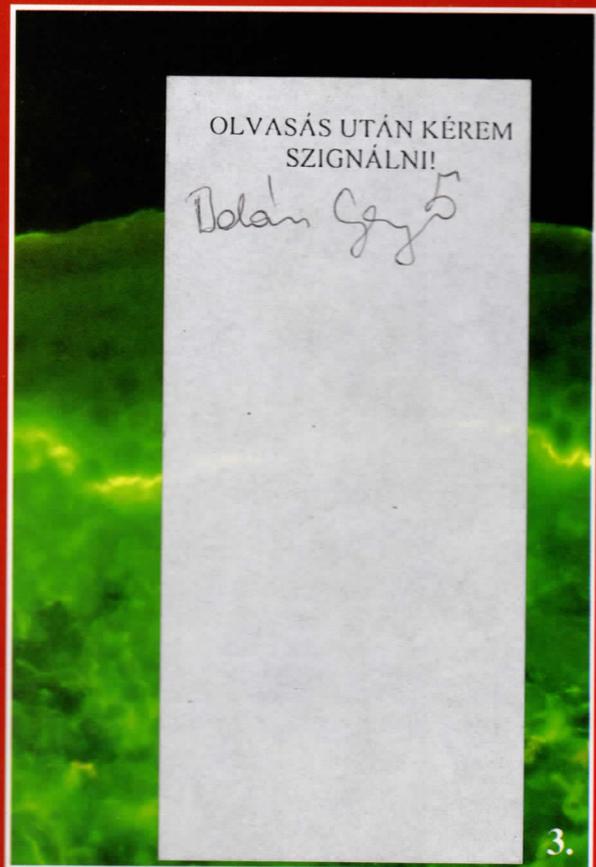


Preisz Klaudia dr., Holló Péter dr., Szakonyi József dr.,
Kárpáti Sarolta dr., Horváth Attila dr.

Malignomához társult linearis IgA dermatosis



1. ábra:
A könyöktájékon circiner erythemás
plakkok, centrálisan bullák, erosiók



3. ábra:
Direkt immunfluoreszcens hisztológia:
vaskos linearis IgA csapadék
a basalmembrán mentén

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

A szerkesztőbizottság tagjai:

Baló Mátyás dr.	Nagy Endre dr.
Daróczy Judit dr.	Nagy Károly dr.
Farkas Beatrix dr.	Nebenführer László dr.
Hrabovszky Tamás dr.	Podányi Beáta dr.
Horkay Irén dr.	Schneider Imre dr.
Horváth Attila dr.	Simon Miklós dr.
Hunyadi János dr.	Török Éva dr.
Husz Sándor dr.	Török Ibolya dr.
Kárpáti Sarolta dr.	Török László dr.
Kemény Lajos dr.	Várkonyi Viktória dr.
Korom Irma dr.	Zombai Erzsébet dr.

ELLENŐRZÉS EGYETEM
Ludszlák 2003-09-15
Központi Könyvtár
9.

TARTALOM

79. évf. 2003. 3. szám

<i>Preisz Klaudia dr., Holló Péter dr., Szakonyi József dr., Kárpáti Sarolta dr., Horváth Attila dr.:</i> Malignomához társult linearis IgA dermatosis	107
<i>Török László dr., Kirschner Ágnes dr., Somogyi Tihamér dr.:</i> Multiplex és malignus pilomatricoma mellett előforduló egyéb cután és extracután tünetek	111
<i>Szép Zoltán dr.:</i> Ramsay Hunt syndrome – két kóreset ismertetése	115

THERAPIA

<i>Halmy Klára dr.:</i> Tapasztalataink 5%-os amorolfín és 8%-os ciclopiroxolamin körömlakkokkal onychomycosisos betegeknél	121
Kongresszusi beszámoló	126

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle folyóiratban megjelent valamennyi eredeti írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyagnak – vagy egy részének – bármely formában való másolásához, felhasználásához, ismételt megjelentetéséhez a szerkesztőség írásbeli hozzájárulása szükséges.

*Semmelweis Egyetem Budapest Bőr- és Nemikórtani Klinika
(igazgató: Horváth Attila dr., egyetemi tanár)*

Malignomához társult lineáris IgA dermatosis Linear IgA dermatosis: association with malignancy

PREISZ KLAUDIA DR., HOLLÓ PÉTER DR., SZAKONYI JÓZSEF DR.,
KÁRPÁTI SAROLTA DR., HORVÁTH ATTILA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

Szerzők 71 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinél carcinoma vesicae urinae recidívájával párhuzamosan jelentkeztek testszerte viszkető, bullosus bőrtünetek. A klinikai kép, a hisztológiai és immunhisztológiai vizsgálatok lineáris IgA dermatosis fennállását támasztották alá. A hólyagtumor palliatív műtéti resectióját követő kemoterápiás, valamint diaphenylsulfon kezelés alatt a beteg tünetmentessé vált.

Kulcsszavak:

lineáris IgA dermatosis - carcinoma vesicae urinae - diaphenylsulfon

SUMMARY

A clinically typical case of linear IgA dermatosis is reported. In the background the recurrence of a bladder cancer had been verified in the 71-year-old man. Beside surgical excision the patient was treated with chemotherapy and diaphenylsulfone, and his skin became symptomfree.

Key words:

Linear IgA dermatosis - bladder cancer - diaphenylsulfone

Az autoimmun bullosisok közé tartozó lineáris IgA dermatosis heterogén kórkép, változatos klinikai tünetekkel és autoantigénekkal. Chorzelski és Jablonska írta le először 1976-ban (1). A klinikai kép hasonlíthat bullosus pemphigoidra és dermatitis herpetiformis Dühringra egyaránt. A törzsön és a végtagokon elszórtan vagy herpetiform elrendeződésben vesiculák, bullák alakulnak ki. Jellemző a kórképre az annuláris, urticariform, széli részen hólyagkoszorút tartalmazó plakkok megjelenése. Nyálkahártya érintettség gyakori (2). Leggyakrabban idősebb betegeken, vagy gyermekeken alakul ki a kórkép, de bármely életkorban előfordul.

Esetismertetés

A 71 éves férfibeteg anamnézisében hypertonia, 1999. január és márciusban izmot infiltráló, kiterjedt hólyag carcinoma miatt két ülésben urológiai műtét (TUR) szerepel. Ezt követően a beteg urológiai kontrollra, kezelésre nem járt.

Bőrklinikai felvételére 2002. augusztusában testszerte kialakuló, kínzóan viszkető, hólyagos bőrtünetek miatt került sor.

Felvételekor a törzsön, gluteális régióban, a felső végtagokon elsősorban a könyöktájon, elszórtan az alsó végtagokon annuláris, urticariform, széli részen hólyagkoszorúval övezett plakkokat, emellett elszórtan, reakciómentes alapon ülő, feszes falú bullákat láttunk (1., 2. ábra). Nyálkahártya tünete nem volt.

Laboratóriumi vizsgálatokkal haematúrián kívül egyéb kóros eltérést nem találtunk. Rutin szövettani vizsgálat nagy kiterjedésű subepidermalis hólyagot, egy-egy dermalis papillában neutrophil sejtcsoportokat írt le.

Direkt immunfluoreszcens (DIF) hisztológia a bőrben a basal-

membrán mentén vaskos lineáris IgA és halvány lineáris C3 csapadékot igazolt (3. ábra).

Indirekt immunfluoreszcens (IIF) vizsgálattal keringő IgA típusú antitestek jelenlétét mutattuk ki majom nyelőcsövön (1:80 +). Salt split skin IIF technika alkalmazása során az ellenanyag az epidermalis oldalhoz kötődött.

Urológiai konzílium cystoscopia és kismedencei CT elvégzését követően az eredeti lokalizációban a hólyagfalon túlterjedő tumor recidívát véleményezett (hisztológia: anaplasticus hólyag carcinoma).

Mellkas rtg. pulmonalis érintettségét nem mutatott.

A klinikai kép, a hisztológia és immunhisztológiai vizsgálatok eredménye alapján lineáris IgA dermatosis diagnózisát állítottuk fel.

A bevezetett 2x50 mg/nap dózisu diaphenylsulfon terápia mellett bőrtünetei jelentősen javultak. A hólyagtumor palliatív műtéti megoldását (TUR) követően – a diaphenylsulfon kezelés folytatása mellett – a beteg bőre tünetmentessé vált. A lokálisan kiterjedt hólyagtumorra tekintettel postoperatív kemoterápiás kezelést kezdtek (2002. novemberében 3 alkalommal 1600 mg Gemzar és 120 mg Cisplatin), a diaphenylsulfon terápia folytatása mellett. A Dapson kezelést 2002. november végén anaemia (vvt: 3,45, Hb: 10,7 g/dl, Ht: 0,32) kialakulása miatt leállítottuk. Jelenleg intermittáló kemoterápiás kezelése folyik, bőre tünetmentes.

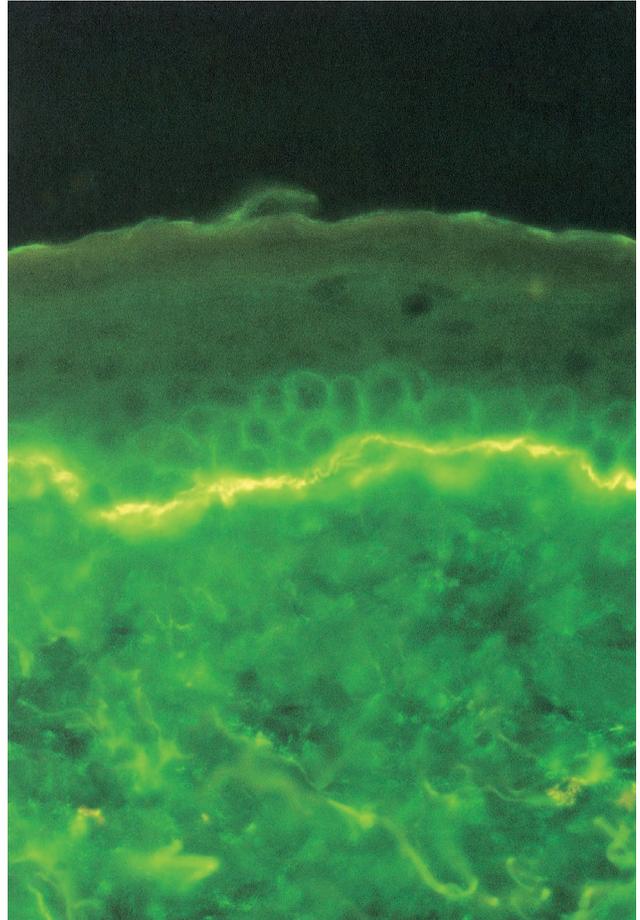
Megbeszélés

A subepidermalis hólyagképződéssel, és a basalmembrán (BM) mentén lineáris IgA csapadék kialakulásával jellemzett *linearis IgA dermatosis* az autoimmun hólyagos bőrbetegségek közé tartozik. Olyan bullosus pemphigoidnak (BP) felel meg, ahol a bullosus pemphigoid antigének (BPAg1, BPAg2) ellen IgA és nem IgG típusú ellenanyagok termelődnek (3).



1. ábra

A könyöktájon circiner erythemás plakkok, centrálisan bullák, erosiók



3. ábra

Direkt immunfluoreszcens hisztológia: vaskos linearis IgA csapadék a basalmembrán mentén

A pemphigoidhoz hasonlóan ebben a kórképben is mind a klinikai tünetek, mind a keringő ellenanyagok összetettek. Vannak főleg gyermekkorban zajló, jóindulatú kórformák, máskor hegesedő nyálkahártya pemphigoid-szerű tünetek, vakság uralják a képet.

LAD-ban is a keratinocyták hemidesmosomális molekulái, elsősorban a 180 kDa nagyságú BPAg2 ellen irányul a legtöbb autoellenanyag, mely molekula intracellu-



2. ábra

Ívelt, feszes falú bullák a törzsön

larisan, a hemidesmosomákból ered, extracellularisan kifut a basalis membránhoz és ott a lamina densához horgonyozza a basalis hámsejteket. Ez a molekula egy vékony kollagén rost, ezért másik hivatalos neve: XVII. kollagén. Elektronmikroszkópos képeken néha jól kivehető, mint a lamina lucidát átszelő ún. anchor filamentum.

BPAg180, BPAg2, XVII. kollagén tehát szinonímák. Elsősorban LAD eseteiben ezen 180 kDa nagyságú molekulának a sejten kívüli kisebb kollagén szakaszai: 97 kDa, 120 kDa is külön antigénként voltak nyilvántartva (LAD97, ill., LAD1 seu LAD120 kDa), melyekről ma már tudjuk, hogy a BPAg2 különböző részeinek felelnek meg (4, 5, 6, 7).

Elsőként ultrastrukturális vizsgálatok igazolták, hogy a hemidesmosomális antigéneken túl a lamina densa alatt meghúzódnó anchor rostok is autoantigénjei lehetnek a LAD-nak (8). A bullosus pemphigoidhoz hasonlóan tehát, melyről levált az epidermolysis bullosa aquisitia (EBA), a LAD-nak is van egy olyan alcsoportja, ahol a VII. kollagén (290 kDa), az anchor rostok fő struktúrproteinje az antigén (9).

Az EBA-val szemben a LAD ezen altípusában nem alakul ki minden esetben hegesedés. A LAD 2 fő alcsoportja (epidermalis, illetve dermalis), salt split skin IIF technika segítségével különíthető el. Az említetteken kívül a lami-

nin5, egy dermalis 255 kDa fehérje (10), valamint egy 200 kDa és egy 280 kDa molakulatömegű hemidesmosomalis protein is autoantigénként szerepel a folyamatban (11).

A kórkép etiológiája ismeretlen. Megjelenhet paraneopláziás bőrtünetként. Leggyakrabban Hodgkin lymphomával, illetve egyéb malignus lymphoproliferatív betegséggel társul (12). Nem tudjuk, hogy a LAD egyszerűen paraneoplasztikus bőrtünet, vagy közös aetiológiai tényezők (immundefektus, környezeti ágensek) okozzák a malignus lymphoproliferatív betegségekkel való gyakori együttes előfordulását (2).

A lymphoid rendszer tumorai mellett több esetben leírták hólyag carcinomával (2, 12, 13), egy-egy betegnél esophagus, colon és emlő carcinomával, metasztatizáló laphámrákkal, hypernephromával és acusticus neurinomával való együttes előfordulását (12). Számos irodalom számol be gyógyszeres provokáció szerepéről. Leggyakrabban a vancomycin (14) és a diclophenac (2, 13), egy-egy esetben penicillin (8), sulphamethoxazole, lithium carbonate, captopril, IL-2, interferon gamma, phenytoin, amiodaron és cefamandol nafate provokáló szerepéről tesznek említést (15). Trauma, égés, illetve súlyos felső légúti infekció is kiválthatja a tüneteket (2).

Esetünkben a típusos klinikai kép, a hisztológiai és immunhisztológiai vizsgálatok eredménye alapján állítottuk fel a diagnózist. A bőrtünetek megjelenése összefüggésbe hozható a hólyag carcinoma kiújulásával.

Hólyag tumor és linearis IgA dermatosis együttes előfordulásáról több irodalmi közlés számol be (2, 12, 13). A linearis IgA dermatosis nem tartozik ugyan a klasszikus paraneoplasztikus kórképek közé, de megjelenése esetén minden betegnél javasoljuk a tumorkutatás elvégzését.

IRODALOM

1. Jablonska S., Chorzelski T. P., Beutner E. H.: Dermatitis herpetiformis and bullous pemphigoid – intermediate and mixed forms. Arch. Dermatol. (1976) 112, 45-8.

2. Godfrey K. Wojnarowska F., Leonard J.: Linear IgA disease of adults: association with lymphoproliferative malignancy and possible role of other triggering factors. Br. J. Dermatol. (1990) 123, 447-52.

3. Ghogestani R. F. és mtsai: Linear IgA bullous dermatosis with IgA antibodies exclusively directed against the 180-pr 230 kDa epidermal antigens. J. Invest. Dermatol. (1997) 108, 854-8.

4. Franzke C. W. és mtsai: Transmembrane collagen XVII, an epithelial adhesion protein, is shed from the cell surface by ADAMs. EMBO J. (2002) 21, 5026-44.

5. Zone J. J. és mtsai: The 97 kDa linear IgA bullous disease antigen is identical to a portion of the extracellular domain of the 180 kDa bullous pemphigoid antigen BPAg2. J. Invest. Dermatol. (1998) 110, 207-10.

6. Marinkovich M. P. és mtsai: LAD-1, the linear IgA bullous dermatosis autoantigen, is a novel 120 kDa anchoring filament protein synthesized by epidermal cells. J. Invest. Dermatol. (1996) 106, 734-8.

7. Roh J. Y. és mtsai: The 120-kDa soluble ectodomain of type XVII collagen is recognized by autoantibodies in patients with pemphigoid and linear IgA dermatosis. Br. J. Dermatol. (2000) 143, 104-11.

8. Kárpáti S. és mtsai: Ultrastructural immunogold studies in two cases of linear IgA dermatosis. Are there two distinct types of the disease? Br. J. Dermatol. (1992) 127, 112-8.

9. Wakelin S. H. és mtsai: Drug-induced linear IgA disease with antibodies to collagen VII. Br. J. Dermatol. (1998) 138, 310-4.

10. Dmochowski M. és mtsai: Immunoblotting studies of linear IgA disease. J. Dermatol. Sci. (1993) 6, 194-200.

11. Fujimoto W. és mtsai: Linear IgA disease with IgA antibodies directed against 200-and 280-kDa epidermal antigens. Br. J. Dermatol. (2000) 142, 1213-18.

12. McEvoy M. T. Conolly S.: Linear IgA dermatosis: association with malignancy. J. Am. Acad. Dermatol. (1990) 22, 59-63.

13. Sekula S. A. és mtsai: Linear IgA bullous disease in a patient with transitional cell carcinoma of the bladder. Cutis (1986) 38, 354-57.

14. Baden L. A. és mtsai: Vancomycin-induced linear IgA bullous dermatosis. Arch. Dermatol. (1998) 124, 1186-8.

15. Kano Y., Kokaji T., Shiohara T.: Linear IgA bullous dermatosis in a patient with acute lymphocytic leukemia: possible involvement of granulocyte colony-stimulating factor. Eur. J. Dermatol. (1999) 9, 122-5.

Érkezett: 2003. II. 17.

Közlésre elfogadva: 2003. III. 18.

*Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét
(vezető főorvos: Dr. Török László egyetemi magántanár)*

Multiplex és malignus pilomatricoma mellett előforduló egyéb cután és extracután tünetek

Cutaneous and extracutaneous symptoms occurring in multiple, malignant pilomatricoma

TÖRÖK LÁSZLÓ DR., KIRSCHNER ÁGNES DR., SOMOGYI TIHAMÉR DR.

ÖSZEFoglalás

17 éves fiú beteget mutatnak be, akinél 5 és 15 éves kora között 8 pilomatricoma került eltávolításra. 17 évesen újabb cutan-subcutan tumor alakult ki, amely szövettanilag malignus pilomatricomának bizonyult. Súlyos acne conglobata mellett bilaterális lenticularis opacitás, congenitalis strabismus, kisméretű aorta stenosis, dysmorphismiás arc, hyperostosis frontalis interna, craniális exostosis és mentális retardáció társulását észlelték. Ez alapján multiplex formáknál felhívják a figyelmet a betegek alapos átvizsgálására és a ritka malignizáció lehetőségére.

Kulcsszavak:

Multiplex pilomatricoma - malignizáció - egyéb tünettársulások

SUMMARY

The authors present a 17 year-old boy, who had been operated for pilomatricoma on 8 occasions at the age between 5–15 years old. At the age of 17 a new cutaneous-subcutaneous tumor has developed. Histological findings verified pilomatricoma. The patient also had conglobated acne, as well as bilateral lenticular opacity, strabismus, a minor stenosis of the aorta, dysmorphic face, internal frontal hyperostosis, cranial exostosis, and mental retardation. In multiple forms of the disease the authors emphasize the importance of a careful examination, and the possibility of malignization.

Key words:

Multiple pilomatricoma - malignization - other accompanying symptoms

A pilomatricoma, vagy epithelioma calcificans Malherbe a haj matrixának benignus daganata. Klinikailag rendszerint soliter, tömött tapintatú, dermalis, vagy subcutan csomóként manifesztálódik. Minden életkorban előfordul, de leggyakrabban az első két évtizedben találkozunk vele női túlsúllyal. Keletkezésében a genetikai faktoroknak tulajdonítanak szerepet, újabban a beta-catenin mutáció jelentőségét emelik ki (3,5).

A pilomatricomának számos variánsa ismert, mint multiplex, exophitikus, bullosus, anetodermás, familiaris és malignus (4,7,8). Elvértve megfigyelték, hogy egyéb anomáliákkal is társulhat (1). Esetünkben successiven fellépő, multiplex, később malignizálódó formát ismertettünk, amelyhez több, érdekes egyéb szervi eltérés is társult. Az eset különlegességét növeli, hogy a számunkra hozzáférhető hazai irodalomban az elmúlt 20 évben malignus pilomatricomáról közlést nem találtunk.

Esetismertetés

A jelenleg 17 éves fiatal férfi beteget 5 éves kora óta észleljük a test különböző részén kialakuló, tömött, cutan-subcutan, gyakran kékes

színbé áttűnő csomói miatt. 5 és 15 éves kora között 8 alkalommal távolítottunk el ilyen tumorokat, amelyek szövettani vizsgálattal minden esetben benignus pilomatricomának bizonyultak.

A 12 éves megfigyelési idő alatt a beteget több alkalommal vizsgáltuk és a következő cutan és extracutan eltéréseket találtuk: kiterjedt acne conglobata hypertrophiás hegekkel, congenitalis strabismus, kétoldali finom centrális lencsehomály, enyhe fokú aorta stenosis, hyperostosis frontalis interna, facialis cranialis exostosis, mentális retardatio és elmosódott, monoton lassú beszéd.

17 éves korában a jobb clavícula felett hónapok óta lassan növekedő, 3 cm átmérőjű mobilis, fájdalommentes tumor miatt újabb műtét történt (1, 2 ábra). Szövettani vizsgálattal multilobularis tumor szövetet lehetett látni, amelyet részben kötőszövetes kapszula határolt. A sejtek egy része polymorph, basalooid jellegű volt és igen kifejezett, részben szabálytalan mitotikus aktivitást mutatott. A sejtek másik típusát az ún. árnyéksejtek alkották, amelyek cytoplasmája eosinophil. Magvaikat elvesztve intenzív eosinophil keratinózus törmelék határolnak körül. A készítményben helyenként érinvázio is megfigyelhető volt (3., 4. ábra). A kivizsgálás során nyirokcsomó-, vagy más áttétre utaló eltérést nem észleltünk.

Megbeszélés

Esetünk egyik érdekességét a pilomatricomák successiv, multiplex fellépése és a társuló acne conglobata és a szá-



1. ábra

A beteg arca profilból a bal fül előtt lévő pilomatricomával 8 éves korában



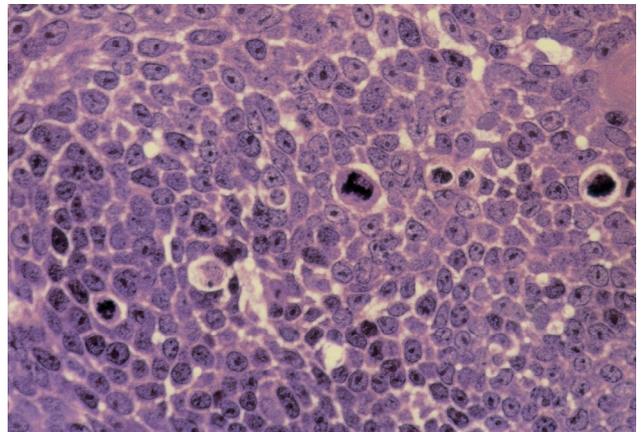
3. ábra

Multilobularis basaloid proliferáció a dermis alsó részén HE X100



2. ábra

Halvány vörös színű elődomborodó tumor a jobb clavicula felett.



4. ábra

A tumor területén számos típusos és atypusos mitózis látható. HE X400

mos extracután tünet: congenitalis strabizmus, kétoldali finom centrális lencsehomály, enyhe fokú aorta stenosis, hyperostosis frontalis interna, facialis cranialis exostosis, mentalis retardációval járó és elmosódott, monoton, lassú beszéd jelentette. A multiplex pilomatricomák az esetek 3,5%-ában fordulnak elő és familiáris formájukban myo-

toniás dystrophiával társulhatnak. Újabban megfigyelték, hogy a multiplex pilomatrix Gardner syndromával is előfordulhat, amelynek a lehetősége betegünknel is felmerült a hyperostosis frontalis interna és a craniális exostosisok miatt (6). Jóllehet a beteg családjában familiáris polyposis nem fordult elő, de a Gardner syndroma kifejlődésének lehetősége miatt a beteget ebben az irányban megfigyelés alatt tartjuk. Figyelemre méltóak továbbá a szemészeti és neuro-pszichiátriai eltérések is, amely a bőr, szem, csont és szívtünettel együtt egy új syndroma lehetőségét vetik fel.

Betegünk másik különlegességét a malignizáció képezte. Az első malignus pilomatrix carcinomát 1927-ben *Gromiko* írta le és azóta mintegy 72 esetet közöltek az irodalomban (2). A malignus pilomatrixcomát lokálisan agresszív növekedés, a környező struktúrák inváziója, a gyakori lokális recidíva, és a ritka távoli csont-, tüdő- és nyirokcsomó metastasisok jellemzik. A közölt 72 esetből 26-nál észleltek lokális recidívát és 8 betegnél fejlődött ki távoli metastasis és a metastasisok következtében a 8 betegből 4 halálozott el.

A malignus elfajulásra utal a tumor folyamatos növekedése, annak nagysága (nagyobb, mint 4 cm) és a fájdalom megjelenése. Szövettanilag a benignitás jeleként értékelendő az árnyéksejtek jelenléte, a mitózisok hiánya, illetve azok alacsony száma. Malignitás mellett szólnak viszont, ha a basalooid sejtek száma jelentősen megnő, szinte azok alkotják a tumor jelentős részét, az infiltratív növekedés, a fascia, a csontok és az izomzat infiltrációja, a nuclearis pleiomorfizmus, az abnormalis mitotikus alakok, a stromalis desmoplasia és a vascularis, lymphaticus, illetve a perineuralis invázió. A kifejezett mitotikus aktivitás is a malignitás jeleként értékelendő, jóllehet a korai benignus laesioknál is előfordulhat nagyobb számú sejtoszlás.

Pilomatrix carcinoma diagnózisánál szükséges a beteg alapos átvizsgálása. Amennyiben a fizikális és szövettani vizsgálatok agresszív növekedésre utalnak javasolt az MRI vizsgálat elvégzése, amely informatív képet ad a tumor kiterjedéséről. A pilomatrix carcinoma kezelésében a széles, lokális excisiót kell választani, az excisios szélek szigorú szövettani kontrolljával. Amennyiben az épből való eltávolítás nem ítéhető meg egyértelműen, vagy a daganat nem épből lett eltávolítva, úgy adjuváns sugárkezelés jön szóba.

Összefoglalva esetünk alapján a következő tanulságokat vonhatjuk le: 1. Multiplex pilomatricománál érdemes a beteget alaposan átvizsgálni és egyéb társuló cutan, illetve extracutan eltérés után kutatni. 2. Gondolni kell a malignus transzformáció lehetőségére is, amely miatt javasolt mindenegyes, de különösen a gyorsan növekedő tumorok eltávolítása és az excindatumok alapos szövettani feldolgozása (9). 3. Végül az érdekes tünettársulás egy új syndroma lehetőségét vetheti fel.

IRODALOM

1. *Delfino M., Monfrecola G., Suppa F. és mtsai:* Multiple familial pilomatricomas: a cutaneous marker for myotonic dystrophy. *Dermatologica*, 1984, 170, 128-32.
2. *Gromiko N.:* Zur Kenntnis der bösartigen Umwandlung des verkalkten Hauteithelioms. *Arch Pathol Anat*. 1927, 265: 103-16.
3. *Ha Seog-Jun, Kim Jung-Soo, Seo Eun-Joo és mtsai:* Low Frequency of beta-Catenin Gene Mutations in Pilomatricoma. *Acta Derm Venereol*. 2002, 82: 428-431.
4. *Holme S. A, Varma S., Holt P. J. A.:* The First case of exophytic Pilomatricoma in an Asian Male. *Pediatric Dermatology*. 2001, 6: 498-500.
5. *Matsuura H., Hatamochi A., Nakamura Y. és mtsai.:* Multiple Pilomatricoma in Trisomy 9. *Dermatology*. 2002, 204: 82-83.
6. *Pujol R M és mtsai:* Multiplex familial pilomatricomas: A cutaneous marker for Gardner syndrome? *Pediatric Dermatol*. 1995, 12, 431-435.
7. *Prasad, H. R. Y, Verma K. K, Khaitan B. K és mtsai.:* Bullous Pilomatricoma: A Rare Occurrence. *Acta Derm Venereol*. 2001, 81: 217-18.
8. *Simón R S, Sánchez-Yus E.:* Multinodular Pilomatrixoma. *Dermatology*. 2002, 204: 80-81.
9. *Sassmannshausen J, Chaffins M.:* Pilomatrix carcinoma: A report of a case arising from a previously excised pilomatrixoma and a review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2001, 44: 358-61.

Érkezett: 2003. III. 24.

Közlésre elfogadva: 2003. V. 19.

TELVIRAN HIRDETÉS

1/2 OLDALAS

Álló hirdetés

*Komensky Egyetem Bratislava (Pozsony),
Szlovákia Egyetemi Kórház, Gyermekgyógyászati Klinika
(igazgató: Doc. MUDr. Tibor Danilla, PhD.)*

Ramsay Hunt syndroma – két kóreset ismertetése Ramsay Hunt syndrome – presentation of two cases

SZÉP ZOLTÁN DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A Ramsay Hunt syndroma a herpes zoster egyik ritka megjelenési formája. Fő tünetei a herpeses vesiculák, a nervus facialis paresise és a vestibulocochlearis tünetek. További agyidegek is érintettek lehetnek. A terápia alapja az antivirális szerek és kortikoszteroidok kombinációja. A diagnózis és a terápia interdiszciplináris együttműködést igényel. A szerző két kóresetet ismertet. Az első betegnél a syndroma hátterében kettős urogenitális malignitás, a második betegnél chronicus lymphoid leukémia állott fenn.

Kulcsszavak:
Ramsay Hunt syndroma -
herpes zoster oticus - malignitás

A Ramsay Hunt syndroma (a továbbiakban: RHs) a herpes zoster egyik ritka és különleges megjelenési formája. Elnevezését a tünetegyüttes első leírójáról, *James Ramsay Hunt* amerikai neurológusról kapta, aki 1907-ben publikálta az első esetet (11). A „klasszikus” syndromát a herpeses vesiculák fülkagylón való lokalizációja és ugyanazon az oldalon a nervus facialis (n. VII) féloldali paresise jellemzi. Az említett két fő tünetén kívül a neurológiai, ill. a fül- és szemtünetek széles skálája fejlődhet ki különböző kombinációban. Ennek megfelelően a betegség kezelése interdiszciplináris együttműködést igényel (22). A leggyakoribb a tünetek hármas kombinációja: herpeses vesiculák, a nervus facialis paresise és a vestibulocochlearis tünetek csoportja. Mivel gyakran több agyideg is érintett lehet, ma sokan cranialis polyneuropathiaként értékelik e syndromát (1, 2). Előfordulása ritka, az idősebb korosztály betegsége. Hátterében – mint más herpes zoster formáknál is – malignus folyamat is állhat. Az alábbiakban két kóreset ismertetése keretében szeretnénk az e syndromával szerzett tapasztalatainkról beszámolni.

(Megjegyzés: a szerző az esetek észlelése idején a pozsonyi Ružinov kórház felnőtteket ápoló bőrgyógyászati osztályának orvosa volt, ahol az ismertetendő betegeket kezelte.)

SUMMARY

The Ramsay Hunt syndrome is a special form of the herpes zoster. Main symptoms are the herpetic vesicles, the paresis of the facial nerve and the signs of the vestibulocochlear dysfunction. Other cranial nerves may be involved, too. The basis of the therapy is the combination of antiviral drugs and corticosteroids, administered systemically. The diagnostic and therapeutic procedures call for the multidisciplinary approach. The author present two cases. In the first case, on the background of the Ramsay Hunt syndrome was a double urogenital malignancy, and in the second case a chronic lymphocytic leukemia.

Key words:
Ramsay Hunt syndrome -
herpes zoster oticus - malignancy

Esetismertetés

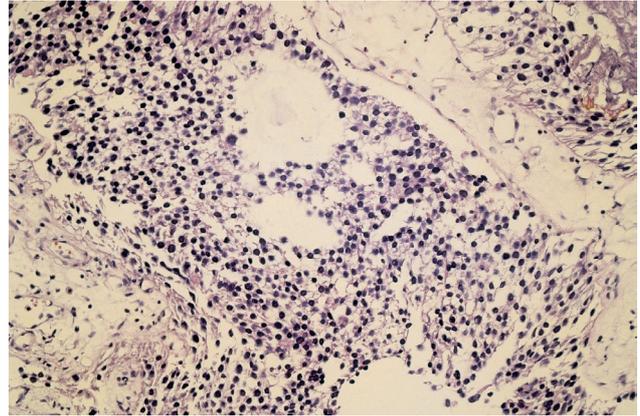
1. beteg

A 75 éves férfibeteg anamnézisében korábban ismételt tonsillitis, majd ezt követően 45 éves korában myocarditis szerepelt, amelyet tonsillectomia követett. Kullancs eltávolítása után vírusos meningitis volt. 1983 óta állandó kezelés az urológiai ambulancián benignus prostata hyperplasia miatt. 1990-ben transurethralis resectiot (TUR) követően a szövettani vizsgálat urothelialis papillocarcinómát igazolt. Ettől kezdve a beteg az onkourológiai szakrendelést látogatta. 1995 és 1996-ban ismételt TUR. Utolsó teljes urológiai kivizsgálása (endoscopyát is beleértve) 2 hónappal a bőrgyógyászati osztályra való felvétele előtt történt, negatív eredménnyel. A bőrosztályra 1998 júliusában vettük fel herpes zoster diagnózissal. A felvétel alkalmával herpetiform elrendeződésben vesiculák sűrű csoportját találtuk a jobb oldali retroauricularis, mastoidalis, occipitalis, oticus (beleértve a meatus acusticus externust) régióban, továbbá a nyak lateralis oldalán, a pectoralis és deltoidalis régióban, és innen zosteriform elrendeződésben folytatódtak a regio brachialis lateralis és medialis részén. A vesiculák dermatomális eloszlást mutattak, mely megfelelt a C2-5, ill. a Th1-2 szegmenseknek. Soliter vesiculák voltak a törzsön elszórva is. A beteg a vesiculákkal borított régiókban fájdalmat érzett. A fizikális kivizsgálásnál a kötőhártyák erős belőveltséget észleltünk, 1. fokú nystagmussal kísérvé. Szájnnyálkahártya: enanthema nélkül. A has tapintásánál enyhe fájdalom a symphysis felett. Per rectum vizsgálatnál a prostata bal felső kvadransra a normálisnál keményebb konzisztenciájú. Megnagyobbodott nyirokcsomók nem voltak tapinthatóak. Titubatiót észleltünk, subjective a beteg egyensúlyzavarra, jobb oldali halláscsökkenésére, tinnitusra és vertigóra panaszkodott. A felvételt követő 5. napon a jobb oldali n. facialis perifériás paresise fejlődött ki (1. ábra), a her-



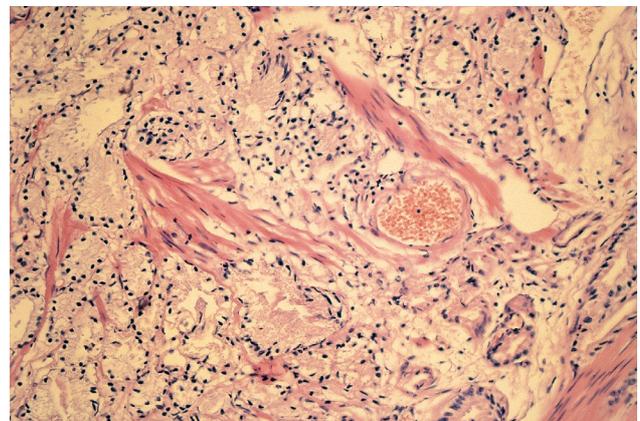
1. ábra

A RHs egyik tünete: paresis n facialis



2. ábra

A húgyhólyag papilocarcinoma mikroszkópos képe



3. ábra

A prostata adenocarcinoma mikroszkópos képe

pes vesiculákkal azonos oldalon. Rosszabbodott a tinнитus és a vertigo, majd ezt a n. trigeminus (n. V.) erős neuralgiája követte. A faciális paresis következménye ectropium és lagophthalmus (3 mm) volt, pozitív Bell-tünettel. A neurológiai és ORL-i konzílium vestibulo-cochlearis és cerebellaris érintettséget mutatott ki. Az audiometriás vizsgálat eredménye: hypacusis sensorineuralis, kochleáris típus. Tympanometria: A típusú görbe, nystagmus gr. 1 bilaterálisan és jobb oldalra, a Hautant próba negatív, a Romberg próba kilengésekkel jobbra és hátrafelé, a Unterberger próba jobb oldalra pozitív. Megerősítést nyert továbbá a n.trigeminus 2. és 3. ága által beidegezett terület hypaesthesiája és a jobb felső végtag dysmetriája. A laborvizsgálat enyhe vvt. süllyedés emelkedést (22/30) mutatott. A biokémiai paraméterek, a székletben okkult vérzés kimutatása, a mellkas rtg., a has ultrahangos vizsgálata, a belsőfül rtg. 3 projekcióban és az agy CT vizsgálata negatív volt. A vizeletben vér (++) volt kimutatható, az üledékben látóterenként a vvt. szám 30 felett, leukocyta 0-1. A húgyhólyag ultrahangvizsgálata hyperechogén tartalmat írt le. Cystoscopiás vizsgálattal a húgyhólyag alján a trigonumban, részben papillaris, részben solid, 3x4 cm nagyságú tumor került észlelésre, amely egyenletesen terjedt a húgyhólyagnyak felé. A PSA (prostata specific antigen) onkomarker szintje jelentősen megemelkedett: 55,4 ng/ml (normál 0-4 ng/ml). A herpes vesiculák tartalmának cytodiaosztikájára (Giemsa festés) többmagvú óriássejteket mutatott ki. A varicella-zoster vírus szerológia (ELISA) a párosszérum négyszeres IgG titeremelkedését mutatta ki, az IgM negatív volt. A klinikai kép, ill. a laboratóriumi és műszeres vizsgálatok eredményeit összegezve a körképet Ramsay Hunt syndromaként értékeltük, a herpetikus folyamat részleges disszeminációjával. A betegnek Acyclovirt (Herpesin® inf.) adtunk infúzió formájában 5 napig, 3x15 mg/kg dózisban, majd újabb 5 napig ugyancsak

Acyclovirt (Herpesin® tbl.) per os 5x800 mg dózissal. A neurológiai és az otoneurológiai tünetek megjelenésekor a kezelést kiegészítettük hydrocortison és pentoxifyllin infúziókkal (Hydrocortison®, ill. Trental® inj.), majd áttértünk prednison (Prednison® tbl.) adására 30, később 20 mg/kg/nap dózisban. Közben a szövődmények (lagophthalmus, neuralgia, paresis) is kezelve voltak. A fent leírt terápia mellett a bőr-, neurológiai- és otoneurológiai tünetek fokozatosan javultak. A paresis kezelése a rehabilitációs és fizioterápiás ambulancián folyt. (4 hónappal a RHs megjelenése után a neuralgia, ill. a többi neurológiai és otológiai tünet teljesen visszafejlődött.) A beteg állapotának rendeződése után a bőrgyógyászatról az urológiai osztályra helyeztük át. Itt spinalis anaesthesiában a hógyhólyag és a prostata újabb TUR-át hajtották végre. A szövettani vizsgálat egyrészt a húgyhólyag papillaris szerkezetű, urothelialis carcinomáját (2. ábra) igazolta a propria infiltrációjával (G2, pT1, Jewet-Marshall A, AJCC P1), másrészt infiltráló, jól differenciált prostata adenocarcinoma (G1, Gleason 3) is diagnosztizálva lett (3. ábra). A sebészeti kezelés hormonterápiával (cyproteronacetát – Androcur® tbl.) lett kiegészítve. A beteg követése továbbra is az onkourológiai ambulancián folytatódott. A beteg 4 évvel a fent leírt tumorok eltávolítását követően is jól van, recidíva nélkül. A faciális paresis apró residuum hátraahagyásával teljesen gyógyult.

2. beteg

A 65 éves férfibeteg anamnézisében appendectomia, hypertensio, atherosclerosis universalis, ismételt szívinfarktus, chronicus ischaemias cardialis decompensatio, szívritmus zavarok, chronicus renalis insufficiencia, hemisferalis agyvérzés részlegesen reversibilis jobb oldali hemiparesissel, cholecystolithiasis, ulcus duodeni melénával és bronchopneumonia szerepelt. 1997-ben diagnosztizálták chroni-

cus lymphoid leukémiáját. A beteg a felvételt megelőzően anginára panaszkodott, erős fájdalommal kísérvé, ugyanakkor a jobb fül erősen erythemás és oedematosus lett. Az ORL-i ambulancián penicillin kezelést kapott, a tünetek azonban tovább progrediáltak. 3 nappal később subfebrilitás, egyensúlyzavar jelentkezett. A külső fülben és a hallójáratban herpeszes vesiculák, a nervus facialis jobb oldali, komplett perifériás paresise és vestibulocochlearis syndroma fejlődött ki. A torokgyulladás leukémiás anginaként értékelte az ORL-i és hematológiai konzílium. A leukémia alapdiagnózis miatt a belgyógyászati osztályra utalták be (2000. július). A felvételnél a beteg lázas, a jobb fül és a hallójáratban herpeszes vesiculák, ill. erosiók és crusták láthatóak erythemás alapon. A jobb arcfél parietikus. A oropharynx és a tonsillák gyulladtak és vastag fehéres lepedékkel fedettek. A nyaki nyirokcsomók nagyok, fájdalomtalanok, keményebb konzisztenciájúak. A jobb tüdő bazális részén alig hallható légzés. Tapintható hepatomegalia. A laborvizsgálat vvt. süllyedés emelkedést mutatott (30/59), a vérképben az összleukocytaszám 10,8 ezer, limfocyta 33%, neutrophil 59%. A biokémiai mutatók közül emelkedett a húgysav-, kreatinin- és az ureaszint, kis mértékben emelkedett koleszterin és triglylycerid értékek, a többi mutató kóros eltérés nélküli volt. A vizelet üledék normális. Az immunoglobulinok szintje csökkent, magas CRP érték. Az EKG-n pitvari extrasystolék és jobb Tawara-szár blokk. A tüdő rtg. jobb oldalt bazálisan fluidothoraxot mutatott ki. A mellkasi CT igazolta ezt a rtg. leletet, ugyanakkor a mediastinális nyirokcsomók kiterjedt megnagyobbodását írta le. A torokleoltásokból *Enterobacter cloacae* és *Klebsiella pneumoniae*, az orrüregből vett leoltásokból *Enterococcus faecalis* tenyésztett ki. Az EBV szerológia negatív, a CMV szerológia pozitív IgM és IgG mutatott ki. Neurológiai konzílium: a n. facialis perifériás paresise, vestibulocochlearis syndroma, ORL konzílium: angina leucaemica, paresis n. facialis, otitis media et externa haemorrhagica I. d., hypacusis mixta I.d. (tyimpanometria C görbével), hypacusis sensorineuralis I. s. (tyimpanometria A görbével), szemészeti konzílium: conjunctivitis acuta herpetica, lagopthalmus, fizioterápiái konzílium: a paresis rehabilitációja. A hematológiai konzílium a vérkép paramétereit megfelelőnek, a leukémiát stabilizálnak találta és a beállított Prednison® tbl. dózisát (15 mg/nap) nem látta indokoltnak növelni. A farmakológiai konzílium acyclovirt (Herpesin® inf.) rendelt 3x10 mg/kg dózisban, majd a krónikus veseelégtelenség miatt az acyclovir per os adását javasolta csökkentett dózisban (5x200 mg), ezenkívül antibakteriális terápiát állított be: klindamycint (Klimicin®) infúzióban, majd amoxicillint klavulánsavval (Amoksiklav® tbl.) per os. A leukémia kezelésére a beteg 15 mg/nap Prednison® tbl. kapott. Ezenkívül természetesen a fent említett belgyógyászati betegségekre felírt gyógyszereket is szedte. A bőrgyógyászati konzíliumtól a herpes zoster helyi kezelésének a javaslatát várták. A típusos tünetek alapján a Ramsay Hunt syndroma diagnózisát állítottuk fel. A terápia hatására az angina, ill. a herpes zoster fokozatosan javult, a n. facialis paresise azonban tovább romlott, a jobb hallójáratból gennyes váladék ürült, ezért a beteg ciprofloxacint (Ciprinol® tbl.) kapott. A 17 napos singultus jelentkezett, melyet a mediastinális nyirokcsomók megnagyobbodásával magyaráztak, a palliatív radioterápiát tervezték. A beteg javuló állapota miatt haza lett bocsájtva, további ambuláns kezelését ajánlották. A beteg további sorsát, ill. állapotának változását nem volt módunkban követni.

Megbeszélés

A Ramsay Hunt syndroma a herpes zoster kevésbé ismert megjelenési formája. Már 1895-ben publikált egy esetet *Ebstein*, melynek leírása megfelel a RHs tüneteinek (5). A syndroma leírása és diagnosztikai kritériumainak a felállítása *James Ramsay Hunt* amerikai neurológus nevéhez fűződik, aki 1907-ben írta le első esetét (11). A beteg tüneteit a nervus facialis perifériás paresise és a herpes zosterre jellemző vesiculák kombinációja alkotta. A későbbi megfigyelések során nyilvánvalóvá vált, hogy további agyidegek – elsősorban a nervus vestibulocochlearis (n. VIII.) – is érintettek lehetnek. Ennek alapján osztotta fel J.

R. Hunt a syndromát 4 csoportra:

1. típus: Herpes zoster oticus (H. z. o.), neurológiai tünetek nélkül,
2. típus: H.z.o + paresis n. facialis,
3. típus: H.z.o + paresis n. facialis + cochleáris tünetek és végül a
4. típus: H.z.o + paresis n. facialis + cochleáris + vestibuláris tünetek (11, 19).

Hunt első esete ebben a felosztásban a 2. típusnak felel meg. A herpes zoster oticus a dermatológiai irodalomban a herpes zoster szövődményes formájaként van leírva, *Hunt* felosztása szerint azonban az 1. típusnak, vagyis a RHs valamiféle „minimális variánsának” felel meg, *Zajtschuk és csoportja* (27) publikált egy esetet, melynél a herpes vesiculák erupciója otikus lokalizációban vestibulocochlearis tünetekkel kombinálódva manifesztálódott, facialis paresis nélkül. Ezért ajánlották *Hunt* felosztásának bővítését ezzel az 5. típusal.

A RHs tüneteit az egyes agyidegek érintettségéből levezethetők (3). A leggyakoribb tünetek a herpeszes vesiculák, féloldali arcbénulás asymmetriával, lagophtalmussal, a szájzug lesüllyedésével (n. facialis érintettsége), továbbá otalgia, halláscsökkenés (pars cochlearis n. vestibulocochlearis érintettsége), vertigo, tinnitus, vestibuláris ataxia és nystagmus (pars vestibularis n. vestibulocochlearis érintettsége). Első betegünkénél a folyamat szokatlanul kiterjedt volt. Ez egyrészt a herpeszes vesiculák nagy kiterjedtségét jelenti, másrészt a RHs tipikus hármastünetcsoportján kívül (vesiculák, n. facialis és n. vestibulocochlearis tünete) a n. trigeminus és a kisagy érintettségét is. Ez adja az eset különlegességét. Mivel a vestibulocochlearis tüneteken kívül cerebellaris tünetek (dysmetria), továbbá a n. facialis ill. a n. trigeminus (neuralgia, hypaesthesia) érintettségéből származó tünetek is jelen voltak, feltételezhetjük herpeticus rhombencephalitis kifejlődését pontocerebellaris syndromával. Második betegünkénél tipikus volt a RHs a 3 tünetcsoporttal: herpes vesiculákkal, féloldali arcbénulással és vestibulocochlearis tünetekkel.

A RHs tüneteit tehát igen sokfélék lehetnek. A fő tünetcsoport a herpeszes vesiculák, a facialis paresis és a vestibulocochlearis tünete csoportja. Ezek együttes előfordulása az esetek 57,6%-ában fordult elő *Murakami* adatai szerint (16). A tünetek azonban nem minden esetben fejlődnek ki egyszerre. A herpeszes vesiculák az esetek 19,3%-ában már a paresis kifejlődése előtt, 46,5%-ában a paresissel egyidőben és 34,2%-ában a paresis megjelenése után jelennek meg. Az akut halláscsökkenés az esetek 34,3%-ában a paresis előtt, 34,4%-ában a paresissel egyidőben és 31,3%-ában a persis után jelenik meg. Ezeknek az adatoknak prognosztikai jelentősége van (10, 16, 18). Első betegünkénél a herpeszes vesiculák és a vestibulocochlearis tünetek megelőzték a facialis paresist. Második betegünkénél ezt az anamnézis alapján nem tudtuk megállapítani.

A n. facialison kívül más agyidegek is érintettek lehetnek. Leggyakrabban a már említett n. vestibulocochlearis, továbbá a gyakoriság sorrendjében a n. glossopharyngeus,

n. trigeminus, n. vagus. A n.glossopharyngeus és a n. vagus érintettségét az esetek 2,5%-ban írták le (1, 2, 16). Mivel az esetek egy részében több agyideg is érintett, ma a RHs-val foglalkozó kutatók többsége cranialis polyneuropathianak tekinti a szindrómát (1, 2). Első betegünkénél a n. facialison kívül a n. vestibulocochlearis, a n. trigeminus és a cerebellum is érintett volt, míg második betegünkénél a n. facialis és a n. vestibulocochlearis.

A RHs neuroophthalmologiai szövődésményei ritkák. Léteznek megfigyelések, melyek a n. abducens, a n. trochlearis és a n. oculomotorius bénulását írták le a megfelelő oculomotoricus zavarokkal (6, 9, 14). Publikálva volt az oculosympathicus paralysis egy egyedülálló esete a Claude Bernard–Horner syndroma manifestációjával a Ramsay Hunt syndroma keretén belül (13). A tisztán szemészeti szövődésmények ugyancsak ritkák. Akut retinalis necrosis, uveitis, retrobulbaris opticus neuropathia és akut glaucoma is közlésre került (6, 7, 15). A facialis paresist követő lagophthalmus következménye cornea ulceratio lehet. A második betegünkénél a szemészeti konzílium herpeses conjunctivitist feltételezett. Mindkét betegünkénél a facialis paresis következményeként lagophthalmus fejlődött ki. Egyéb szemészeti szövődésmények nem alakultak ki.

A varicella-zoster vírus (VZV) pontos lokalizációja nyugalmi állapotban (a RHs manifestációja előtt) nem teljesen ismert. Hunt eredeti elképzelése szerint a VZV a ganglion geniculi-ban található és a reaktiváció során innen terjed tovább. Ma a kutatók ezt a hipotézist már nem fogadják el. Egy részük szerint a VZV nyugalmi állapotban a VII. agyideg motorikus neuronjaiban (nucleus origins seu motorius n. VII.) található. Ezzel magyarázzák az ún. „zoster sine herpette” ritka eseteit, melyben a facialis paresist nem kíséri a herpes vesiculák erupciója. Más szerzők – tekintettel több agyideg párhuzamos érintettségére – inkább a folyamat multifokális fellángolását tartják valószínűbbnek annak ellenére, hogy a VZV terjedése a különböző agyidegek közötti (anastomosisok útján, ill. más módon is) már bizonyítást nyert (17, 25).

A RHs előfordulása ritka. Elsősorban az idősebb korosztály betegsége. Előfordulása a 60. életév után a legvalószínűbb, de leírták gyermekeknél is, ahol megjelenése különlegességnek számít (8). Robillard 185 eset feldolgozása kapcsán úgy találta, hogy a RHs gyakoribb a nőknél (18). Ez azonban inkább azzal magyarázható, hogy az idősebb korosztály összetételében a nők nagyobb arányban vesznek részt. A mi betegeink 60 évnél idősebb férfiak voltak.

A RHs diagnózisa a fent leírt tipikus klinikai kép alapján történik. A legfontosabb tünetek a herpeses vesiculák és a facialis paresis (3, 4, 5). További agyidegek érintettsége lehetséges, de nem feltétel. A klinikai diagnózist megerősíthetjük a vesiculákból végzett cytodiaagnostikával, ill. az anti-VZV IgG és IgM szerológiai kimutatásával, melynél az ELISA módszert részesítik előnyben a komplementfixációs tesztekkel szemben (23). A betegség kiterjedtségét részletes neurológiai, otolaryngológiai és szemészeti (klinika, ill. műszeres) vizsgálatokkal kell pontosítani. Mindenképpen szükséges felhívni a figyelmet

a diagnosztika és a terápia interdiszciplináris jellegére. Idősebb korban részletes tumorkutatást is kell végezni, mivel az RHs malignus tumorokkal való társulása is közlésre került (20). Úgy gondoljuk, hogy ezekben az esetekben az RHs – más herpes zoster formákhoz hasonlóan – a malignus tumor dermadrómájának tekinthető. Betegeinknél a diagnózis a tipikus klinikai kép alapján történt. Mindkét esetünkénél jelen voltak a herpeses vesiculák, a facialis paresis és a vestibulocochlearis tünetek. Ezek alapján a Hunt-féle felosztás 4. típusában sorolandók, bár első betegünkénél a folyamat kiterjedtebb volt. Első betegünkénél a cytodiaagnostika és a vírus szerológia megerősítette a diagnózist. Mindkét esetben több szakorvos vett részt a betegek kivizsgálásában és a megfelelő terápia kidolgozásában. Felmerül a bőrgyógyász helye és szerepe ebben a folyamatban: a második betegünkénél (aki a belgyógyászatban feküdt) csak helyi kezelés javaslatát kérték tőlünk. Első betegünkénél a RHs hátterében kétféle malignus tumor húzódtott meg: prostata adenocarcinoma és húgyhólyag carcinoma. 2 hónappal a RHs megjelenése előtt az onkológiai kivizsgálást negatív volt. Esetünkben a RHs-át e tumorok dermadrómájának is lehet tekinteni. Tudomásunk szerint a RHs mögött meghúzódó kettős malignitás eddig még nem volt közölve a szakirodalomban. Második betegünkénél a RHs kívül a betegnek chronicus lymphoid leukémiája volt. Hematológiai paraméterei azonban megfelelőek voltak, és nem utaltak a leukémia progressziójára. A beteg torokfájdalmait ugyan leukémiás anginaként értékelték, mivel azonban hisztológia nem történt, nem kizárt, hogy herpetikus folyamat volt a tonsillákon is. Ezért ebben az esetben nagyon nehéz helyesen megítélni az RHs és a leukémia összefüggését, ugyanakkor az irodalomból jól ismert a zoster erupciója chronicus lymphoid leukémia eseteiben.

A RHs kezelésének alapja az antivirális szereknek és a kortikoidoknak intravénás, ill. per os adagolásban való kombinációja (4). A legfontosabb antivirális gyógyszer az acyclovir, az eddig ismertetett esetekben ezt a szert használták nagyon jó eredménnyel. Adagolásának „módszertana” azonban a RHs-nál nem egységes. A szerzők többsége a kezelést az acyclovir intravénás adásával kezdte, 10 mg/kg vagy 15 mg/kg dózisban 3x naponta, 5-8 napig. Ezután perorális formára tértek át, többnyire 5x400 mg dózissal. Mivel az acyclovirnak csak 15-25%-a szívódik fel a bélből, továbbá az VZV tymidinkináza kevésbé érzékeny a szerre, ezért a szerzők egy része inkább a magasabb, 5x800 mg dózist ajánlja (21, 24). Az acyclovir hatására leáll a vesiculák kialakulása, a beteg állapota gyorsan javul és csökken az akut, ill. postherpeticus neuralgiák intenzitása és száma. Az antivirális terápiát szisztémás kortikoszteroid terápiával kell kiegészíteni. Szteroidok adása antivirális szerek nélkül szigorúan kontraindikált. A leggyakrabban alkalmazott szer a prednisolon. A prednisolon hatására csökkent a láz, javult a vertigo és ritkábbá váltak a neuralgiák is (21, 24). A prednisolon adagolásának sémája ismét nem egységes. Némelyik szerző 20 mg/nap adagban, míg mások magasabb, 60 mg/nap dózisban alkalmazták. Ezt 7-14 napig adták, majd a következő 5-7 napban

10 mg-onként csökkentették az adagot. A nervus facialis oedema által kiváltott kompresszióját és ezt követő károsodását a canalis facialisban való áthaladásakor megelőzendő, némely szerzők próbálkoztak *sebészeti dekompreszióval* is transmastoidális irányból (26). Ennek a módszernek a megítélése nem egységes és vitatható. A többség inkább a prednisolon általi „gyógyszeres dekompresziót” részesíti előnyben. A fent vázolt alapkezelésen kívül a *kiegészítő kezelés* azon tüneteket hivatott javítani, amelyek a RHs keretén belül fejlődnek ki, vagy annak szövődményei. Itt ismét fel kell hívni a figyelmet az interdiszciplináris hozzáállásra. A gyakorlatban ez leginkább a lagophthalmus, a facialis paresis, a neuralgia, az otalgia és a vertigo kezelését jelenti. Első betegünkénél az acyclovirt a folyamat súlyosságának megfelelően a maximális dózisban adtuk, a kellő hidratáció biztosítása mellett (a második betegnél ez a veseelégtelenség miatt nem volt lehetséges). A prednisolon megfelelő dózisát illetően nincs összhang az egyes szerzők között. Mi az alacsonyabb dózist alkalmaztuk, mivel a gyulladáscsökkentő és antioedemás hatás elérésére ez az adag véleményünk szerint elegendő, ugyanakkor immunszuppresszív hatása még nem jelentős.

A *facialis paresis prognózisát* a *House-Brackmann skála* („facial nerve grading system”) segítségével határozzák meg (10). Ez a skála az arcideg károsodásának I-IV. fokát különbözteti meg. Az I. fok a normális állapot 100%-os funkcióval, a IV. fok a teljes paralysis 0%-os funkcióval. A paresis teljes gyógyulása valószínűbb a kezdeti és kisebb fokú károsodásoknál. A teljes gyógyulás (I. fok) a RHs-nál 52,4%-ban várható. Viszonylag jó volt a gyógyulási hajlam azoknál a paresiseknél, ahol a herpeses vesiculák és a vestibulocochlearis tünetek megjelenése megelőzte a nervus facialis paresisét (16). *Robillard* szerint a paresisek 70%-ának rossz a gyógyulási hajlama, 35%-uk a kezelés ellenére is III./IV. fokú károsodást mutat (18). A *halláscsökkenés* teljes gyógyulását csak az esetek 45,4%-ában várhatjuk. A gyógyulás valószínűbb azoknál a betegeknél, kiknél a halláscsökkenés kevesebb, mint 35 dB volt. A 16 évnél fiatalabb betegek hallászavara és arcbénelása jobban gyógyult, mint a 60 évnél idősebb betegeké. A n. glossopharyngeus és a n. vagus paralysis az esetek 2,5%-ában fordul elő. A n. glossopharyngeus károsodásából származó tünetek gyorsabban javultak, mint a n. vagus tünetei (16). A fent leírtaknak megfelelően első betegünkénél a paresis megelőzte a vesiculák és vestibulocochlearis tünetek megjelenése. Facialis paresise bár elhúzódó volt, jó gyógyulási eredményt mutatott már 4 hónap után is, 12 hónap után pedig apró residuum hátrahagyásával szinte teljesen gyógyult. Második betegünkénél a folyamatot nem volt módunkban követni.

A végére még egy *terminológiai megjegyzés*: a szakirodalomban Ramsay Hunt syndromaként, de sokszor csak Hunt syndromaként emlegetik a fent leírt tünetcsoportot. Fel kell azonban hívni a figyelmet arra, hogy több „Hunt syndroma”, ill. „Ramsay Hunt syndroma” került közlésre a syndromológiai szakirodalomban. Az általunk közölt RHs-n (I.) kívül, mely a herpes zoster oticus manifestációja, további Hunt syndroma (II.) a paralysis agitans ju-

venilis vagy pallidopyramidalis syndroma, melyre hypokinesis, izom hypertonia, ill. a parkinsonismus tünetei a jellemzőek, a következő (Ramsay) Hunt syndroma (III.) a dyssynergia cerebellaris myoclonica, melyre a myoclonicus mozgászavarok, tremor, ataxia és izom hypotonus, később nystagmus és kvadraparesis a jellemzőek. A következő (IV.) Hunt syndroma a syndroma striatum, choreaticus, atetoticus és görcsös mozgászavarokkal és extrapyramidalis tremorral, és végül az (V.) Hunt syndroma a nervus ulnaris kompressziójából származó tünetcsoport (12).

Közleményünk célja az volt, hogy felhívjuk a bőrgyógyász kollégák figyelmét erre a ritka, de rendkívül érdekes herpes zoster formára. A RHs diagnosztikája és terápiája feltétlenül interdiszciplináris együttműködést igényel. Ez a példa is jól rávilágít a dermatovenerológia interdiszciplináris jellegére, mely megköveteli a bőrgyógyásztól a határtudományok (legalább) alapfokú ismeretét.

IRODALOM

1. *Asnis D. S., Micic L., Giaccio D.*: Ramsay Hunt syndrome presenting as a cranial polyneuropathy. *Cutis* (1996) 57, 421-424.
2. *Aviel A., Marshak G.*: Ramsay Hunt syndrome: a cranial polyneuropathy. *Amer. J. Otolaryngol.* (1982) 3, 61-66.
3. *Bartko D., Drobný M.*: *Neurológia*. Martin, Osveta (1991) 142-151.
4. *Bauer A. C., Coker J. N.*: Update on facial nerve disorders. *Otolaryngol. Clin. North. Amer.* (1996) 29, 445-454.
5. *Blackley B. és mtsai*: Herpes zoster auris associated with facial nerve palsy and auditory nerve symptoms. *Acta Otolaryngol.* (1967) 63, 533-550.
6. *Carroll W. M., Mastaglia F. L.*: Optic neuropathy and ophthalmoplegia in herpes zoster oticus. *Neurology* (1979) 29, 726-729.
7. *Culbertson W. W. és mtsai*: Varicella zoster virus is a cause of the acute retinal necrosis syndrome. *Ophthalmology* (1986) 93, 559-569.
8. *Fleta Z. J. és mtsai*: Ramsay Hunt syndrome in infancy. *Apropos of a case. An. Esp. Pediatr.* (1998) 48, 425-426.
9. *Heathfield K. W. G., Mee A. S.*: Prognosis of the Ramsay Hunt syndrome. *Brit. Med. J.* (1978) 1, 343-344.
10. *House W. J., Brackmann E. D.*: Facial nerve grading system. *Otolaryngol. Head. Neck. Surg.* (1985) 93, 146-147.
11. *Hunt J. R.*: On herpetic inflammations of the geniculate ganglion. A new syndrome and its complications. *J. Nerv. Ment. Dis.* (1907) 34, 73-96.
12. *Ilmars Lazovskis*: Přehled klinických symptomu a syndromu, *Medicina, Moskva* (1981) 253-254.
13. *Jarett W. H.*: Horner's syndrome with geniculate zoster occurring in association with trigeminal herpes in which the ophthalmic division was spared. *Amer. J. Ophthalmol.* (1967) 63, 326-330.
14. *Keane J. R.*: Delayed trochlear nerve palsy in a case of zoster oticus. *Arch. Ophthalmol.* (1975) 93, 382-383.
15. *Mansour M. A., Bailey J. B.*: Ocular findings in Ramsay Hunt syndrome. *J. Neuroophthalmol.* (1997) 17, 199-201.
16. *Murakami S. és mtsai*: Clinical features and prognosis of facial palsy and hearing loss in patients with Ramsay Hunt syndrome. *Nippon. Jibbiinkoka. Gakkai. Kaiho* (1996) 99, 1772-1779.
17. *Murakami S. és mtsai*: Varicella-zoster virus distribution in Ramsay Hunt syndrome revealed by polymerase chain reaction. *Acta Otolaryngol.* (1998) 118, 145-149.
18. *Robillard B. R. és mtsai*: Ramsay Hunt facial paralysis: clinical analyses of 185 patients. *Otolaryngol. Head. Neck. Surg.* (1986) 95, 292-297.
19. *Sachs E., House K. R.*: The Ramsay Hunt syndrome. *Geniculate herpes. Neurology* (1956) 6, 262-268.

20. *Shivaprakash P. és mtsai*: Ramsay Hunt syndrome in a patient of malignant granulosa cell tumor of ovary. *J. Indian. Med. Assoc.* (1997) *95*, 197-200.
21. *Stafford W. F., Welch R. A.*: The use of acyclovir in Ramsay Hunt syndrome. *J. Laryngol. Otol.* (1986) *100*, 337-340.
22. *Szép Z.*: Ramsayho Huntov syndróm – multidiscplinárny problém, *Ces.-slov. Derm.* (2001) *76*, 257-263.
23. *Tomita H. és mtsai*: An ELISA study on varicella-zoster virus infection in acute peripheral facial palsy. *Acta Otolaryngol.* (1988) *446*, 10-16.
24. *Uri N. és mtsai*: Herpes zoster oticus: treatment with acyclovir. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* (1992) *101*, 161-162.
25. *Wackym A. P. és mtsai*: Varicella-zoster DNA in temporal bones of patients with Ramsay Hunt syndrome. *Lancet* (1993) *342*, 1555.
26. *Yanagira N. és mtsai*: Transmastoid decompression in Bell's palsy and Ramsay Hunt's syndrome. New dimension in otorhinolaryngology. *Head. Neck Surg.* (1985) *1*, 90-93.
27. *Zajtschuk T. J. és mtsai*: Temporal bone pathology in herpes oticus. *Ann. Otol.* (1972) *81*, S. 331-338.

Érkezett: 2002. XII. 12.

Közlésre elfogadva: 2003. III. 19.

Pályázati felhívás

A Magyar Bőrgyógyászok „Fekete Zoltán” Alapítványa pályázatot hirdet az experimentális és klinikai dermatológia, valamint a bőrrel kapcsolatos allergológiai és klinikai immunológiai témakörökben.

Pályázni lehet 2003. folyamán magyar és/vagy idegen nyelven megjelent, illetve közlésre benyújtott és (igazolva) elfogadott eredeti közleményekkel, melyek szakmailag lektorált lapokban jelentek meg, vagy ilyenekhez lettek benyújtva. Könyvek, monográfiák és könyvfejezetek általában nem elfogadhatók.

A pályázati anyagot **5 példányban** kérjük postán, vagy küldönccel, esetleg személyesen **f. év október 15-én, szerdán, 15 óráig** eljuttatni az Alapítvány Kuratóriumának elnökéhez.

Cím: Dr. Baló-Banga J. Mátyás egyetemi magántanár, osztályvezető főorvos
MH. Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati osztály, IV. épület 2. emelet
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44. Tel./fax: 239-2915.
E-mail: balmat@matavnet.hu

A faxon, esetleg e-mailen érkezett pályamunkákkal nem áll módunkban foglalkozni.

A pályadíj 1000,- kanadai dollár.

A pályázatok a hazai egyetemek bőrgyógyászati tanszékvezetőiből, a kuratórium elnökéből és az alapító által meghatározott személyből álló szakmai zsűri fogja elbírálni, az eredmény kihirdetése a Társulat decemberi nagygyűlésén történik, ahol a győztes(ek) eredményeiket 15 perces plenáris előadásban ismertetik.

*Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Mikológiai Laboratórium
(igazgató: dr. Berecz György c. egyetemi docens) közleménye*

Tapasztalataink 5%-os amorolfín és 8%-os ciclopiroxolamin körömlakkokkal onychomycosisos betegeknél

Experience with nail lacquers containing 5% amorolfine and 8% ciclopirox in patients with onychomycosis

HALMY KLÁRA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

Prospektív, random, nyílt klinikai vizsgálatban 174 onychomycosisos betegnél 5%-os amorolfín és 8%-os ciclopiroxolamin körömlakkok kerültek alkalmazásra. Az érintett körmök átlagos károsodása 50% alatt volt.

A kezelések befejeztével amorolfínnal 32,4%-os, míg ciclopiroxolaminnal 23,6%-os klinikai gyógyulás következett be. A hathónapos utánvizsgálatnál a klinikai gyógyulás határfoka mindkét készítménnyel szignifikánsan növekedett. A mikológiai gyógyulás nagyobb fokú, amorolfínnal 78,4%-os, ciclopiroxolaminnal 75%-os volt. Hat hónap múlva a gombamentes esetek száma mindkét kezeléssel tovább növekedett.

Mellékhatások és recidívák elvétve fordultak elő.

Kulcsszavak:

**amorolfín - ciclopiroxolamin - klinikai
gyógyulás - mikológiai gyógyulás**

SUMMARY

In a prospective, random and open clinical trial, 174 patients were treated using nail lacquers containing 5% amorolfine and 8% ciclopirox. The involved nails were damaged less than 50% on average.

At the end of medication, treatment with amorolfine and ciclopirox resulted in 32,4% and 23,6% clinical cure, respectively. Six-month follow-up showed significantly higher clinical efficacy for both preparations. Mycological cure was of even higher degree: 78,4% for amorolfine and 75% for ciclopirox. In six months, further increase in fungus-free cases was observed in both groups. There were only sporadic side effects and relapses.

Key words:

**amorolfine - ciclopirox - clinical cure -
mycological cure**

A széles körű felvilágosítás eredményeképpen megnövekedett az eddig felderítetlen onychomycosisos esetek száma. Ennek során olyan esetek is diagnosztizálásra kerülnek, ahol a körömlemez károsodása nem haladja meg az 50%-ot. Ezek az esetek az onychomycosisoknak megközelítően a negyedét teszik ki. Azoknál a betegeknél, ahol a körömlemez károsodása nem haladja meg az 50-60%-ot, valamint a köröm matrixot és lunulát a kórfolyamat nem támadja meg, lokális terápiát alkalmazhatunk.

Az 1990-es évek közepétől két széles spektrumú, fungisztikus, ill. fungicid hatású körömlakk az amorolfín és a ciclopiroxolamin került forgalomba. Ezeket a készítményeket a mérsékelt károsodott onychomycosisos kezelésére világszerte kedvezően alkalmazzák (6, 8, 10, 17, 19, 20, 21, 23, 24). A lakkokat kombinált kezelés keretében a belső terápia kiegészítésére is használják (1, 3, 14, 22). A belső és lakk terápiát ezekben a kezeléseken párhuzamosan végzik, de a szisztémás kezelés után a maradvány tünetek kezelésére is használják.

Jelen vizsgálatunkban mindkét körömlakkot monoterápiaként alkalmaztuk, kiértékeljük hatékonyságukat, valamint tolerálhatóságukat az onychomycosisok klinikai és mikológiai gyógyulásában.

Betegek és kezelési módszerek

1996-2000 között 174 betegnél alkalmaztunk gombaellenes körömlakkokat. 102 beteget kezeltünk amorolfínnal és 72 beteget ciclopiroxolaminnal. A betegek kezelésbe vételénél beválasztási kritérium volt, hogy a beteg körömlemez károsodása nem haladhatta meg az 50%-ot, a matrix vagy a lunula intakt, továbbá nem szenvedtek hajlamosító betegségekben, és négy héttel megelőzőleg nem kaptak gombaellenes kezelést. A mikológiai vizsgálatok során a körömkáparék 20%-os KOH preparátuma pozitív volt. A mikroszkópos vizsgálatokkal párhuzamosan minden esetben Sabouraud glucose valamint Mycosel (Chloramphenicol + Actidion tartalmú) táptalajokon gombatenyésztéseket végeztünk. A betegek klinikai adatait táblázatban foglaltuk össze (1. táblázat). Kézköröm onychomycosis 46, láb- köröm infekció 128 esetben fordult elő. Amorolfín körömlakkal 102, ciclopiroxolamin körömlakkal 72 beteget kezeltünk.

A betegek kezelése amorolfín körömlakkal hetente egyszer (11, 17, 23, 24), ciclopiroxolaminnal az első hónapban hetente három-

Betegek adatai	Körömlakk			
	ciclopirox 8% (n = 72)		amorolfin 5% (n = 102)	
Nem	nő	férfi	nő	férfi
	61	11	77	25
Átlag életkor (év)	43,2		48,7	
A betegség fennállásának átlagos ideje (év)	2,5		3,7	

1. táblázat

Antimycotikus körömlakkal kezelt betegek klinikai adatai
(n = 174)

Körömlakk	ciclopirox 8% (n = 72)	amorolfin 5% (n = 102)
Kezelési idő	1 hónap hetente 3x 2 hónap hetente 2x 3 hónap hetente 1x	hetente 1x
Kezelési időtartam	kézköröm 6 hónap	lábkörm 12 hónap
Utánkövetés	a kezelés után és 6 hónap múlva	

2. táblázat

Antimycotikus körömlakkal kezelt onychomycosisos betegek kezelési trendje (n = 174)

szor, a másodikban hetente kétszer, a harmadik hónaptól hetente egyszer történt (10, 21) (2. táblázat).

Kézköröm fertőzésben átlagban hat, lábkörm onychomycosisban 12 hónapig kezeltük a betegeket. A terápiák befejezése után a köröm klinikai állapotát regisztráltuk és kontroll tenyésztéseket végeztünk. Követéses vizsgálatok hat hónap múlva történtek. A klinikai gyógyulás értékelése a célkörm megfigyelése alapján történt. Ezen kívül a célkörm károsodásának százalékos arányát a kiinduláskor és az ellenőrzési időszakokban is megállapítottuk.

Klinikai gyógyulásnak értékeltük, ha a körömlemez ép, vagy csak 1-2%-ban károsodott. Jelentős javulásnak tekintettük, ha legalább 20%-kal vagy többel csökkent a fertőzött terület nagysága. Néhány esetben változatlan vagy rosszabbodási állapotot is regisztrálhatunk. A betegek véleményét is megkérdeztük a kezelésekkal kapcsolatban. Statisztikai analízisre a Mann-Whitney-féle „U” próbát alkalmaztuk.

Eredmények

A kezelték mindkét csoportjában a distalis subungualis onychomycosis volt a leggyakoribb (3. táblázat). A ke-

Onychomycosisok	Körömlakk	
	ciclopirox 8% (n = 72)	amorolfin 5% (n = 102)
distalis subungualis	57	97
proximalis subungualis	15	11
célkörm károsodás a kezelés előtt	11,6%	16%
	p > 0,05	

3. táblázat

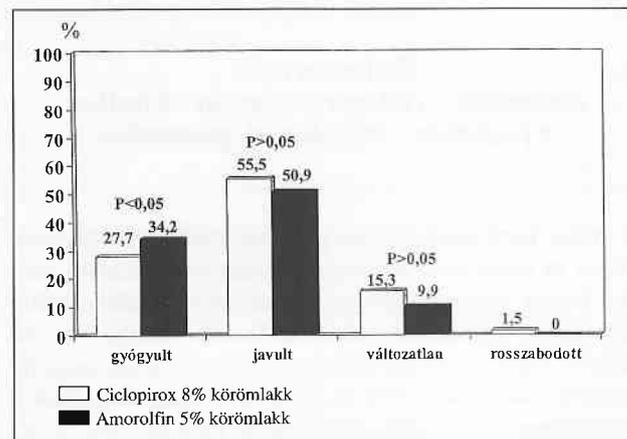
Antimycotikus körömlakkal kezelt onychomycosisos típusok szerinti megoszlása és a célkörm károsodásának gyakorisága (n = 174)

Esetek	Körömlakk	
	ciclopirox 8% (n = 72)	amorolfin 5% (n = 102)
Dermatophytonok	22	31
T. rubrum	13	20
T. mentagrophytes v. gran.	8	10
T. tonsurans	1	1
Sarjadzógombák	23	30
C. albicans	6	13
Egyéb candida sp.	17	17
Penészek		
Scopulariopsis brev.	4	3
Geotrichum candidum	5	3
Aspergillus niger	2	9
Negatív esetek	16	26

4. táblázat

Onychomycoticus esetekben végzett tenyésztés kezelés előtt (n = 174)

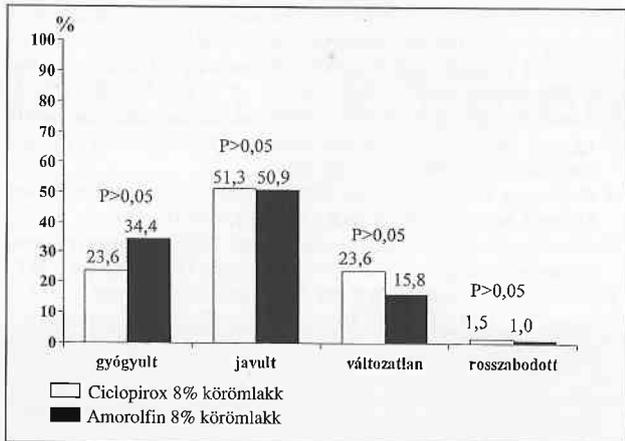
zelés előtti körömkárosodás szignifikánsan nem tért el a két csoport között (4. ábra). Az onychomycosis kórokozó többnyire dermatophytonok voltak, de nagy számmal fordultak elő sarjadzók és penészgombák is. Mikroszkóposan pozitív, de tenyésztéssel negatív eseteket is kezelésbe vettünk (4. táblázat). A kezelésekk befejezése után a klinikailag gyógyult esetek száma nagyobb mérvű volt az amorolfinnal kezelt csoportban (1. ábra). A javult



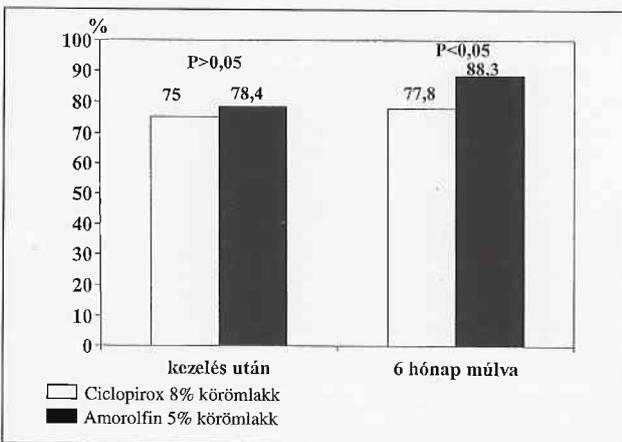
1. ábra

Klinikai gyógyulás a kezelés után n = 174

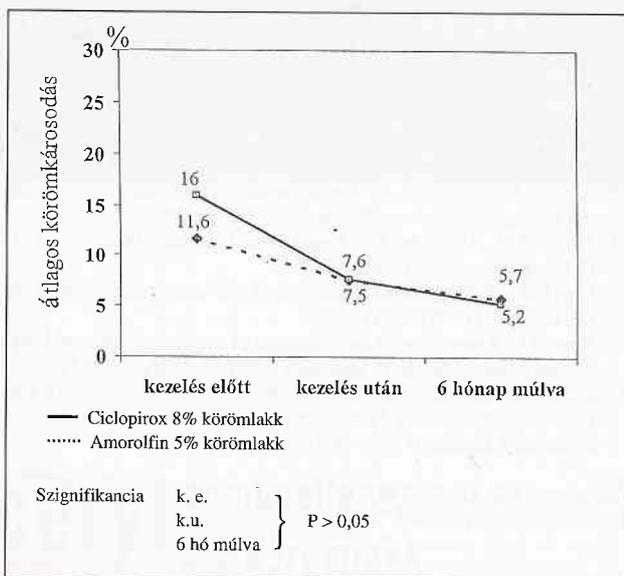
esetek száma mindkét csoportban több volt, azonos mértékű előfordulással. Az esetek 15-20%-a egyik lakkal sem mutatott javulást, míg 1-1,5%-ban úgy tűnt, hogy a folyamat progrediál. Hathónapos kontroll vizsgálatnál a gyógyultak aránya mindkét csoportban jelentős növekedést mutatott. A javult esetek többsége a ciclopiroxolammal kezelt köréből tevődött ki. A beteg körök 9-



2. ábra
Klinikai gyógyulás 6 hónap múlva n = 174



3. ábra
Mikológiai gyógyulás kezelés után és 6 hónap múlva
n = 174



4. ábra
Körömkárosodás változása a lakkterápia alatt
n = 174

15%-ban nem javultak, progresszió csak a ciclopiroxolammal kezelteknél volt (2. ábra). A mikológiai gyógyulás (negatív mikroszkópos és tenyésztéses lelet) mindkét lakkal nagyobb arányú volt, mint a klinikai. A gyógyultak aránya hat hónap múlva tovább növekedett. Az amorolfinnal szignifikánsan jobb eredmény volt, mint a ciclopiroxolammal (3. ábra). Mindkét lakk kezelése folyamán a károsodott körömrészek folyamatosan csökkentek (4. ábra). A betegek többségének véleménye szerint az amorolfin tartalmú körömlakk hatásosabb volt (5. táblázat).

Minősítés	Körömlakk	
	ciclopirox 8% (n = 72)	amorolfin 5% (n = 102)
kiváló	3 (4,2%)	17 (16,7%)
jó	59 (81,9%)	75 (73,5%)
nem jó	10 (13,9%)	10 (9,8%)

p > 0,05 (between 'kiváló' and 'jó')
p > 0,05 (between 'jó' and 'nem jó')

5. táblázat
A betegek véleménye az antimycoticus körömlakkok hatásosságáról (n = 174)

Megbeszélés

Két hatásos antimycoticus externát, az amorolfin és a ciclopiroxolamin tartalmú körömlakkokat alkalmaztuk onychomycosis betegeinknél. Alkalmazásuk akkor eredményes, amikor a körömlemez károsodása kisfokú, valamint ha ép a matrix és a lunula. A szisztémás terápiát nem minden betegnél lehet alkalmazni, ilyen esetekben a körömlakkot monoterápiában használjuk. A teljes gyógyulás érdekében gyakran azonban a szisztémás kezelés és a lokális körömlakk kombinációja előnyös (1, 3, 14, 22).

Az általunk alkalmazott két körömlakknak eltérő az antimycotikus támadáspontja. Az amorolfin morfolin származék, amely az ergosterol bioszintézist a delta 14 reductáz és delta 7-8 izomeráz gátlása révén befolyásolja (12, 13, 9). Hatására megnövekszik az ignosterol és lanosterol koncentrációja a sejtmembránban, az ergosterol mennyisége csökken. A ciclopiroxolamin és sója, a ciclopirox-6 piridon derivátumok nem hatnak az ergosterol bioszintézisére. Keletet képeznek a vas ionnal, gátolják az ATP szintézist, a NADH oxidációt, a membrán ion- és aminosav felvételét, valamint a nukleinsav szintézist (2, 5, 19). A sejttanyagcsere gátlást szenved és végeredménye a sejtelhalás lesz. Mindkét szer fungisztatikus és fungicid tulajdonságokkal egyaránt rendelkezik (7, 12, 13, 15, 16, 19). A ciclopiroxolamin antimycoticus hatása szélesebb spektrumú, mint az amorolfiné (15, 21), amely kevésbé hat az aspergillusokra, hatástalan a zygomyetákra és a fusariumra (12). Mindkét körömlakk megfelelő gyorsasággal és jól penetrál a körömállományba (8, 11) és több napig in loco ott marad (8, 11, 19). Még 14 nap múlva is fejt ki bizonyos antimycotikus hatást (8, 10, 18, 21). A kezelések egyszerűen kivite-

lehetőek. A jobb hatékonyság elérése érdekében javasolt a beteg körömrészek ecsetelés előtti lekaparása (2).

A lakkok optimális alkalmazásának idejét előzetes klinikai vizsgálatokban tesztelték. Amorolfinnál a heti egyszeri (11, 17, 23, 24), a ciclopiroxolaminnál az első hónapban háromszori, a másodikban heti kétszeri, a harmadiktól a heti egyszeri kezelés bizonyult a legmegfelelőbbnek (10, 21). A kéz- és lábkörmök kezelési időtartama különböző, a kézkörmöknél legalább fél évig, lábkörmöknél egy évig vagy azon is túl, kell a kezelést folytatni (10, 21, 24).

A klinikai gyógyulási arány mindkét lakkal végzett kezeléseket tekintve alacsonynak mutatkozott (23,6% és 34,4%). Amorolfinnal végzett terápiák esetében a legtöbb szerző a mi eredményeinkhez hasonló adatokat közölt (6, 23, 24), de esetenként ennél kedvezőbb hatásosságról is számot adtak (4). A ciclopiroxolaminnal kapcsolatos terápiás tapasztalatokban is előfordult, hogy jobb gyógyulási eredményekről számoltak be (10). A gyógyultakkal szemben a javultak aránya jóval magasabb (51,3% és 50,9%). A hathónapos kontrollnál a gyógyultak aránya nagyobb fokú, míg a javultak lényegesen nem változtak. Csökkent viszont azok aránya, akiknél a kezelés befejezése után nem mutatkozott változás. A rosszabbodás mindkét csoportban elhanyagolható volt.

Mindkét körömlakkal végzett kezeléseket után betegek 75 és 78%-ban gombamentessé váltak. Az amorolfinnal végzett kezeléseket hat hónap múlva szignifikánsan több negatív leletet eredményeztek, mint a ciclopiroxolaminnal végzett terápiák. A mikológiai gyógyulás a két lakkal 60-80%-os (6, 10, 17, 21, 23, 24). A kezelés folyamán és az utánvizsgálatoknál betegekénél figyelemmel kísértük a körömlemez százelekes károsodását, mely mindkét kezelési mód esetén azonos ütemben csökkent. Mellékhatás ritkán fordul elő, égető érzést, körömágy duzzanatot átlagban 0,9 és 1,5%-ban írtak le (4, 6, 18, 20, 23, 24). Recidíva betegekénél amorolfinnal kezelés mellett 1,5%-ban, ciclopiroxolaminnal 5,5%-ban következett be. A kezelése után amorolfinnal 7%-ban, ciclopiroxolaminnal 12%-ban írtak le recidív jelenségeket (4, 21). A betegek többsége elégedett volt a lakk kezeléssel, az amorolfint többben előnyösebbnek értékelték.

Az antimycoticus körömlakkokkal eddig elért eredményeink előremutatóak. A köröm csekélyebb károsodásánál monoterápiában is előnyösen alkalmazhatóak. A kezeléseket könnyen kivitelezhetőek és költséghatékonyak. A jövőben a lakkterápia szisztémás terápiával való kombinációját is nagyobb beteglétszámmal tervbe vesszük.

IRODALOM

1. Baran, R. et al.: A randomized trial of amorolfine 5% solution nail lacquer combined with oral terbinafine compared with terbinafine alone in the treatment of dermatophytotic toenail onychomycoses affecting the matrix region. *Br. J. Dermat.* (2000) 142, 1177-1183.
2. Braga, P. C., et al.: Effects of subinhibitory concentrations of ciclopirox on the adherence of *Candida albicans* to human buccal and vaginal epithelial cells. *Arzneimittel Forschung Drug Research* (1992) 42, 1368-1371.
3. Fenilhade, M. et al.: Interest of the combination of 5% amorolfine nail lacquer + terbinafine tablets in the treatment. *Clinical Dermatology* 2000 Vancouver 1996.
4. Hoffmann-La Roche + AG (1992): Onycho-/Dermatomykosen. Loceryl Amorolfin Nagellack Loceryl Amorolfin Creme.
5. Korting, H. C., Grundmann-Kalumann: The hydroxypyridones: a class of antimycotics of its own. *Mycoses* (1997) 40, 243-247.
6. Lauharante, J.: Vergleich der Wirksamkeit und Vertraglichkeit eines 2% und 5%-igen Amorolfin-Nagellacks bei einmal wöchentlich Applikation. *H+G Zeitschrift Hautkr.* (1993) 68, (Suppl. 1) 47-49.
7. Melchinger, W., Polak, A., Müller, J.: The effects of amorolfine and oxiconazole on the ultrastructure of *Trichophyton mentagrophytes*. A comparison. *Mycoses* (1990) 33, 393-404.
8. Mensing, H., Polak-Wyss, A., Splenemann, V.: Bestimmung der subungualen antimykotischen Aktivität von Amorolfin nach einmonatiger Behandlung von Patienten mit Onychomykose. Vergleich zwischen Nagellack Zubereitungen. *H+G Zeitschrift Hautkr.* (1993) 68, (Suppl. 1.) 36-38.
9. Nishiyama, T. et al.: Morphological changes associated with growth inhibition of *Trichophyton mentagrophytes* by amorolfine. *Clin. Exp. Dermat.* (1992) 17 (Suppl. 1.) 13-17.
10. Nolting, S. Seebacher, C.: Ciclopiroxolamin in: Nolting, S. Seebacher, C. (Hrsg) *Ciclopiroxolamin Wegweiser topischer Mykose - Therapie* Jena: Universitätsverlag Jena GmbH (1993) 73-75.
11. Pittrof, F. et al.: Loceryl Nagellack- Die Verwirklichung einer neuen galenischen Möglichkeit in der Therapie der Onychomykose *H+G Zeitschrift für Haut-Krankh.* (1993) 68 (Suppl. 1.) 33-35.
12. Polak, A. M.: Preclinical data and mode of action of amorolfine. *Clin. Exp. Dermat.* (1992) 17 (Suppl. 1.) 8-12.
13. Polak, A. M.: Praktische Daten und die Wirkungsweise von Amorolfin. *H + G Zeitschrift Hautkr.* (1993) 68 (Suppl. 1.) 15-19.
14. Polak, A.: Combination of amorolfine with various antifungal drugs in dermatophytosis. *Mycoses* (1993) 36, 43-49.
15. Raether, W., Hanel, H.: Rilopirox-a new hydroxypyridone antifungal with fungicidal properties. *Mycoses* (1990) 33, 191-202.
16. Reckers, R. Czáschka, M.: Therapie der Nagelmykosen. *Hautarzt* (1994) 45, 411.
17. Reinel, D., Clarke, C.: Vergleich der Wirksamkeit und Vertraglichkeit von einmal versus zweimal wöchentlich Applikation eines Amorolfin-Nagellacke (5%) bei Onychomykosen. *H + G Zeitschrift Hautkr.* (1993) 68, (Suppl. 1.) 50-54.
18. Roncari, G. et al.: Die perkutane Penetration von Amorolfin nach einmaliger topischer Applikation einer Amorolfin Creme. *H + G Zeitschrift Hautkr.* (1993) 68, (Suppl. 1.) 39-42.
19. Roos, T. C., Roos, S., Merk, H. F.: Antimykotika, Pharmakologie, Nebenwirkungen und kritischer Einsatz *Z. Hautkr.* (2001) 76, 138-152.
20. Szepes, É., Schneider, J.: Zur Behandlung von Dermatomykosen mit Ciclopiroxolamine. *Mykosen* (1986) 29, 382-386.
21. Tietz, H. J., Ulbricht, H.: Nagel Batrafen eine Übersicht. *A. P. Dermatologie* (1999) 5-6.
22. Vogel M.: Antimykotika sollten nicht nur antimykotisch wirken. *Dt. Dermat.* (1999) 47, 11, 3-6.
23. Zaug, M.: Amorolfine in the treatment of onychomycoses and dermatomycoses. *Clin. Exp. Dermat.* (1992) 17, (Suppl. 1.) 61-70.
24. Zaug, M., Bergsträsser, M.: Amorolfin in der Behandlung von Onychomykosen und Dermatomykosen - ein Überblick. *H + G Zeitschrift Hautkr.* (1993) 68, (Suppl. 1.) 66-75.

Érkezett: 2002. XII. 20.

Közlésre elfogadva: 2003. V. 26.

Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani Klinika 2002. december 5. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Szakonyi József dr.:

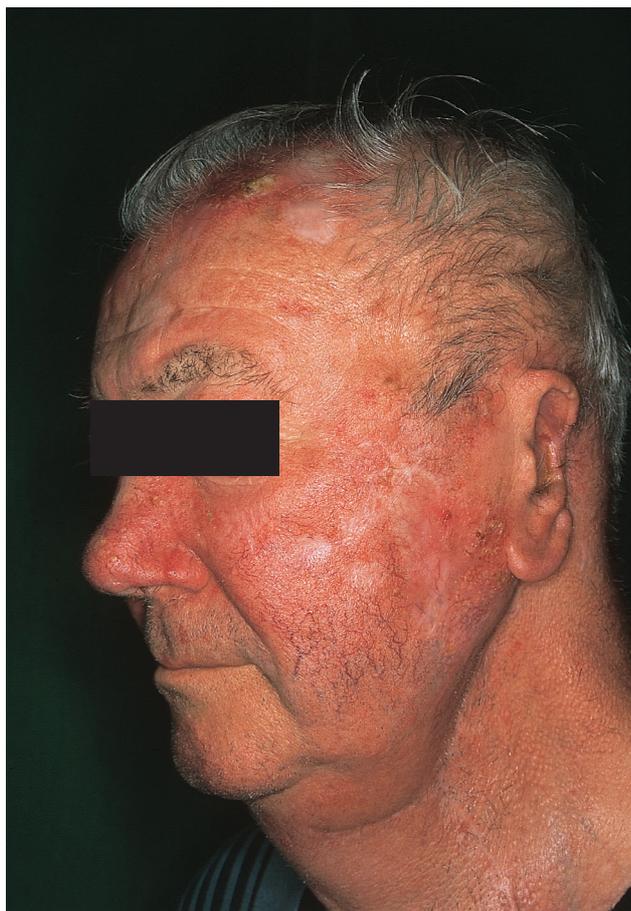
Cc. spinocellulare multiplex capitis

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 70 éves férfibeteg távolabbi anamnézisében arcról több alkalommal basalioma, spinalioma eltávolítás szerepel.

2001. októberében az Uzsoki Kórház Sebészeti osztályán a bal helix széli részéről spinaliomát távolítottak el, a szövettani vizsgálat szerint a széli részen nem az épbén. A klinikus által felvett postoperatív irradációt az onkoradiológiai konzílium nem tartotta lehetségesnek.

2002. januárjában került először felvételre osztályunkra, ekkor a bal helix középső részén a műtét utáni pp. gyógyult heget, valamint a fülkagyló belső felszínén kb. 1 cm-es, livid, erodált, pörkkel fedett növedéket láttunk, melyből biopsziát vettünk. A szövettani vizsgálat cc. spinocellularet igazolt. Tekintettel a korábbi műtét nem in toto voltára, valamint a fülkagyló belső felszínén lévő másik tumorra, konzíliumot kértünk a Fül-Orr-Gégészeti Klinikától, ahol a radikális sebészeti megoldást ajánlották. Ezenkívül a jobb fül előtti régióból kimetszettünk egy 2x1 cm-es, tömött, livid növedéket, melynek szövettani vizsgálata magas malignitású spinaliomát igazolt, a subcutis érintettségével.



1. ábra

A bal helixen, a bal fül előtti régióban történt korábbi műtétek, nyaki blockdissectio utáni állapot, a homlok bal oldalán, valamint a bal fül előtti incipiens spinaliomának megfelelő plakkokat észleltünk (1. ábra).

Továbbá az arcon és a fejtetőn számos solaris keratosist (pl. bal halánték), a bal alkar alsó 1/3-ban 2 cm átm. hámló, livid, mérsékeltlen beszűrt, szövettanilag M. Bowennek bizonyult plakkot, a törzsön több superficialis basaliomát észleltünk.

A homlok bal oldalán elhelyezkedő, akkor 2 cm-es erythemás, keratotikus plakkból szintén igazolódott a spinalioma.

2002. márciusában így a bal fülkagylón lévő növedékeket a bal fülkagyló előtti spinaliomát in toto eltávolították, a fülkagyló porc modellálása, az utóbbi terület transzplantátummal történt fedése mellett. 2002. májusában a bal állkapocsszögletben cytológia által igazolt spinalioma metastasis miatt bal oldali radikális nyaki blockdissectio történt.

Kb. 1 hónappal rá a bal fül mögüli területről távolítottak el local recidívát.

Számos bőrtumorának megoldására vettük fel.

Jelen felvételekor a homlok bal oldalán kb. 3x3,5 cm-es, erythemás, sárgás keratotikus felrakódással fedett, laposan kiemelkedő, tömött tapintatú tumort láttunk.

Ezenkívül a fejtető jobb oldalán 2 cm-es, a bal oldalon 3x1,5 cm, valamint kb. 1,5 cm átm., homlok jobb oldalán 0,8 cm és 1 cm átm., jobb járomcsont felett 2x2 cm-es, 1,5 cm-es és 0,5 cm átm., jobb helix elülső felszínén kb. 1x0,5 cm-es, a homlok bal oldalán 1x0,5 cm-es, a bal fül előtt 3x2 cm-es, erythemás, sárgás keratotikus felrakódással fedett v. s. incipiens spinaliomának megfelelő plakkokat észleltünk (1. ábra).

A bal vállon 1,5 cm-es és 2 cm-es, a hát jobb oldalán 2x1,5 cm-es, fénylő szegéllyel övezett, erythemás plakkot láttunk.

A homlok bal oldalán lévő spinalioma excisióját és félvastag bőrrel történő fedését tervezzük.

A beteg a kiterjedt tumorképződés miatt mutatott be.

Iványi András dr.:

Polymorph fényerupció

(Károlyi Sándor Kórház Pathológiai Osztály)

Első esetünk 54 éves nőbeteg volt, aki 2002. májusában elsősorban a végtagokon és a gluteális régióban mutatkozó bullosus folyamat miatt került bőrosztályra. Hólyagos bőrbetegség, linearis IgA dermatosis, esetleg vírusos kiütés lehetősége merült fel. Hagyományos kórszövettani, valamint DIF vizsgálat történt. Belső corticosteroid kezelésre néhány nap alatt tünetei elmúltak. A második esetben 66 éves nőbeteg alkarján 2002 márciusában, erősen viszkető, erythemás plakkok jelentek meg. Elmondása szerint hasonló tünetei, tavasszal vagy nyár elején már többször voltak és általában néhány nap, egy-két hét után nyom nélkül eltűntek. A polymorph fényerupció klinikailag erythemás, viszkető papulák, vagy papulo-vesiculák és urticariform plakkok formájában jelentkezik. Az erupciók 30 perc – 3 nap közötti idővel követik a fényexpozíciót és 7-10 nap alatt tűnnek el. Predilekciós helyek a fénynek kitett bőrterületek: kezek, alkarok, fej és nyak bőre. Akut, intermittáló és recurráló kiütések formájában mutatkozik. UVA és/vagy UVB sugárzás váltja ki. Inkább (fiatalabb) nőkön alakul ki. Általában tavasszal jelentkezik, de az exotikus tájakra irányuló tömegturizmus miatt bármely évszakban előfordulhat. Pathológiai jellegzetességei: perivascularis lymphocytás, eosinophiles és neutrophiles infiltráció. Exocytosis, spongiosis, intraepithelialis vesicula-képződés, acanthosis fokális parakeratosis az esetek egy részében. Más esetekben vasculopathiás interface sérülés, vagy érintetlen hárm. Jellegzetesen kifejezett oedema a papillaris dermisben. A véretek tágultak és duzzadt endothelsejtek bélelik a lument. Differenciál diagnosztikai szempontból az allergiás contact dermatitis, rosacea, egyéb fotoallergiás/fototoxikus erupciók, rovarcsípés jön szóba. A szöveti kép alapján elkülönítendő a discoid lupus erythe-

matodes és a subacut cutan lupus erythematoses, valamint a Jessner-féle lymphocytás infiltráció.

Molnár Katalin dr.:

Acrokeratosis verruciformis Hopf

(Fővárosi Önkormányzat, Heim Pál Gyermekkorház)

A 13 éves leánygyermek anamnéziséből 2 hónapos kora óta ismert atópiás dermatitise, 2 éve ismert, köldöktáji és perigenitalis területen jelentkező invers psoriasis, kontakt allergiája (kobaltchlorid, illat mix) és chronikus vulvitise emelhető ki.

Ez év nyarán napégés után, a hátán jelentkező ephelisek miatt kereste fel ambulanciánkat. A 2 héttel később, következő megjelenésekor a szeplőknek megfelelő területen és azok mellett számos, bőrszínű, ill. halványbarna, lapos, 3-4 mm átmérőjű, keratotikus papula keletkezett (2. ábra). Körömtünetei nem voltak, a család többi tagja nem volt érintett. A papulákból normál szövettani vizsgálat készült: ez hyperkeratosist és papillomatosiszt írt le az epidermisben. A histológiai kép felvetette acrokeratosis verruciformis Hopf (AKV) lehetőségét.



2. ábra

Szeplőknek megfelelő területeken és azok mellett bőrszínű, halványbarna, lapos keratotikus papulák

Az 1931-ben *Gustav Hopf* által leírt klasszikus tünetek: autoszomális dominánsan öröklődő genodermatosis, a kéz és lábháton, könyökön, térden jelentkező, a fentiekhez hasonló papulák, valamint körömtünetek (subungualis hyperkeratosis, leukonychia). A papulák jelen lehetnek mindkét nemben már születéskor, de kialakulhat később, gyermekkorban, sőt felnőtt korban is és változás nélkül megmaradnak. A betegek követése fontos, mert 1 esetben leírták squamosus sejtes carcinomába való átalakulását. Az acrokeratosis verruciformis Hopfot el kell különítenünk a verruca planától, az epidermodysplasia verruciformistól. Kezelésére folyékony nitrogénes vagy CO₂ laseres roncsolást javasolnak. A klasszikus tünetektől eltérően leírták az AKV sporadikus előfordulását és késői, felnőttkorban megjelenő esetét, valamint a fény feltételezett provokáló szerepét is.

A klinikai kép és szövettani diagnózis alapján az AKV lehetősége merült fel; esetünket annak egy viszonylag késői életkorban manifesztálódó, sporadikusan előforduló, nem típusos helyen megjelenő formájának tekintjük.

Wikonkál Norbert dr.:

Congelatio pedis

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A szerző 68 éves férfibeteg történetét ismerteti, akinek anamnézisében 1989-ben TBC pulmonum miatti kezelés, mk. alsó végtag arteriosclerosis és 2001 decemberében a jobb lábon congelatio miatti lábujj amputáció szerepel (3. ábra).

Acutan jelentkező fagyásos sérüléssel került ismételt felvétellel, amely ez alkalommal a bal alsó végtag disztális részét érintve livid-



3. ábra

A jobb láb amputált ujjai a korábbi fagyás eredményeként

erythema, oedema formájában. A parenterális értágító, keringésjavító infúziós kezelés hatására az érintett végtag akut tüneteit szanáltuk, a végtag perfúziója kompenzáltta vált.

Az esetet figyelemfelkeltésnek szántuk a téli szezonban várható hasonló folyamatok megelőzésére és a terápiás lehetőségek megbeszélésére.

Karászi Viktória dr.:

Basalioma trunci mpl. St. p. abl. et irrad. mammae l. s.

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

Az 58 éves nő anamnézisében gyomorfekély, 1983 novemberében a bal emlő ablatioja szerepel cc. solidum partim scirrhusom miatt. Ezt követően a bal axillaris régióra és a tumorágyra ⁶⁰Co irraditíót kapott 80 Gy összdózisban. Rendszeres gondozása során végig tumormentes maradt. Kb. 3-4 éve a jobb mellkasfélről 3 darab bőrnövedéket távolítottak el, a szövettani eredményről nincs tudomásunk.

Három hónappal ezelőtt, viszonylag rövid idő alatt jelent meg a bal mellkasfélén több, erythemás, szubjektív panaszt nem okozó bőrelváltozás. A területi bőrgyógyász a nagy számú, klinikailag basaliomának megfelelő tumorok miatt kért konzíliumot, terápiás javaslatot.

A videofelvételen látható, hogy a törzs bal oldalán, elől és hátul, főleg a Th 4-8 dermatoma területén, de a hason is összesen 18 darab, lapos, erythemás, puha tapintatú, néhol besüppedt, helyenként jellegzetes fénylő szegéllyel bíró plakk van (4. ábra). A bal hónalj területén rtg. dermatitis jelei láthatóak. Az emlőablatio hege feletti és a has bal oldalán lévő lapos tumorokból biopsziát vettünk, a szövettan mindkét esetben megerősítette a basalioma diagnózisát. Tekintettel a



4. ábra

Nagyszámú erythemás, besüppedt plakk a törzs bal oldalán, főleg a Th 4-8 dermatoma területén

nagy számú elváltozásra, a plakkokat részben cryotherápiával, részben sebészi kimetszéssel kívánjuk kezelni, eddig egy tumort fagyasztottunk 2x8 mp-ig folyékony nitrogénnel.

Esetünkben a basocellularis carcinomák nagyszámú, viszonylag egyidőben történt kialakulását a törzsön alkalmazott, 18 évvel ezelőtti therapiás irradiatio késői következményének tartjuk. A besugárzást a beteg a lokális recidiva, a távoli áttétek képződésének

megelőzése céljából kapta. Az onkológusok között jelenleg nincsen egységes álláspont a tumorágy kiegészítő besugárzásának indikációja, dózisa, technikája tekintetében. Egyes szerzők vitatják, mások minden betegnél minimum 60 Gy dózisban javasolják a sugárkezelést, melynek technikája elektron- vagy brachytherápia. Hazánkban 1995 óta végeznek összehasonlító vizsgálatokat az Országos Onkológiai Intézetben.

BETADIN 1/2 OLDALAS HIRDETÉS!!!

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

Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani Klinika 2003. január 16. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Ablonczy Éva dr.:

Carcinoid syndroma

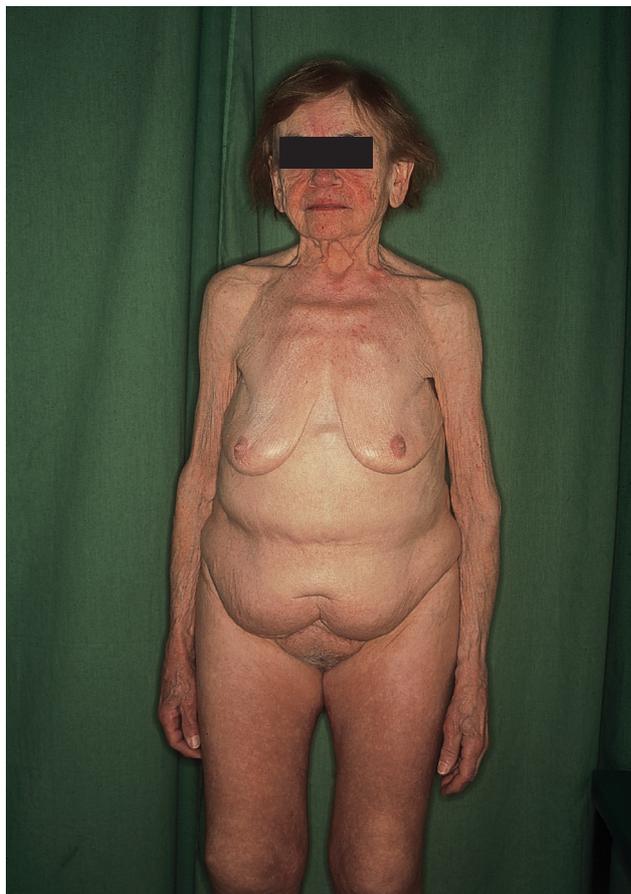
(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 73 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében myoma miatt hysterectomia, adnexectomia, hypertonia, cholelithiasis, ISZB, gastritis chronia, hiatus hernia szerepel. 1999-ben derült fény májban lévő neoplasiára, amely biopszia és a jelentősen emelkedett 5 HIAA-szint alapján carcinoid metastasisnak bizonyult. A primer tumor nem volt egyértelműen meghatározható – jejunalis lokalizációt feltételeznek. Hat alkalommal 5-FU, Leukovorin kezelésben részesült, alkoholos sclerotisatio történt, majd azóta Sandostatin LAP (20 mg/hó) kezelést kap. Az alapbetegség cardialis szövődménye (tricuspidalis billentyűket és ínhurokat érintő beszűrődés) is ismert.

Évek óta észleli a főleg étkezések után fellépő arcpírt. 1998-ban jelentkezett először a bokákon, lábszárakon oedema, infiltratio, amely fokozatosan proximális irányba terjedt. Az alsó végtag feszülése, merevsége mozgáskorlátozottsághoz vezetett.

Felvételkor mindkét alsó végtag livid-erythemás, a combhajlatig páncélszerűen beszűrt, feszülő. A hasfal bőre tömött, oedemás, ujjbenyomatot megtartja. Az arcon erythema, teleangiectasiák láthatók (*1. ábra*).

Vizsgálata során emelkedett májenzimértékek, kismértékű anaemia mellett húgyuti infekcióra utaló eredményeket láttunk. Ultrahang máj statusának kismértékű progresszióját jelezte (mindkét lebenyben



1. ábra

Arcon teleangiectasiák, has és alsó végtag bőre tömött

néhány 5-25 mm-es focus), kismedencében visszaáramlási akadályt okozó térfoglalást nem írt le.

Bentfekvése alatt korábbi terápiájának folytatása mellett iv. diureticumokat alkalmaztunk, melyre a combok feszülése, induratioja kismértékben csökkent.

A carcinoid syndromát is tárgyalják a pseudoscleroderma csoportban, ahol a klinikailag sclerodermára emlékeztető, azonban etiológiailag és patogenetikailag teljesen különböző kórképeket foglalják össze.

Molnár Katalin dr.:

Acut infantilis haemorrhagias oedema

(Fővárosi Önkormányzat, Heim Pál Gyermekkorház)

Az 1 éves gyermek anamnéziséből lényeges kóros nem emelhető ki.

Felvételére 2002. november végén került sor. Felvétele előtt 1 héttel felső légúti hurut zajlott. Bőrtünetei: arcon, fülön, alkaron, lábszárakon, kokárdaszerű, sötétvörös, oedemás foltok, lábfej, kézfej duzzadt (*2. ábra*). Általános állapota jó volt. Laboreredményei



2. ábra

Kokárdaszerű, sötétvörös oedemás foltok

közül lényeges kóros nem emelhető ki. Diagnózisunk a típusos klinikai kép alapján az acut infantilis haemorrhagias oedema (AIHO) volt. Az alkalmazott kombinált antihisztamin (gtt. Fenistil, sol. Zyrtec) és helyi nyugtató-gyulladáscsökkentő kezelés (Burow-borogatás, Apulein-Burow kenőcs) hatására a gyermek 1 hét alatt tünetmentesedett, recidíva nem volt.

Ami ennek az esetnek az aktualitását adja, az a szezonális, és az esetlegesen felmerülő differenciáldiagnosztikai nehézség. El kell különíteni az erythema multiformétól, Henoch-Schönlein purpurától (HSP), Sweet szindrómától, urticariától. Az irodalomban a mai napig vita, ill. állásfoglalás kérdése, hogy az AIHO a HSP egy altípusa vagy külön entitás. Mindkettő a leukocytoklastikus vasculitisek csoportjába tartozik, míg azonban a HSP-nál a DIF perivascularis IgA depositumot ír le, ez AIHO-ban nagyon ritka. Közös az enyhe fiú dominancia, őszi-téli halmozódás, infekciós prodroma. Az AIHO viszont fiatalabb gyermekeken jelentkezik, *a riasztó klinikai kép ellenére kifejezetten jó általános állapotúak a gyermekek, belszervi érintettség nincs, antihisztamin, esetleg rutascorbin, ill. helyi kezelésre 1-2 hét alatt tünetmentesednek, a relapsus nem jellemző.*

Esetünket viszonylagos ritkasága és a felmerülő differenciáldiagnosztikai nehézségek miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Hidvégi Bernadett dr., Bíró Judit dr.:

Basalsejtes naevus syndroma

(Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

A 83 éves nőbeteg anamnesisében ovariectomia, sectio caesarea, endometrium carcinoma miatti hysterectomia, ischaemiás szívbetegség, paraabdominalis sérv, számos alkalommal ISZB, hypertonia és cardialis decompensatio miatti hospitalizáció szerepel. 1975-ben mandibula cysták miatti műtétek, 1982-től a Bőrklinikán basalioma eltávolítások miatt ismételt hospitalizáció történt.

A beteg fiatal kortól észlelt nagyszámú basalioma, a tényéren lévő dyskeratotikus tünetek, állsontcysták és a falx cerebri meszesedés alapján a basalsejtes naevus syndroma diagnózis volt felállítható. A családvizsgálat kapcsán igazolódott, hogy a beteg leánya is Gorlin Goltz syndromában szenved, és a családban halmozott volt a tumorélfordulás.

Felvételekor a homlokon, orrháton, bal szemhéjon, karokon, láb-szárakon, törzsön, háton, glutealisán éles szélű 0,5-1,5 cm-es, helyenként félgömböszzerűen kiemelkedő teleangiectasiákkal fedett tumorokat, helyenként atrophias felszínű barnászörös plakkokat, a tenyéren 0,2-0,3 cm-es besüppedt dyskeratotikus papulákat láttunk (3. ábra).



3. ábra

A homlokon elhelyezkedő 1 cm átmérőjű, félgömböszzerűen kiemelkedő tömött tapintatú teleangiectasiákkal fedett tumor

Jelen hospitalizáció alkalmával a homlokon lévő elváltozások in toto eltávolítása történt, a bal szemhéjon lévő basalioma irradiációját kezdtük, a lokalizáció, ill. az elváltozás mérete miatt hiszen a basalsejtes naevus syndromában szenvedő betegeknél általában a műtéti megoldást részesítjük előnyben.

A basalsejtes naevus syndroma autosomalis dominánsan öröklődő betegség 1960-ban Gorlin és Goltz írta le.

Klinikai tünetek:

- multiplex basaliomák jelentkezése,
- odontogén keratocysták,
- dyskeratotikus bemélyedések a tenyéren és talpon,
- csontanomáliák (hasadt borda, temporalis és frontális csontkudorodás, polydactylia, metacarpusok megrövidülése, spina bifida occulta, kyphoscoliosis, kóros dentitio).

– Neurológiai tünetek (mentális retardatio, corpus callosum agenesia, durva és falx cerebri meszesedések, multiplex arachnoidalis cysta, epilepsia).

– Halmozott tumorelfordulás (medulloblastoma, intracranialis meningeoma, ovariális fibroma, fibrosarcoma, rhabdomyosarcoma).

A Gorlin-Goltz syndromáról igazolták, hogy a 9-es kromoszóma rövid karján elhelyezkedő PTCH gén (9q22-31) mutációja, vagyis a hedgehog signál transzdukciós rendszer egyik receptorának károsodása felelős a kórkép kialakulásáért.

A hedgehog jelátviteli rendszer a szöveti differenciálódásért felelős az embriogenezis során. Számos fejlődési gén folytatja a funkcióját a sejt növekedésében és differenciációjában és mutációjuk daganatok, vagy fejlődési rendellenességek kialakulásához vezet. Ily módon érthető a syndroma komplex tünettana.

Pónyai Katinka dr.:

Hegsaroidosis

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 27 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében említésre méltó megbetegedés nem szerepel. A beteg emlékezete szerint kb. 7 évvel ezelőtt kozmetikai célból plasztikai sebészrel Artecoll-os ajakfeltöltést végeztetett. Ezután maga a kívánt ajakduzzanat eltűnt, de egy kb. 3 mm átmérőjű, kemény tapintatú csomó alakult ki a felső ajakpírban, amelyet számos intrafocalis Kenalog injekcióval kezeltek, terápiás effektus nélkül. Egy évvel később az ajkat a csomó méretéhez igazítva, egy másik plasztikai magánrendelőben, szilikon géllal töltötték fel. Ezzel párhuzamosan a szemöldökön, ill. az ajakkontúrton tartós sminktetőváltást végeztetett, az ajkakon barna, a szemöldökön fekete, majd barna színekkel. 4 évvel ezelőtt orrplasztikai műtét (az orr megrövidítése és kiegyenesítése), valamint köldök-piercing történt. Másfél évvel ezelőtt a gyermekkori – a beteg elmondása szerint „csúnyán” gyógyuló – appendectomia hegét plasztikáztatta, illetve a sacrum fölé nonfiguratív fekete-vörös színű ábrát tetováltatott. A felsorolt beavatkozásoknak 2002 decemberéig nem volt észlelhető szövődménye. Első tünetként szája megduzzadt, az ajakpírban kemény, 5-10 mm-es csomók alakultak ki. Később a szemöldök vonalában, a barnán tetovált területeknek megfelelően lineáris, tömött tapintatú, livid-barna csomók jelentek meg, amelyet a festék látható eltűnése kísérte. A szájkontúr barna-, ill. a sacrum feletti vörös tetoválás vonalának megfelelően diffúz infiltráció volt látható. Felvétele előtt nem sokkal a jobb tenyéren, egy 9 évvel ezelőtti sérülésből eredő heg területén, reakciómentes alapon mély, soliter csomók, majd bennfekvése során a köldökben, a piercing területén 1,5 cm-es kemény csomó jelent meg. A fenti tünetek az esztétikai eltéréseken kívül subjektív panasszal nem jártak. A látott klinikai kép, és az anamnézis alapján heg-saroidosis merült fel. Bennfekvése során a szemöldök területéről szövettani vizsgálat tatu körüli saroidosis reakciót igazolt. A bilaterális hilaris lymphadenopathia diagnosztizálása céljából kért A-P mellkas rgt. felvételen a hilaris erek kiszélesedtsége volt látható, a beteget jobb oldalirányú mellkas átvilágításra visszakerítették, amely a hílusokban megnagyobbodott nyirokcsomókat írt le. A kért pulmonológiai konzílium alapján ambuláner végzett mellkas CT vizsgálat a bilaterális hilaris lymphadenopathiát igazolta, ennek megfelelően transbronchialis nyirokcsomó biopsia, légzésfunkciós vizsgálatok, ill. vérgázértékek vizsgálatának szükségessége merült fel. Szemészeti konzílium során a szisztémás saroidosis semmilyen szövődménye nem igazolódott. Az elvégzett intracutan teszt 48 óra után sem mutatott pozitívítást, még a tuberculin teszt sem. Az epicutan próbák eredménye is negatív lett. Összehasonlító kézizületi vizsgálat subperiostealis cysták fennállását nem igazolta. Fluocytometriás vizsgálata során a CD4, CD8 lymphocyták arányában eltérés nem volt tapasztalható. Az EKG-n kóros eltérés nem volt látható. Rutin laborjaiban emelkedett koleszterinszintet kívül egyebet nem találtunk. A serum kalcium szint, és a serum angiotensin konvertáló enzim szintje, ill. az immunszertológiai paraméterek normál tartományban volt (Ca: 2,4 mmol/l, ACE: 4 U/ml), hypercalcuria, hydroxi-prolin fokozott ürítése nem volt tapasztalható. A beteget a veszélytelennek tartott, és széles körben kedvelt ajak- és ráncfeltöltés, ill. permanent make-up hosszú távú, kiszámíthatatlan szövődményeinek demonstrálása céljából mutatuk be.

Szakonyi József dr.:

Dermatitis atopica, impetigo

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 31 éves nőbeteg anamnézisében 6-15 éves kora között kezeken, könyökhajlatban, nyakon jelentkező ekzema szerepel.

Felvétele előtt kb. 1 héttel észlelte a felső ajkon valószínűleg herpes labialisnak megfelelő sebet. Ezt követő néhány napon belül a száj körül, felső végtagon, törzsön nedvedző papulák, pustulák jelentkeztek, ill. párhuzamosan észlelte atópiás dermatitisének fellobbanását.

Felvételekor az arcon, nyakon, mellkas felső részén, valamint az alkaron hajlító felszín diffúz erythemát láttunk hámlással. A száj körül, homlokon, mindkét alkaron, kisebb mértékben a felkarokon, va-

lamint a mellkason, hason és combokon 0,5-1 cm-es, erythemás, ex-coriált papulákat észleltünk, helyenként (főleg a kézfejekon, alkaron) sárgás pörkkel. Az occipitalis régióban a hajas fejbőr beszűrt, hámlik, jelentős sárgás pörkképződés észlelhető. Bal fül fölött, mögött beszűrt plakk látható rhagasokkal. Az ajak berepedezett.

Vizsgálata során a pustulákból végzett leoltásból *S. pyogenes* tenyésztett.

Az alkalmazott antihisztamin, antibiotikum és lokális dezinficiens és gyulladásgátló kezelés hatására tünetei regrediáltak. A folyamatot herpes simplex talaján, kialakult superinfeció és a következetes impetigo által fellobbantott atopiás dermatitisnek tartjuk, melynek kialakulásához hozzájárult, hogy a beteg a pyogen folyamat miatt a folyamatosan használt fenntartó, hidratáló kezelést elhagyta.

Wikonkál Norbert dr.:

Pyoderma gangrenosum

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A szerző 69 éves beteg kórtörténetét ismerteti, akinek anamnézisében mélyvénás thrombosis, colitis, ízületi panaszok, csaknem 20 éve proctitis chronica miatti kezelés szerepel.

Felvételére 2003. január elején a bal lábszár hátsó felszínén fájdalommal terítke területében rapidan kialakuló ulcerált bőrtünetek kivizsgálása és kezelése céljából került sor (4. ábra). A klinikai kép alapján pyoderma gangrenosum lehetősége merült fel, amelyet a szövettani vizsgálat, a gyorsult süllýedés és leukocytosis is alátámasztott.

Terapiaként a betegnél 1 mg/ttkg dózisu szisztémás kortikoszteroid kezelést állítottunk be, amely mellett a tünetek gyors ütemben regrediáltak. A tarsal colitis gondozásba vételét a folyamat szanálásával megkezdjük.

Az esetet a típusos klinikai tünetek és hisztológiai lelet mellett a terápiai lehetőségek diszkussziója céljából mutattuk be.



4. ábra

Típusos pyoderma gangrenosum elváltozás a lábszár hajlítós felszínén

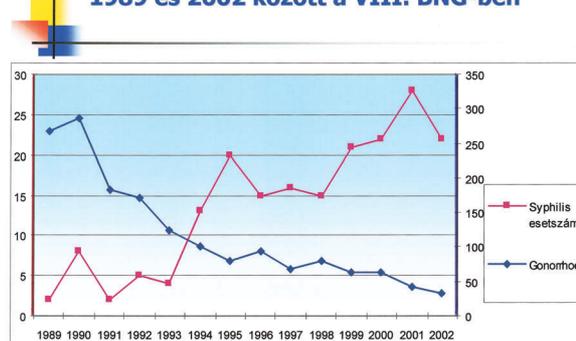
Simola Margit dr.:

A VIII. BNG syphilises esetei 2002-ben (VIII. BNG)

A VIII. BNG syphilises eseteinek száma 2002-ben alacsonyabb volt, mint 2001-ben. Ez a változás azonban nem számottevő, mert sajnos az elmúlt évben 22 friss fertőzést észleltünk.

A gonorrhoeas megbetegedések száma tovább csökkent. 2002-ben csak 33 új fertőzés fordult elő. A nemeken belüli megoszlás változatlanul a férfiak javára tolódott el (5. ábra).

A syphilis és a gonorrhoea alakulása 1989 és 2002 között a VIII. BNG-ben



5. ábra

A syphilises betegek mindegyikét korai szakban észleltük, kétharmadukat tünetes formában. A latens recens esetek főleg a tünetes betegek partnerei közül kerültek ki, illetve szűrés kapcsán derültek ki (pl. egy hajléktalan gravidánál, akit sikerült kezelni).

A 22 fertőzöttből 13 volt ffi, közülük 6 homoszexuális és ezen belül 2 HIV pozitív. A legtöbb partnere éppen ezeknek a homoszexuális férfiaknak volt, akik különböző bárokban kaptak sy-s fertőzést, nem tudják kitől és azt sem, hogy kinek adták tovább.

A betegek másik nagy csoportja a hajléktalanok közül került ki. Két import fertőzés volt, az egyik Németországból, a másik Szerbiából. A betegek közül mindenkit sikerült adequat terápiaiban részesíteni. Könnyebbéteget jelentett, hogy a 2002-ben megjelent Módszertani ajánlás alapján választhattuk a benzylpenicillint is. A 22 páciens közül 16 esetben alkalmaztuk a Retarpen injekciót, Sy I-ben 2,4 ME, míg Sy II-ben és latens recens formában kétszer 2,4 ME Retarpen adtunk (1. és 8. nap). A fenti ajánlástól egy esetben tértünk el, amikor egy Sy II. betegünk bőrtüneteinek lassú regressziója miatt a harmadik hét után adtunk még egy Retarpen injekciót.

A hagyományos 2x15 ME Retardillint abban az esetben alkalmaztuk, amikor nem tartottunk attól, hogy a beteg elmarad a kezelésről, illetve a kontaktus kutatást szerettük volna forszírozni.

A betegek közül hármat szeretnék dián keresztül demonstrálni.

1. Sy II.

25 éves férfit dysidrosis iránydiagnosissal utalták osztályunkra. Egy hete észlelte belső talpélein lencsényi-forintnyi vöröses-barna, nem viszkető papuláit, amelyek hámlást alig mutattak. Vizsgálatakor, a tenyereken néhány típusos, finom hámló papulát találtunk. A törzsén a seborrhoeás jellegű bőr, az atheromák és az aknés hegek miatt nem látszottak a sy-es papulák. A penis hátán lencsényi gyűgült sebhely volt észlelhető.

Th: Retarpen inj. Három hét alatt lett tünetmentes.

2. Sy II. Condyloma latum

A 61 éves férfi 2 hete észlelte perianálisan lencsényi-borsónyi bőrszínű, verrucosus elváltozásait. Mk. oldali inguinális nyirokcsomó diónyi nagyságúak voltak. Törzsön alig sejtethő, apró elemű maculákat láttunk.

Az anamnaesiből kiderült, hogy korábban is kezelték sy miatt. A fertőző forrás az „élettárs” lehetett, akit a mai napig nem talált meg.

Th: 2x2,4 ME benzylpenicillin. Két és fél hét alatt lett tünetmentes.

3. *Sy II.*

A 49 éves nőbeteg azért fordult orvoshoz, mert az arcán lévő kiütései zavarták. Levetkőztetve törzsén is észleltünk típusos roseolákat.

Th: 2x2,4 ME Retarpen, amelytől látványos gyorsasággal, 10 nap alatt visszahúzódtak exanthemai.

Fertőző forrás az élettárs volt, aki Németországban dolgozott néhány hónapig.

Bemutatott eseteink kapcsán ismét fel szeretnénk volna hívni a kollégák figyelmét arra, hogy ha a syphilis bármelyik szakaszában jelentkező klinikai tünetekhez egy kicsit is hasonló elváltozást látnak, gondoljanak a syphilisre is, és ne mulasszák el a szerológiai vizsgálatot.

HAZAI HÍREK

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle szerkesztői bizottsága a lap 2002. évi Nívódíját az alábbi közleményeknek ítélte:

Kísérletes munka

Kiss Mária dr., Husz Sándor dr., Kemény Lajos dr., Günter Michel dr., A. Mirmohammadsadeh dr., Thomas Ruzicka dr., Dobozy Attila dr.:

Neuropeptid receptorok expressziójának vizsgálata mRNS szinten psoriasis vulgarisban szenvedő betegek tünetmentes és tünetes bőrében.

(78. évf. 3. szám 95-99.)

Összefoglaló munka

Erős Nóra dr., Károlyi Zsuzsanna dr.:

A cutan B-sejtes lymphomákról 7 eset elemzése kapcsán.

(78. évf. 1. szám 3-9.)

Kazuisztika

Torma Katalin dr., Szalai Zsuzsanna dr., Török Éva dr., Preisz Klaudia dr., Hársing Judit dr.:

Pemphigus vegetans gyermekkorban.

(78. évf. 5. szám 193-196.)

Therápiás közlemény

Veres Gábor dr., Marschalkó Márta dr., Kárpáti Sarolta dr., Hídvégi Bernadett dr., Hársing Judit dr., Pónyai Györgyi dr., Horváth Attila dr.:

Dermatomyositishez társult cutan calcinosis diltiazem kezelése.

(78. évf. 4. szám 169-172.)

A díjak a 2003. évi Nagygyűlésen kerülnek átadásra.

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

Hidvégi Bernadett dr.:

Granuloma annulare disseminatum (Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

Az 52 éves nőbeteg anamnézisében ovarium cysta miatti műtét szerepel. Bőrtünetei 2 évvel ezelőtt kezdődtek a lábszáron, és az utóbbi egy évben szóródtak, szubjektív panaszt nem okozó, helyenként anularis elrendeződést mutató plakkjai. Az ambuláner készült szövettani vizsgálat granuloma annularét igazolt. Ambuláner klinikánkon Delagil és Neotigason kezelésben részesült. Neotigason kezelést mellékhatások miatt elhagyta. A gócvizsgálatok során igazolódott granulomás fog extrakcióra került, a mellkas rgt. eltérést nem mutatott, a Mantoux-próba normerg volt. Felvételére további kivizsgálás és kezelés céljából került sor. Felvételekor mindkét kéz háton, csuklón, alkarok és lábszárak feszítő felszínén alig infiltrált, helyenként anularis plakkokat, a törzs lateralis részén mammákon, combokon alig infiltrált 1-2 mm-es papulákból összefolyó plakkokat, a tarkón csoportosan elhelyezkedő livid papulákat láttunk. A klinikai kép disseminált granuloma annularenek megfelelt, a betegség ebben a formájában a bőrtünetek anularis jellege nem olyan kifejezett, ez nehezíti a diagnózis felállítását. Vizsgálata során rutin laboratóriumi eredményeiben emelkedett vércukorértékeket észleltünk, diabeteese diétával egyensúlyban tartható. Külsőleg occlusív alkalmazásban szteroid externákat alkalmaztunk, PUVA kezelést kezdtünk. Tekintettel a kiterjedt bőrtünetekre, komputeres látótér vizsgálatot követően Delagil tablettára visszaadását tervezzük.



1. ábra

A tarkón csoportosan elhelyezkedő helyenként anularisan rendeződő livid papulák

Hidvégi Bernadett dr.:

Dermatomyositis (Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

Az 50 éves nőbeteg anamnesisében tonsillectomia, appendectomia, myoma miatti hysterectomia, 4-5 éve rhinitis, ill. conjunctivitis allergica szerepel, melynek háttérében prick tesztelés során parlagfű és feketeürom érzékenység igazolódott.

2002. áprilisa óta tartó ízületi panaszok, izomgyengeség, fogyás miatt az ORFI-ba került hospitalizációra 2002. szeptemberben. Ekkor a kéz ízületek szimmetrikus duzzanata, az elsősorban reggel jelentkező, majd napközben enyhülő csukló- és bokafájdalom és a radiológiai vizsgálatok (kéz- és lábközép csontokban sávós osteoporosis,



2. ábra

A mellkason a ruhakivágásban jelentkező diffúz erythema

sis, az ízfelszínnek széli részein marginalis erosiók) alapján, a reuma faktor negativitás ellenére, folyamatát seronegatív polyarthritisként tartották, arany bázisterápiát kezdtek. Laboratóriumi eredményeiben negatív CRP melletti gyorsult süllyedést és emelkedett SGOT, SGPT értékeket észleltek.

2002. októbertől periorbitalis oedema, arci erythema jelentkezett, nyakon, mellkason, háton diszkrét erythema alakult ki, a beteg fogyott, izomgyengesége, izomfájdalma fokozódott, hőemelkedés, majd láz kíséretében. Klinikánkon való hospitalizáció során dermatomyositis lehetősége felmerült, azonban a normál CPK, ill. kismértékben emelkedett LDH, a hiányzó EMG, ill. nem teljesen típusos bőrtünetek miatt a kortikoszteroid beállítását halasztottuk. Részletes tumorkutatás mellkas rgt., hasi UH, nőgyógyászati, gégészeti, széklet Weber vizsgálat negatív eredménnyel zárult. Nyelés rgt. eltérést nem mutatott. Anti-Jo 1 antitest negatív volt. A bőrből készült szövettani vizsgálat a basalmembrán megvastagodását, perivascularis kereksejtes beszűrődést mutatott.

Ismételt felvételére néhány napja került sor, amikor a bőrtünetek progresszióját (Gottron papulák megjelenése) az izomgyengeség és fájdalom súlyosbodását észleltük, normál CPK és LDH értékek mellett. Az EMG vizsgálat myositis, myopathiás jeleket mutatott (keves fibrilláció, a motoros egység polyphasia). A dermatomyositis diagnózisa felállítható volt.

A betegnél kb. két hónapja konzekvens perifériás eosinophiliát észlelünk, amely dermatomyositisben nem szokványos. A rutinszerűen elvégzett széklet féregpete vizsgálat negatív lett. Az eosinophilia, ill. a dermatomyositis nem típusos lefolyása alapján felmerül gyógyszer indukálta myopathia lehetősége. A beteg 2002. szeptember óta kap Tauredont, egyéb gyógyszerzedést negál. Az aranykezelés bevezetése előtti eosinophil-szám nem áll rendelkezésre. Az arany hatásmechanizmusa kevésbé ismert, gátolja a PGE2 szintézist, bizonyos lizoszomális enzimeket, a granulocyták és macrophagok fagocitáló képességét.

Az arany kezelésnek számos mellékhatása ismert, granulocytopenia, thrombocytopenia, veselaesio albuminúriával, ritka mellékhatások tüdőfibrosis és polyneuropathia.

Kb. 15-20%-ban fordul elő stomatitis, viszkető dermatitis, amely jelentkezését az eosinophilia megelőzheti, így eosinophilia kialakulása esetén a kezelés felfüggeszthető. Myositis okozó hatása nem ismert, de aranykezelés kollagenosokban kontraindikált. A beteg reumatológus kezelőorvosával egyetértésben az arany kezelést elhagytuk, kortikoszteroidot kezdtünk. Eosinophilia és myopathia

együttes előfordulásakor eosinophiliás myositis/perimyositis, ill. eosinophilia myalgia syndroma is felmerül. Ez utóbbi L-tryptophan, mint táplálékkiegészítő szedésével hoztak kapcsolatba. Az USA-ban alkalmazását betiltották, több eset észlelése kapcsán. A kórképet perifériás neuropathia és myopathia jellemzi, központi idegrendszeri tünetek, fejfájás, amnesia, demencia kialakulása is kísérheti.

Összefoglalóan elmondható, hogy betegünknel a diagnózis felállítása nehéz volt, mert a korai stádiumot az ízületi panaszok uralták és a CPK értékek ismételten is normál tartományban voltak, és a kezdet nem nem típusos bőrtüneteket megelőzte az izomfolyamat jelentkezése.

Bíró László dr.:

Cc. basocellulare cruris I. s.

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 73 éves nőbeteg anamnézisében myoma uteri miatti uterus extirpatio, bal alsó végtagi mélyvénás thrombosis, hypertonia, ISZB, cholelithiasis, depressio szerepel. 1996-ban a bal vesét hypernephroma miatt eltávolították.

Az 1976-os mélyvénás thrombosis követően a bal alsó végtag bőre több alkalommal kifekélyesedett, fekélyei azonban konzervatív kezelés mellett hámosodtak, kivéve a bal lábszár középső harmadában lévő. Emiatt 2002. októberében perforans vena ligaturát követően a hámiányt félvastag bőrrel fedték.

A lábszár középső harmadában, a korábbi fekély distalis szegélyén az utóbbi hónapokban a bőr szintjéből előemelkedő, tömött tapintatú növedékek alakultak ki.

Felvételi státusz:

A bal alsó végtagon a középső harmadtól distalisan a bőr erythemás, feszes, száraz, hámló. A medialis felszínen 5 cm-es területen sárgás pörkkel fedett erosió, széli részén 3 db 0,8 cm-es tömött tap., pörkkel fedett, félgömböszzerűen előemelkedő növedéket láttunk (3a., b. ábra).



3a., b. ábra

Varral fedett, fénylő szegélyű, tömött papulák a korábbi bőrátültetés széli részén

A látott kép alapján (az anamnézis figyelembevételével) sarjszövet, ill. tumor lehetősége merült fel. Biopsiát vettünk, a szövettani kimetszés cc. basocellularet igazolt.

A lelet birtokában a tumor in toto kimetszését és félvastag bőrrel való fedését tervezzük.

Folyamata tehát lábszárfekélyt szimuláló cc. basocellularenak bizonyult, mely az ulcus cruris ritkán előforduló oka. A mellékleteként észlelt stasis dermatitis az alkalmazott lokális szteroid és hidratáló kezelés mellett szanálódott. Provokáló kontakt tényezők tisztázása (epicutan allergológiai tesztelés) folyamatban van.

Szakonyi József dr.:

Discoid lupus erythematosus

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 48 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében heamangioma hepatitis, chr. aethylizmus szerepel. 1994-ben jelent meg első DLE-nek megfelelő bőrtünete a jobb fül előtt, majd újabbak jelentkeztek az arcon és a hajas fejbőrön. 1996-ban feküdt először klinikánkon, ekkor szövettani vizsgálat igazolta a diagnózist. 1998-ban ismét hospitalizáltuk, ekkor poz. ANA mellett szisztematizáció nem igazolódott, Delagilt kezdtünk. 1999. áprilisában Delagilt szemészeti státuszának változása (halványabb papillák, kereszteződési tünetek), emelkedett transzamináz értékei, valamint a kezelés mellett észlelt jelentős progresszió miatt leállították. A szerológiai vizsgálatok ekkor is negatívak voltak. 1996 óta észlelik sicca sy-nak megfelelő csökkent könny- és nyáltermelését. 2002. májusában akut alkoholos hepatitis miatt az I. Belklinikán kezelték.

1999 óta állapota lokális kezelés mellett gyakorlatilag stagnál. A beteg ezen időszak alatt kontroll vizsgálaton nem jelentkezett. Január közepén észlelte a fejtetőn egy pörkkel borított terület kialakulását, emiatt jelentkezett klinikánkon.

Felvételekor a fejtetőn kb. 13x9 cm-es halvány erythemás, hámló, atrófiás bőrrel, centralisan pörkkel fedett, helyenként értágulatot mutató, egyenetlen felszínű, hegesedő, alopeciát okozó plakkot láttunk (4. ábra).



4. ábra

Hajas fejbőrön lévő, irreverzibilis alopeciát okozó heges, atrófiás hámmal fedett plakk

Mko. fülkagylóban, a jobb fül előtt 1, ill. 6x3 cm-es, az orr jobb oldalán 1 cm-es, a bal orcán 1,5 cm-es vasok pörkkel fedett, atrófiás, poralis hyperkeratosist mutató plakkokat észleltünk.

Immunszerológiai eredmény, valamint laborleletei alapján szisztematizációra utaló jel nem észlelhető.

Kezelését továbbra is lokális szteroidokkal folytatjuk, ill. néhány plakk esetében cryotherapiát alkalmaztunk.

A beteget az előrehaladott, morfológiaailag típusos klinikai kép, valamint az alacsony compliance okozta terapiás nehézség szemléltetésére mutattuk be.

Ábrahám Katalin dr.:

Kaposi-sarcoma és colitis ulcerosa együttes előfordulása (Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 49 éves férfibeteg anamnesisében lichen ruber planus, 5 éve diabetes mellitus szerepel. 1998-ban a colitis ulcerosát diagnosztizáltak, mely átmeneti kezelés (Pentasa, Prednisolon) után 2002 nyaráig terápia nélkül tünetmentes volt. Az elmúlt év augusztusában napi 20-30 véres-nyákos székürítéssel, lázzal, hányingerrel járó állapot, ezzel egyidejűleg mintegy 15 kg-os fogyás jelentkezett. A szolnoki MÁV kórházban colonoscopiával a rectumtól a colon transversumig gyulladt, sérülékeny bélfalat, az ismételt vizsgálatkor a sigmabélből a flexura hepaticáig a szokásosnál merevebb falú vastagbelet, fekélyképződést és számtalan, a lumenbe emelkedő borsónyi pseudopolypust észleltek. A rövid ideig iv. adott 125 mg Solu Medrol, majd napi 48, ill. 32 mg Medrol, per os Klion (2x1 tbl.) és Salazopyrin (2x2 tbl.) hatására tünetei mérséklődtek, de nem szűntek meg. Az ambuláner kb. 2 hónap alatt leépített steroid kezelés után, napi 2 g Salazopyrin mellett panaszai csak kismértékben csökkentek. Mindkét bennfekvéskor a vastagbélből szövettani vizsgálatot végeztek, a diagnózis colitis ulcerosa volt, malignitásra utaló jelet nem láttak. A beteget az I. sz. Sebészeti Klinikáról vettük át, ahol a súlyos colitis miatt javasolt proctocolectomia műtéti elbírálása miatt feküdt. Tavaly novemberben a bal térden, bal könyökön és a jobb kéz IV. ujján dorsalisán jelentkeztek lividvörös bőrtünetei. A tünetek szóródását 2002. december közepétől-végétől észleli. Felvételekor a bal alkar feszítő felszínének szinte teljes hosszában szabálytalan alakú, éles szélű, közepesen infiltrált lividerythemas plakkot láttunk, a proximalis harmadban egy 1,5 cm-es, exophyticus, erodált, nedvedző tumorral. A bal térden kb. 5x4 cm-es, szabálytalan alakú, éles szélű, lividbarna plakkot, a (5. ábra), a bal kéz IV. ujján dorsalisán kb. 2x2 cm-es lividen beszűrt területet,



5. ábra

Bal térden 5x4 cm-es, szabálytalan alakú, éles szélű, lividbarna plakk

ezen kívül mindkét talpon, a lábujjakon, láb hátakon, a lábszárak feszítő felszínén kisebb csoportokban, valamint a törzsön, karokon elszórva 0,5-1 cm-es, lividbarna papulákat, csomókat észleltünk. A fej-nyak régió, a szájnyalvokhátya és a genitalis régió nem volt érintett. A bal alkarról ambuláner elvégzett szövettani vizsgálat Kaposi-sarcoma illeszhető képet mutatott. A metszetet az Országos Onkológiai Intézetbe küldtük konzultációra, ahol az elváltozást szintén Kaposi-sarcomának vélelmezték. Bennfekvése alatt bal alkaron lévő nodust sebészileg eltávolítottuk, az ismételt hisztológiai vizsgálat a fenti diagnózist megerősítette. Az esetleges HHV 8 infectio kimutatása szövetmintából és perifériás vérből folyamatban van, flowcytometriás vizsgálattal vírusfertőzésre utaló eltérés igazolódott. HIV ellenanyagvizsgálat 2003. január végén negatív volt, a vizsgálat ismétlése 4-6 hét elteltével szóba jön. RPR negatív volt, laboratóriumi leleteiből a nagymértékű vashiányos anaemiát és a thrombocytosist emelném ki. A beteget a klinikum összetettsége, a különleges klinikai kép miatt mutattuk be. Bár a bőrtünetek alapján Kaposi-sarcoma diagnózisa merült fel első helyen, szokatlan a tünetek lokalizációja és a gyors progresszió. Kérdéses, hogy a GI-tractust érinti-e esetleg a Kaposi-sarcoma? A 2002. év végén készült szövettani vizsgálatok nem vetik el ennek a lehetőségét, igaz, hogy a bőrtünetek progressziója is csak ezt követően gyorsult fel. Bár GI érintettség előfordulhat Kaposi-sarcomában, ez a legtöbbször tünetmentes. Az irodalom említ néhány esetet a két betegség együttes előfordulására, ill. colitises tüneteket okozó primer GI Kaposi-sarcomára (kb. 5-6 eset), HIV negatív betegekben.

Egyetlen olyan eseteleírást találtam, ahol a tartós hasmenés miatt elvégzett bélbiopszia colitis ulcerosát igazolt, majd a Kaposi-sarcoma bőrtünetének megjelenése után megismételt szövettani vizsgálat a bélben is Kaposi-sarcomát mutatott. A GI-tractus feltételezett érintettsége esetleg magyarázhatná betegünknel a colitises tünetek terápiarezisztenciáját.

Betegünknel a fennálló immunosuppressio okát csak feltételezzük, hiszen HIV fertőzést nem igazoltunk. Ugyanakkor a betegnek évek óta ismert diabetes, ill. steroid kezelést is kap; igaz azonban, hogy nem nagy dózisban (jelenleg napi 12 mg Medrolt) és mindössze fél éve. A másik nehéz kérdés a terápia, hiszen a bőrtünetek kezelésére elsődlegesen szóba jövő mono-/polykemoterápia a colitises tünetek rendezése után lehetséges.

Kondoros Ildikó dr.¹, Hegyi Gábor dr.², Katona Gábor dr.³:

Lég-necrosis esete

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály¹, Sebészeti Osztály², Fül-orr-gégészeti Osztály³)

A 13 hónapos kisgyermek lábára otthonában gépi mosogató ömlött, édesanyja néhány óra elteltével észlelte a lábfejen kialakult bőrelváltozást.

A bal lábháton csecsemőtenyérymi területen, oedemás, erythemás környezetben feketén elszíneződött necrosist láttunk, mely rendkívül érzékeny volt (6. ábra). A pörk alól purulens váladék ürült, melyből kórokozó baktérium nem tenyésztett ki.

A konzervatív kezelés melletti javulást nem tartottuk kielégítőnek, így necrectomia történt. Sebészeti osztályon a sebalap feltisztítása után további konzervatív kezelés sikertelensége miatt félvastag bőr transzplantációja vált szükségessé.

A kémiai anyagok által okozott bőrkárosodás a maróanyag tulajdonságai mellett függ az expozíciós időtől és a szaruréteg vastagságától is. A balesetek többsége vagy ipari eredetű, tehát munkahelyi, vagy háztartási, amikor a leginkább veszélyeztetett csoportnak a gyermekek számítanak.

A lúgok alkálifelhérje képződés során colliquatiós necrosist hoznak létre, mely nagyon veszélyes, mert a proteolysis során a szövetek elfolyósodnak, így az oldat könnyebben terjed tova, pusztítva a környező szöveteket is. Klinikailag kezdetben oedemás, kocsonyás elváltozást látunk, melyet a későbbiekben barnás pörk fed.

Siklós dr. korábban coagulációs necrosis esetét mutatta be. 4,5 éves gyermek mindkét fülébe fülzsír oldása céljából paraffin helyett ismeretlen összetételű, átlátszó folyadékot csöpögtettek, mely után fél órával nagyfokú fájdalom mellett a hallójáratok, a külső fül területén pörkösödés jelentkezett. Mindkét oldalon necrotikus, purulens, nedvedző, exulcerált külső hallójáratot lehetett megfigyelni. A jobb



6. ábra

A lábháton látható lóg okozta necrotikus terület



7. ábra

Testszerte kiterjedt erosiók

fül tragusa gyakorlatilag hiányzik, a concha területén kb. ujjbegnyi részen a bőr elhalt. A meatus heges szűkülete alakult ki. Itt szintén plasztikai sebészi beavatkozás vált szükségessé.

A savak coagulációs necrosist hoznak létre, melynek során a fehérjék kicsapódnak, az elhalt sejtek, szövetek fehérjéi denaturálódnak, elveszítik háromdimenziós szerkezetüket, -SH és tyrozin-csoportok válnak szabaddá. Ez okozza a necrotikus terület tömörségét. A savak okozta necrosis általában felszínes folyamat. Élesen körülhatárolt, színét a sav határozza meg.

Wikonkál Norbert dr.:

Lineáris IgA dermatosis

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A bemutató 68 éves nőbeteg esetét ismerteti, akinek az anamnesisében ITP, hypertonia és emphysema pulmonum szerepel.

2002 decembere óta a conjunctiván kezdődő, majd testszerte jelentkező bullosus bőrtünetek kivizsgálása, kezelése céljából vettük fel.

Felvételekor testszerte erythemas alapon számos víztiszta, mástul purulens bennéki bullát, elszórta varra fedett erosiókat észleltünk (7. ábra). Mko conjunctiva belövellt, szájnyalkahártya megkímélt (8. ábra).

Bentléte alatt az elvégzett rutin és immunfluoreszcens hisztológiai vizsgálat lineáris IgA dermatosis feltételezett dg.-át igazolta, az IF lelet megérkezéig per os szteroid th.-át állítottunk be. A kezelés alatt észleltük acutan a jobb oldali radialis pulzus átmeneti, majd tartós elvesztését, a végtag fájdalmassá, cianotikussá válását. Érse-



8. ábra

A szem kötőhártyájának diffúz erythemája

bészeti osztályra helyeztük át sürgősséggel, ahol az arteriális thrombus sebészi eltávolítása megtörtént, majd osztályunkra visszahelyezték. Ezt követően az addigi terápián módosítottunk, az Imurant és Medrolt leépítettük, a beteget Dapsonra állítottuk át. Emellett a kezelés mellett a bőrtünetek tovább javultak, a jobb felkar keringése kompenzálódott.

Esetünket a ritka kórképhez bentléte alatt társult akut érsebészeti történés demonstrálása céljából mutattuk be

Jegyzőkönyv

Magyar Dermatológiai Társaság vezetőségi ülséséről Budapest, Antique Étterem – 2003. február 14.

Jelenlévők: Prof. Dr. Horváth Attila (Elnök), Prof. Dr. Husz Sándor (alelnök), Dr. Juhász István (Főtitkár), Dr. Kovács János (Pénztáros), Prof. Dr. Hunyadi János (korábbi Elnök), Prof. Dr. Kemény Lajos (korábbi Főtitkár), Dr. Simon Gyula (korábbi Pénztáros), Dr. Nebenführer László (Felügyelőbizottság Elnöke), valamint Dr. Baló J. Mátyás, Dr. Battyáni Zita, Prof. Dr. Daróczy Judit, Dr. Dénes Márta, Prof. Dr. Dobozy Attila, Prof. Dr. Farkas Beatrix, Dr. Károlyi Zsuzsanna, Prof. Dr. Kárpáti Sarolta, Dr. Korom Irma, Dr. Marschalló Márta, Dr. Morvay Márta, Dr. Oláh Judit, Prof. Dr. Schneider Imre Prof. Dr. Simon Miklós (a vezetőség örökös tagja), Dr. Somlai Beáta, Prof. Dr. Temesvári Erzsébet, Dr. Várkonyi Viktória vezető-ségi tagok.

Az ülséről kimentette magát: Prof. Dr. Horkay Irén, Prof. Dr. Török Éva, Prof. Dr. Török László

Napirendi pontok:

1. A 2004-es EADV Spring Symposium előzetes szerződéstervezetének aláírás előtti ismertetése: Prof. Horváth Attila.
2. A 2004-es EADV Spring Symposium végleges programstruktúrájának ismertetése: Prof. Kárpáti Sarolta, Prof. Kemény Lajos.
3. A Társulat 2002. évi pénzügyi mérlege: Dr. Kovács János.
4. A Társulat 2003. évi költségvetésének elfogadása: Prof. Horváth Attila.
5. Tagnyilvántartás revíziója, tagdíjfizetések helyzete, új nyilván-tartási rendszer bevezetése: Dr. Juhász István.
6. Az MDT alapszabályának ügye: Dr. Juhász István
7. A 2003. évi Nagygyűlés (2004-es Spring Symposium) betegbe-mutatásainak formai követelményei.
8. Állásfoglalás az ISD affiliatioval kapcsolatos felkérésére adandó válaszlól.
9. A Honlap bővítésének lehetőségei: Dr. Juhász István.
10. Egyebek

1. napirendi pont: A 2004-es EADV Spring Symposium előzetes szerződéstervezetének aláírás előtti ismertetése

Prof. Dr. Horváth Attila Elnök Úr elmondja, hogy a szerződés aláírására várhatóan február végén kerül sor, Máltán. Ez a szerződés személyesen az Elnök felelősségét jelenti, ugyanis a szerződés Horváth Professor Úr és az EADV között jön létre. Horváth Professor Úr elmondja, hogy egy nyilatkozatot juttatott el az EADV jelenlegi elnökéhez, mely a szerződésben természetesen mellékletként szerepelni fog. Ebben a nyilatkozatban szerepel, hogy Elnök Úr a Magyar Dermatológiai Társulat nevében köti ezt a szerződést, és, hogy a véleményezett haszon 30%-a az MDT illeti, 70%-a pedig az EADV-t. A szervezés szerkezete a következő: az EADV azt tervezi, hogy létre hoz egy helyi szervező bizottságot, mely a következőkből áll: Elnök, hivatalos szervező és kell egy hivatalos auditáló cég is. Ez egy új szerkezet, melyet az MDT-n próbálnak ki először. A rendezővel és az auditálóval ugyanúgy közvetlenül az EADV fog szerződést kötni, így az MDT-nek az első számlák megérkezéséig ezzel semmi tennivalója nem lesz. Ezek a számlák csak akkor tekinthetők érvényesnek, ha az auditáló és a megbízott elnök kettős aláírásával ellátta. Ez azért fontos, mert az EADV Magyarországra telepít egy bank-számlát, és erről a bankszámláról a pénzt csak ezzel a kettős aláírás-sal ellátott számlákat lehet lehívni. Másik lényeges változás a koráb-biakkal ellentétben, hogy a regisztrációs díj és a kiállításal kapcsolatos bevételek nem a rendező cégen keresztül mennek, hanem egyenesen és direkt módon Brüsszelbe. Ezek a főbb pontjai a hama-roosan aláírásra kerülő szerződésnek, mely feltételeinek elfogadását Professor Úr fogja aláírni Máltán.

A programmal kapcsolatban is új struktúrát alakítottak ki. Ez a programstruktúra különbözik attól, amit első körben kaptunk és melyet a második körben mi egy kicsit módosítottunk. Ezek a változ-tások nem lényegesek, de látható az a törekvés, hogy ezen a buda-pesti kongresszuson akarják ennek az EADV rendezvénynek a tradi-cionális kereteit is megadni.

Az ülések típusai: plenáris ülés, plenáris előadás, betegbemutatás, lunch session, workshop. Ezeket kisebb létszámúra és klinikumra orientáltan. Ennek megfelelően a javaslatok lényeges eleme például, hogy betegbemutatókat praktikusan párhuzamosan is szerveznek. Azt tisztázni kell Máltán, hogy ez úgy értendő-e, hogy más országok betegbemutatóira is sort kell keríteni. Lunch session-okat naponta nagy számban, 12-14 alkalommal terveznek. Összegezve egyik ol-dalról az látható, hogy kisebb mozgástere van az MDT-nek a pro-gram összeállításával kapcsolatban, ugyanakkor előnyös, hogy az egész rendezvény anyagi jellegű kontrollját sokkal inkább centrali-zálták. Ez azért jó, mert az EADV-ben a korábbi rendezvények utó-elszámolása körül rengeteg differencia van. Ez a mostani, fiskáli-sabb szerkezet rajtunk fog először tesztelődni, melyet előnyösnek tart Professor Úr. Bizonyos változások még vannak. Egyetlen szem-élyi változásról számol be: Stingl Professor nem vállalta a plená-ris előadást, mert az S.I.D amerikai konferenciájára fog menni, helyette Krich Professor Úr lett felkérve, aki ezt el is vállalta. Ezt az EADV vezetősége is elfogadta.

A kongresszus személyes vonzatait a vezetőség tagja valószínűleg sejtji. Tisztelettel arra kéri a vezetőség tagjait, hogy tegyék fel kérdé-seiket, és fogadják el ezt időszakos beszámolóknak. A végső struktú-rát az is meghatározza, hogy hányan jelentkeznek, milyen témákat küldenek be többségben.

Prof. Dr. Kemény Lajos: A lunch session-ok tulajdonképpen azok lesznek, amit korábban workshopnak hívtak, de most adnak mellé egy dobozban ételt is.

Prof. Dr. Horváth Attila: Kéri a vezetőséget, hogy kézfeltartás-sal jelezze elfogadta-e beszámolóját a Spring Symposium szerződés-sével kapcsolatban.

A vezetőség a beszámolót egyhangúlag elfogadta.

2. napirendi pont: A 2004-es EADV Spring Symposium végleges programstruktúrájának ismertetése

Prof. Dr. Horváth Attila Elnök Úr javasolja ezzel a napirendi pont-tal kapcsolatban, hogy Kárpáti és Kemény Professorok dolgozzák át ezt a témát és minden vezetőségi tagot értesítsenek erről írásban. Megkéri Kárpáti Professor Asszonyt, hogy ismertesse nagy vona-lakban a tervezett programot.

Prof. Dr. Daróczy Judit megjegyzi, hogy nem tudja mi volt a tervezet ezzel a napirendi ponttal kapcsolatban. Többen is jelezték mellette, hogy ők sem tudják.

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta: Decemberben egy International Scientific Committee látogatott Magyarországra, hogy találkozzon a konferencia a „Local Scientific Committee”-jával. Ez a csoport elő-készítette a Spring Symposium a tudományos anyagát. Az eredeti program kibővült, strukturálisan kicsit átalakult, ahogy Professor Úr beszámolt róla.

Prof. Dr. Horváth Attila: az akkor megbeszélteket és a múlt hé-ten Brüsszelben kapott struktúrát még össze kell illeszteni, ezért mondta azt, hogy a helyi szervező bizottság elnöke és a kongresszus főtitkára állítsa össze, és ezt tárgyaljuk később.

Prof. Dr. Daróczy Judit: nem érti pontosan, hogy mit kell tár-gyalnia a vezetőségnek.

Prof. Dr. Kemény Lajos: az EADV 2004-es Spring Meetingjével kapcsolatban, a program struktúrájának kialakítását. Ez tulajdonké-pen nem az MDT hatásköre, csak beleszólási joga van az EADV ál-

tal javasoltakhoz. A program committee, mely a vezetőség tagjaiból áll, javaslatot tett a program struktúráját illetően. A helyi szervező bizottságnak a vezetőségi tagok felé leginkább tájékoztatási kötelezettsége van. Az EADV által propagált struktúrát nem tudjuk milyen mértékben lehet befolyásolni, sem azt hogy a program milyen tartalommal fog megtelni a későbbiekben. A döntés arról szól, hogy hány darab plenáris ülés legyen, párhuzamos szekciók legyenek-e, ebéd szekciók legyenek-e.

Prof. Dr. Hunyadi János: Úgy veszi észre, hogy a vezetőség jelentős részének nincsenek információi az előkészületekről. Az MDT és az EADV jelenleg alkuban van arról, hogy tartanak egy kongresszust. Az eldől, hogy hány napos lesz ez a kongresszus, az MDT elmondta, hogy milyen lehetőségei vannak szerinte. Az EADV is elmondta, hogy szerintük milyen lehetőségek vannak, mely némileg átstrukturálta a dolgokat. Egy párhuzamos beszédtema az, hogy hogyan legyen összeállítva ez a tudományos program, amely még nincs teljesen kikristályosodva. Ugyanakkor a főbb szempontokat már el lehet mondani, amely szerint, Magyarország, minden komoly és jól ismert bőrgyógyásza lehetőleg képviselje Magyarországot a kongresszuson. A szervező bizottság megpróbálta azokat a témákat beemlíteni, amelynek magyar reprezentánsai vannak.

Prof. Dr. Horváth Attila: az EADV gyakorlata az, hogy az előadókat az előző konferenciákon mért teljesítmény alapján ajánlják meg. A Münchenben és Prágában zajlott konferenciákon az előadókat osztályozták, melyről az EADV-nek listája van, és ennek alapján ajánlják az egyes témákhoz előadókat. A tárgyalás során annyit sikerült elérnünk, hogy jelentős magyar részvétel legyen. Elfogadták az MDT-nek azt a kérését is, (bár nem szívesen) hogy mindezt a kettős elnökségből az egyik magyar legyen.

3. napirendi pont: A Társulat 2002. évi pénzügyi mérlege Beszámoló az MDT 2002. évi gazdálkodásáról

Prof. Dr. Horváth Attila: Megkéri Kovács János pénztáros urat, hogy a kiosztott pénzügyi beszámolóhoz adjon szóbeli kiegészítést.

Dr. Kovács János: Elmondja, hogy a Nagygyűlésen a feszített program miatt nem volt idő részletesen megtárgyalni ezt a témát, melyet most fog ismertetni

Az ÁFA-mentes bevételek között szereplő kiállítási és rendezvényszervezési díj kongresszusokhoz, főleg a 2001-es nagygyűléshez kötődik, a 2002-es mikológiai kongresszus bevétele a Synergo Kft elszámolása alapján 200.000 Ft alatt volt.

A támogatások címszó alatt szereplő összeg gyakorlatilag a nemzetközi szervezetek tagságához nyújtott OM támogatást jelenti.

A költségek között szereplő mintegy 1.800.000 Ft-os tétel az internetes szolgáltatást, a honlap kialakításának és karbantartásának költségét, valamint a Szemle elektronikus formátumban történő megjelenését takarja gyakorlatilag.

Az egyéb költségek alá tartoznak az 50.000 Ft alatti tárgyi eszközök. A reprezentációs költségek javarészt a kongresszusok alatt szervezett VIP ebédek, vacsorák költségét jelentik.

Külföldi tagdíj címen került az elszámolásba társulatunk EADV, ILDS, ESDR tagsági díja, ezek részben több évre szólnak, így a 2002-es évben jelentettek nagyobb terhet.

Egyéb kiadások alatt szerepel az MDT tagjainak kongresszusi támogatása, melyet utólagos elszámolás alapján nyújtunk a Vezetőség által meghatározott mérték szerint, 2002-ben a feltüntetett mintegy 1.850.000 Ft-os összeg javarészt a DUDG augusztusi rendezvényén résztvevők költségei nagy részét fedezte részben Düsseldorfban.

A jelenleg felállított mérleg alapján a 2002-es év eredménye **1.881.412 Ft**, ebből még nem került levonásra a nyereség adója, illetve még az éves beszámoló benyújtásáig felmerülhetnek a tavalyi évet terhelő költségtételek is. Az MDT 2002-es Nagygyűlését információim szerint várhatóan 3-4 millió forintos nyereséggel zártuk, ennek realizálása még nem történt meg.

Társulatunk könyvelésének naplófőkönyvi kivonatát, illetve az összes gazdasági eseményt egyenként tartalmazó listát, valamint bankszámlánk összes kivonatát igény szerint bármely tagtársunknak rendelkezésére tudom bocsátani betekintés céljából.

Dr. Juhász István: Az Internet költségei között egy nagyobb tétel a 2001-es esztendőről húzódott át 2002-re. Ezért ekkora a 2002. évi internetes költség.

Prof. Dr. Horváth Attila: Kérdezi a jelenlévőket, hogy a pénzügyekkel kapcsolatosan van-e valakinek hozzászólása, észrevétele. Nincs senkinek hozzászólása, megkéri a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzék, elfogadják-e a 2002. évi pénzügyi beszámolót? A vezetőség a beszámolót egyhangúlag elfogadta.

4. napirendi pont:

A Társulat 2003. évi költségvetésének elfogadása Az MDT 2003. évi költségvetési terve

Dr. Kovács János: Ismerteti a 2003. évi költségvetési tervezetet, melyet az előző évi beszámoló struktúrájának megfelelően próbált összeállítani.

A 2003-as tervezett eredményünk tehát mintegy 3.100.000 Ft.

Megjegyzendő, hogy az ez évi költségvetés tervezésénél az elszámolásba beállított adatok javarészt csak becslésen alapulnak, ugyanis a kevés jól kalkulálható tétel mellett sok váratlan kiadás adódhat, és bevételeink is részben bizonytalanok, emellett váratlan események is felboríthatják az MDT –egyébként taglétszámához képest alacsony főösszegű- mérlegét.

A hirdetési és kongresszusi bevételek, valamint támogatások tervezése nagyrészt a 2002-es adatok alapján történt, ezekben nem várható drámai változás.

A befolyó tagdíjak becslése már nehezebb feladat, amennyiben a rossz fizetési fegyelem változik, és hamarosan postázandó felszólításunkra a tagok befizetik hátralékaikat, akkor az idei emelt összeggel kalkulálva összesen mintegy 3.866.000 Ft bevételre számíthatnánk, az óvatosság elve alapján a tervben csak 3.000.000 Ft-tal számolunk.

Társulatunk gazdálkodásának bevételi oldalán növekményt a tagdíjfizetés szigorúbb ellenőrzésével és a mulasztás szankcionálásával, valamint a hirdetések és kongresszusok bevételének növelésével érhetnénk el, ami a társulati image javításával, és kiemelt szponzori szerződések kötésével valósulhatna meg leginkább.

A kiadási oldalon a munkabérek és járulékaik nagyjából az előző év szintjén kerültek be a táblázatba.

Célszerű volna, illetve kötelező is lesz hamarosan a kettős könyvvitelre való áttérésünk, ami egyébként a gazdálkodás átláthatóságát segíti, és az analitikus nyilvántartások precíz vezetésével az egyes gazdasági események is jól követhetők. Előbbiek miatt a könyvelésre célszerű lenne nagyobb összeget szánni, elkerülendő az eddigiekben talán motiválatlanság miatt a Társulatot ért közvetlen (pl. ÁFA-befizetés elmulasztása miatti bírság) és közvetett károkat.

Az Internet várható költsége, hasonló lesz a tavalyihoz, mert az EADV vissza fog téríteni valamennyit.

A nyomdai költségek nagysága is valószínűleg az előző évihez lesz hasonló, a szerkesztők és szerzők tiszteletdíja a mindenkori nettó bevétellel arányos.

Az egyéb költségek felbecsülése szintén nehézkes, ezért esetleg hibákat tartalmazhat, ezen felül a külföldi tagdíjak, valamint a kongresszusi támogatások összegének nagysága vezetőségi döntésektől függően is variálódhat.

Összességében a Magyar Dermatológiai Társulat taglétszámához és az általa ellátott széleskörű, komplex feladatrendszerhez képest szűkös gazdasági keretek között látja el tevékenységét, ezért kiadásainak racionalizálása is fontos lenne a bevételek növelése mellett.

A különféle címeken kifizetett támogatások rendszerének revíziója és egységsítése lenne szükséges, ami a költségstruktúra átláthatatlanságán változtatna, ezen kívül a törvényi előírásoknak is jobban megfelelné.

Dr. Baló J. Mátyás: Kérdezi, hogy a Fekete Zoltán Alapítványnak lesz-e valamilyen szerepe a 2003-as költségvetésben, tud-e valamivel hozzájárulni a tudományos díjakon kívül. Lesz-e a tavalyi düsseldorfi utazáshoz hasonló kirándulás, melyet támogatni kellene, mert az Alapítvány szívesen nyújtana támogatást.

Prof. Dr. Kemény Lajos: A DDG-nek májusban lesz kongresszusa Berlinben.

Prof. Dr. Farkas Beatrix: Eredetileg úgy volt, hogy az előadóknak a részvételi díját nem támogatják, tehát azt az előadóknak kellett volna előteremteni valahogyan. De egy tegnapi e-mail szerint az

első szerző, tehát aki előadja a tudományos előadást, annak a részvételi díját a németek fedezik, adnak egy 250 euro-s támogatást. Úgy véli föl fog merülni további támogatási igény.

Prof. Dr. Kemény Lajos: Nagyon fontos, hogy mindenkinek be kell regisztrálni a kongresszusra.

Prof. Dr. Horváth Attila: Látható, hogy ezen a kongresszuson is érvényesül az a nemzetközi trend, miszerint nem fizetnek senkinek semmit, ez vonatkozik az EADV-re is. Ismerteti a MOTESZ-től megkapott elszámolást a Nagygyűlésről. Elkérte a számlákat is, és az elszámolást a számlákkal egyeztetette. Egyetlen tételt kifogásolt az elszámolásban, az egyenruha költségét, melyet, úgy érzi, mégis el kell fogadnia a vezetőségnek. Azért kell ezt elfogadni, mert Professor Úr kérése volt az egyenruha. Javasolja, hogy ezt fogadja el a vezetőség. Ennek alapján a 7.028.000,- Ft-os eredmény fele, 3.014.000,- Ft illeti meg az MDT-t. Amennyiben a vezetőség ezt elfogadja, úgy aláírja a szerződést.

Az elszámolást a vezetőség egyhangú igen szavazattal elfogadta.

Dr. Juhász István: Az EADV Spring Symposium kapcsán jó lenne a honlap angol nyelvű kiegészítését megoldani. Jó lenne, ha olvasható lenne az alapszabály, az általános ismertető, a történeti részek fordítása, mely kb. 250.000,-Ft-ba, lektorálva kb. 350.000,- Ft-ba kerülne.

Az angol nyelvű honlap elkészítését a vezetőség egyhangúan megszavazta.

Prof. Dr. Hunyadi János: Vigyázzunk arra, hogy ne legyen olyan fordítást kapjunk, amely nem használható.

Prof. Dr. Husz Sándor: Úgy érzi, hogy a 100.000,- Ft-os lektorálási díj nem annyira nagy összeg, érdemes lenne megfontolni.

Prof. Dr. Daróczy Judit Professzornő: Szeretném, ha az MDT honlapjáról egy kattintással át lehetne menni a nyírok ödéma honlapjára.

Dr. Juhász István: Ez természetes. Egyúttal kérem arra, hogyha valamelyik egyetemnek, vagy osztálynak honlapja van, szóljon, hogy az MDT honlapjáról egy kattintással el lehessen jutni oda.

Prof. Dr. Horváth Attila: Kérdezi, hogy a vezetőség elfogadja-e az előterjesztett költségvetési tervet?

A vezetőség egyhangúlag igennel szavazott.

5. napirendi pont: Tagnyilvántartás revíziója, tagdíjfizetések helyzete, új nyilvántartási rendszer bevezetése

Prof. Dr. Horváth Attila: Az MDT társulati tagság a következő előnyökkel jár: kapják a Szemlélt a tagok, kedvezményesen regisztrálhatnak hazai rendezvényeken, a tavalyi évben pedig kedvezményesen regisztrálhattak külföldi rendezvényekre is. Cél, hogy az elmaradt tagdíjakat a lehetőségekhez mérten beszedje a Társulat, és egy áttekinthető, egyszerű rendszerrel lehessen a tagságból eredő előnyökkel élni. Mivel a Társulatunk közhasznú társaság alakul, ez egy remek alkalom, hogy megújítsák a tagok a tagfelvételi kérelmeket, adatokat pontosítsuk (nyugdíjasok, rezidensek, aktív kollégák). Az az elképzelésünk, hogy egy tagsági kártyát kapjon minden MDT tag, aki befizette a tagdíjat, ehhez társulna egy regisztrációs szám is, mely megkönnyítené a nyilvántartást. Ennek segítségével könnyebben tudnánk követni a nyugdíjasok, aktív tagok és rezidensek arányát. Vannak kollégák akik 1997. óta nem fizetnek tagdíjat. Sajnos az is előfordul, hogy a kollégák befizették a tagdíjat, de a nyilvántartás szerint, hogy nem fizettek tagdíjat. Ez is indokolja a nyilvántartási rendszer megújítását.

Dr. Simon Gyula: Ennek az oka, hogy nagyon sokszor kapunk olyan csekket, amelyen egy adott vállalkozás szerepel feladóként, és nem jelölik rajta, hogy kinek a tagdíját fizetik be. Egy vállalkozást nem tudunk tagnak nyilvánítani, annak ellenére, hogy az összeg beérkezik. Ilyen esetekben a csekken azt is fel kellene tüntetni, hogy kinek a tagdíját fizetik. Sokan mondják, hogy befizették az adott évi tagdíjat, csak azt nem veszik figyelembe, hogy előtte évekig elmaradása volt, így a befizetett tagdíj gyakorlatilag a hátralék fizetése.

Prof. Dr. Horváth Attila: Ezt a Simon Tanár Úr által említett problémát szeretnénk megoldani, ezt a célt szolgálja az új adatlap a vállalkozás (szponzor) nevének feltüntetése, mely alapján beazonosítható, hogy adott vállalkozáshoz ki tartozik. Szeretném kérni, ha ezzel kapcsolatosan a véleményüket elmondanák.

Dr. Juhász István: A rendszernek vannak bizonyos buktatói, a

befizetések Budapestre érkeznek az itteni OTP-n keresztül, egy manuálisan vezetett nyilvántartásba, amelyik utána egy vidéki centrumban egy számítógépes nyilvántartásba kerül. Az egyik leglényesebb kérdés az az évi tagdíjak beszedése. Ez könnyű azoknál, akik a tavalyi tagdíjat befizették, ugyanis az az évi első Szemlével megkapják a csekket. Azok egy fizetési felszólítást fognak kapni, akiknek elmaradásuk van.

Prof. Dr. Horváth Attila: A Főtitkár Úrral ezen egy kicsit összevesszünk, ugyanis Ő egy rendkívül udvarias ember, és meggyőző, hogy írjunk egy udvarias felszólítást az Ő elképzelése szerint.

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta: Jó lenne, ha lenne egy nyugdíjas kategória is, ugyanis a nyugdíjasok sokszor rosszul kapják a tagdíjat, és ez sokuknak rosszul esik.

Dr. Juhász István: Természetesen most is van ilyen kategória. Abban az esetben pedig, ha egy nyugdíjas aktív tagoknak szóló fizetési felszólítást kap, módjában áll visszajelezni, hogy nem jól kapta a csekket. Sokan vannak, akik időközben nyugdíjba mentek, ezt csak akkor tudjuk meg, ha szólnak.

Prof. Dr. Horváth Attila: Meg kellene beszélnünk, hogy a hátralékok beszedésénél meddig menjünk el. Nagyon fontos lenne, hogy megfelelő adatbankunk legyen.

Dr. Simon Gyula: Tudatosítani kellene a tagokkal, hogy milyen hátrányai vannak annak, ha eddig nem fizetett tagdíjat. Érdemes lenne azon elgondolkodni, hogy lenne egy egyszerű regisztrációs költség, melyet mindenki megfizet akkor, amikor belép a Társulatba, és ha tagsága elveszti kontinuitását, akkor, hogy ismét taggá váljon ezt a regisztrációs költséget is fizetnie kellene az elmaradt tagdíjak mellett.

Prof. Dr. Dobozy Attila: Nem tartja jó ötletnek, ugyanis a belépők nagy része rezidens, azaz pályakezdő, felesleges még inkább megnehezíteni a dolgukat.

Prof. Dr. Hunyadi János: Javasolnám, hogy a tagdíjfizetésre szólító levelek mellé, ne küldjön a Társulat csekket, ugyanis nem minden esetben jöjjel a követelés. Fel kell vállalnia a Társulatnak, hogy a nyilvántartása nem megfelelő. Vigyázni kell arra, hogy a felszólítások miatt nehezebben elvonják a tagokat a Társulat, ugyanis ez magával vonhatja azt, hogy a hirdető más laphoz csatlakoznak, amelynek nagyobb az olvasóközönsége.

Prof. Dr. Dobozy Attila: Mindenben egyetért Hunyadi Professor Úrral, és mivel a Társulat most vált közhasznú társulattá, hagnyi kellene a hátralékokat.

Prof. Dr. Horváth Attila: A többség véleménye alapján nagyon udvariasak maradunk, ez egy kiváló alkalom lesz arra, hogy a nyilvántartásunk adatait felfrissítsük. Úgy gondolom, ha valaki esetleg emiatt a felszólítás miatt nem akar a Társulatunk tagja maradni, akkor az nem is olyan nagy baj. Kérem a hozzájárulásukat, hogy a nyilvántartáshoz szükséges adatlapot megcsináljuk, és a tagsági kártyát elkészítsük. A tagnyilvántartást folyamatosan újítani kell.

A vezetőség egyhangúlag megszavazta a nyilvántartási rendszer megújítását.

6. napirendi pont: Az MDT alapszabályának ügye

Prof. Dr. Horváth Attila: A Fővárosi Bíróságról visszaérkezett a decemberben elfogadott és januárban benyújtott módosított alapszabály az észrevételekkel kiegészítve. Úgy látom, hogy a kifogások egyfajta törvényi értelmezés miatt születtek. Ezek az észrevételek számban meglehetősen nagyok, jelentőségben egy-két kivételtől eltekintve nem igazán. Ezek elfogadására újabb közgyűlésre lesz szükség, melynek megrendezésére kiváló alkalom lenne a szponori Kozmetológiai Kongresszus. A részleteket Főtitkár Úr ismerteti.

Dr. Juhász István: a Fővárosi Bíróságon átkerült az alapszabály egy új Bíróhoz, aki 26 ponton nem fogadta el az alapszabályt. A 26 pontból 24 ponton gyakorlatilag a korábbi megfogalmazás átfogalmazása történt. Bizonyos fajta megfogalmazáshoz ragaszkodott a Bíró Úr. Két ponton van lényegi eltérés. Egyrészt a költségvetési terv elkészítése hiányzott az alapszabályból, melyet pótolnunk kell a következő közgyűlésen, a másik lényegi észrevétel pedig a leköszönő elnök és leköszönő főtitkár címre vonatkozik, ugyanis az Egyesületi törvény a közhasznú társaságok vezetőségében csak választott tagokat engedélyez. A vezetőség annyit tehet, hogy ezt a kontinui-

tást másképpen fogalmazzuk meg, például a leköszönő tisztségviselők tanácskozási joggal van jelen a vezetőségi üléseken, amennyiben a következő ciklusban nem kerülnek alanyi jogon a vezetőségbe.

Prof. Dr. Horváth Attila: Véleménye az, hogy ez a korlátozás előkészületek során kiderülhetett volna.

Prof. Dr. Dobozy Attila: Milyen következménye van annak, ha úgy kerül bele az alapszabályba, ahogyan a korábbi alapszabály fogalmaz.

Dr. Juhász István: Nem jegyzi be a Társulatot, nincs aláírási jog, törvénytelen a tevékenysége. Kérdés az, hogy van-e jelentősége a Társulat számára annak, hogy pl. most Hunyadi Professzor Úr leköszönő elnökként van jelen, vagy a vezetőség választott tagjaként. A vezetőség tagja csak választott tag lehet.

Prof. Dr. Horváth Attila: Van jelentősége, mert a Hunyadi Professzor Úr által aláírt szerződések egy része már nem az Ő elnöksége alatt valósult meg.

Prof. Dr. Hunyadi János: Ez a rendszer biztosítja azt, hogy a most tervezett kongresszusok olyan formában fognak létrejönni, amellyel a következő elnök egyetért.

Prof. Dr. Baló J. Máttyás: Megoldás lehetne, ha a vezetőség létszáma megnőne.

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta úgy érzi, hogy az Ügyvédi Iroda hozzáértését megkérdőjelezi, hogy ezt az alapszabályt 26 hibával készítették el. Érdemes lenne megkérdezni egy olyan ügyvédet, aki 0 hibával csinálja meg.

Prof. Dr. Hunyadi János: Ezek nem valódi hibák, látható, hogy sok helyen a társulat szó van kijavítva szervezetre.

Dr. Juhász István: Biztosíthatom Kárpáti Doktornőt, hogy az Iroda a társasági jog területén is kiemelkedően járatos.

Prof. Dr. Horváth Attila: Ezek a fogalmazási változtatások lényegtelenek, fontos a vezetőségi struktúra kérdése. Felkéri Főtitkár Urat, hogy konzultáljon az Ügyvéddel, ha egyéb változtatások nem lehetségesek, akkor ebben a módosított formában kell az alapszabályt a közgyűlés elé tární.

Prof. Dr. Farkas Beatrix: Szerinte a jogi dolgokat a bírónak és az ügyvédre kellene hagyni, a vezetőség tagjai nem jogászok.

Dr. Juhász István: A közgyűlés a soproni Kozmetológiai Kongresszus ideje alatt lesz. Erről mindenki értesítést fog kapni. A 30 napos határidő meghosszabbítását kérvényezi Ügyvédnő a Fővárosi Bíróságnál.

A vezetőség egyhangúlag elfogadta a módosított alapszabályt.

7. napirendi pont:

A 2003. évi Nagygyűlés betegbemutatóinak formai követelményei

Prof. Dr. Horváth Attila: A pontszerzéshez a tematikát leadta határidőre Professzor Úr. 14-16 előadásra lesz szükség. Az előadások címét és az előadók nevét Főtitkár Úrhoz kell majd küldeni. Kérdés, hogy legyen-e a Nagygyűlésnek fő témája, és ha igen mi legyen. Várom javaslatukat. A vezetőség határozata alapján a Nagygyűlésnek nem lesz fő témája. A Nagygyűlésre az előadásokat úgy kellene kiválasztani, hogy azok a 2004-es Spring Symposiumon előadhatóak legyenek. Kérdés, hogy nem késő-e a decemberi kiválasztás.

Prof. Dr. Hunyadi János: Abban az esetben nem késő, ha a decemberi Nagygyűlésre azok az előadások teljesen készen vannak, angolul és magyarul is. A határidőt meghosszabbították januárra.

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta: Javasolja, hogy Marschalkó docens Asszony kezdje el összegyűjteni, előzetesen a kollégák által beküldött eseteket. Rendezhetne a Társulat egy ülést előzetesen, melyen ki lehetne választani az előadásokat.

Prof. Dr. Horváth Attila: Lehet-e ezt a szegedi Vándorgyűlést megrendezni? Javasolom, hogy azokat az eseteket, melyeket a kollégák, az intézetek külön is szeretnének az EADV rendezvényen bemutatni, azokat jelentsék be a Vándorgyűlésen, ahol ezt a vezetőség tagjai tudják zsűrizni. Itt még hagyományos betegbemutató lenne, melyből kiemelné a zsűri azokat, melyek a Spring Symposiumon kerülnének bemutatásra. Addig ezeken az eseteken még lehet dolgozni, az esetleges hiányos leleteket beszerezni, lehetne fotót készíteni.

A vezetőség a javaslatot egyhangúlag elfogadta.

8. napirendi pont:

Állásfoglalás az ISD affiliovál kapcsolatos felkérésére adandó válaszlól

Dr. Juhász István: Újabb affiliovál lehetőség előtt áll a Társulat. A felkérés eredetileg Kemény Professzor Úrhoz érkezett, melyben az ISD-hez történő affiliovál-ról esik szó. Ennek kapcsán a Dermatologic Therapy nevű újság is járna a tagoknak. Az újság megszerzésének több lehetősége lenne. Az újság terjesztésének egyik lehetősége az, hogy az újságot azok az MDT tagok rendelhetnék meg, akik egyébként EADV tagok. Ez 55-60 USD közötti összegbe kerülne, attól függően, hogy internetes, vagy hard copy változatot rendelnének meg. A másik lehetőség, hogy minden MDT tag jelentős árkedvezménnyel megrendelhetné az újságot az affiliovál fejében. A Derm. Therapy című újság Blackwell kiadványa, nívós, színvonalas újság, még sincs realitása annak, hogy minden MDT tagnak a Szemle mellett járjon.

Prof. Dr. Kemény Lajos: Szerinte a Társulat nem áll olyan jól, hogy ezt kifizesse, de ha mégis lenne rá pénz, szerinte akkor s felesleges, hogy minden tagnak járjon.

Prof. Dr. Horváth Attila: Az a háttérre ennek a dolognak, hogy akik az EADV-ből kiszorultak az új szemlélet miatt, azok most ebben az új irányba próbálnak elmozdulni.

A vezetőség döntése alapján, a Társulat nem csatlakozik az ISD-hez.

9. napirendi pont: Egyebek

Prof. Dr. Baló J. Máttyás: A Fekete Zoltán Alapítvány kuratóriumának tagsága lecsökkent. A kuratóriumi ülések helyszíne a Magyar Honvédség Közművelődési Háza szokott lenni. Az intézet igazgatója Gulácsi Attila Ezredes Úr rendszeresen rész szokott venni ezeken az üléseken. Felvetődött a lehetősége annak, hogy az Ezredes Úr kerüljön a megüresedő kuratóriumi helyre, melyet a kuratórium egyhangúlag megszavazott. Ismerteti az Ezredes Úr önéletrajzát. A nem bőrgyógyász kuratóriumi tag jelöltekéről az MDT vezetőségének kell döntenie. Egy nem szavazattal a vezetőség elfogadta a javaslatot.

Prof. Dr. Hunyadi János: Március 27-28-29-én Sopronban kerül megrendezésre a IV. Kozmetológiai Kongresszus. Szervező iroda a MOTESZ lesz. Szeretettel várnak mindenkit a kongresszust. Az aktuális probléma az ageing lesz.

Prof. Dr. Horváth Attila: Az előzetes tárgyalások során elmondta, hogy legyen legalább önfenntartó ez a kongresszus, mert a Társulat ehhez nem tud pénzt adni. Kérdezi, hogy van-e egyéb bejelenteni valója, kérdése valakinek.

Dr. Oláh Judit: Az Európai Dermato-onkológiai Társulat részéről már korábban felvetődött az az igény, hogy az dermato-onkológiai szekció csatlakozzon a szervezethez. A csatlakozásra a madridi konferencián kerülhetne sor. Tagdíj jelenleg nincs. Szakmai szempontból fontos lenne, ha a szekció csatlakozhatna.

Prof. Dr. Horváth Attila: Személy szerint támogatja a döntést. Kérdezi a vezetőséget, hogy megszavazza-e. A vezetőség egyhangúlag támogatta a csatlakozást. Kéri az Elnök Asszonyt, hogy menetközben tájékoztassa a vezetőséget.

Dr. Oláh Judit: Szegeden rendezik meg novemberben a Magyar Onkológus Társaság Nagygyűlését, melyen az Elnök és a Főtitkár Úr szeretne egy onko-dermatológiai szekciót is rendezni. Ennek a szervezéséhez kéri a vezetőség támogatását. Megkapta.

Prof. Dr. Dobozy Attila: Bejelenti, hogy április 7-12 között kerül megrendezésre a II. Szegedi Továbbképző hét.

Prof. Dr. Farkas Beatrix: Kéri a vezetőség támogató segítségét a 2004-es DUDG ülésre, ekkor szeretnének megünnepelni a Pécsi Bőr-klinika 80 éves évfordulóját.

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta: A Hagyományörző Szekció összeült néhány nappal ezelőtt, ahol az a döntés született, hogy szükség lesz egy hagyományörző szakcsoport ülésre, tekintve, hogy elnökváltás következik. Ezen az ülésen felvetődött egy ehhez kapcsolódó nyug-

díjas klub létrehozása, ahol összejöhetnek a nyugdíjas bőrgyógyászok. Két téma merült föl: Török Lajos Professzor Úrra emlékeznének, bár nincs semmilyen évfordulója, és egy Rothman emlékülés is lenne, melybe a fiatalokat is belevonnák.

Prof. Dr. Baló J. Mátás: Az MSKT vezetősége megújult, ügyvezető elnök lett Sugár István Tanár Úr, társelnök lett Hunyadi Professzor Úr. Az MSKT 2003. október 18-20. között tartja szokásos évi ülését.

Prof. Dr. Horváth Attila: A Schering Plough és a Roche is egy napos onkológiai üléseket terveznek. Javasolja Főtitkár Úrnak, hogy

minden tagnak a fizetési felszólításhoz mellékeljenek egy kongresszusi naptárat. Kéri a jelenlévőket, hogy a hazai rendezvényeket küldjék el a Főtitkár Úrnak, hogy bekerülhessen a Szemlébe, a kongresszusi naptárba, illetve felkerülhessen a honlapra. Kéri Dobozy Professzor Urat, hogy Szegeden biztosítson lehetőséget egy rövid vezetőségi ülésre. Megköszöni a vezetőség részvételét, az ülést bezárra.

Dr. Juhász István
Főtitkár

Jegyzőkönyv

A Magyar Dermatológiai Társulat 2003. március 27-én tartott közgyűléséről Helyszín: Sopron, Hotel Szieszta

Jelenlévők: 71 fő

Napirendi pontok:

1. A Társulat 2002-es évi zárszámadásának elfogadása
2. A 2003. évi költségvetési tervezet elfogadása.
3. A Felügyelő Bizottság tagjainak megválasztása.
4. Az MDT alapszabályának módosítása, a módosítás alapján az új egységes alapszabály elfogadása.

Prof. Dr. Horváth Attila: Köszöntöm a megjelenteket. Kérem Önöket, hogy válasszuk meg a jegyzőkönyvvezetőt és két jegyzőkönyv hitelesítőt. Jegyzőkönyv vezetőnek Tóth Andreát javaslom. Kérem, hogy aki egyetért ezzel, tartsa fel a karját. Megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag megszavazták. Jegyzőkönyv hitelesítőnek ja-

vaslom egyrészt Dr. Holló Pétert, másrészt jegyzőkönyv hitelesítőnek Dr. Erdei Irént. Kérem, hogy aki egyetért ezzel, tartsa fel a karját. Megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag megszavazták a két jegyzőkönyv hitelesítő személyét. Társulatunknak jelenleg 741 tagja van. Ahhoz, hogy a mai közgyűlés határozatképes legyen a tagok 50%-ának+1 főnek, azaz 372 főnek kellene most megjelenni. A jelenléti ívek alapján 71 fő jelent meg a mai közgyűlésen. Megállapítom, hogy a közgyűlés nem határozatképes. A közgyűlést holnap, 2003. március 28-án újból összehívom. Köszönöm a most megjelenteknek a részvételt, várom Önöket a holnapi közgyűlésen is.

Sopron, 2003. március 27.

Dr. Juhász István
Főtitkár

Jegyzőkönyv

A Magyar Dermatológiai Társulat 2003. március 28-án tartott közgyűléséről Helyszín: Sopron, Hotel Szieszta

Jelenlévők: 58 fő

Napirendi pontok:

1. A Társulat 2002-es évi zárszámadásának elfogadása
2. A 2003. évi költségvetési tervezet elfogadása.
3. A Felügyelő Bizottság tagjainak megválasztása.
4. Az MDT alapszabályának módosítása, a módosítás alapján az új egységes alapszabály elfogadása.

Prof. Dr. Horváth Attila: Köszöntöm a megjelenteket. Szeretném elmondani, hogy a tegnapi, 2003. március 27-i közgyűlés határozatképtelen volt, ezért ma, változatlan napirendi pontokkal megismételjük a közgyűlést, mely a megjelentek számától függetlenül határozatképes. Mindenekelőtt meg kell választanunk a jegyzőkönyvvezetőt és két jegyzőkönyv hitelesítőt. Jegyzőkönyv vezetőnek javaslom Tóth Andreát, az MDT titkárját, neki egyébként is ez a feladata. Kérem, hogy aki egyetért ezzel, tartsa fel a karját. Megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag megszavazták. Jegyzőkönyv hitelesítőnek javaslom Dr. Holló Pétert. Kérem, hogy aki egyetért ezzel, tartsa fel a karját. Megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag megszavazták. Másik jegyzőkönyv hitelesítőnek Dr. Erdei Irén adjunktusnőt javaslom. Kérem, hogy aki egyetért ezzel, tartsa fel a karját. Megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag megszavazták.

A következő fontos kötelezettségünk a felügyelő bizottsági tagok megválasztása lesz, ezt decemberben elmulasztottuk. Az elnököt megválasztottuk, most pedig pótlólag két taggal ki kell ezt a bizottságot egészíteni. Nekünk két javaslatunk van: Dr. Remenyik Éva és Dr. Wikonkál Norbert. Kérem a jelenlévőket, hogy akik további személyekre szeretnének javaslatot tenni, azok most jelezzék, ezt megszavaztatjuk, utána pedig elkészíthetjük a szavazó listát. Kérdezem a jelenlévőket, hogy egyetértenek-e Dr. Remenyik Éva felügyelő bizottsági taggá jelölésével? Megállapítom, hogy egy tartózkodás, a

többi igen szavazat, így felkerül a jelöltek listájára. Kérdezem a jelenlévőket, hogy egyetértnek-e Dr. Wikonkál Norbert felügyelő bizottsági taggá jelölésével? Megállapítom, hogy egyhangú igen szavazattal szintén felkerült a jelölő listára. Most kérném a javaslatokat a további jelöltekre.

Prof. Dr. Hunyadi János: Szeretném, ha a többi Klinikáról is lennének tagok. A szegedi Klinikáról Dr. Varga Erikát javaslom.

Prof. Dr. Horváth Attila: Bár Dr. Varga Erika jelenleg nincs itt, ez nem zárja ki a jelölését. Kérem, hogy aki Dr. Varga Erika jelölésével egyetért, tartsa fel a kezét. Megállapítom, hogy egyhangú igen szavazattal Dr. Varga Erika felkerült a jelöltek listájára. Kérdezem, hogy van-e javaslata a jelenlévőknek a pécsi Klinikáról. Megállapítom, hogy nincs több javaslat.

Most pedig Dr. Kovács János kollégánk fogja ismertetni a 2002-es év pénzügyi beszámolóját, illetve a 2003-as év költségvetési tervezetét.

1. napirendi pont:

A Társulat 2002-es évi zárszámadásának elfogadása

Dr. Kovács János: Tisztelt Elnök Úr, Főtitkár Úr, tisztelt Közgyűlés. Először szeretném ismertetni beszámolómat az MDT 2002. évi gazdálkodásáról. Az első táblázatban a könyvelésben szereplő bevételek részletes felsorolása, melynek legnagyobb részét a hirdetési bevételek tették ki, melyet a Szemle kiadásával nyert a Társulat. Az MDT taglistáját egyszeri alkalommal, a vezetőség jóváhagyásával értékesítettük, mely 150.000,- Ft bevételt jelentett.

Az ÁFA-mentes bevételek között szereplő kiállítási és rendezvény szervezési díj kongresszusokhoz, főleg a 2001-es nagygyűléshez kötődik, a 2002-es mikológiai kongresszus bevétele a Synergo Kft elszámolása alapján 200.000 Ft alatt volt.

A támogatások címszó alatt szereplő összeg gyakorlatilag a nemzeti szervezettek tagságához nyújtott OM támogatást jelenti.

A költségek között szereplő mintegy 1.800.000 Ft-os tétel gyakorlatilag az internetes szolgáltatás, egyszeri nagyobb átutalás és rendszeres karbantartás (honlap) költségét és a Szemle on-line történő 2 havonkénti megjelenését takarja.

Az egyéb költségek alá tartoznak az 50.000 Ft alatti tárgyi eszközök, valamint tisztítószerek, irodaszerek, nyomtatvány költségek.

A reprezentációs költségek javarészt a kongresszusok alatt szervezett VIP ebédek, vacsorák költségét jelentik.

Külföldi tagdíj címen került az elszámolásba társulatunk EADV, ILDS, ESDR tagsági díja, ezek részben több évre szólnak, viszont a 2002-es évben jelentettek nagyobb terhet.

Egyéb kiadások alatt szerepel az MDT tagjainak kongresszusi támogatása, melyet utólagos elszámolás alapján nyújtunk a Vezetőség által meghatározott mérték szerint, 2002-ben a jelölt mintegy 1.850.000 Ft-os összeg javarészt a DUDG augusztusi rendezvényén résztvevők költségeit fedezte részben Düsseldorfban.

A jelenleg felállított mérleg alapján a 2002-es év eredménye 1.881.412 Ft, ebből még nem került levonásra a nyereség adója, illetve még az éves beszámoló benyújtásáig felmerülhetnek a tavalyi évet terhelő költségtelek is. Az MDT 2002-es Nagygyűlését mintegy 3,5 millió forint nyereséggel zártuk, ennek realizálása időközben megtörtént.

Társulatunk könyvelésének naplófőkönyvi kivonatát, illetve az összes gazdasági eseményt egyenként tartalmazó listát, valamint bankszámlánk összes kivonatát igény szerint bármely tagtársunknak rendelkezésére tudom bocsátani betekintés céljából.

Prof. Dr. Horváth Attila: Kérdezem, hogy van-e valakinek észrevétele, kérdése az elhangzottakkal kapcsolatban?

Prof. Dr. Baló J. Mátyás: Látható az elszámolásból, hogy a szekciók is jól működnek. Azt szeretném megkérdezni, hogy a német-magyar szekció, melynek alelnöke lettem a múlt évben, miből származott a bevétel? Én úgy tudtam, hogy a német-magyar szekció teljesen egyáltalán áll, tehát a németek fizetnek mindent, illetve bizonyos alapítványi támogatás van ezekre a közös kiutazásokra.

Dr. Kovács János: Az alszámlák kérdése már régóta neuralgikus pont, a hozzáférés miatt is. Ezek az alszámlák jelentős mozgás nincsen, ez nem a valós helyzetet tükrözi, mert az MDT főszámláról megy mindenféle kongresszusnak a kifizetése, és a DUDG rendezvény támogatása is például.

Dr. Juhász István: Ezek az alszámlákra a korábbi kongresszusok, szakcsoportok, szekciók bevételeiből került pénz, és a szekció elnökök hozzájárulásával történtek kifizetések. Ez a főkönyvi állapot ezen kifizetések utáni állapotot jelzi. Közben szeretném elmondani a jelenlévőknek, hogy kiosztásra kerültek ezek a szavazólapok, az a kérésem, hogy mindenki kettő névhez igent, egyhez nemet tegyen. Tehát kettő tagot választunk a három névből. Visszaadom Elnök Úrnak a szót.

Prof. Dr. Horváth Attila: Megkérdezem Professzor urat, hogy elfogadja-e Főtitkár Úr válaszát.

Prof. Dr. Baló J. Mátyás: Igen elfogadom. Szeretném még elmondani azt, hogy ugyanezen a düsseldorfi ülésen választottuk meg Török Professzor Urat a szekció pénztárosának.

Prof. Dr. Horváth Attila: Kérdezem, hogy van-e még hozzászólása valakinek a 2002-es év pénzügyi beszámolójához? Megállapítom, hogy hozzászólás nincsen. Kérdezem a jelenlévőket, hogy elfogadják-e az elhangzott pénzügyi beszámolót. Megállapítom, hogy a 2002-es év pénzügyi beszámolóját a közgyűlés egyhangúlag elfogadta. Felkérem a Pénztáros Urat, hogy a 2003-as költségvetési tervezet terjessze a közgyűlés elé, röviden. A 2002. évi költségvetés részletes beszámolója megtekinthető az MDT pénztárosánál, Dr. Kovács Jánosnál, vagy az MDT titkárságán.

2. napirendi pont:

A 2003. évi költségvetési tervezet elfogadása

Dr. Kovács János: Az MDT 2003. évi költségvetési terve előtt ismertem az idén eddig történt eseményeket.

2003-as bevételek jelentősebb tételei:

> Szemle első számából (hirdetési díjak kb. fele érkezett be)

> befizetett tagdíjakból: 202 fő 1.010.000 Ft

> EADV tagdíj hozzájárulások: 88.000 Ft

> 2002. decemberi nagygyűlés MDT-t illető bevételhányada időközben beérkezett, de a bankszámla kivonat még nem áll rendelkezésre, ezért nem tartalmazza tételeken ez az elszámolás.

A 2003-as tervezett eredményünk mintegy 3.100.000 Ft.

Megjegyzendő, hogy az ez évi költségvetés tervezésénél az elszámolásba beállított adatok javarészt csak becslésen alapulnak, ugyanis a kevés jól kalkulálható tétel mellett sok váratlan kiadás adódhat, és bevételeink is részben bizonytalanok, emellett váratlan események is felboríthatják az MDT –egyébként taglétszámához képest alacsony főösszegű– mérlegét.

A hirdetési és kongresszusi bevételek, valamint támogatások tervezése nagyrészt a 2002-es adatok alapján történt, ezekben kis valószínűséggel áll be drámai változás.

A befolyó tagdíjak becslése már nehezebb feladat, amennyiben a rossz fizetési fegyelem változik, és tagjaink befizetik hátralékaikat, akkor az idej emelt összeggel kalkulálva összesen mintegy 3.866.000 Ft bevétellel számíthatnánk, az óvatosság elve alapján a tervben csak 3.000.000 Ft-tal számolunk.

A kiadási oldalon a munkabérek és járulékaik nagyjából az előző év szintjén kerültek be a táblázatba. Célzerű volna, illetve kötelező is lesz hamarosan a kettős könyvvitelre való áttérésünk, ami egyébként a gazdálkodás átláthatóságát segíti, és az analitikus nyilvántartások precíz vezetésével az egyes gazdasági események is jól követhetők. Előbbiek miatt a könyvelésre célszerű lenne nagyobb összeget szánni, elkertülendő az eddigiekben talán motiválatlanság miatt a Társulatot ért közvetlen (pl. ÁFA-befizetés elmulasztása miatti bírság) és közvetett károkat. A nyomdai költségek nagysága is az előző évihez lesz valószínűleg hasonló, a szerkesztők és szerzők függően is mindenkor nettó bevétellel arányos.

Az egyéb költségek felbecsülése szintén nehézkes, ezért esetleg hibákat tartalmazhat, ezen felül a külföldi tagdíjak, valamint a kongresszusi támogatások összegének nagysága vezetőségi döntésektől függően is variálódhat.

Összességében a Magyar Dermatológiai Társulat taglétszámához és az általa ellátott széleskörű, komplex feladatrendszerhez képest szűkös gazdasági keretek között látja el tevékenységét, ezért kiadásainak racionalizálása is fontos lenne a bevételek növelése mellett.

A különféle címeken kifizetett támogatások rendszerének revíziója és egységesítése lenne szükséges, ami a költségstruktúra átláthatatlanságán változtatna, ezen kívül a törvényi előírásoknak is jobban megfelelné.

Prof. Dr. Horváth Attila: Szeretném elmondani, hogy az elhangzott beszámolókat a vezetőség megtárgyalta és elfogadta. Kérdezném, hogy kívánnak-e kérdést intézni ezek ügyében? Amennyiben nincs kérdése senkinek, úgy kérem, hogy amennyiben elfogadják a 2003-as költségvetési tervezet, úgy tartsák fel kezüket. Megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag elfogadták a tervezetet. Köszönöm Dr. Kovács Jánosnak a beszámolókat. A 2003. évi költségvetési tervezet részletes beszámolója megtekinthető az MDT pénztárosánál, Dr. Kovács Jánosnál, vagy az MDT titkárságán.

4. napirendi pont:

Az MDT alapszabályának módosítása, a módosítás alapján az új egységes alapszabály elfogadása

Prof. Dr. Horváth Attila: A decemberbe elfogadott alapszabály néhány módosítását kérte tőlünk az eljáró bíróság. Ezek többnyire stilisztikai, többnyire fogalmi meghatározások. Felkérem Főtitkár Urat, hogy vezesse le ezt a részét az ülésnek, hiszen mindezeket meg kell szavazni, hogy leadhassuk a bíróságnak.

Dr. Juhász István: Ez az alapszabály valamennyiünk számára, akik ott voltak a decemberi Nagygyűlésen, ismerős lehet. Sajnos az így beadott egységes alapszabályt nem fogadta el a Fővárosi Bíróság. Így most ezeket a pontokat és a decemberben elfogadott pontokat is ismét el kell fogadtatni a közgyűléssel.

Határozat a szervezet közvetlen politikai függetlenségéről.

Dr. Juhász István: Ennek a szellemisége más megfogalmazásban benne van az alapszabályban, de ebben a formában ez így nem szerepelt. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A

jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Határozat a szervezet közhasznú szervezetként történő nyilvántartásba vétele tárgyában.

Dr. Juhász István: Az egyik legfontosabb pontja az alapszabály módosításnak a Társulat közhasznú társulatként történő további működésére vonatkozik. A közhasznúság a támogatások megszerzéséhez és hathatósabb felhasználásához nyújthat segítséget. Kérdezem a jelenlévőket, hogy elfogadják-e azt, hogy a Magyar Dermatológiai Társulat közhasznú szervezetté váljon. Kérem, hogy aki ezzel egyetért, tartsa fel a kezét. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a javaslatot egyhangúlag elfogadta a közgyűlés.

A társulat céljai megvalósítása érdekében az 1-27. pontban megjelölt tevékenység végzésére jogosult.

Dr. Juhász István: Ezzel a 27 ponttal részletesen megismerkedhettek decemberben. Társulat, céljainak megvalósulása érdekében egy 27 pontos listában feltüntetett tevékenység végzésére jogosult. Ezt a 27 pontot egyben megszavazhatjuk. Kérem, hogy aki a társulat ebben a feltüntetett sorrendben és megnevezésben céljaival egyetért, az kézfeltartásával jelezze. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

A társadalmi szervezet jogi jellegének meghatározása.

Dr. Juhász István: Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

A társadalmi szervezet, mint közhasznú szervezet tevékenységét nyilvánosan végzi.

Dr. Juhász István: E vonatkozásban szintén határozatot kell hoznunk. Szeretném elmondani, hogy ebben a részben arról van szó, hogy nyilvánosan működünk. Tevékenységünk minden részét, pályázatok hirdetését, kongresszusok hirdetését nyilvánosan meg kell hirdetni. Kérem ebben a tárgyban a szavazatot. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

Határozat a választhatóságról.

Dr. Juhász István: Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Határozat a tagsági viszony megszűnéséről.

Dr. Juhász István: Bár kizárásra eddig még nem volt példa, de ha a tagdíjfizetési fegyelem tovább lazul ez is bekövetkezhet. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

A már működő szekciók deklarálása és a szekciók létrehozásával kapcsolatos határozat meghozatala.

Dr. Juhász István: Az alapszabályból hiányzott a szekciókkal kapcsolatos rendelkezés. Az előző alapszabály ezt nagyon nagyvonalúan egy mondatral elintézte. Ezzel kapcsolatosan egy irányvonalat kívántunk itt bevezetni, amelyet esetleg egy későbbi alapszabály módosításon több körben átgondolva újra lehet gondolni, finomítani. Ebben a formában az került megfogalmazásra, hogy legyenek minősített vezetői, egy szekció megalakulásának bizonyos alapvető feltételei és a megszűnésének alapvető feltételei. Kérem, hogy a jelenlévők kézfeltartással szavazzanak a szekciókra vonatkozó szabályozásról, mely nem zárja ki újabb szekciók létrehozását. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

A közgyűlés kizárólagos hatáskörébe tartozó kérdések elfogadása, rögzítése.

Dr. Juhász István: A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Az alapszabály 12 pontban sorolja fel a közgyűlés hatásköreit. A korábbiaktól eltérően van négy új pont, a 7-es, 10-es, 11-es, 12-es,

melyekről most kell döntést hoznunk. Ezek a dolgok a közhasznúvá válás miatt szükségesek. Ha a közgyűlés úgy határozott volna, hogy nem válunk közhasznúvá, akkor ezek a pontok most nem következnének, de így a változáshoz ezt is abszolválunk kell. Mindezek után kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak. Itt egy egyszerű változás van, illetve egy új pontként az éves költségvetés megállapítását, mint közhasznú szervezettől megkövetelik. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e?

A vezetőség tagjainak megbízatása 3 évi időtartamra szól, e tárgykörben határozat hozatala.

Dr. Juhász István: Ez a kritérium egy ponton már benne volt a szövegben. Kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

A közgyűlés ülései nyilvánosak.

Dr. Juhász István: Ez eddig nem így volt, én javaslok a jelenlévőknek elfogadásra ezt a pontot. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Elnök, Főtitkár, Pénztáros nem viselhet más közhasznú szervezetben funkcióit.

Dr. Juhász István: Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

A közgyűlés ismételt összehívásáról.

Egyébként már ennek megfelelően mennek ki a meghívók. Ezért kérem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást fogadják el. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

A közgyűlés zárt ülés lehet, ha...

Dr. Juhász István: Ez új elem a törvényben is, ezért ezt mindenképpen bele kell foglalni az alapszabályba. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

A leköszönő tisztségviselők státuszának kérdése

Dr. Juhász István: Ez a leglényegesebb pont a változások közül. Az, hogy a leköszönő elnök, illetve Főtitkár automatikusan tagja legyen a vezetőségnek, ellentétes az egyesülési törvény szellemével. A vezetőség tagjai csak megválasztott képviselők lehetnek. A vezetőségi ülésen hosszas viták után beláttuk, hogy értelmetlen ezt tovább erőltetni. Tehát így az előző tisztségviselők meghívottként vehetnek részt a vezetőségi üléseken. Kérem, hogy ezt a kitételel így fogadjuk el. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Prof. Dr. Horváth Attila: Én szeretnék még ide egy mondatot mondani. A vezetőség azt mondta, hogy ha jó volt az az elnök, akkor ügyis megválasztják a vezetőségbe.

Dr. Juhász István: Az az elv, hogy a leköszönő tisztségviselők részt vesznek a Társulat munkájában, így is érvényesül, nem szenved csorbát a folyamatosság és a felelősség személyes vállalásának kérdése.

Határozat a vezetőség létszámáról.

Dr. Juhász István: A vezetőség létszámának 24 főben történő meghatározása már korábban is gyakorlat volt. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Felügyelő bizottság tagjai.

Dr. Juhász István: A közgyűlés választja a vezetőséggel azonos időtartamra. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Közhasznú szervezet funkcióinak kiegészítéséről határozat.

Dr. Juhász István: A Gruby emlékérem hiányzott a megfogalmazásból, bár egy másik ponton már szerepelt. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

A vezetőség üléseinek nyilvánosságáról szóló határozat.

Dr. Juhász István: Ez megint az élet kodifikálása, az előző ciklus óta a vezetőségi ülések jegyzőkönyve a Szemlében nyomtatásban megjelenik. Ezt tervezzük a továbbiakban is. Kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

Határozat a vezetőség határozatképességéről.

Dr. Juhász István: A gyakorlatban ez már működött. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

A vezetőség határozathozataláról.

Dr. Juhász István: Az eddigi gyakorlat nem változik. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a kiegészítést elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

A vezető tisztségviselők összeférhetlenségi szabályainak meghatározása.

Dr. Juhász István: Mindenkinek volt alkalmuk megismerni ezeket a pontokkal a decemberi Nagygyűlésen. Itt a vonatkozó szabályok alapszabályba történő beépítése valósul meg. Ezeket törvény írja elő. Kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással szavazzanak, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

Határozat a tisztségviselők díjazásáról.

Dr. Juhász István: Ügyvédnök azt javasolta, hogy ez maradjon meg, mert ez így szokás. Ez nem kötelező, nem volt eddig gyakorlat, de az egyesülési törvény lehetővé teszi. A díjazás mértékét a közgyűlés állapítja meg.

Prof. Dr. Horváth Attila: Én azt javaslom, hogy mivel ez az átalakulás ennek a vezetőségnek a kezdeményezésére történik, ránk ne vonatkozzon. Utódainknak viszont adjuk meg a lehetőséget.

Dr. Juhász István: Például elképzelhető, hogy a jövőben csak így lehet elnököt és főtítkárt találni. Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

A felügyelő bizottság létrehozása, feladatainak meghatározása.

Dr. Juhász István: A felügyelő bizottság jelenleg egy főből áll, Nebenführer főorvos úr látja el ezt a tiszteket. A felügyelő bizottság tagjait ma megválasztjuk, hamarosan eredmény is várható. Az elnök és egy tag már határozatképes. Szavazategyenlőség nem fordulhat elő egy három tagú felügyelő bizottságban. Amennyiben nincs kérdése, észrevétele a tagságnak, kérem, hogy kézfeltartással

jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

A társadalmi szervezet elhatározta, hogy gazdasági tevékenységet végez céljának megvalósításához, így a társadalmi szervezet e körben megvalósuló tevékenységi köreinek elfogadása.

Dr. Juhász István: Itt a tevékenységi körök elfogadása lenne a közgyűlés feladata, ezek az ún. TEÁOR számok. Úgy érezzük, hogy ezek a pontok tartalmazzák mindazt, amit az MDT csinál, illetve a jövőben szeretne csinálni. Ezt a pontot is részletesen megtárgyaltuk a Nagygyűlésen. Amennyiben nincs kérdése, észrevétele a tagságnak, kérem, hogy kézfeltartással jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

A közhasznú szervezetekre vonatkozó hatályos törvényi rendelkezések beépítése az alapszabályba.

Prof. Dr. Horváth Attila: Ezt a pontot mindenképpen el kell fogadnia a közgyűlésnek. Ezeket a módosításokat szintén törvény írja elő.

Dr. Juhász István: Kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzék, egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

A Társulat megszűnik feloszlással, más társasággal (egyesülettel) való egyesüléssel, bíróság általi feloszlással.

Dr. Juhász István: Kérdezem a jelenlévőket, hogy ezt a módosítást elfogadják-e? A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Ezen módosító rendelkezések elfogadását követően a Magyar Dermatológiai Társulat egységes szerkezetű alapszabályának elfogadása.

Dr. Juhász István: Miután a változásokat tartalmazó összes pontot elfogadtuk, ezután egészében az új alapszabályt kell elfogadnunk. Amennyiben észrevétele, kérdése nincs senkinek, kérem, hogy szavazzanak az egységes szerkezetű alapszabály elfogadásáról. Megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak. Köszönöm szépen az együttműködést.

Prof. Dr. Horváth Attila: Ismertetném a felügyelő bizottsági tagok választásának eredményét. 53 érvényes és 5 érvénytelen szavazat született. Dr. Remenyik Éva 42, Dr. Wikonkál Norbert 36, Dr. Varga Erika 29 szavazatot kapott. Tehát megállapítom, hogy a felügyelő bizottság tagjaivá Dr. Remenyik Évát és Dr. Wikonkál Norbertet választotta meg a közgyűlés. Köszönöm a türelmüket. Az ülést bezárom.

Sopron, 2003. március 28.

Dr. Juhász István
Főtítkár

BŐRGYÓGYÁSZAI
ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

BŐRGYÓGYÁSZAI
ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN
DERMATOLOGICAL SOCIETY

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

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

Magyar Bőrgyógyászok Fekete Zoltán Alapítványa
1134 Budapest, Róbert K. krt. 44.

Közhasznú jelentés

A Magyar Bőrgyógyászok Fekete Zoltán Alapítványa 2002. évben vállalkozást nem folytató szervezetként működött. Könyvelése egyszerűs, naplófőkönyvi.

Adószáma: 19677811-1-41

A költségeit célja szerinti „ráfordításként érvényesíthető” kiadás-ként könyvelte naplófőkönyvben.

Ezek a költségek közé az alábbiakat soroltuk:

- pályázati díjak
- banki forgalmi jutalék
- egyéb működési költségek
- utazási támogatás

Bevételeit egyéb célja szerinti bevételként számoltuk el:

Az éves bevétel:	221 437,- Ft
ebből:	
- banki kamat:	205 125,- Ft
- APEH magánszemélyek által felajánlott SZJA 1%:	16 312,- Ft
- Adományozók által térítés nélkül átadott tárgyi eszköz értéke:	112 000,- Ft

mivel vállalkozási bevétel nem volt, ezért az Alapítvány a társasági adó alá nem tartozik.

Így sem társasági adóbevallás készítésére, sem társasági adó fizetésére nem kötelezett.

Adományozókról kimutatást lásd a mellékletben.

A Magyar Bőrgyógyászok Fekete Zoltán Alapítványa elnevezésű közhasznú alapítványt 1991. évben jegyezte be a Fővárosi Bíróság.

Az alábbi közhasznú tevékenységeket látja el:

- Szakmai és tudományos tevékenység, kutatás
- A magyar bőrgyógyászok szakmai és tudományos fejlődésének elősegítése.
- A legjobb tudományos teljesítményt nyújtó szakember évenkénti díjazása.
- Eszközök és anyagok beszerzésének támogatása pályázati úton.

Működési területe:

- Egészségügyi, tudomány, kutatás

Kiadványai:

- Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle közli a pályázati kiírást, közli a nyertesek nevét és tudományos tevékenységét.

Pályázók köre:

- Magyar bőrgyógyászok

Elnyerhető támogatás jellege:

- pályadíj
- utazási támogatás

Az Alapítvány költségvetési, központi támogatásban nem részesült, így ebből adódó ráfordítást sem számolt el.

Központi költségvetési szervtől az elkülönített állami pénzalaptól, a helyi önkormányzattól, a kisebbségi települési önkormányzatok társulásától, az egészségbiztosítási önkormányzatok társulásától, az egészségbiztosítási önkormányzattól és mindezek szerveitől nem kapott támogatást.

Az Alapítvány vezető tisztségviselői juttatásban nem részesültek.

Az Alapítvány közhasznú célja szerint, pályázati díjakat fizetett ki 369 850,- Ft értékben (cél szerint juttatások kimutatása). A DUDG MNDDT Társaság düsseldorfi kongresszusára történő támogatására + 600 000,- Ft-ot.

A 2002. évben 7 pályázatot volt módunkban elbírálni, melyek egytől egyig igen magas színvonalúak voltak. Emiatt a Kuratórium döntése alapján 2 első díj odaítélésére és egy különdíj átadására is sor került.

I. díj: 1000,- CAD: Sárdy M., Kárpáti S., Merkl B., Paulsson M., Smyth N.: Epidermal Transglutaminase is the Autoantigen of Dermatitis Herpetiformis.

I. díj: 1000,- CAD: Koreck A., Surányi A., Szőnyi B. J. és mtsai: CD3⁺ CD56⁺ NKT cells are significantly decreased in the peripheral blood of patients with psoriasis. Clin. Exp. Immunol. 2002; 127: 176-182.

Küldöndíj: 500,- CAD: Döme B., Paku S., Somlai B., Tímár J.: Vascularization of cutaneous melanoma involves vessel co-option and has clinical significance. J. Pathol 2002; 197: 355-362.

FELHÍVÁS SZERZŐINKHEZ!

Kérjük szerzőinket, hogy a szerkesztőség és a nyomda munkájának megkönnyítése érdekében a kézirat szerkesztését – figyelembe véve a lap formai változását is –, a következő irányelvek szerint végezzék!

Az első oldalra kerüljön:

A *fejléc* tartalmazza az intézet pontos megjelölését. Klinikák, országos intézetek, elméleti intézetek esetében az igazgató, kórházi osztályok esetében az osztályvezető főorvos nevének említésével (pl. Semmelweis Orvostudományi Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika, igazgató: Horváth Attila dr., egyetemi tanár).

A dolgozat *magyar nyelvű* címe (legyen rövid és fedje a tartalmát), alá kerüljön a dolgozat *angol nyelvű* címe. Mindezek alá a szerzők teljes neve, doktori címük (dr.) megjelölésével.

Az intézet-, illetve osztályvezető a kéziratot láttamozza.

A *magyar nyelvű összefoglalás* (fél oldalnál nem lehet több), gondos megfogalmazású legyen, többes szám 3. személy használatával ismertesse röviden a munka célkitűzéseit, eredményeit és megállapításait. Ezt kövessék a Kulcsszavak (4–6 szónál ne legyen több).

A kézirat 2. oldalára kerüljön:

Angol nyelvű összefoglalás, alá az angol *kulcsszavak*.

A *kéziratokat angol összefoglalóval és angol kulcsszavakkal kérjük beküldeni a szerkesztőségbe*.

A kézirat 3. oldalától kezdődik a közlemény szövege.

A kéziratot A/4 méretű papírra, egyoldalas gépeléssel, kettes sortávolsággal, oldalszámozva, egy sorban kb. 60 leütés, egy oldalon 28–30 gépelt sorral készítsék. A kéziratban oldalanként 5-nál több javítást ne végezzenek. A dőltbetűs kiemelések (kurzív): a szerzők nevei, az ábrákra és a táblázatokra történő hivatkozások a kéziratban egyszer húzandók alá, a félkövér szedést kétszeri aláhúzás jelöli. Az apróbetűs (petit) szedésre szánt szövegrészeket is kettes sortávolsággal gépeljék és azt a szöveg bal oldalán vonallal jelöljék. A módszert, esetismertetést, kevésbé fontos szövegrészeket apróbetűs szedéssel kérjük jelölni. A táblázatokat, ábrákat külön lapra, hátoldalán a szerző nevének, közlemény címének és az elhelyezés jelzésére szolgáló nyílra a bejelölésével kérjük elkészíteni.

A *kézirat terjedelme*: referátum, összefoglaló 10–20 oldal, eredeti közlemény 10–15 oldal, kazuisztika, terápiás közlemény 20 oldalt ne haladja meg. A dolgozatban lehetőleg a szokásos tagolást alkalmazzák. A dolgozat *bevezetése* exponálja a kézirat tárgyát. Az *anyag és módszer* fe-

jezetben az alkalmazott módszereket olyan mértékig kell részletezni, hogy az reprodukálható legyen. Az *eredmények* között csak a lényeges adatokat sorolják fel.

A *megbeszélés* alfejezet csak akkor indokolt, ha megvitatható anyag van.

A *köszönetnyilvánítás* a dolgozat szövege és az irodalomjegyzék közé kerül petit jelzéssel.

Az irodalomjegyzék külön oldalra kerüljön, az oldalszámzás folytatásával. Az irodalom a *szerzők neve*, az *idézett cikk címe*, a *folyóirat nemzetközi rövidítése*, *megjelenés éve*, *kötetszám és oldalszám* (-tól, -ig) adatait tartalmazza.

Háromnál több szerző esetén csak az első nevét írják ki, a társszerzők helyett „*mtsai.*” rövidítéssel.

A dolgozatban kerüljék az idegen szavak halmozását. A rövidítéseket első használatkor zárójelben adják meg. *Nem alkalmazható rövidítés a címben és az összefoglalásban*.

Az egységes helyesírás érdekében szíveskedjenek figyelembe venni az Orvosi Helyesírási Szótár szójegyzékét (Akadémiai Kiadó, 1992. Szerkesztő: Fábíán Pál és Magasi Péter).

Betegek fotójának közlése előtt minden esetben szükséges ehhez a *beteg írásbeli beleegyezése*, melyet a kéziratral együtt kérünk mellékelni.

A felismerhetőség elkerülésére a *szemek takarása* kötelező, és a szövegben is a *monogramok mellőzését* kérjük. Csak igen jó minőségű fotók, ábrák közlése lehetséges, tekintettel az *Interneten* való megjelenésre.

Az ábrákat lektorhoz való küldés előtt a szerkesztőbizottság több tagja véleményezi.

A fotókat, ábrákat borítékban kell mellékelni, az ábrák hátoldalán ceruzával, nyíllal jelölendő elhelyezésük.

Az *ábraalírás* külön lapra írandó, az ábraszöveg legyen rövid. Az *ábrák és a táblázatok* helyét minden esetben jelöljük a margón.

A közlemények írásakor kérjük a Helsinki deklaráció figyelembevételét.

A kéziratban végzett szerkesztői és stílszerkesztői javításokon kérjük ne változtassanak.

Kéréseink figyelembevételével megtakarítható a kézirat visszaküldése és a nyomdai kivánalmakat kielégítő újragépeltesítés, valamint ezzel rövidülhet az átfutási idő is.

Szerkesztőség

KONGRESSZUSI NAPTÁR 2003

AZ MDT RENDEZVÉNYEI

Magyar Dermatológiai Társulat Vándorgyűlése

2003. szeptember 18-20.
Helyszín: Szeged, Pedagógiai Rendezvényház
Információ: Congress&Hobby Service
6722 Szeged, Batthyány u. 17.
Tel.: 62/484-531
Fax: 62/484-532
E-mail: congress@mail.tiszanet.hu

Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlése

2003. december 11-13.
Helyszín: Budapest,
Nagyvárad téri Elméleti Tömb
Információ: prof. Dr. Horváth Attila,
SE Bőrklínika,
1085 Budapest, Mária u. 41.
Tel.: 1/266-04-65, 5727
Fax: 1/267-69-74

EADV 2004. Spring Symposium

2004. április 29.-május 1.
Helyszín: Budapesti Kongresszusi Központ
Információ: Prof. Dr. Horváth Attila,
Prof. Dr. Kárpáti Sarolta, SE Bőrklínika,
1085 Budapest, Mária u. 41.
Tel.: 1/266-04-65, 5727, 5753, 5772
Fax: 1/267-69-74
Sipos Alíz: MOTESZ,
1051 Budapest, Nádor u. 36.
Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56
Fax: 1/302-56-10
Website: www.motesz.hu
www.eadvbudapest2004.com

FONTOSABB HAZAI RENDEZVÉNYEK

Német –Magyar Dermatológiai Társulat Kongresszusa

2004. augusztus 27-29.
Helyszín: Pécs, Bőrgyógyászati Klinika
Információ: Prof. Dr. Farkas Beatrix
PTE ÁOK Bőrgyógyászati, Nemibetegségek és
Onkodermatológiai Klinika, 7624 Pécs, Kodály Z. u. 20.
Tel: 72/ 535-815
Fax: 72/ 535-811
E-mail: beatrix.farkas@aok.pte.hu
Prof. Dr. Max Hundeiker
Münstr, Immelmanstr. 300
D-48157 Münster-Handorf
E-mail: max@hundeiker.de

JELENTŐSEBB KÜLFÖLDI RENDEZVÉNYEK

International Society of Dermatology

2003. július 12-15.
Helyszín: Bangkok, Thaiföld
Információ: International Society of Dermatology, 930 East
Woodfield Road
Schaumburg, IL 60173
Email: info@intsocdermatol.org
Fax: 847-330-1135

12th Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology

2003. október 15-18.
Helyszín: Barcelona
Congress President: Mario Lecha
Tel.: tel +34 93 200 7083
Fax +34 93 209 3152
E-mail: congresos@atlantaviajes.es
Információ: Unicongress, Calvet 55,
08021 Barcelona
Tel.: +34 93 200 7083
Fax: +34 93 414 6817
E-mail: eadv2003@unicongress.com
Website: www.unicongress.com/eadv2003

62th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology

2004. február 6-11.
Helyszín: Washington, DC USA
Submission határidő: 2003. április 11.
Információ: Scientific Assembly Committee, American
Academy of Dermatology
PO Box 4014 Schaumburg,
IL 60168-4014

34th Annual ESDR Meeting

2004. szeptember 9-11.
Helyszín: Bécs, Ausztria
Bővebb információ később

13. Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology

2004. november 17-21.
Helyszín: Florence, Olaszország
Congress President: Torello M. Lotti
Fax: +39 0572 912280
E-mail: president@eadv2004.org