

borreliosis szerodiagnosztikájában. Western-blot módszerek jelenleg a kétes eredményt adó savók vizsgálatára megerősítő reakcióként javasolhatók.

Bármely laboratóriumi módszert alkalmazzuk is a Lyme-borreliosis tüneteinek megjelenésekor, a diagnózis megerősítésére vagy elvetésére a laboratóriumi eredmények csakis a klinikai képpel együtt értékelhetők. Neuroborreliosis esetében fontos a liquorban termelődött ellenanyagok kimutatásának megkísérlése is.

## Irodalom

1. Schwann TG et al. Laboratory confirmation of Lyme disease. Can J Infect Dis 1991;2:64-69.
2. Coyle PK et al. Detection of *Borrelia burgdorferi* antigenes in cerebrospinal fluid. Neurology 1993;43:1093-1097.
3. Nocton JJ et al. Detection of *Borrelia burgdorferi* DNA by polymerase chain reaction in synovial fluid from patients with Lyme arthritis. N Engl J Med 1994;30:229-234.

## A Lyme-kór bőrgyógyászati vonatkozásai

### Husz Sándor

SZOTE, Bőrgyógyászati Klinika

A szerző rövid irodalmi, történeti áttekintés után vázolja a főbb földrajzi előfordulás szerint a kullancsok fertőzöttségét. Magyarországon a csekély rendelkezésre álló adatok szerint ez 15-20%-os. A továbbiakban részletesen ismerteti a Lyme-betegség legfontosabb bőrgyógyászati tüneteit.

1. Erythema chronicum migrans (ECM). A betegek 68-80%-ánál jelentkezik 3-30 napos lappangási idő után a jellegzetes migráló erythema. A klasszikustól eltérő klinikai kép is előfordulhat (homogén, infiltrált plakk, hólyagok; necrosis, multiplex góccok). Esetenként urticaria, periorbitalis oedema, erythema nodosum és - főleg gyerekeknél - megfázásos, hurutos tünetek képében is mutatkozhat a fertőzés.

2. Lymphadenosis benigna cutis. Leggyakrabban az arcon, fülön, esetleg a törzsön jelentkezik vöröses, vöröses-barnás színű, sima felszínű, tömött tapintatú plakk, illetve csomó. Szövettanilag az erek és a függelékek körül látható a jellegzetes lymphocytás beszűrődés. A betegek 1%-nál 10 hónapos lappangási idő után jelentkezik.

3. Acrodermatitis chronica atrophicans. A végtagokon vöröses, kékes-livid színű, gyulladásoes oedema, papula, plakk, nodus látható a betegség első fázisában, majd a második fázisban alakul ki a jellegzetes hypo- vagy hyperpigmentált atrophia. A betegek 10%-ánál fordul elő 6 hónap - 8 éves latencia után.

4. Morphea; lichen sclerosis et atrophicus. Főleg a multiplex góccok esetén hozzák a betegséget a Lyme-kórral összefüggésbe.

Végül az előadó összefoglalja az I-III stádium jellegzetes tüneteit és ismerteti a javasolt terápiát. Mindhárom stádiumban a Doxycyclin (2x100mg), ceftriaxon (Rocefin) adható és alternatív lehetőségként penicillin, cefotaxin (Claforan), amoxicillin (Augmentin).