

## Ritka klinikai kép a mikroszkóp alatt

DÖMÖTÖR MARCELL, CSŐSZ JUDIT, KOCSIS LAJOS, TÖRÖK LÁSZLÓ, OROJÁN IVÁN

### RARE MEDICAL CASE DIAGNOSED BY MICROSCOPY

A szerzők egy 60 éves, malignus alapbetegséggel diagnosztizált férfi beteg esetét mutatják be, akinek immun- és kemoterápiás kezelését követően testszerte, kifejezetten a hajas fejbőrön, acralisan, és a törzsön jelentkeztek fehéres-szürke crustosus plakkok, testszerte lemezes hámlás kíséretében. Szisztémás kezelése felfüggesztésre került a bőrtüneteiben jelentkező progresszió miatt. Szövetteni mintavétel során az irreguláris epidermalis járatok, illetve atkátmetszetek alapján crustosus scabies diagnózisa került felállításra. Immunszupprimált állapota elősegítette a súlyos scabiesfertőzés kialakulását. Kizárólagos lokális antiscabies kezelés mellett bőrtünetei regrediáltak, kéthetes kezelését követően tünetmentessé vált. A szerzők felhívják a figyelmet a rendkívüli klinikai képpel járó scabiesfertőzésre, továbbá a kizárólagos lokális permethrinkezelés eredményességére.

The authors present the case of a 60-year-old male patient diagnosed with underlying malignant disease, who parallel to immune and chemotherapy, developed whitish-grey crusted skin plaques on his whole body, especially on the hair scalp, extremities and trunk, accompanied by a general squamous exfoliation. The systemic chemotherapy was delayed due to progressing skin symptoms. Histopathological sampling revealed irregular epidermal ducts and mite sections, which established the diagnosis of crusted scabies. The patient's immunosuppressed status contributed to the development of severe scabies infestation. Only by topical anti-scabies treatment, all skin manifestations regressed, and he became free of symptoms after 2 weeks. The authors draw attention to the extraordinary clinical feature of this scabies infestation and stress the effectiveness of topical only use of permethrin.

**crusta, gyógyszerreakció,  
paraneoplasia, scabies,  
atka**

**crusted skin plaques, drug side-effect,  
paraneoplastic syndrome, scabies,  
human itch mite**

dr. DÖMÖTÖR Marcell (levelező szerző/correspondent), dr. CSŐSZ Judit, dr. TÖRÖK László, dr. OROJÁN Iván: Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, Bőrgyógyászati Osztály/Bács Kiskun County Teaching Hospital, Department of Dermatology; H-6000 Kecskemét, Nyíri út 38. E-mail: marcelldomotor@icloud.com  
dr. KOCSIS Lajos: Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, Patológia Osztály/Bács Kiskun County Teaching Hospital, Department of Pathology, Kecskemét

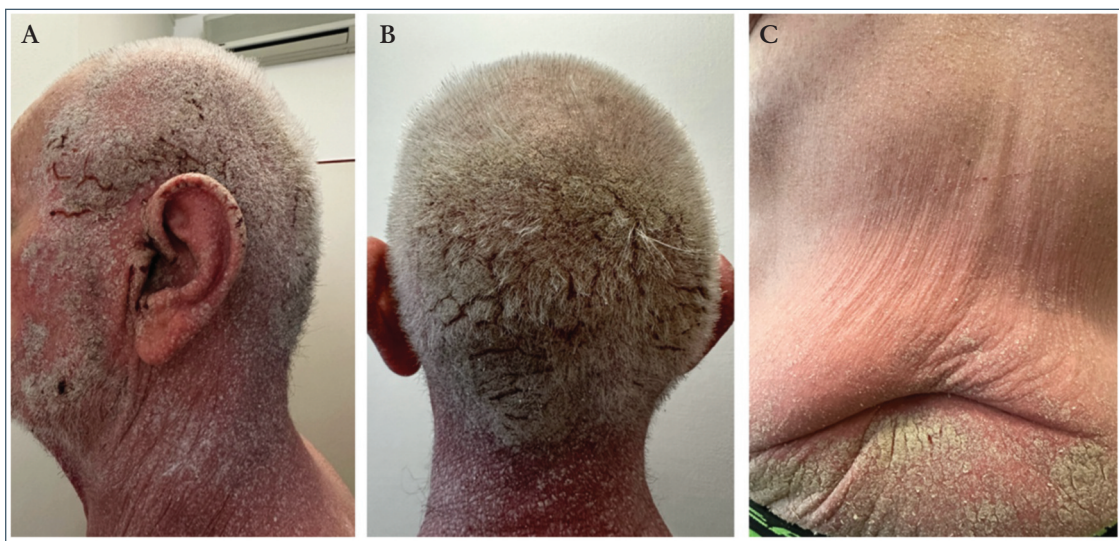
Érkezett: 2024. január 21. Elfogadva: 2024. március 18.

<https://doi.org/10.33616/lam.34.0233>

## Esetismertetés

Az esetismertetés során egy 60 éves férfi beteget mutatunk be, akinek anamnézisében hepatitis, gyógyszer-intoxikáció, COPD, traumás megjelenségek, benignus prostatahyperplasia, nephrolithiasis, cysta renis szerepelnek. Családi anamnéziséből kiemelendő, hogy átlagos szociális körülmények között él, a háztartásban élő másik személy vizsgálatakor panaszmentes.

2021 őszén jelentős háti fájdalom miatt sürgősségi betegellátó osztályon vizsgálták, felmerült malignitás, de ekkor további kivizsgálását és kezelését elutasította. Fokozódó panaszai miatt 2022 májusában jelentkezett további kivizsgálására. Staging vizsgálatok során már a VII–VIII. bordákat destruáló, T4-es stádiumú, szövettanilag verifikált adenocarcinoma pulmonis igazolódott (cT4 cN0 M0 St. IIIA.). Tekintettel a kiterjedt térfoglaló folyamatra, illetve ECOG 2-es



1. ábra. Temporalisan (A), occipitalisan (B) a hajás fejbőrön fehéres-szürke crustosus plakkok, rhagasok. Az alhason (C) néhány, helyenként beszáradt jellegű, sárgás, nedvedző crustosus gócok



2. ábra. Felvételekor a lábfejeiken, valamint a kézfejen látható sárgás-fehéres crustosus plakkok

státuszára, szisztémás kezelés indult (pembrolizumab-, pemetrexed- és platinaalapú kemoterápia). 3. ciklust követően pancytopenia jelentkezett, amely a következő ciklus halasztása mellett, rövid időn belül spontán rendeződött. A 4. ciklust követően, másnapra jelentős viszketés, testszerte erythemás, excoriált papulák jelentkeztek, amely miatt onkológus kezelőorvosa per os antihisztamint (Suprastin), valamint 32 mg methylpredisolont (Medrol) indított, amely hatására tünetei mérséklődtek. Onkológiai kezelésének 6. ciklusát követően bőrtünetei jelentős progressziót mutattak, a terápia felfüggesztésre került, majd sürgős felvétel keretein belül, további kivizsgálás és kezelés céljából Bőrgyógyászati osztályon hospitalizáltuk. A beteg onkológiai

kezelése során egyéb adverz reakció nem jelentkezett.

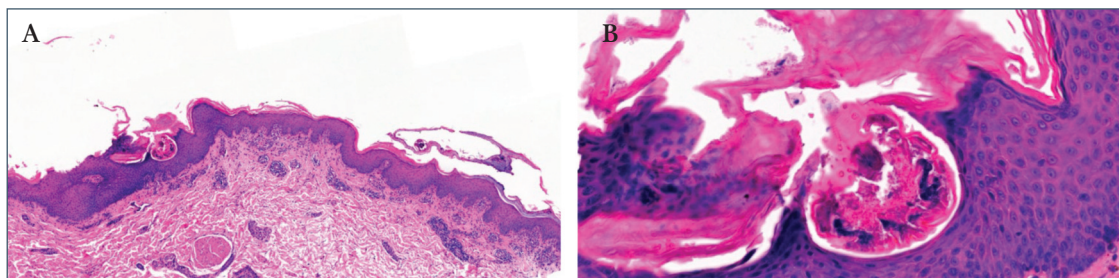
Felvételi státuszában testszerte kiterjedten, apró (3-4 mm-es), konfluáló jellegű, kifejezetten viszkető erythemás, excoriált papulák, valamint a hajás fejbőrön, az alhason, acralisan fehéresszürke, crustosus plakkok és rhagasok voltak láthatóak, testszerte hámlás kíséretében (1. és 2. ábra).

A klinikai kép és az anamnézis számos kórkép lehetőségét vetette fel, köztük az adverz gyógyszerreakció, paraneoplasia, különös tekintettel a Bazex-szindróma, valamint az egyéb hyperkeratoticus megjelenésű kórképek lehetőségét (1).

Az alapbetegség kezelésére indított szisztémás immun- és kemoterápia vonatkozásában megemlítendő, hogy a pembrolizumab- (Keytruda-) kezelés gyakori mellékhatása, valamint pemetrexed-toxicitás is leírásra került már erythema, pruritus, xerosis, illetve ekzematiform bőrreakciók (2, 3). Carboplatinkezelés esetén is ismert xerosis és hámló bőrreakciók (4). Továbbá, zoledronsav esetén is jelentkezhet viszketés és bőrküetés (5).

A rutin laborvizsgálatok során érdemi kóros eltérés nem mutatkozott, mérsékelt leukocytosis (WBC: 11,6 G/l), emelkedett LDH-szint (246 E/l) ábrázolódtak, normál májfunkciós értékek és mérsékelt beszűkült vesefunkció mellett.

A diagnózis tisztázása érdekében punch biopszia történt. A szövettani metszeten hematoxin-eozin festés mellett irreguláris acanthosis, papillomatosis, orthokeratosis és parakeratosis volt látható, valamint egyértelműen azonosíthatóak voltak a *Sarcoptes scabiei* átmetszetei, a szarurétegben található bizarr járatokon belül (3. ábra). A szövettani vizsgálat alapján *crustosus scabies* diagnózisát állítottuk fel.



3. ábra. Hematoxinil-eozin festés. Epidermalis acanthosis, papillomatosis, orthoparakeratosis, 40×-es nagyítás (A) a *sarcoptes scabiei* kitinpáncéljának átmetszete, 200×-os nagyítás (B)

## Terápia

A diagnózis felállítását követően kizárólagos lokális kezelést kezdtünk el. A beteget két héten keresztül, alkalmanként 30 g, 5%-os permethrin-krémmel kezeltük, amelyet két héten át minden 2. napon alkalmaztunk. A viszketés csökkentése érdekében szisztémás antihisztamint alkalmaztunk (6). A lokális terápiát továbbá 5%-os szalicilsav-tartalmú externával egészítettük ki a permethrinkezelések között, a crustosus plakkok hámlasztása céljából.

A terápia hatására a beteg bőrtünetei szignifikánsan javultak, viszketése jelentősen csökkent, majd a kéthetes kezelést követően tünetmentessé vált, onkológiai kúrája ismételtén folytatódhatt (4. ábra).

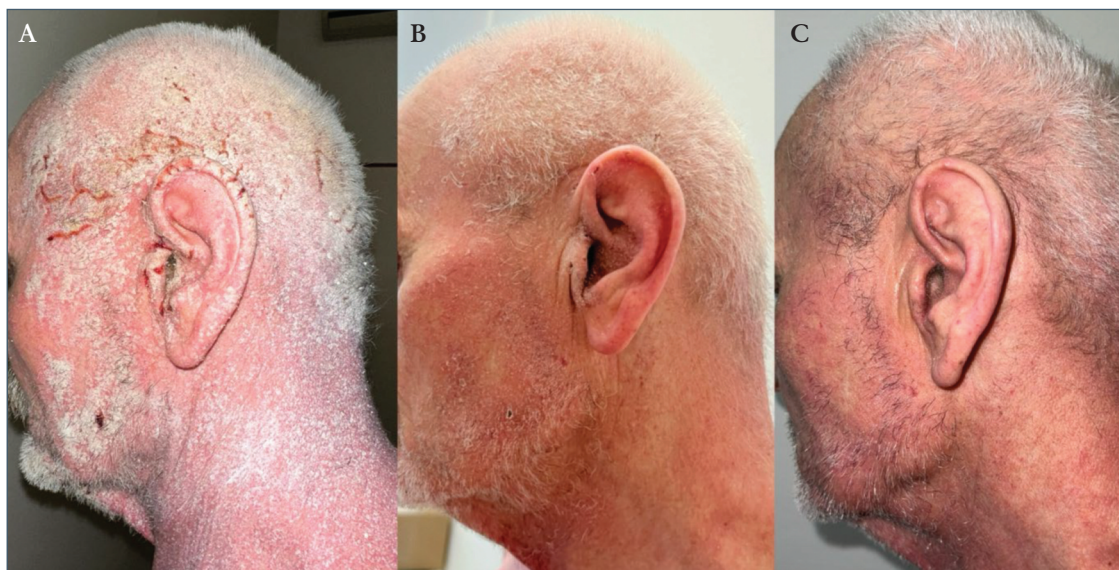
A beteget izoláltuk, tekintettel súlyosan fertőző betegségére. Kontaktkutatás során a környezetében scabiesfertőzést nem azonosítottunk. A beteg élettársa, tünetmentessége ellenére, egy ciklus lokális permethrinkezelésben részesült.

## Megbeszélés

A crustosus scabiest először Norvégiában, leprás betegek körében írta le Boeck és Danielssen 1848-ban, ezért korábban scabies norvegicának is nevezték (7).

A scabies világszerte jelentős egészségügyi problémát okozó fertőző betegség, amely incidenciája folyamatosan növekvő tendenciát mutat. 2010-ben a scabies globális prevalenciája 100 625 000 fő volt világszerte, de becslések szerint jelenleg 200 millió scabiesfertőzés zajlik, kiemelten a fejlődő országokban. Fejlettebb országokban az időotthonok lakói veszélyeztetettek (8–10). A crustosus variáns nem kizárólag, de jellemzően az immunszupprimált betegeken, kifejezetten a HIV-fertőzötteknél, malignus betegség mellett és az időseknél fordul elő (11).

A scabiesfertőzés számos egyéb bőrbetegséggel mutathat hasonlóságot, mint például az ekzémákkal, impetigóval, allergiás reakciókkal, illetve számos klinikai variánsa ismert. A klasszikus,



4. ábra. Kizárólagos helyi 5%-os permethrinkezelés mellett a bőrtünetek változása kiinduló állapot (A), 5 nap kezelést követően (B) és kéthetes kezelési ciklus után (C)

éjszaka fokozódó viszketés, pontszerű, excoriált papulákkal jelentkező scabiesen túl leírásra került vesicobullosus, nodularis és crustosus scabiesfertőzés is (12).

Crustosus scabies esetén az atkák kontrollálatlan elszaporodása a bőrben okozza a vaskos crustosus felrakódásokat. Prediszponáló tényezők, mint például a HIV-infekció, leukaemia, malnutríció, SLE, immunszuppresszív terápia, elősegítik az infekció eszkalációját, de immunhiányos állapot nélkül is előfordulhat (13).

A klinikai képre jellemzőek a nem élesen határolt fehéres-szürke, sárgás pörkkel fedett plakkok, valamint a gyorsan kialakuló desquamatio. Predilekciós helyek a hajas fejbőr, az acralis régiók, de plakkok az egész testfelszínen kialakulhatnak. A plakkok odorosussá válhatnak, valamint rajtuk rhasok alakulhatnak ki, impetiginizálódhatnak. A körömlemezek megvastagodhatnak, elszíneződhetnek. A viszketés széles spektrumon mozoghat, lehet egészen kifejezett, de akár hiányozhat is. Laboreltérésként lehetséges eosinophilia és emelkedett IgE-szint (13–16).

Differenciáldiagnosztikai szempontból elkülönítendő más, hyperkeratoticus plakkokkal járó bőrgyógyászati kórképektől, mint például a psoriasis, seborrhoeás dermatitis, morbus Darier, Sezary-szindróma, Bazex-szindróma és a hyperkeratoticus ekzema (13).

A diagnózis felállítása a klinikai kép alapján történhet, amelyben segítséget nyújthat a dermatoszkópia. A nőtényi atka ürege, továbbá a delta-wing-jel, amely során az üregből kis fekete nyílszerű képletként ábrázolódik az atka elülső testrésze, patognomicus jelként szolgálhat a kórképre (17–19).

Az atkák hámkaparékban mikroszkóp alatt jól láthatóak. A szövettani mintavétel elsősorban a differenciáldiagnózisban szóba jövő kórképek

elkülönítése és a definitív diagnózis szempontjából jelentős. A stratum corneumban láthatóvá válnak a bizarr járatok átmetszetei, továbbá az atkák kitinpáncéljai is.

Kezelés tekintetében a klasszikus scabiesfertőzés esetén első vonalbeli terápiaként az 5%-os permethrinkrém alkalmazása javasolt két alkalommal, az első kezelést követően 8–15 napon belül megismételve, amelyre alternatívaként szolgál a 25%-os benzil-benzoát-emulzió (Lini-mentum scabidum FoNo) (20).

A kezelés súlyos terápiaerezisztens esetekben, mint például a crustosus variáns, kombinálható orális ivermectinnel, amely jelenleg hazánkban nem törzskönyvezett. Szakirodalmi ajánlások szerint lokális permethrinkezelés alkalmazható két- vagy háromnaponta, 200 µg/ttkg dózissal, az 1., 2., 8. napon alkalmazott ivermectinnel kiegészítve amely egészen hét napon történő alkalmazásig emelhető a súlyosság függvényében (14, 20–22).

A fent részletezett esetismertetés bebizonyíthatja, hogy a súlyos fertőzés esetén is hatékony lehet a két héten át, minden 2. napon alkalmazott kizárólagos 5%-os permethrinkezelés.

A terápia továbbá kiegészíthető keratolyticus externákkal, melyek a crustosus laesiók számát csökkenthetik (22, 23).

## Összegzés

Esetünket differenciáldiagnosztikai jelentősége miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek. A crustosus scabies a nagyszámban előforduló atkák miatt rendkívül fertőző, emiatt az ellátást végzők is fokozottan veszélyeztetettek. Pruritussal járó bőrtünetek hátterében, különösen immunszupprimált egyéneken, a scabies minden esetben kizárandó kórkép (22, 24).

## Irodalom

1. Valdivielso M, Longo I, Suárez R, Huerta M, Lázaro P. Acrokeratosis paraneoplastica (Bazex syndrome). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19(3):340-4. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2005.01083>.
2. Eguia B, Ruppert AM, Fillon J, et al. Skin Toxicities Compromise Prolonged Pemtrexed Treatment. *J Thorac Oncol* 2011;6(12):2083-9. <https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e31822e722f>
3. Sanlorenzo M, Vujic I, Daud A, et al. Pembrolizumab Cutaneous adverse events and their association with disease progression. *JAMA Dermatol* 2015;151(11):1206-12. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2015.1916>
4. Biswal S, Mehta R. Cutaneous adverse reactions of chemotherapy in cancer patients: A clinicoepidemiological study. *Indian J Dermatol* 2018;63(1):41. [https://doi.org/10.4103/ijd.IJD\\_65\\_17](https://doi.org/10.4103/ijd.IJD_65_17)
5. Nassar K, Janani S. Diffuse adverse cutaneous reactions induced by zoledronic acid administration: a case report. *Osteoporos Int* 2021;32(12):2583-6. <https://doi.org/10.1007/s00198-021-06021-2>
6. Thawani V, Mali S, Gharpure K, Shingade V, Dakhale G, Bachewar N. Comparison of safety, efficacy, and cost effectiveness of benzyl benzoate, permethrin, and ivermectin in patients of scabies. *Indian J Pharmacol* 2009; 41(1):9. <https://doi.org/10.4103/0253-7613.48882>

7. Alexander JO. Arthropods and Human Skin. 1984. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:196608649>
8. Miller H, Trujillo-Trujillo J, Feldmeier H. In situ diagnosis of scabies using a handheld digital microscope in resource-poor settings – A Proof-of-principle study in the amazon lowland of Colombia. *Trop Med Infect Dis* 2018; 3(4):116. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed3040116>
9. Cox V, Fuller LC, Engelman D, Steer A, Hay RJ. Estimating the global burden of scabies: what else do we need? *Br J Dermatol* 2021;184(2):237-42. <https://doi.org/10.1111/bjd.19170>
10. Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis* 2017;17(12):1247-54. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30483-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30483-8)
11. Chandler DJ, Fuller LC. A Review of scabies: An infestation more than skin deep. *Dermatology* 2019;235(2):79-90. <https://doi.org/10.1159/000495290>
12. Korycińska J, Dzika E, Lepczyńska M, Kubiak K. Scabies: Clinical manifestations and diagnosis. *Pol Ann Med* 2015; 22(1):63-6. <https://doi.org/10.1016/j.poamed.2015>
13. Roberts LJ, Huffam SE, Walton SF, Currie BJ. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. *J Infect* 2005; 50(5):375-381. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2004>
14. Skayem C, Askour M, Gary C, et al. Severe scabies: A French Multi-centre study involving 95 patients with crusted and profuse disease and review of the literature. *Acta Derm Venereol* 2023;103:5351. <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.5351>
15. Costantini C, Badolo A, Ilboudo-Sanogo E. Field evaluation of the efficacy and persistence of insect repellents DEET, IR3535, and KBR 3023 against *Anopheles gambiae* complex and other Afrotropical vector mosquitoes. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2004;98(11):644-52. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2003>
16. Al AH, Shamasneh A. Crusted (Norwegian) Scabies mimicking psoriasis: A case report and literature review. *Bahrain Med Bull* 2021;43(3).
17. Dermoscopy of Crusted Scabies: Revisiting the New and Old Signs - PMC. Accessed March 14, 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10115312/>
18. Piccolo V. Update on dermoscopy and infectious skin diseases. *Dermatol Pract Concept* 2019:e2020003. <https://doi.org/10.5826/dpc.1001a03>
19. Argenziano G. Epiluminescence microscopy. A new approach to in vivo detection of *Sarcoptes scabiei*. *Arch Dermatol* 1997;133(6):751-3. <https://doi.org/10.1001/archderm.133.6.751>
20. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med* 2010;362(8):717-25. <https://doi.org/10.1056/NEJMct0910329>
21. Goraya SI, Safoora A, Beenish JB, Rahat B, Tassmia A, Naseem R. Efficacy and safety of oral ivermectin combined with topical permethrin in treatment of scabies. *Prof Med J* 2023;30(08):1037-43. <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2023.30.08.7474>
22. Pecze T, Sziray Á, Lengyel E, et al. A scabies norvegica ivermectin kezelése – tapasztalatok egy nosocomialis járvánnyal kapcsolatban. *Bőrgyógyászati És Venerológiai Szle* 2007;(84):25-8.
23. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int. Published online October 15, 2021.* <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0296>
24. Magyar NK, Szenes Éva, Egyházi Zs, Veress G, Battyáni Z. Scabies norvegica (crustosus scabies) - betegbemutató. *Bőrgyógy És Venerológiai Szle* 2014;(90.):24-9.