézis felvételekor valamennyi egészségügyi szereplő (orvos, dietetikus, ápolónő) figyelemmel legyen a táplálékallergiás betegeknél az asthmás tünetekre, és fordítva, asthmásoknál a táplálékallergiára, hogy időben felhívhassa a beteg vagy gondozója figyelmét a lehetséges következményekre.

EXTRACORPORALIS PHOTOPHERESIS KEZELÉS HATÁSA A KARDIÁLIS FUNKCIÓKRA SCLERODERMÁS BETEGEINKNÉL

Bevezetés: A scleroderma a szisztémás autoimmun betegségekre jellemzően színes klinikai képpel és sokszervi érintettséggel jellemezhető kórkép, melyet nem elsősorban a gyulladási folyamatok túlsúlya, hanem a bőr és bizonyos belső szervek fibrosisa valamint obliteratív vasculopathia jellemez a mérsékelt autoimmun gyulladás mellett. A bőr érintettsége mellett a pulmonalis és a kardiális rendszer érintettsége is fontos jellegzetessége a betegségnek. Ezen utóbbi az irodalmi adatok szerint jelentősen rontja a betegek életminőségét valamint magasabb mortalitással jár, emiatt kiemelt jelentőségű ennek korai felismerése és kezelése. Az extracorporalis photopheresis kezelés (ECP) nagyon hatékonyan alkalmazható a progresszív bőrtünetek jelentkezése esetén, az azonban nem ismert, hogy miképpen változik a betegek kardiális állapota a kezelése során.

Célkitűzés: A DE KK Belgyógyászati Intézet, Klinikai Immunológia Tanszékén 2008-2014 között ECP kezeléssel átesett 25 sclerodermás beteg kardiális állapotának felmérése az ECP kezelés előtt és után.

Betegek és módszerek: Vizsgáltuk a klinikai tüneteket, a szívelégtelenség NYHA szerinti stádiumát, a 6 perces séta tesztet, az EKG-t és az echocardiographiás paramétereket (szívüreg mérete, jobb és bal kamra funkció -szisztolés, diasztolés, globális kamrafunkció-Tei index, falmozgászavarokat, endo-, peri-, myocardialis érintettség). Az echocardiographiás vizsgálatokat szűrő jelleggel végeztük, az adatokat retrospektíve dolgoztuk fel, kontroll csoportként nemben és korban illesztett enyhe gastrointestinalis és degeneratív mozgásszervi panaszokkal bíró betegeket választottunk. A kapott eredményeket az SPSS for Windows statisztikai programmal elemeztük. A vizsgált 25 sclerodermás beteg 72%-a nő, 28%-a férfi volt.

Eredmények: A kezdeti méréseknél betegeink szisztolés bal kamra funkciója megtartott volt, a jobb kamra szisztolés diszfunkciója (TAPSE, jobb kamrai szabadfal szisztolés csúcssebesség) és bal kamrai diasztolés diszfunkció gyakrabban jelentkezett mint a kontroll csoport esetében. A globális kamrafunkciót jellemző Tei index esetében mind a jobb, mind pedig a bal kamra tekintetében rosszabb értéket mértünk mint azt a kontroll csoport esetében tapasztaltuk. A jobb kamrai nyomás 12 betegnél volt emelkedett, ezek közül 2 esetben ez PAH-nak felelt meg. Az ECP kezeléseket utáni mérések mind a jobb mind a bal kamrai diszfunkció mértékének csökkenését mutatták és mindkét kamra esetében, és a Tei index is javuló értékeket mutatott. A jobb kamrai nyomás mértéke nem változott érdemben a kezelést megelőzően mért értékekhez képest.

Következtetések: Vizsgálataink alapján a tünet- és panaszmentes kardiális eltérések gyakoriak sclerodermában, mindkét kamra funkciócsökkenése gyakoribb mint az átlagpopulációban

észlelhető. Az ECP kezelést követően ezen eltérések szignifikáns javulást mutattak betegeink esetében.

DAGANATOK ELŐFORDULÁSA KEVERT KÖTŐSZÖVETI BETEGSÉGBEN (MCTD-BEN)

Bevezetés: Az MCTD-s betegek várható élettartama az érintett szervek súlyossága és a szövődmények megjelenése függvényében széles határok között mozoghat. A mortalitásban vezető tényezőként szereplő pulmonalis artériás hypertonia mellett, a betegség lefolyása során a malignitások kialakulása mindinkább előtérbe kerül.

Célkitűzés: Retrospektív vizsgálatunkban 184 gondozott, MCTD-s beteg adatainak és klinikai kórlefolyásának áttekintésével a daganatos betegségek előfordulását elemeztük. Célunk volt továbbá az immun-szuppresszív terápia és a malignitások megjelenése közötti lehetséges összefüggések keresése.

Eredmények: A 184 betegből 12 betegnél (6,5 %) jelent meg malignus daganat és ezzel összefüggő mortalitás. Ezen betegek életkora 59 (37-85) év volt a malignus daganat megjelenésekor, amely átlagosan 14 évvel (2- 26) később jelentkezett az MCTD diagnózisát követően. Az emlő carcinoma és a gastrointestinalis malignitás (mindkettő n=4; 2,17%) volt a leggyakoribb, amelyet a légzőszerv rendszeri daganatok (n=3; 1,63%) követtek. További egy-egy betegnél (0,54%) hepatocellularis és cervix tumorok jelentkeztek. Egy betegnél kettős tumor kialakulása volt észlelhető (szájüregi és neuroendocrin). Hematológiai malignitás egy betegnél sem lépett fel. A vizsgálati időszakban daganattal összefüggő mortalitás 7 betegnél következett be (7/184). A betegek 75%-a részesült megelőzően immun szuppresszív terápiában, ugyanakkor nem volt közvetlen összefüggés kimutatható az alkalmazott kezelés és rosszindulatú betegségek kialakulása között. A hagyományos rizikófaktorok közül a dohányzás 8 betegnél (66,6 %) volt felderíthető.

Konklúzió: Az autoimmun betegségek a hagyományos rizikófaktorok mellett additív tényezőként szerepelhetnek a malignus daganatos betegségek kialakulása szempontjából. Az MCTD-s betegek esetében elsősorban a betegség hosszú idejű fennállása esetén számíthatunk a malignitás megjelenésére, amely fontossá teszi a rendszeres kontrollok és szűrővizsgálatok elvégzését.

Szabó Krisztina, Papp Gábor, Szántó Antónia, Tarr Tünde, Zeher Margit

DE ÁOK Klinikai Immunológiai Tanszék

FOLLIKULÁRIS T HELPER SEJTEK ÉS IL-10 TERMELŐ REGULATÍV B SEJTEK VIZSGÁLATA PRIMER SJÖGREN-SZINDRÓMÁBAN ÉS SZISZTÉMÁS LUPUS ERYTHEMATOSUSBAN

Előzmény: A follikuláris T helper (TFH) sejtek kiemelt szerepet játszanak a másodlagos nyirokszervek follikulusaiban zajló immunfolyamatok precíz szabályozásában azáltal, hogy irányítják a magas-affinitású memória B sejtek és hosszú-életű plazmasejtek képződését. A TFH sejtek funkcióiban fellépő zavarok olyan abnormális humorális immunválaszok kialakulásához vezethetnek, mint az autoreaktív B sejt klónok felszaporodása, illetve autoantitestek fokozott termelődése a periférián. Mindezek alapvető ismertetői olyan autoimmun kórképeknek, mint a primer Sjögren-szindróma (pSS) és szisztémás szisztémás lupus erythematosus (SLE), ezért jelen munkánk célja e sejtek arányának és különböző B sejt alcsoportokkal való kapcsolatának feltérképezése.

Módszerek: Vizsgálatainkba 25 pSS-ás (10 GI és 15 EGM), 25 SLE-s beteget (17 inaktív és 8 aktív), illetve 21 egészséges kontroll személyt vontunk be. Perifériás vérben áramlási citométer segítségével meghatároztuk a CD4+CXCR5+ICOS+PD-1+ TFH sejtek százalékos arányát és intracitoplazmatikus citokin jelöléssel mértük e sejtek IL-21 termelését is. Továbbá a CD19, IgD, CD27, CD24 és CD38 sejtfelszíni markerek alapján perifériás vérben keringő különböző B sejt alcsoportokat határoztunk meg.

Eredmények: A naiv B sejtek százalékos aránya szignifikánsan emelkedett mind a pSS-ás, mind az SLE-s betegek csoportjában, míg az IgM és IgG memória B sejtek aránya szignifikáns csökkenést mutatott. E sejtek eltérő megoszlást mutattak a két betegségben, az IgG memória B sejtek csökkenése a pSS-ás, miközben az IgM memória B sejtek redukciója SLE-ben volt számottevő. A kettős-negatív B sejtek, illetve plazmasejtek aránya szignifikánsan emelkedett SLE-ben, ellenben pSS-ás betegekben szignifikáns csökkenést tapasztaltunk. A tranzicionális és érett-naiv B sejtek százalékos aránya szignifikánsan csak az SLE-s betegekben emelkedett. A keringő TFH sejtek esetében csak az EGM-val rendelkező pSS-ás betegek illetve a teljes SLE-s betegek esetében tapasztaltunk szignifikáns emelkedést. Az IL-21 termelő TFH sejtek esetében is hasonló tendenciát tapasztaltunk. Továbbá pozitív korrelációt tapasztaltunk a TFH sejtek emelkedett aránya és IL-21 termelése, illetve a betegségekre jellemző szerológia paraméterek, mint RF, IK és autoantitestek jelenléte között is.

Következtetések: Eredményeink alapján a perifériás TFH sejtek arányának nagymértékű emelkedése és IL-21 termelése, illetve rendellenes működésük következtében kialakuló, a két betegségre jellemző abnormális B sejt alcsoport megoszlás e sejtek kiemelt szerepét támasztja alá autoimmun folyamatok kifejlődésében és felerősödésében egyaránt.

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság 43. Kongresszusa



ABSZTRAKT KÖTET

2015. május 7-9.

Four Points by Sheraton****
Kecskemét Hotel & Conference Center



www.makit.hu

Tokodi Margaréta¹, Dr. Bella Zsolt¹Csábi Eszter², Dr. Kiricsi Ágnes¹, Dr. Kollár Edit¹, Prof. Dr. Rovó László¹,
SZTE ÁOK Fül- Orr- Gégészeti és Fej- Nyaksebészeti Klinika (Szegei Tudományegyetem)¹
Pszichológiai Intézet Kognitív- és Neuropszichológia Tanszék (Szegei
Tudományegyetem)¹²¹¹¹

6773

Az egyszeri allergéndózis (nazális provokáció) hatása a fizikai teljesítőképességre és a kognitív funkcióra parlagfű allergiás betegeken

Az allergia népbetegség, mely az életminőséget jelentősen befolyásolja. Jelen kutatásunk célja annak vizsgálata, hogy az aktív szénanátha milyen mértékben befolyásolja a fizikai és kognitív teljesítőképességet allergiás betegeknél.

A vizsgálatban összesen 14 fő vett részt, ebből 7 fő allergiás élsportoló és 7 fő nem sportoló allergiás személy. Kognitív és fittségi funkciókat (Harvard Step Test - HST) mértünk allergén expozíció előtt és után.

A fittségi funkció paramétereiben a csoportok között szignifikáns különbség mutatkozott a baseline mérésnél ($p = 0,011$) és a provokációt követően is ($p=0,039$), mindkét esetben a sportolók értek el magasabb átlageredményt. A csoportokon belüli baseline és provokálás eredményeinek összehasonlításakor szignifikáns különbség nem volt a fizikai teljesítőképesség tekintetében.

A neuropszichológiai funkciók feltérképezésekor olyan tesztbattériát alkalmaztunk, amely szinte az össze agyterület működését lefedi és akár finom idegrendszeri elváltozásokat is képes kimutatni. A provokálás során a két csoport között szignifikáns különbség jelent meg a rövid- és hosszú távú emlékezeti működésben ($p = 0,029$; $p = 0,047$), valamint a komplex munkamemória kapacitásában ($p = 0,033$). Mindhárom esetben a sportolók teljesítettek jobban a kontroll csoporthoz képest. A sportolók jobb eredményt mutattak a provokálás alkalmával, mint a baseline méréskor a végrehajtó funkciókat ($p = 0,023$), a komplex munkamemóriát ($p = 0,052$) és a rövid- és hosszú távú deklaratív emlékezeti működést mérő teszteken ($p = 0,031$; $p = 0,02$). A kontroll csoport esetében a végrehajtó funkciókat mérő teszten jelent meg tendencia szintű ($p = 0,075$) romlás a teljesítményben a provokálás során a baseline méréshez képest.

A provokálás során felmerülő rövid távú zavaró tényezők, mint például a duzzadt orrnyálkahártya, tüszögés, könnyező szem nem vontak maga után a kognitív és fittségi funkciók romlását. Az egyszeri, nagy dóziszú allergén anyag az allergiás betegeknél fokozott összpontosítást eredményezett, mely a sportolók körében még kifejezettebb volt.

A C1-inhibitor karmester szerepe herediter angioödémában

A bradikinin mediálta angioödémák között jelentős csoportot képeznek a C1-inhibitor (C1-INH) hiányon alapuló örökletes (C1-INH-HAE), illetve szerzett angioödémák (C1-INH-AAE).

A C1-INH domináns szerepet játszik a bradikinin-forming kaszkád rendszerek enzimjeinek szabályozásában, így nem meglepő, ha ennek a kulcsfontosságú inhibitornak az elégtelen koncentrációja a szervezetben bradikinin túltermelődést eredményez. Az, hogy mi számít elégtelen koncentrációnak, nem egyszerű kérdés. Nem teljes hiányról van szó ugyanis C1-INH-HAE esetében, mivel a heterozigóta domináns jellegzetességnek megfelelően az egyik génről normális működésű fehérje termelődik. A betegek vérében az egészségesekhez képest csökkent a C1-INH aktivitás, jelentős egyéni és egyéneken belüli különbségeket mutatva az életük során. A szövetekben azonban más C1-INH enzim arányok lehetnek, mint ami szisztémásan mérhető, ezt nem tudjuk, mivel szöveti mérések nem történtek. A target enzimek fokozott aktivációja megnövelheti a szükséges C1-INH igényt, ugyanakkor egyéb inhibitorok kiegészíthetők, vagy pótolhatják a C1-INH szerepét. Potenciáló ágensek, mint a glycosaminoglycan-ok fokozzák a C1-INH hatást, de más, eddig még nem ismert tényezők is szerepet játszhatnak annak megítélésében, hogy milyen koncentrációjú C1-INH lenne elegendő. Talán ezeknek a tényezőknek a feltárásában rejlik annak az ellentmondásnak a megoldása, miszerint C1-INH-HAE-ban a folyamatosan fennálló C1-INH hiányos állapot mellett is az ödémás rohamok epizodikusan jelentkeznek. Azonban sem a megjelenés ideje, sem az ödémás rohamok súlyossága, vagy akár a lokalizációja előre meg nem jósolható jelen tudásunk szerint. Rejtélyes az ödéma spontán megszűnését előidéző mechanizmus is. A C1-INH-HAE/AAE pathofiziológiája tehát egy szimfonikus zenekar működésével szemléltethető, ahol a gyengécske karmester nem tudja megakadályozni a hamis hangok okozta diszharmóniát. A 'zenekarban' mindenki a C1-INH-ra figyel, de a zenészek egymással is kommunikálnak, azaz a kaszkád enzimjei egymást is tudják aktiválni, ezzel több ponton képesek befolyásolni a központi irányítást.

A C1-INH kölcsönhatásainak pontosabb feltárása közelebb vinne bennünket a bradikinin mediálta angioödémák pathomechanizmusának jobb megértéséhez, ezáltal az egyénre szabott, célzott terápiák további fejlesztéséhez. Az előadásban az eddig megismert C1-INH interakciók bemutatására kerül sor.

OTKA 112110 támogatásával

Dr. Vas Krisztina, Dr. Altmayer Anita¹Dr. Mihályi Lilla¹, Dr. Judák Rita¹, Dr. Kinyó Ágnes², Dr. Garaczi Edina¹, Prof. Dr. Husz Sándor¹, Prof. Dr. Kemény Lajos³, Prof. Dr. Bata-Csörgő Zsuzsanna¹,

SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika (Szegedi Tudományegyetem)

PTE KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika (Pécsi Tudományegyetem)¹¹¹²¹¹³¹

6752

Tapasztalataink autoimmun urticariás betegek kezelésével

Az SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán az elmúlt 9 évben kezelt 1073 urticariás beteg közül 43 esetben tudtuk felállítani az autoimmun urticaria diagnózisát. A diagnózis felállítása a klinikai tünetek és a saját savó próba pozitivitása alapján történt. Az autoimmun urticariás betegek kezelésére nincsen egyértelműen egységes nemzetközi ajánlás. Retrospektív vizsgálatunk célja volt felmérni a klinikánkon folytatott standardizált szisztémás steroid kezelés hatékonyságát az autoimmun urticariában szenvedő betegeink gyógyításában. Ezeknél a betegeknél az antihisztamin terápia nem volt effektív. Betegeink naponta átlagosan per os 40 mg prednisolon kezdő dózisu szisztémás kezelést kaptak. A teljes tünetmentesség elérésekor került sor (átlagosan 2 hét) a steroid dózisának csökkentésére. A prednisolon dózisát 10 mg-mal csökkentettük havi illetve 2 havi időközben, igazodva a betegek tüneteikhez. A steroid kúra átlagosan 4 hónapig tartott. Ez a kezelés tartós tünetmentességet eredményezett 36 betegnél. Telefonos interjú alapján átlagosan 51,72 hónappal a steroid teljes elhagyását követően a betegek 83,7%-a tünetmentes. Érdemes, tartós mellékhatásról nem számoltak be pácienseink. Eredményeink alapján ez a típusú, pár hónapos szisztémás per os steroid terápia javasolható autoimmun urticariában, ugyanakkor retrospektív vizsgálatunk arra is rávilágít, hogy a betegek egy része (16,3 %) más terápiát igényel.

Veszeli Nóra, Dr. Zotter Zsuzsanna¹, Dr. Csuka Dorottya¹, Dr. Imreh Éva³, Dr. Benedek Szabolcs¹, Dr. Varga Lilian¹, Prof. Dr. Farkas Henriette¹,
Semmelweis Egyetem III. Sz. Belgyógyászati Klinika
6796

Neutrofil sejt aktiváció hereditár angioödémás rohamban

Korábbi tanulmányokból ismert, hogy a C1-inhibitor hiányában kialakuló hereditár angioödémában (C1-INH-HAE) az abszolút neutrofil granulocitaszám megemelkedhet ödémás rohamban. Szerepüket a rohamok során még nem vizsgálták, pedig ismert, hogy a neutrofil elasztáz (NE) képes inaktiválni a C1-INH-t, ezáltal hozzájárulhat a plazma enzimszisztémák aktiválásához, így az ödéma képződéséhez is.

Munkánk során célunk volt annak vizsgálata, hogy aktiválódnak-e a neutrofil sejtek ödémás rohamok során?

26 C1-INH-HAE beteg tünetmentes és rohamos állapotban levett, valamint 26 egészséges kontroll egyén vérmintáiban meghatároztuk a neutrofil granulociták számát, a NE, a myeloperoxidáz (MPO), a pentraxin 3 (PTX3), a C5a, a H faktor, az interleukin-8 (IL-8), és a tumornekrózis faktor- α (TNF- α) szintjét.

A neutrofil granulociták száma emelkedett ugyanazon betegek rohamos állapotában a tünetmentes állapothoz képest ($p=0,011$). A NE, MPO és PTX3 szinteket is emelkedettnek találtuk a betegek rohamos állapotában a tünetmentes állapothoz képest ($p=0,003$, $p<0,001$, $p=0,041$). Az NE és az MPO szintje erős pozitív korrelációt mutatott a rohamok során ($p<0,001$, $R=0,709$). A C5a és a H faktor esetében nem kaptunk különbséget a betegek rohamos és tünetmentes állapotban levett vérmintáiban. Az IL-8 és TNF- α citokinek emelkedett szintjét mértük a betegek rohamos állapotában a tünetmentes állapothoz képest ($p=0,030$, $p=0,020$). A betegek tünetmentes állapotban levett vérmintáiban és az egészséges kontrollok között nem volt különbség a vizsgált paraméterek tekintetében.

Emelkedett neutrofil granulocita szám mellett, emelkedett NE és MPO szintet tapasztaltunk, amely a neutrofil sejtek aktivációjára utal az ödémás rohamok során. A NE és MPO szintek közötti erős pozitív korreláció, valamint a PTX3 emelkedett szintje NET kifejeződésre is utalhat. A citokinek emelkedett szintje is szisztémás aktivációra utal.

A kutatás az OTKA-NKTH 100886 keretén belül zajlott.

,²

Bodoki Levente, Ji-Qing Chen, Zeher Margit, Nagy-Vincze Melinda, Griger Zoltán, Zilahi Erika, Dankó Katalin

Debreceni Egyetem ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék

A D-VITAMIN-RECEPTOR-GÉN POLIMORFIZMUSOK VIZSGÁLATA IDIOPATHIÁS INFLAMMATORIKUS MYOPATHIÁS BETEGEINKNÉL

Az idiopathiás inflammatorikus myopathiák szisztémás autoimmun betegségek, melyek közös jellegzetessége a proximális végtagizmok immunmediált krónikus gyulladása, mely progresszív, szimmetrikus izomgyengeséghez vezet. Egyre több tanulmány mutat rá, hogy a D-vitamin-receptor (VDR) gén polimorfizmusai összefüggésben vannak az autoimmun betegségek incidenciájával, klinikai tüneteivel, illetve a kialakulásukra való hajlammal. Munkánk célja volt kapcsolatot találni a VDR gén polimorfizmusai, illetve haplotípusai és a gyulladós myopathiák között. Irodalmi adatok alapján ez az első olyan vizsgálat, mely a VDR gén négy ismert polimorfizmusát myositises betegekben vizsgálta. 89 poly-/dermatomyositises beteg (69 nő, 20 férfi) és 93 egészséges kontroll személy (52 nő, 41 férfi) esetén vizsgáltuk meg a VDR-BsmI, VDR-ApaI, VDR-TaqI és VDR-FokI polimorfizmusokat és ezek haplotípusait. Nem találtunk szignifikáns különbséget a VDR-BsmI, ApaI, TaqI és FokI genotípus- és allél-frekvenciákra vonatkozóan a myositises betegek és az egészséges személyek között. Nem volt kapcsolat a VDR polimorfizmusok és a klinikai tünetek, illetve laborparaméterek között myositises betegekben. Eredményeink szerint a myositises férfiak BB, Bb és bb genotípusainak eloszlása szignifikánsan eltért a myositises nők, az egészséges férfiak és a teljes kontroll csoport eloszlásától. A TT, Tt és tt genotípusok eloszlása szignifikánsan eltért a myositises férfiak és a myositises nők között. Eredményeink arra utalnak, hogy a vizsgált populációban férfiak esetén kapcsolat van a myositis és a BsmI, illetve a myositis és a TaqI genotípusai között. A négy-marker haplotípus gyakoriság alapján, a 16 lehetséges haplotípus frekvenciája szignifikáns eltérést mutatott a beteg populáció és a kontroll csoport között. A három leggyakoribb haplotípus a betegek körében a fbAt, a FBaT és a fbAT volt. Eredményeink felhívják a figyelmet a VDR gén polimorfizmusok jelentőségére a myositis genetikájában.

Dr. Bodolay Edit

DE ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék

AZ AUTOIMMUN BETEGSÉGEK KORSZERŰ KEZELÉSE. A REMISSZIÓ KRITÉRIUMAI AZ EULAR JAVASLATOK ALAPJÁN

Az elmúlt fél évtizedben a szisztémás autoimmun betegségek területén több új nemzetközi konszenzus jött létre. Ez vonatkozik a szisztémás autoimmun betegségek diagnosztikus kritériumaira, melyek pontosabban határolják körül a betegséget. Az EULAR ajánlásainak megfelelően az aktivitási kritériumok valamint a remisszió, a nyugalmi szak is új értelmezést nyert. Ezek az ajánlások jelentősen megkönnyítik a klinikus azon tevékenységét, hogy a betegség aktív vagy nyugalmi szakában milyen típusú terápiát alkalmazzon. A terápiás javaslatok további segítséget nyújtanak ahhoz, hogy az egyes kórképeket milyen típusú gyógyszerekkel érdemes kezelni, és azokat mennyi ideig kell alkalmazni. Természetesen ezek csak javaslatok a klinikus számára, mivel az adott beteg ellátásban mindig a kezelőorvos dönt, és a személyre szabott terápia elvét kell figyelembe venni.

Botos Balázs, Nagy-Vincze Melinda, Bodoki Levente, Zoe Betridge, Szöllősi Lászlóné, Dankó Katalin

DE ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék

ANTI-SRP POZITÍV MYOSIITES BETEGEINK KLINIKAI SAJÁTOSSÁGAINAK ÉS TERÁPIÁRA ADOTT VÁLASZUK

Bevezetés. A dermatomyositis és polymyositis az idiopathiás inflammatorikus myopathiák (IIM) közé sorolt autoimmun kórképek, jellegzetességük a végtagizmokban szimmetrikusan jelentkező, immunreakciók mediálta krónikus gyulladás, mely progresszív izomgyengeséghez vezet. A heterogén klinikai képet mutató kórformákat újabban a myositis asszociált (MAA), illetve a myositis specifikus antitestek (MSA) alapján csoportosítják. A signal recognition particle antitest pozitív típus (aSRP+) az MSA-k egyik jellegzetes képviselője. Irodalmi adatok alapján az akut, súlyos kezdet, az erősen emelkedett CK-szint és nem ritkán szívérintettség jellemzi. Az aSRP+ betegek refrakterek lehetnek a standard terápiákra, gyakoribb a relapsus, és rosszabb a prognózis az anti-SRP negatívoknál.

Anyag és módszer. Intézetünk betegei közt előfordult 16 aSRP+ csoportba tartozó eset klinikai és kezelési adatait hasonlítottuk össze 16 MSA-negatív betegével. A demográfia és anamnézis fontosabb adatait, a releváns labor paramétereket, a manual muscle test (MMT) eredményeit, a terápia formáját és eredményét adatbázisba rendeztük. A két csoport demográfiai homogenitását t-próbával igazoltuk, míg a klinikum és a terápiás válasz-készség különbségeit Mann-Whitney és χ^2 -próbákkal vizsgáltuk. A statisztikai elemzéshez SPSS17 szoftvert használtunk.

Eredmények. Az aSRP+ csoportban az izomgyengeség súlyosabb volt, a kezdeti és a kezelést követő MMT értékek között is szignifikáns különbséget találtunk ($\chi^2=0,006$ ill. $0,019$). A különbség a CK és LDH eredményekben is ugyanígy jelentkezett, itt az eltérés markáns, de a kezelés utáni LDH értékek kivételével nem szignifikáns. Az első vonalbeli steroid kezelésre mindkét csoport jól reagált, azonban az aSRP+ csoport rosszabb terápiás válaszát jelzi, hogy náluk jóval több esetben volt szükség másodvonalbeli kezelésre. Nem találtunk különbséget sem a társuló antitest pozitivitás, sem az IIM egyéb klinikai manifesztációi és tünetei tekintetében.

Következtetés. Bizonyítani tudtuk, hogy az aSRP+ csoport betegeinél az izomgyengeség a kezelés előtt és után is súlyosabb, mint az egyéb IIM betegekben, továbbá az aSRP+ csoport terápiás válasza az antitest negatívakénál rosszabb.

AZ ALLERGOLÓGIA ÚJDONSÁGAI 2014/15-BEN

A szakkifejezés „development of atopy” arra utal, hogy az összeállítás szerzője vagy szerzői milyen új adatokat tartanak megemlítésre méltónak. Jelen szerzők – elfogadva, hogy egy ilyen válogatás rendkívül szubjektív – a 2014-es és a megkezdett 2015-ös év néhány általuk fontosnak vagy informatívnak tartott közleményét mutatják be.

6 év alatti gyermekek asztmájának jellegzetességei

Ide tartozik a fiúnemhez tartozás, zihálás alsó légúti infekciókkal együttesen, szülőknél asztma, atópiás dermatitisz, eozinofília, korai szenzibilizálódás étellel vagy légúti allergénnel szemben, légzésfunkciós deficit. A korosztály kezelésénél az intermittáló vagy folyamatos inhalált corticosteroid-kezelés, a folyamatos leukotrien receptor antagonistá adása és ritkán a kombinált kezelés a célszerű.

(Durran S et al: Current Opinion in Allergy and Clin. Immunol 2015; 15: 175-183)

Molekuláris endotípusai az asztmának: a Th2 gyulladás biomarkerei mellett nem Th2-ben látható jellegzetességek kerültek felismerésre: neutrofil gyulladás, a remodelinget előidéző jellegzetességek, a chemosensoros diszfunkció, stb. Ezen ismeretek hozzájárulhatnak a személyes asztma kezelés kialakításához. A szerzők által bemutatott vizsgálatok igazolják, hogy az ornyálkahártyából szerzett anyagok több szempontból helyettesíthetik a nehezebben hozzáférhető bronchiális nyálkahártyából történő vizsgálatokat.

(Weselovski-Andersen A et al: Current Opinion in Allergy and Clin. Immunol 2015; 15: 163-168)

A prezentáció további részében még néhány új keletű ismeret kerül bemutatásra.

Dr. Fábos Beáta, Dr. Kutasi Zsuzsanna, Dr. Battyáni Zita

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató kórház

HIGANY ALLERGIA GYAKORLATI JELENTŐSÉGE

A higanyvegyületek, melyek pozitívását még mindig gyakran észleljük a kután bőrpróbák során, kikerültek az érdeklődés középpontjából. A gyógyászatban, mint konzerváló szerek, valamint a fogászati tömőanyag az amalgám még mindig tartalmazza. A higany vegyületek felhasználásra kerülnek a műanyaggyártás, fémek bányászata és olvasztása során, valamint növényvédő szerekben is megtalálhatók. A talajba a fosszilis energiahordozók által kerülnek be, ez által pedig a táplálék láncba.

A szerzők a higany pozitívást mutató betegek klinikai tüneteit tekintik át, vizsgálva azt is, hogy védőoltást okozó reakcióban lehet-e szerepe.

Szabó Katalin, Nagy-Vincze Melinda, Bodoki Levente, Zilahi Erika, Hodosi Katalin, Dankó Katalin, **Griger Zoltán**

Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, ÁOK, Klinikai Immunológiai Tanszék

AZ ANTI-JO-1 POZITÍV ANTISZINETETÁZ SZINDRÓMÁS BETEGEINK KLINIKAI, IMMUNOLÓGIAI ÉS GENETIKAI PARAMÉTEREINEK VIZSGÁLATA

Bevezetés: Az idiopathiás inflammatorikus myopathiákban (IIM) előforduló leggyakoribb myositis specifikus antitest (MSA) az anti-Jo1. Az anti-Jo-1 antitest jelenléte jellegzetes klinikai tünetegyütessel (myositis, arthritis, intersticiális tüdőbetegség /ILD/, Raynaud jelenség, láz, mechanikus kéz), az antiszinetetáz szindrómával társul.

Célkitűzés: Jelen munkánk célja az volt, hogy felmérjük a klinikánk által gondozott anti-Jo-1 pozitív IIM-s betegek klinikai, laboratóriumi, immunológiai és genetikai paramétereit.

Betegek és módszerek: Összesen 49 beteg (42 nő, 7 férfi) kórtörténeti és laboratóriumi adatait dolgoztuk fel retrospektív módon. Az anti-Jo1 titer meghatározása ELISA módszerrel, a HLA DRB1, DQA1 és DQB1 genotípus meghatározása pedig a kereskedelmi forgalomban elérhető specifikus oligonukleotid kitekkel történt. A statisztikai analízist Pearson féle Chi2, Fischer féle exakt teszt, illetve Spearman korrelációt felhasználva végeztük.

Eredmények: A diagnóziskor a betegek átlagéletkora $43 \pm 13,28$ év volt; 98 %-ban észleltünk myositist, 73%-ban ILD-t, 88 %-ban arthritist, 65 %-ban Raynaud jelenséget, 43 %-ban lázat és 33%-ban mechanikus kéz jeleit, 55 %-ban egyéb bőrtünetet és 12 %-ban nyelési nehezítettséget. Kimutattuk, hogy a kezdeti anti-Jo-1 titer korrelál a betegség aktivitását is jelző kezdeti CK ($R=0,328$; $p=0,003$) és kezdeti CRP szinttel ($R=0,374$; $p=0,016$). Szintén szignifikáns összefüggést találtunk a kórlefordulás során az anti-Jo-1 szintek és az aktuális CK ($R=0,497$; $p<0.001$), valamint CRP ($R=0,325$; $p<0.001$) szintek között. Az anti-Jo-1 pozitív betegeken belül a leggyakrabban előforduló antitest az anti-SSA volt (28/49; 57%). Az anti-Jo-1+/SSA+ csoport életkora fiatalabb a diagnóziskor ($p=0,004$), ritkábban fordul elő ILD ($p=0,039$), ugyanakkor magasabb a fenntartó steroid dózis átlaga ($p=0,031$) az anti-Jo-1+/SSA- csoporthoz képest. A magasabb dózisu (≥ 8 mg) fenntartó steroid alkalmazása a diagnóziskor észlelt magasabb CRP (36,34 vs. 17,84 mg/l; $p=0,014$), We (33,87 vs. 19,81 mm/h; $p=0,032$) értékekkel, valamint gyakrabban jelen lévő lázzal (67% vs. 37%; $p=0,038$) mutatott összefüggést. Ezzel ellentétben a fenntartó steroid dózisa nem korrelált sem a kezdeti CK ($p=0,374$), sem az LDH ($p=0,224$) szinttel, sem pedig az ILD jelenlétével ($p=1$). A genetikai vizsgálatok során a betegek 68,96 %-a HLA DRB1*03 pozitív volt. Ebben a csoportban a diagnóziskor mért CK szint szignifikánsan alacsonyabb volt a HLA DRB1*03 negatív betegekhez viszonyítva (2816,30 vs. 5969,44 U/l; $p=0.04$). A betegek 58.62 % volt a HLA DQA1*0501-DQB1*0201 haplotípusra pozitív, ami a vizsgált klinikai és laboratóriumi paraméterek egyikével sem mutatott szignifikáns összefüggést.

Konklúzió: Eredményeink alapján a klinikánk által gondozott anti-Jo-1 pozitív betegek klinikai paraméterei megegyeznek az irodalomban található adatokkal, az anti-Jo-1 titer korrelált a betegség aktivitásával. A HLA DRB1*03 pozitívítás összefüggést mutatott az alacsonyabb CK szinttel, de nem befolyásolt egyéb klinikai, vagy szerológiai paramétereket. Úgy tűnik, hogy a diagnóziskor mért magasabb We, CRP szintek, pozitív anti-SSA antitest, valamint láz jelenléte prognosztikai jelentőséggel bírhat.

AKUT VESELÉGTELENSÉG KÉPÉBEN JELENTKEZŐ KATASZTRÓFA ANTIFOSZFOLIPID SZINDRÓMA FIATAL FÉRFIBETEGÜNKBEN.

Az antifoszfolid szindróma (APS) fokozott thrombosis-készséggel járó autoimmun betegség, mely mind primer formában, mind más szisztémás autoimmun kórképekkel társulva is jelentkezhet. Életet veszélyeztető formája a „katasztrófális” antifoszfolid szindróma, mely különböző szervekben fellépő kísér-thrombosisok megjelenésével jellemezhető, és akár több szervi elégtelenséghez is vezethet. Definíciója szerint a thrombotikus események legalább 3 szervben szimultán, vagy egymást követően egy héten belül jelentkeznek, és ezt legalább egy szervben szövettanilag is igazolják.

Tanulmányunkban egy 20 éves fiatal férfibeteg esetét mutatjuk be. 2010 óta ismert antifoszfolid szindrómája. 2011-ben fotoszenzitivitás, pillangó erythaema, ITP, AIHA, arthralgia, antifoszfolid antitestek, antinukleáris faktor, anti-DNS antitest jelenléte alapján igazoltuk SLE-jét. Nephrotikus mértékű proteinuria alapján felmerült lupus nephritis lehetősége, de szövettani vizsgálat a vesékben thrombotikus mikroangiopathiát igazolt.

2014. márciusában fokozódó thrombocytopenia, valamint fertőzéses eredetű hasmenés miatt került felvételre. Konzervatív terápia, emelt dózisú methylprednisolon kezelés mellett fokozatosan romló vesefunkciós paramétereket észleltünk, melyek haemodialízis kezelést tettek szükségessé. Ezt követően bal oldali felső végtagi paresis alakult ki, melynek hátterében koponya CT arteria cerebri media területi keringészavart igazolt. A romló vesefunkció, fokozódó hasi fájdalom miatt elvégzett hasi CT a lépben, vesében és truncus coeliacusban írt le thrombotikus léziókat. A klinikai kép, valamint a magas titerben jelen lévő antifoszfolid antitestek alapján a katasztrófális APS diagnózisa igazolható volt. Anti-Xa faktorhoz illesztve LMWH antikoagulálást indítottunk, több alkalommal történt plazmaferézis kezelés, paresise megszűnt, azonban salakanyag-szintjei jelentősen nem csökkentek. Terápiáját ekkor rituximab kezeléssel egészítettük ki, melyet követően vesefunkciója fokozatosan javult, és így a beteg 5 hetes kórházi kezelést követően otthonába távozott.

Betegünk kórlefolyását alapvetően nem a lupus, hanem az antifoszfolid szindróma okozta thrombotikus szövődmények határozták meg, mely esetében az antikoaguláns kezelés önmagában nem elegendő, hanem erélyes immunszuppresszáns terápia is szükséges a tünetek javulása és a hosszú távú szövődmények megelőzése céljából.

Horváth Andrea, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, allergológiai szakasszisztens

Háncs Zoltánné, Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati osztály, ált. asszisztens

IN VIVO ALLERGOLÓGIAI BŐRTESZTEK GYAKORLATI KIVITELEZÉSE

Bevezetés:

Az általános populációban az allergiás betegségek 25-30%-ban fordulnak elő. Ezek közül is a bőrtünetekkel járó allergiás kórképek egyre nagyobb gyakorisággal észlelhetők:

-atopiás dermatitis

-kontakt allergia

-urticaria formájában.

Módszer:

Betegségek etiológiájának, kiváltó ágensének igazolására számos in vivo cután teszt áll rendelkezésünkre. Alkalmazásukkal lehetővé válik a kiváltó ágensek megismerése után a betegség mielőbbi hatékony kezelése, ezzel a progresszió megállítása, illetve az ismételt kialakulás prevenciója. Osztályunkon több in vivo allergia teszt elvégzésére van lehetőség:

Prick teszt – prick by prick teszt - bőrteszt

Atopy patch teszt (APT) - bőrteszt

Epicután rátevési próbák - bőrteszt (standardizált, fogászati, steroid, fodrász)

Az atopy patch teszt új és nagyon hasznos diagnosztikus lehetőség az egyre nagyobb arányban előforduló atopiás dermatitis kivizsgálása során. A szerzők jelen előadásukban bemutatják a fenti diagnosztikai eljárás alkalmazásának lényegét, gyakorlati kivitelezését, különös tekintettel a szakasszisztensi feladatokra.

Következtetések:

Ezekkel a tesztekkel lehetőség nyílik az allergén kimutatására, a tünetek célzott kezelésére, illetve amennyiben lehetséges az allergén eliminálására.

COMMON VARIABILIS IMMUNDEFICIENCIÁHOZ (CVID) TÁRSULT AUTOIMMUN HEMOLITIKUS ANÉMIA (AIHA) ESETEI

A primer immundeficienciák bármely életkorban jelentkezhetnek, a felnőttkorban diagnosztizált esetek túlnyomó része B-sejt defektus, antitesthiányos állapot. CVID-ben utóbbiakhoz T-sejt funkciózavar is társulhat. A klinikai képet a visszatérő, gyakran opportunisták okozott, elhúzódó, szövődményes infekciók és a társuló autoimmun betegségek, jelenségek határozzák meg. Utóbbiak között említendőek a rheumatoid arthritis, a gyulladásos bélbetegségek és az AIHA. Tanszékünkön az elmúlt negyedévben 2 CVID betegnél diagnosztizáltunk meleg, pánantitestes autoimmun hemolítikus anaemiát. A kivizsgálás során kizárandó az AIHA hátterében egyéb okok, mint például SLE, infekciók (EBV, CMV, HIV, Parvovírus B19, Mycoplasma, Chlamydia, lues, hepatitisek) lehetősége, illetve gyógyszerek oki szerepe. A leggyakrabban ugyanakkor CVID-ben is az AIHA idiopathiás formáival találkozunk. A diagnózis felállításának lépései egyebekben megegyeznek az egyéb AIHA-k esetében alkalmazottakkal, azaz kvalitatív vérvkép és Coombs vizsgálatot, szérum LDH, total és direkt bilirubin, haptoglobin szinteket, szérum és vizelet szabad hemoglobin szint meghatározást szükséges végezni. Az AIHA kezelése CVID-ben fokozott óvatosságot igényel. Az 1 mg / testsúlykilogramm kezdő, majd fokozatosan csökkentett dózisban alkalmazott nagy dózisú szteroid az első választandó kezelési mód ez esetben is, s ha ez nem vezet eredményre, azathioprin bázisterápia javasolt. Mindkettő ineffektivitása esetén a következő választás a jelenleg csak egyedi méltányossági engedély alapján elérhető anti-CD20, rituximab kezelés, hiszen a CVID alapját képező B-sejt defektus miatt egy esetleges splenectomia rendkívül nagy rizikóval jár. A splenectomiát megelőzően kötelező tokos baktériumokkal szembeni vakcinációtól egyrészt nem várható tényleges védettség kialakulása, másrészt a tervezett műtét kapcsán a sepsis rizikója nagyobb, mint CVID-ben nem szenvedő AIHA betegekénél. Eseteink bemutatásával a diagnosztika elemeire és a terápia megválasztásának nehézségeire kívánjuk felhívni a figyelmet CVID-ben.

Papp Zoltán, Tóth László

Debreceni Egyetem Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, Debrecen

A FOLYADÉKGYÜLEMEL JÁRÓ KRÓNIKUS KÖZÉPFÜLGYULLADÁSOK BAKTERIÁLIS PROFILJÁNAK VIZSGÁLATA TÖMEGSPEKTROMETRIÁS ESZKÖZZEL

A krónikus folyadékgyülemmel járó otitisek a gyermekek jelentős hányadát érintik. Halláscsökkenést okoznak, mely a beszédfejlődést hátráltatja. Az etiológiai faktorok pontos szerepe a mai napig sem tisztázott. A bakteriális jelenlét, mint etiológiai tényező a diagnosztikai eszközök fejlődésével egyre valószínűbb.

Tanulmányunkban a középfülváladék bakteriális összetételét vizsgáltuk MALDI-TOF MS tömegspektrometriás eszköz segítségével. A vizsgálatba 53 gyermek bevonására került sor, 71 fülből nyertünk váladékot.

Minden váladékban találtunk legalább egyféle baktériumot, összesen 28 féle baktériumtörzs volt azonosítható. A leggyakoribb kórokozók a *Moraxella catarrhalis*, a *Haemophilus influenzae* és a *Streptococcus pneumoniae* voltak.

A MALDI-TOF MS új, olcsó és pontos lehetőséget biztosít az eddig nehezen kimutatható baktériumok azonosításában, ezzel hozzájárul a krónikus középfüli folyadékgyülemmel járó otitisek pathomechanizmusának pontosabb tisztázásához.

Szalmás Orsolya, Nagy-Vincze Melinda, Dankó Katalin

DE ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék

A JUVENILIS ÉS FELNŐTTKORI DERMATOMYOSITISES BETEGEK KÓRLEFOLYÁSÁNAK ÉS TERÁPIÁRA ADOTT VÁLASZÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Az idiopathiás inflammatorikus myopathiák közé tartozó juvenilis és felnőttkori dermatomyositisek (DM) szisztémás autoimmun megbetegedések. Fő jellegzetességük a proximális végtagizomzat szimmetrikus gyengesége és típusos bőrtünetek megjelenése. Jelenlegi vizsgálatunk célkitűzése, hogy összehasonlítsuk a felnőttkori illetve gyermekkori dermatomyositises betegeket terápiára adott válaszuk és kórlefolysuk alapján.

Vizsgálatunk során a DEOEC Belgyógyászati Intézet, Klinikai Immunológia Tanszék Myositis szakrendelése által gondozott 58 DM-es beteg adatát dolgoztuk fel. Ezen belül két betegcsoportot alakítottunk ki: a juvenilis (JDM: n=27, átlag életkoruk: 8,7 év) és a felnőttkori (DM: n=31, átlag életkoruk: 51,2 év) dermatomyositist. A csoportok közti különbségek összehasonlítására Pearson-féle chi-négyzet próbát alkalmaztunk. Az elemzések során a $p \leq 0,05$ értéket tekintettük szignifikánsnak.

Statisztikailag szignifikáns különbséget találtunk a két betegcsoport között, annak alapján, hogy betegségük lefolyása során milyen gyógyszereket kaptak: a JDM-es betegek között szignifikánsan gyakrabban került sor cyclosporin A ($p=0,20$) és IVIG ($p=0,059$) alkalmazására. A kórlefolys vizsgálata azt mutatta, hogy a felnőttkori DM-es betegek között az acut betegségkezdet ($p=0,03$) gyakrabban fordul elő. Gyermekekben a tünetek fokozatosan jelentkeznek. A betegek gondozása során azt tapasztaltuk, hogy a JDM-es páciensek követési ideje hosszabb, emiatt pedig a relapszusok átlagos száma is megnőtt, ami szignifikáns különbséget eredményezett a gyermekek körében ($p=0,059$).

Vizsgálataink is igazolták azt a korábbi megfigyelést, hogy a gyermekkori és felnőttkori dermatomyositis terápiája és kórlefolysa is eltérő. Fontos a fenntartó terápia szinten tartása a komplett remisszió eléréséig, ezáltal csökkenthető a relapszusok száma. Továbbá nem szabad elfelejtkeznünk betegeink rendszeres gondozásáról a remisszió elérése után sem.

Tarr Tünde, Győri Nikolett, Zeher Margit

DE ÁOK Klinikai Immunológia Tanszék, Debrecen

MYCOPHENOLAT MOFETIL KEZELÉSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK SZISZTÉMÁS LUPUS ERYTHEMATOSUSBAN

A micophenolat mofetil (MMF) az inozin monofoszfát dehidrogenáz enzim reverzibilis gátlója. Gátolja a B- és T lymphocyták proliferációját. Elsősorban szerv transzplantációkat követően alkalmazzuk a rejekció kivédésére. Szisztémás lupus erythematosusban „off label” indikációval adható, elsősorban lupus nephritisben.

A Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Klinikai Immunológia Tanszéken gondozott SLE-s betegekben vizsgáltuk a mycophenolat mofetil alkalmazásának indikációit, mellékhatás profilját.

A gondozott betegek közül összesen 24 beteg esetén kértünk MMF „off label” alkalmazására engedélyt. A betegek átlagéletkora 35,75 év volt (min-max: 20-72). Az esetek 92 %-ában az alkalmazás indikációját lupus nephritis képezte. Az összes lupus nephritiszes beteg 63,6 %-ának ISN/RPS IV. típusú nephritise volt, három beteg esetén észleltünk membranosus nephropathiát. Két betegnél a lupus nephritis mellett autoimmun hemolitikus anaemia is igazolódott, míg egy beteg esetén egyéb immunszuppresszáns terápiára refrakter hemolízis képezte a kezelés indikációját. A lupus nephritiszes betegek közül 9 esetben alakult ki komplett remisszió, ezen betegek szövettani típusa vagy ISN/RPS V. vagy ISN/RPS IVA glomerulonephritis volt. A parciális remissziót elérő betegeknél valamennyi esetben volt krónikus károsodás a vese biopsziás mintában. Az MMF kezelés átlagos időtartama 17,3 hónap, átlagos dózisa 1833 mg volt. Leggyakoribb mellékhatásként gyomorfájdalom, puffadás jelentkezett. Három betegnél észleltük Herpes Zoster jelentkezését, egy betegnél súlyos pneumonia, sepsis alakult ki.

Tapasztalataink szerint a mycophenolat mofetil jó alternatíva az SLE, elsősorban lupus nephritis kezelésében. Membranosus nephropathiában első vonalbeli kezelésként adható. A vesebiopsziás mintában aktív gyulladáshoz jeleket mutató membranoproliferatív lupus nephritisben is hatékony. Elsősorban fiatal betegeknél a kisebb gonad toxicitása miatt alkalmazása megfontolandó.

Dr. Vas Krisztina¹, Dr. Altmayer Anita¹, Dr. Mihályi Lilla¹, Dr. Judák Rita¹, Dr. Garaczi Edina¹,
Dr. Kinyó Ágnes², Prof. Dr. Husz Sándor¹, Prof. Dr. Kemény Lajos¹, Prof. Dr. Bata-Csörgő
Zsuzsanna¹

SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika (Szegedi Tudományegyetem) ¹
PTE KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika (Pécsi Tudományegyetem) ²

TAPASZTALATAINK AUTOIMMUN URTICARIÁS BETEGEK KEZELÉSÉVEL

Az SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán az elmúlt 9 évben kezelt 1073 urticariás beteg közül 43 esetben tudtuk felállítani az autoimmun urticaria diagnózisát. A diagnózis felállítása a klinikai tünetek és a saját savó próba pozitivitása alapján történt. Az autoimmun urticariás betegek kezelésére nincsen egyértelműen egységes nemzetközi ajánlás. Retrospektív vizsgálatunk célja volt felmérni a klinikánkon folytatott standardizált szisztémás szteroid kezelés hatékonyságát az autoimmun urticariában szenvedő betegeink gyógyításában. Ezeknél a betegeknél az antihisztamin terápia nem volt effektív. Betegeink naponta átlagosan per os 40 mg prednisolon kezdő dózisú szisztémás kezelést kaptak. A teljes tünetmentesség elérésekor került sor (átlagosan 2 hét) a szteroid dózisának csökkentésére. A prednisolon dózisát 10 mg-mal csökkentettük havi illetve 2 havi időközben, igazodva a betegek tüneteikhez. A szteroid kúra átlagosan 4 hónapig tartott. Ez a kezelés tartós tünetmentességet eredményezett 36 betegnél. Telefonos interjú alapján átlagosan 51,72 hónappal a szteroid teljes elhagyását követően a betegek 83,7%-a tünetmentes. Érdelemes, tartós mellékhatásról nem számoltak be pácienseink. Eredményeink alapján ez a típusú, pár hónapos szisztémás per os szteroid terápia javasolható autoimmun urticariában, ugyanakkor retrospektív vizsgálatunk arra is rávilágít, hogy a betegek egy része (16,3 %) más terápiát igényel.

Tauzin Krisztina Tamara, Pálfi Erzsébet, Mezei Györgyi

Semmelweis Egyetem, I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem,
Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Dietetikai és
Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest

AZ ÉTELALLERGIA ÖSSZEFÜGGÉSE AZ ASTHMÁS TÜNETEK SÚLYOSSÁGÁVAL AZ I. SZ. GYERMEKGYÓGYÁSZATI KLINIKA BETEGEINÉL

Előzmény: Egy korábbi amerikai vizsgálat (Simpson, Glutting & Yousef, 2007) felvetette, hogy a táplálékallergia megléte növeli az allergológiai szakorvosi látogatások és szteroid kúrák számát és gyakoriságát.

Célkitűzés: Arra a kérdésre kerestük a választ, hogy hazánkban milyen hatása van asthmás gyermekeknél a táplálékallergiának az allergológiai vizitek-, és a szisztémás szteroid kúrák számára.

Beteganyag és módszer: A Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinikán 106 beteg dokumentációja alapján retrospektív elemzést végeztem, és a kizárási kritériumok alkalmazása után összesen 56 fő (n = 56) adatait elemeztem. A betegeket két egyenlő létszámú csoportba soroltam az alapján, hogy kizárólag asthmás tüneteket mutattak (As csoport; 19 lány, 9 fiú, átlagéletkoruk hónapban \pm szórás = $138,2 \pm 53,4$) vagy táplálékallergiás és asthmás tüneteik is voltak (TAs csoport; 19 lány, 9 fiú, átlagéletkoruk hónapban \pm szórás = $136,8 \pm 51,6$). Regresszió-analízis segítségével vizsgáltam, hogy a táplálékallergia megléte, a táplálékallergia fajtáinak száma, a környezeti allergének száma, az asthma klasszifikációja, illetve az ekcéma megléte miként jelzi előre az allergológiai látogatások, illetve a szteroid kúrák számát és gyakoriságát.

Eredmény: Az elvégzett statisztikai vizsgálatok marginálisan szignifikáns eredményei igazolták a hipotézist. A táplálékallergia megléte trendszinten előrejelezte az allergológiai látogatások számát, valamint a szisztémás szteroid kúrák számát és frekvenciáját. Ezek a konvergens eredmények arra utalnak, hogy a táplálékallergia megléte és az asthmás tünetek súlyossága összefügghet.

Következtetés: Az együttesen fennálló asthma és táplálékallergia általában súlyosabb állapotot jelenthet, mint külön a két betegség, ezért fontos, hogy az anamnézis felvételekor valamennyi egészségügyi szereplő (orvos, dietetikus, ápolónő) figyelemmel legyen a táplálékallergiás betegeknél az asthmás tünetekre, és fordítva, asthmásoknál a táplálékallergiára, hogy időben felhívhassa a beteg vagy gondozója figyelmét a lehetséges következményekre.

EXTRACORPORALIS PHOTOPHERESIS KEZELÉS HATÁSA A KARDIÁLIS FUNKCIÓKRA SCLERODERMÁS BETEGEINKNÉL

Bevezetés: A scleroderma a szisztémás autoimmun betegségekre jellemzően színes klinikai képpel és sokszervi érintettséggel jellemezhető kórkép, melyet nem elsősorban a gyulladásos folyamatok túlsúlya, hanem a bőr és bizonyos belső szervek fibrosisa valamint obliteratív vasculopathia jellemez a mérsékelt autoimmun gyulladás mellett. A bőr érintettsége mellett a pulmonalis és a kardiális rendszer érintettsége is fontos jellegzetessége a betegségnek. Ezen utóbbi az irodalmi adatok szerint jelentősen rontja a betegek életminőségét valamint magasabb mortalitással jár, emiatt kiemelt jelentőségű ennek korai felismerése és kezelése. Az extracorporalis photopheresis kezelés (ECP) nagyon hatékonyan alkalmazható a progresszív bőrtünetek jelentkezése esetén, az azonban nem ismert, hogy miképpen változik a betegek kardiális állapota a kezeléseik során.

Célkitűzés: A DE KK Belgyógyászati Intézet, Klinikai Immunológia Tanszékén 2008-2014 között ECP kezeléssel átesett 25 sclerodermás beteg kardiális állapotának felmérése az ECP kezelés előtt és után.

Betegek és módszerek: Vizsgáltuk a klinikai tüneteket, a szívelégtelenség NYHA szerinti stádiumát, a 6 perces séta tesztet, az EKG-t és az echocardiographiás paramétereket (szívüreg mérete, jobb és bal kamra funkció -szisztolés, diasztolés, globális kamrafunkció-Tei index, falmozgászavarokat, endo-, peri-, myocardialis érintettség). Az echocardiographiás vizsgálatokat szűrő jelleggel végeztük, az adatokat retrospektíve dolgoztuk fel, kontroll csoportként nemben és korban illesztett enyhe gastrointestinalis és degeneratív mozgásszervi panaszokkal bíró betegeket választottunk. A kapott eredményeket az SPSS for Windows statisztikai programmal elemeztük. A vizsgált 25 sclerodermás beteg 72%-a nő, 28%-a férfi volt.

Eredmények: A kezdeti méréseknél betegeink szisztolés bal kamra funkciója megtartott volt, a jobb kamra szisztolés diszfunkciója (TAPSE, jobb kamrai szabadfal szisztolés csúcssebesség) és bal kamrai diasztolés diszfunkció gyakrabban jelentkezett mint a kontroll csoport esetében. A globális kamrafunkciót jellemző Tei index esetében mind a jobb, mind pedig a bal kamra tekintetében rosszabb értéket mértünk mint azt a kontroll csoport esetében tapasztaltuk. A jobb kamrai nyomás 12 betegnél volt emelkedett, ezek közül 2 esetben ez PAH-nak felelt meg. Az ECP kezeléseket utáni mérések mind a jobb mind a bal kamrai diszfunkció mértékének csökkenését mutatták és mindkét kamra esetében, és a Tei index is javuló értékeket mutatott. A jobb kamrai nyomás mértéke nem változott érdemben a kezelést megelőzően mért értékekhez képest.

Következtetések: Vizsgálataink alapján a tünet- és panaszmentes kardiális eltérések gyakoriak sclerodermában, mindkét kamra funkciócsökkenése gyakoribb mint az átlagpopulációban

észlelhető. Az ECP kezelést követően ezen eltérések szignifikáns javulást mutattak betegeink esetében.

DAGANATOK ELŐFORDULÁSA KEVERT KÖTŐSZÖVETI BETEGSÉGBEN (MCTD-BEN)

Bevezetés: Az MCTD-s betegek várható élettartama az érintett szervek súlyossága és a szövődmények megjelenése függvényében széles határok között mozoghat. A mortalitásban vezető tényezőként szereplő pulmonalis artériás hypertonia mellett, a betegség lefolyása során a malignitások kialakulása mindinkább előtérbe kerül.

Célkitűzés: Retrospektív vizsgálatunkban 184 gondozott, MCTD-s beteg adatainak és klinikai kórlefolásának áttekintésével a daganatos betegségek előfordulását elemeztük. Célunk volt továbbá az immun-szuppresszív terápia és a malignitások megjelenése közötti lehetséges összefüggések keresése.

Eredmények: A 184 betegből 12 betegnél (6,5 %) jelent meg malignus daganat és ezzel összefüggő mortalitás. Ezen betegek életkora 59 (37-85) év volt a malignus daganat megjelenésekor, amely átlagosan 14 évvel (2- 26) később jelentkezett az MCTD diagnózisát követően. Az emlő carcinoma és a gastrointestinalis malignitás (mindkettő n=4; 2,17%) volt a leggyakoribb, amelyet a légzőszerv rendszeri daganatok (n=3; 1,63%) követtek. További egy-egy betegnél (0,54%) hepatocellularis és cervix tumorok jelentkeztek. Egy betegnél kettős tumor kialakulása volt észlelhető (szájüregi és neuroendocrin). Hematológiai malignitás egy betegnél sem lépett fel. A vizsgálati időszakban daganattal összefüggő mortalitás 7 betegnél következett be (7/184). A betegek 75%-a részesült megelőzően immun szuppresszív terápiaiban, ugyanakkor nem volt közvetlen összefüggés kimutatható az alkalmazott kezelés és rosszindulatú betegségek kialakulása között. A hagyományos rizikófaktorok közül a dohányzás 8 betegnél (66,6 %) volt felderíthető.

Konklúzió: Az autoimmun betegségek a hagyományos rizikófaktorok mellett additív tényezőként szerepelhetnek a malignus daganatos betegségek kialakulása szempontjából. Az MCTD-s betegek esetében elsősorban a betegség hosszú idejű fennállása esetén számíthatunk a malignitás megjelenésére, amely fontossá teszi a rendszeres kontrollok és szűrővizsgálatok elvégzését.

Szabó Krisztina, Papp Gábor, Szántó Antónia, Tarr Tünde, Zeher Margit

DE ÁOK Klinikai Immunológiai Tanszék

FOLLIKULÁRIS T HELPER SEJTEK ÉS IL-10 TERMELŐ REGULATÍV B SEJTEK VIZSGÁLATA PRIMER SJÖGREN-SZINDRÓMÁBAN ÉS SZISZTÉMÁS LUPUS ERYTHEMATOSUSBAN

Előzmény: A follikuláris T helper (TFH) sejtek kiemelt szerepet játszanak a másodlagos nyirokszervek follikulusaiban zajló immunfolyamatok precíz szabályozásában azáltal, hogy irányítják a magas-affinitású memória B sejtek és hosszú-életű plazmasejtek képződését. A TFH sejtek funkcióiban fellépő zavarok olyan abnormális humorális immunválaszok kialakulásához vezethetnek, mint az autoreaktív B sejt klónok felszaporodása, illetve autoantitestek fokozott termelődése a periférián. Mindezek alapvető ismertetői olyan autoimmun kórképeknek, mint a primer Sjögren-szindróma (pSS) és szisztémás szisztémás lupus erythematosus (SLE), ezért jelen munkánk célja e sejtek arányának és különböző B sejt alcsoportokkal való kapcsolatának feltérképezése.

Módszerek: Vizsgálatainkba 25 pSS-ás (10 GI és 15 EGM), 25 SLE-s beteget (17 inaktív és 8 aktív), illetve 21 egészséges kontroll személyt vontunk be. Perifériás vérben áramlási citométer segítségével meghatároztuk a CD4+CXCR5+ICOS+PD-1+ TFH sejtek százalékos arányát és intracitoplazmatikus citokin jelöléssel mértük e sejtek IL-21 termelését is. Továbbá a CD19, IgD, CD27, CD24 és CD38 sejtfelszíni markerek alapján perifériás vérben keringő különböző B sejt alcsoportokat határoztunk meg.

Eredmények: A naiv B sejtek százalékos aránya szignifikánsan emelkedett mind a pSS-ás, mind az SLE-s betegek csoportjában, míg az IgM és IgG memória B sejtek aránya szignifikáns csökkenést mutatott. E sejtek eltérő megoszlást mutattak a két betegségben, az IgG memória B sejtek csökkenése a pSS-ás, miközben az IgM memória B sejtek redukciója SLE-ben volt számottevő. A kettős-negatív B sejtek, illetve plazmasejtek aránya szignifikánsan emelkedett SLE-ben, ellenben pSS-ás betegekben szignifikáns csökkenést tapasztaltunk. A tranzicionális és érett-naiv B sejtek százalékos aránya szignifikánsan csak az SLE-s betegekben emelkedett. A keringő TFH sejtek esetében csak az EGM-val rendelkező pSS-ás betegek illetve a teljes SLE-s betegek esetében tapasztaltunk szignifikáns emelkedést. Az IL-21 termelő TFH sejtek esetében is hasonló tendenciát tapasztaltunk. Továbbá pozitív korrelációt tapasztaltunk a TFH sejtek emelkedett aránya és IL-21 termelése, illetve a betegségekre jellemző szerológia paraméterek, mint RF, IK és autoantitestek jelenléte között is.

Következtetések: Eredményeink alapján a perifériás TFH sejtek arányának nagymértékű emelkedése és IL-21 termelése, illetve rendellenes működésük következtében kialakuló, a két betegségre jellemző abnormális B sejt alcsoport megoszlás e sejtek kiemelt szerepét támasztja alá autoimmun folyamatok kifejlődésében és felerősödésében egyaránt.