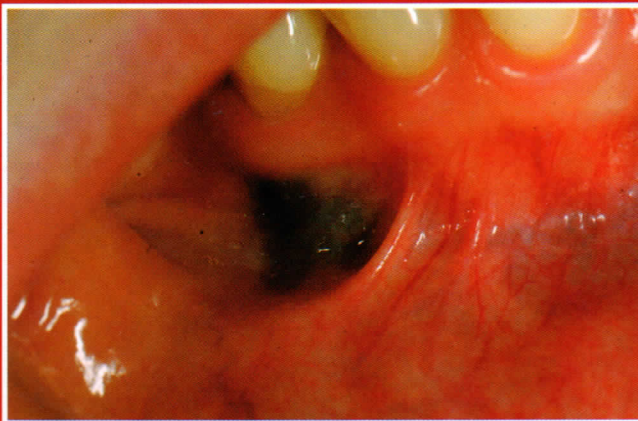


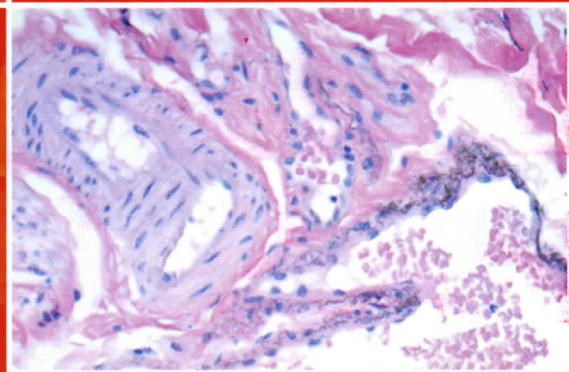
2007 OKT 18 JS

Ócsai Henriette dr., Varga Erika dr., Oláh Judit dr., Kemény Lajos dr.

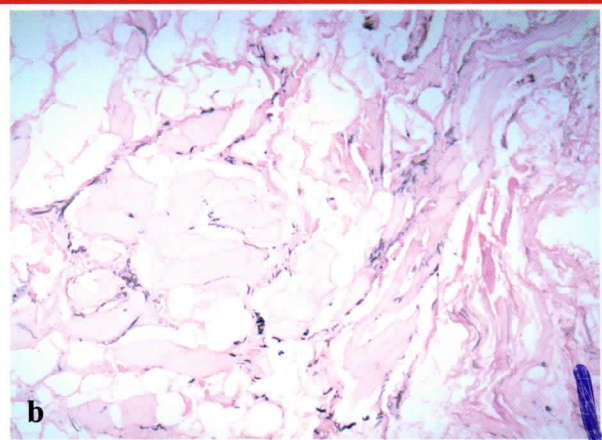
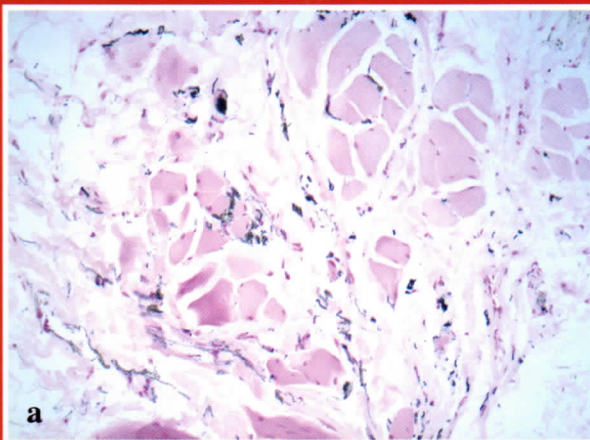
Amalgám tatu



1. ábra
Szürkésbarna macula
a gingiván



4. ábra
Barnásfekete pigmentszemcsék
lerakódása a harántesíktolt izomszövetben,
kollagénrostok között és az érfalban
(HE eredeti nagyítás 20x)



5. ábra
Speciális festékekkel a pigmentszemcsék barnásfeketének bizonyultak
a: Fontana festés b: Berlini kék festés (eredeti nagyítás 10x)

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

2007 OKT 18

Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

A szerkesztőbizottság tagjai:

Baló Mátyás dr.	Marschalkó Márta dr.
Bata Zsuzsa dr.	Nagy Endre dr.
Black Anikó dr.	Nagy Károly dr.
Daróczy Judit dr.	Nebenführer László dr.
Farkas Beatrix dr.	Podányi Beáta dr.
Gyulai Roland dr.	Schneider Imre dr.
Horkay Irén dr.	<u>Simon Miklós dr.</u>
Horváth Attila dr.	Ifj. Simon Miklós dr.
Hunyadi János dr.	Somlai Beáta dr.
Husz Sándor dr.	Szegedi Andrea dr.
Kárpáti Sarolta dr.	Török László dr.
Kemény Lajos dr.	Várkonyi Viktória dr.
Korom Irma dr.	

SEMMEIWEIS EGYETEM
Budapest, 1085 Üllői út 26.
Központi Könyvtár
9.

TARTALOM

83. évf. 2007. 4. szám

In memoriam Professor dr. Simon Miklós 129

KAZUISZTIKA

Erfurt Cornelia, Simon Miklós ifj. dr.:

Cerebriform connective tissue nevus – a typical clinical feature of Proteus syndrome 131

Pónyai Katinka dr., Pálfi Zsuzsanna dr., Hársing Judit dr., Nyirády Péter dr.,

Várkonyi Viktória dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Zoon balanitis és Zoon vulvitis — balanoposthitis et vulvitis chronica circumscripta
benigna plasmocellularis 137

Kleszky Miklós dr., Bénik Tamás dr., Böke Mária dr., Bánhidi Péter dr., Konrády András dr.:

Syphilis latens tarda esete 145

Ócsai Henriette dr., Varga Erika dr., Oláh Judit dr., Kemény Lajos dr.:

Amalgám tatu 147

Noll Judit dr., Asbóth Dorottya dr., Molnár Katalin dr., Szalai Zsuzsanna dr.:

Beszámoló az MDT Gyermekbőrgyógyászati Szekció
Továbbképző Tanfolyamáról 151

Könyvismertetés 154

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.

In memoriam Professor Dr. Simon Miklós



Dr. Simon Miklós egyetemi tanár, Széchenyi-díjas bőrgyógyász, a szegedi bőrgyógyászati és allergológiai klinika volt tanszékvezetője, az egyetem emeritus professora 2007. június 25-én 91 éves korában elhunyt. Személyében egy Európa-szerte elismert és tisztelt dermatológus távozott közülünk, aki két évtizedes tanszékvezetői működése során kitartó munkával nemzetközi szintű dermatológiai iskolát épített föl maga körül és hagyott az utókorra.

Simon professzor 1916. május 11-én Nagyrőcén született erdélyi 7 gyermekes pedagógus családba. Egyetemi tanulmányait a Tisza István Tudományegyetemen, Debrecenben végezte. Medikusként már az anatómiai-biológiai intézetben dolgozott. A *Gégeizmok variációi* című dolgozatában addig nem ismertetett, két gégeizmot írt le, amellyel pályadíjat nyert. Az abszolutórium megszerzése után lépett a debreceni bőrklinika kötelékébe: mestere, Rávnay Tamás díjtalan gyakornokként alkalmazta. Bőr-

gyógyász szakorvosi vizsgáját 1946-ban tette le és még ebben az évben tanársegédi kinevezést nyert. Hamarosan adjunktus, majd docens lett. Kutatásait két témakörben kezdte: a fény okozta bőrbetegségek és az azok gyógyulását befolyásoló fényvédő vegyületek, továbbá a Tiszántúl nagyfokú tuberkulózisos fertőzöttsége miatt gyakori bőr tbc-s kórformák patológiai és terápiás vonatkozásai. 1949-ben *Dr. Szodoray Lajos*, az Európa-szerte ismert bőrrpatológus vette át a debreceni klinika vezetését. Simon Miklósnak a mellette eltöltött 17 év alatt alkalma nyílt a bőr szövettanát elsajátítani és főnökének kiterjedt nemzetközi kapcsolatait megismerni. *Dr. Simon Miklós*-szervezte tbc-laboratóriumban vizsgálták a kórokozó kimutathatóságát és rezisztenciáját. Az ország legnagyobb bőr tbc-s anyaga lehetőséget nyújtott számára a betegek megfigyelésére a terápiás effektus leméréséhez és az elméleti kutatások folytatásához.

A *Tbc. subcutanea fistulosa* (Dermatologische Wochenschrift, 1958. Bd. 137. 146.) című dolgozatában igen ritka (hazánkban egyetlen eset volt) gümőkóros formában új klinikai tüneteket írt le. Elkülönítette a lupus miliaris disseminatus a valódi bőr tbc-s kórformáktól és a tuberkulidektől. Elsőnek alkalmazta Magyarországon sikerrel a rosacea like tuberculid (rosacea papulosa) tetracyclin-kezelését. Európában *Gustav Riehl* professzorral egy időben elsőnek kezdte a dermatofitonok okozta bőrelváltozások sikeres Griseofulvin-kezelését. 1958-ban a gümőkór témaköréből védte meg kandidátusi disszertációját, majd 1982-ben akadémiai doktori dolgozatát.

Simon Miklóst 1965-ben nevezték ki a Szegedi Orvostudományi Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinikájának élére. Első feladata a klinika háromirányú – oktatás, kutatás, gyógyítás – fejlesztése volt. Az intézetnek mind felszerelése, mind személyzeti ellátottsága hazai viszonylatban is meglehetősen elmaradott volt. Legfontosabb teendői közé tartozott a hiányzó oktatási anyagok beszerzése külföldről, orvosi folyamatos szakmai továbbképzése, kutatási csoport megszervezése. Következő lépésként klinikájára elméleti intézetekből jövő, kiváló képzettségű orvosokat vett föl. Új laboratóriumokat állított föl, modem kezelési módokat vezetett be. A régebbi, morfológiai szemléletű, elhanyagolt műszerezettségű, kissé konzervatív beállítottságú intézetből viszonylag rövid idő alatt funkcionális szemléletű, korszerű terápiás elveket alkalmazó klinikát teremtett. Bevezette a festékes anyajeggyel bíró betegek rendszeres vizsgálatát, hogy minél hamarabb fölismerjék a malignus melanomát. 1963-ban dermatochirurgiai osztályt és korszerű műtőt állított fel a bőrklinikán.

Hazánkban *Simon professzor* honosította meg a psoriasis és más bőrbetegségek kezelésére az egyik legmodernebb terápiát, a PUVA-kezelést. 1965-ben a klinikáján még senki által nem észlelt porfíria formát (porphyria hepatoerythropoetica, HEP) írt le egy idős testvérpárnál. Megállapította, hogy a HEP a többi ismert porfíria formától elkülöníthető, önálló anyagcsere-betegség. Azt a tényt, hogy a betegséget elsőnek *Simon Miklós* írta le, *Edouard Grosshans* és *Helmut Ippen* igazolta. Munkatársaival, *Dr. Dobozy Attilával* és *Dr. Husz Sándorral* a világon elsőnek sikerült immunológiai in vitro módszerrel a sarcoidosist a tuberkulózis valamennyi formájától elkülöníteni.

Simon professzor egyéniségét áthatotta a hivatástudat, a következetesség, a kitartás, a türelem, a megfontoltság, a kedvesség, a kellő fokú szigorúság munkatársaival

szemben. Magyarságtudatához nem fért kétség; segítette a határon túl élő honfitársainkat, főként az erdélyieket. Iskolateremtő munkáját bizonyítja, hogy tanítványai közül heten nyertek professzori kinevezést, négyen nyerték el az akadémia doktora, tizenhárman a kandidátusi címet. Közülük négyen kaptak tanszékvezetői kinevezést, öt munkatársa megyei kórházban osztályvezető főorvos, többen pedig bőr- és nemibeteg-gondozó intézeti szakorvosok lettek. Kiváló munkatársai közül *Dr. Dobozy Attila* az MTA levelező, majd rendes tagja lett. 1986-tól *Dr. Simon Miklós* professor emeritusként dolgozott a klinikán. A medikusoktatásban nagy örömmel vett részt, még 90 éves korában is tartott tantermi előadást orvostanhallgatóknak.

Simon Miklós a bőrklinikán a gyakorlati és az elméleti kutatások színvonalát külföldi tanulmányutak megteremtésével növelte. Az évek során 18 diplomás részére sikerült hosszabb-rövidebb idejű külföldi ösztöndíjat biztosítani Európában, vagy az USA-ban. Nemzetközi elismertsége, tekintélye számtalan külföldi orvost és kutatót vonzott Szegedre. Az évente Szegeden megrendezett bőrgyógyászati konferenciák rendszeres találkozást biztosítottak az NSZK és az NDK bőrgyógyászainak. Ennek elismeréseként a német állam *Dr. Simon Miklóst* az NSZK szolgálati érdemrendjének nagykeresztjével tüntette ki (1991). 14 külföldi dermatológiai társaság tagja volt. Munkájának elismeréseként számos kitüntetéssel jutalmazták, többek között: SZOTE Pro Universitate (1989), Szent-Györgyi Albert Emlékérem (1991), Szegedért Alapítvány kuratóriumi díja (1993), Eötvös József-koszorú (1994), Német Bőrgyógyász Társaság emlékérmé (1996), Osztrák Bőrgyógyász Társaság emlékérmé (1996), Szeged díszpolgára (1996), Fornet Béla-emlékérem és díj (1999), Batthány-Stratmann László-díj (2000), Széchenyi-díj (2001), Karl Herxheimer plakett (2001), Semmelweis-díj (2006).

Simon professzor iskolateremtő munkássága, a magyar dermatológiáért végzett tevékenysége, tudományos eredményei követendő példát hagytak az utókorra. Munkásságával megbecsülést szerzett és öregbítette a magyar orvostudomány és a magyar orvosképzés hírnevét. Mi, tanítványai, valamennyien köszönettel tartozunk Mesterünknek mindazért, amit Tőle tanulhattunk; hogy a pályát, a tudományos tevékenységet megszerettette velünk, és hogy a betegek iráni alázatra nevelt. Emléke bennünk él. Nyugodjon békében!

Prof. Dr. Kemény Lajos

*Department of Dermatology, University Hospital Erlangen
(Director: Schuler Gerold Dr.)*

Cerebriform connective tissue nevus – a typical clinical feature of Proteus syndrome

ERFURT CORNELIA, SIMON MIKLÓS JR. DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

Proteus szindrómára, mint komplex fejlődési rendelleneségre, több szövetrendszer aszimmetrikus növekedészavara jellemző. A csontrendszer hemihipertrófiája és a szubkután zsírszövet felszaporodása mellett a bőrön epidermális és cerebriform kötőszöveti naevus, lipómák és vaszkuláris rendellenességek dominálnak. A szerzők egy fiatal fiú esetét ismertetik, akinél az élet folyamán a csontrendszer korai progresszív hemihypertrófiáját követően, több lépésben, a proteus szindróma tipikus tünetei jelentek meg.

Kulcszavak:

Proteus szindróma - kötőszöveti naevus - hemihypertrófia

SUMMARY

Proteus syndrome is a complex hamartomatous disorder consisting of asymmetric overgrowth and malformations of multiple tissues. This syndrome has numerous features including hemihypertrophy with involvement of the skeleton, macrodactyly, dysregulation of adipose tissue, scoliosis and other minor abnormalities. Skin alterations include cerebriform connective tissue nevi, epidermal nevi, vascular malformations, lipomas, lipohypoplasia and dermal hypoplasia. Any combination of these anomalies is possible. We present here a case of Proteus syndrome first presenting with progressive hemihypertrophy and in process of time developing other diagnostic criteria of the disease.

Key words:

Proteus syndrome - connective tissue nevus - hemihypertrophy

Proteus syndrome is a rare congenital disorder characterized by progressive course and great variability of clinical presentation. Major clinical findings include hemihypertrophy, macrodactyly, subcutaneous masses and epidermal nevi (1). Given this variability, Proteus syndrome was named after a Greek god who had the ability to change his body form to variable conditions to escape his enemies (2).

Diagnostic criteria were established in 1998 and we present here a case of a young patient with the typical features of Proteus syndrome.

Case Report

A 4-year old boy was referred to our clinic for the first time in 1996 with hemihypertrophy of the left body side. On physical examination the boy presented with an asymmetry of his extremities due to a disproportionate overgrowth of the left side. The most severely affected regions were his fingers and legs. Several fingers were abnormally straddled (*Fig. 1*) and joint mobility was partly limited in one finger. Radiological examinations showed an involvement of the skeleton with the bones of the left arm and leg being significantly longer than the ones on the right. Additionally, there was a hypertrophy of the first toe of the left foot. Skull, vertebral column and pelvis were not affected. Ophthalmological examination showed normal results.

By palpation, the boy showed an abdominal soft mass with a size of 12 x 14 cm. Ultrasound examination revealed it to be a



Figure 1.

Abnormally straddled fingers of both hands with skeletal hypertrophy on the fourth finger of the left hand

homogeneous echo-rich subcutaneous mass, characteristic of a lipoma. As a third symptom, brown, flat-topped, well-demarcated, hyperkeratotic papules in linear streaks along the lines of Blaschko were found at the right axillary (*Fig. 2*) and on the abdomen. According to the patient's mother, these epidermal nevi had developed over several years and showed a marked enlargement within the last months. The patient was the only child of unrelated parents and there was no family history for similar features. The



Figure 2.
Linear epidermal nevi on the right axillary

mental development was appropriate for the patient's age. Pulmonary as well as cardiovascular state were normal.

Nine years later, in 2005, the boy showed up again at our clinic. Now at the age of 14, he presented additionally with a well-demarcated plaque on the sole of his left foot with a cerebriform appearance (Fig. 3). This connective tissue nevus had a size of 10x7 cm and had grown for two years. So far, this lesion had not led to pain or difficulties in walking.

With the cerebriform connective tissue nevi being a pathognomonic feature of Proteus Syndrome the preceding diagnosis of this complex disorder could be substantiated. Plastic surgery was not indicated in this case. Regular examinations at a dermatological department, as well as at an orthopedic department were scheduled, especially to warrant clinical surveillance concerning the development of malignant tumours.

Discussion

Proteus syndrome was first identified by *Michael Cohen* in 1979 and characterized in 1983 by *Wiedemann* as a rare hamartomatous disorder with great clinical variability (3, 4). Many of the abnormalities found in Proteus syndrome are observed in other syndromes, leading to misdiagnosis. Among the differential diagnoses syndromes like *Klippel-Trenaunay syndrome*, *epidermal nevus syndromes* (e.g. *CHILD syndrome*) or *hemihyperplasia/lipomatosis syndrome* should be kept in mind (5). About 150 cases have been reported in literature, but this number is probably underestimated because of misdiagnosis in cases



Figure 3.
Cerebriform connective tissue nevus on the sole of the left foot

with mild forms of alterations (6). To clarify the diagnosis of Proteus syndrome, new diagnostic criteria were proposed in 1998. Mosaic distribution of lesions, progressive course and sporadic occurrence are obligatory. Epidermal nevi, disproportional overgrowth of lower limbs, capillary and lymphatic vascular malformations rank among the specific diagnostic criteria (7). Greater number of skin abnormalities tend to have a greater number of internal abnormalities. Typically, these features are usually apparent at birth or soon after. Increased frequency of tumours has also been reported.

Our patient demonstrated most of the common features, like macrodactyly, epidermal nevi, lipomas and cerebriform connective tissue nevus. He herewith fulfilled the diagnostic criteria for Proteus syndrome.

Because of the sporadic appearance and normal chromosomal features of patients affected with Proteus syndrome, exact genetic alterations specific for Proteus syndrome remain unknown and a lethal mutation that survives by mosaicism has been discussed. Clinical overlap exists between Proteus syndrome and abnormalities seen in patients carrying a germline mutation of the tumour suppressor gene *PTEN* (phosphatase and tensin homolog), a phosphatase included in the inhibition pathway of anti-apoptotic factors, because *PTEN* mutations result in a wide spectrum of phenotypes. For example, in about 80% of patients suffering from *Cowden syndrome* a germline *PTEN* mutation could be demonstrated (8). However, the *PTEN* mutation could so far only be confirmed in single subsets of patients complying with the diagnostic criteria of Proteus syndrome [9]. Further underlying genetic causes of this heterogenous syndrome remain to be identified.

REFERENCES

1. *Nguyen D., Turner J. T., Olsen C., Biesecker L. G., Darling T. N.:* Cutaneous manifestations of Proteus Syndrome. *Arch Dermatol* (2004) 140, 947-953.
2. *Cohen M. M. Jr.:* Proteus Syndrome: an Update. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* (2005) 137 (1), 38-52.

3. Cohen M. M. Jr., Hayden P. W.: A newly recognized hamartomatous syndrome. *Birth Defects* (1979) 15 (5B), 291-296.
4. Wiedemann H. R., Burgio G. R., Aldenhoff P., Kunze J., Kaufmann H. J., Schirg E.: The proteus syndrome. Partial gigantism of the hands and/or feet, nevi, hemihypertrophy, subcutaneous tumors, macrocephaly or other skull anomalies and possible accelerated growth and visceral affections. *Eur J Pediatr* (1983) 140(1), 5-12.
5. Happle R.: How many epidermal nevus syndromes exist?. *J Am Acad Dermatol* (1991) 25, 550-6.
6. Morelli F., Feliciani C., Toto P., de Benedetto A., Tulli A.: A minimal form of Proteus syndrome presenting with macrodactyly and hand hyperplasia. *Eur J Derm* (2003) 13 (2), 196-8.
7. Biesecker L. G., Happle R., Mulliken J. B., Weksberg R., Graham J. M. Jr., Viljoen D. L., Cohen M. M. Jr.: Proteus syndrome: diagnostic criteria, differential diagnosis, and patient evaluation. *Am J Med Genet* (1999) 84 (5), 389-95.
8. Pilarski R., Eng C.: Will the real Cowden syndrome please stand up (again)? Expanding mutational and clinical spectra of the PTEN hamartoma tumour syndrome. *J Med Genet* (2003) 41, 323-326.
9. Smith J. M., Kirk E. P. E., Theodosopoulos G., Marshall G. M., Walker J., Rogers M., Field M., Brereton J. J., Marsh D.J.: Germline mutation of the tumour suppressor PTEN in Proteus syndrome. *J Med Genet* (2002) 39, 937-940.

Érkezett: 2007. IV. 3.

Közlésre elfogadva: 2007. V. 23.

Proteus syndroma első hazai közleménye a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle 1996. 72. évf. 2. számában, Altmayer Anita dr., Korom Irma dr., Dobozy Attila dr. szerzőktől jelent meg.

Szerkesztőség.

A Magyar Dermatológiai Társulat Lymphoma Szekciója

vezetőségválasztással egybekötött tudományos ülést tartott 2007. május 25.-én a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika 218. termében.

Elnökség:

Prof. Dr. Török László, Dr. Erős Nóra

Program:

1. Dr. Tremmel Anna, Dr. Rásonyi Rita (Szent László Kórház Terápiás Apheresis Részleg, Budapest): Extracorporalis photopheresis kezelés lehetősége hazánkban, a Szent László Kórházban
2. Dr. Marschalkó Márta (Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest), Dr. Török László (Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét), Dr. Remenyik Éva (DEOEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen): Targretin kezelés - hazai tapasztalatok
3. Dr. Török László, Dr. Krenács L.,¹ Dr. Bagdy E.,¹ Dr. Kocsis L. (Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét, ¹Bay Zoltán Alapítvány Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratóriuma, Szeged): Cutan gamma/delta T-sejtes lymphoma
4. Dr. Wikonkál Norbert, Dr. Csomor J.,¹ Dr. Krenács L.,² Dr. Szigeti Á., Dr. Marschalkó M., Dr. Kárpáti S. (Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest, Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest¹, Bay Zoltán Alapítvány Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium, Szeged)²: Agresszív epidermotrop CD8+ cutan lymphoma

A tudományos programot követően a jelenlévő tagok titkos szavazással a *Lymphoma szekció elnökének* Dr. Marschalkó Márta egyetemi docenst, *főtitkárnak* Dr. Erős Nóra egyetemi tanársegédet választották meg.

Dr. Marschalkó Márta
MDT Lymphoma szekció elnöke

Semmelweis Orvostudományi Egyetem Bőr- és Nemikórtani, Bőronkológiai Klinika (igazgató: Prof. Dr. Kárpáti Sarolta egyetemi tanár), Semmelweis Orvostudományi Egyetem Urológiai Klinika (igazgató: Prof. Dr. Romics Imre egyetemi tanár)***

Zoon balanitis és Zoon vulvitis - balanoposthitis et vulvitis chronica circumscripta benigna plasmocellularis

Zoon balanitis és Zoon vulvitis - balanoposthitis et vulvitis chronica circumscripta benigna plasmocellularis

PÓNYAI KATINKA DR.*, PÁLFI ZSUZSANNA DR.*, HÁRSING JUDIT DR.*, NYIRÁDY PÉTER DR.**, VÁRKONYI VIKTÓRIA DR.*, KÁRPÁTI SAROLTA DR.*

ÖSSZEFOGLALÁS

A Zoon balanitis és vulvitis krónikus lefolyású, igen ritka, recidívára hajlamos, ismeretlen etiológiájú betegség. Klinikai megjelenése a lakkszerűen fénylő felszínű, narancsvörös árnyalatú, jól körülírt macula, amelyen belül pontszerű purpurák láthatóak. Szövettanilag az atrophias epidermis, ill. a dermis felső részén elhelyezkedő, szalagszerű, főként plazmasejtekből álló sejtes infiltráció jellemzi. Kezelése nem megoldott, a balanitis esetében az egyetlen, tünetmentességhez vezető terápia a circumcisio. Klinikánk STD ambulanciáján 2004 októbere és 2006 januárja között 22 beteget vettünk gondozásba. A szerzők a fenti beteganyag adatainak feldolgozásával és a szakirodalmi adatok feldolgozásával mutatják be a balanitis és vulvitis plasmocellularist.

Kulcsszavak:

Zoon balanitis - Zoon vulvitis - balanitis plasmocellularis - vulvitis plasmocellularis

SUMMARY

Balanitis and vulvitis plasmocellularis Zoon are uncommon, chronic, recurrent diseases of unknown etiology and pathogenesis. The clinical presentation is usually an erythematous, shiny, moist, and glistening macular to slightly raised solitary plaque. Histologic features include a thinned epidermis, and a dense bandlike or lichenoid mixed infiltrate with a predominance of plasma cells. There is poor response to all local modalities of therapy, in case of balanitis only circumcision is curative. Between October 2004 and January 2007, the authors monitored 22 patients and report their experience comparing with literature data.

Key words:

balanitis Zoon - vulvitis Zoon - balanitis plasmocellularis - vulvitis plasmocellularis

A Zoon által először 1952-ben leírt balanoposthitis chronica circumscripta benigna plasmocellularis, krónikusan fennálló, körülírt folyamat, amely többnyire az idősebb, nem körülmetélt férfiak betegsége. Elnevezése, és külön entitásként való kezelése jellegzetes szövettani képeinek köszönhető. A folyamat fennállási idejétől függően a papillaris dermisben jelen lévő, változó mértékű, főként plazmasejtekből álló sejtes infiltrátum, dyskeratotikus sejtek, tágult kapillarisok, és vörösvértest extravasatio, haemorrhagia jellemző a folyamatra (1). 1954-ben Garnier írta le a balanitis női analógiát, a vulvitis circumscripta plasmocellularist, amely a balanitisnél jóval ritkább, klinikumában és prognózisában azonban szinte teljesen megegyező lefolyású betegség (2). Nicolwsky az orális nyálkahártyán (szájpadlás, buccalis mucosa, ajkak), Korting a conjunctiván írt le hasonló tüneteket (3).

Ezeket a folyamatokat összefoglalóan plazma sejtes mucositiseknek, ill. periorificialis plasmocytosisnak nevezzük.

A folyamatok etiológiája ismeretlen, kialakulásukkal kapcsolatban több elmélet látott már napvilágot, többek között a rossz higiénés szokások, smegma retenció, phimosis, és a vizelet folyamatos irritáló hatása a legtöbbet okolt tényező (4, 5, 6).

Betegek és módszerek

Klinikánk STD ambulanciáján 2004 októbere és 2007 januárja között 22 plazma sejtes mucositisben szenvedő beteget (19 Zoon balanitis, és 3 vulvitis) vettünk gondozásba. A látott klinikai kép alapján 16 esetben a diagnózis felállítható volt, 5 esetben végeztünk szövettani vizsgálatot. Bakteriológiai, protozoon és mycológiai tenyésztések mellett a Chlamydia ELISA és a HPV DNS kimutatását végeztük el.

Eredmények

A 19 férfi beteg átlag életkora 51 év (30-81), a nők életkora átlagosan 60 év (45-81) volt, a legtöbb beteg férfiak-

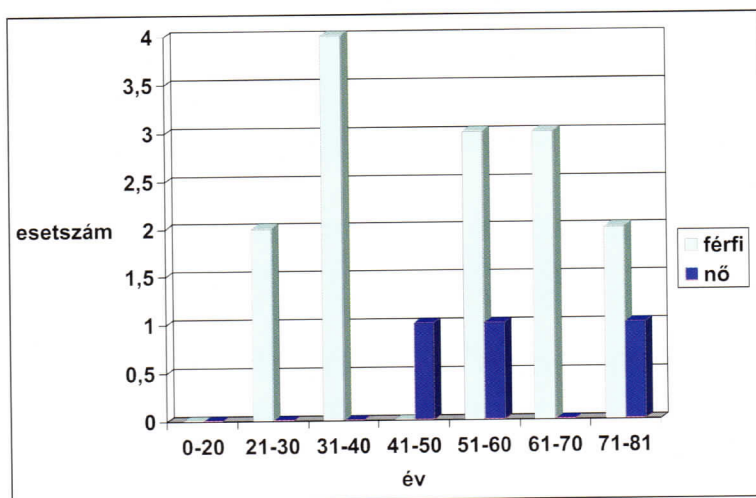
nál a 31-40 év közötti korosztályban detektáltunk (1. táblázat). A folyamat minden esetben több hónapos, akár éves fennállású volt (2. táblázat). Egy esetben saját, syphilis II. stádiumú betegünknel észleltünk az alapfolyamat gyógyulásával párhuzamosan rapidan kialakuló, típusos Zoon balanitisnek megfelelő tüneteket. Az ambulanciánkon jelentkező betegek nagy részét korábban területi bőrgyógyászat, - urológián ill. nőgyógyászaton kezelték. A szakorvosok diagnózisukat kizárólag a klinikai kép és az anamnézis alapján állították fel. Bakteriológiai, mycológiai tenyésztéseket egyik esetben sem végeztek. Allergológiai vizsgálat (epicutan standard környezeti sor) egy nőbetegnél történt, PPD szenzibilizáció igazolódott.

A beküldő diagnózisok között legtöbbször infekciós eredetű balanoposthitis szerepelt. Egy-egy esetben herpes simplex genitalis, lichen ruber planus, lichen sclerosus et atrophicus, balanitis circinata, human papilloma vírus fertőzés, Morbus Queyrat, pemphigus vulgaris, syphilis, ill. „condom allergia” is szerepelt a felvetett diagnózisok között.

Klinikailag a folyamat férfiak esetében legtöbbször a glans dorsalis és lateralis felszínére és az ezt fedő preputiumra lokalizálódott. Három esetben a frenulum, további 4 esetben a meatus urethrae is érintett volt. Nőknél az introitus mindhárom esetben kifejezetten érintett volt, egy esetben a labium minorok belső felszínével együtt. Szubjektív tünet a férfiak esetében nem volt jellemző, ezzel ellentétben a nőknél meglepően erős panaszok (pruritus, vulvodynia, dysuria, vagy dyspareunia) domináltak. A beküldők által alkalmazott terápia minden esetben tüneti volt: legtöbbször per os és lokális antimycotikus kezelést, esetleg lokális kortikoszteroiddal kombinálva, ill. a per os antibiotikus kezelést alkalmaztak (3. táblázat).

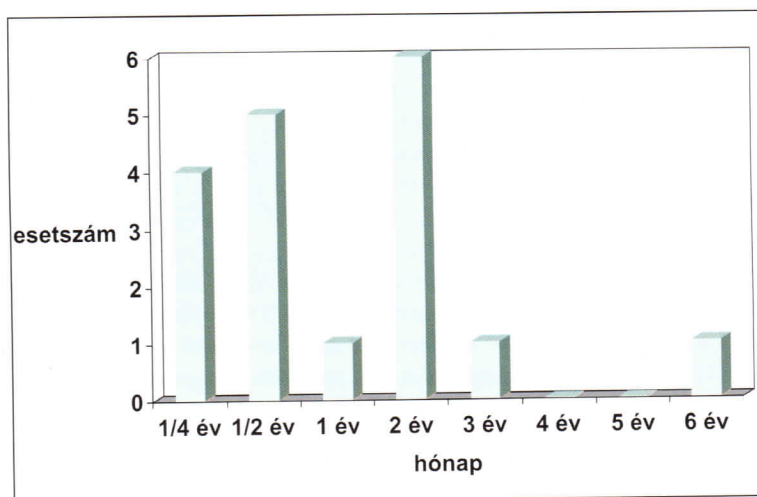
A klinikai kép az esetek többségében egyértelmű volt, mindössze 5 esetben kellett a diagnózist hisztológiai vizsgálattal alátámasztani. A folyamatra igen jellegzetes szövettani kép (atrophiás epidermis, superficialis erosiók, a dermis felső részében neutrophilek, spongiosis, dilatált capillarisok, erythrocyta extravasatio, és változó mértékű plasmasejtes beszűrődés) mind az öt esetben fellelhető volt.

Minden betegünknel teljes körű bakteriológiai, mycológiai és protozoon tenyésztést, ill. Chlamydia ELISA vizsgálatokat végeztünk. Ezek eredménye 12 esetben negatív lett. A fennmaradó 8 esetben Haemophilus parainfluenzae, Hemophilus influenzae, Esherichia coli,



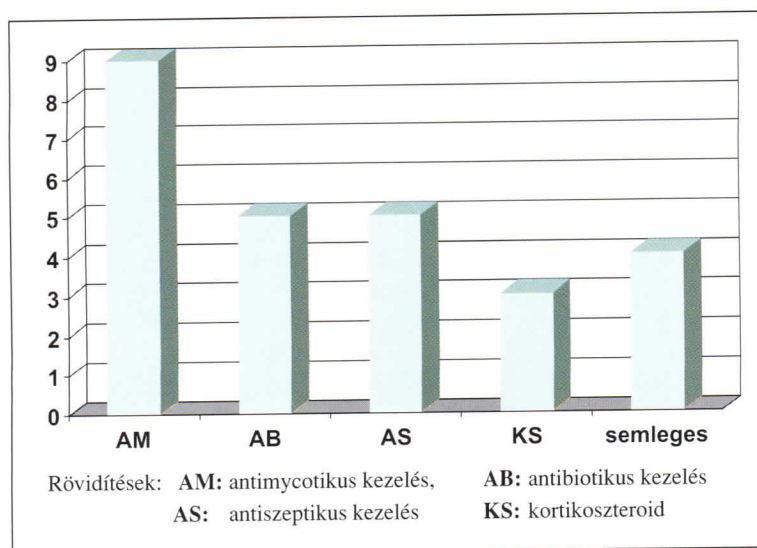
1. táblázat

A betegség nemek szerinti megoszlása



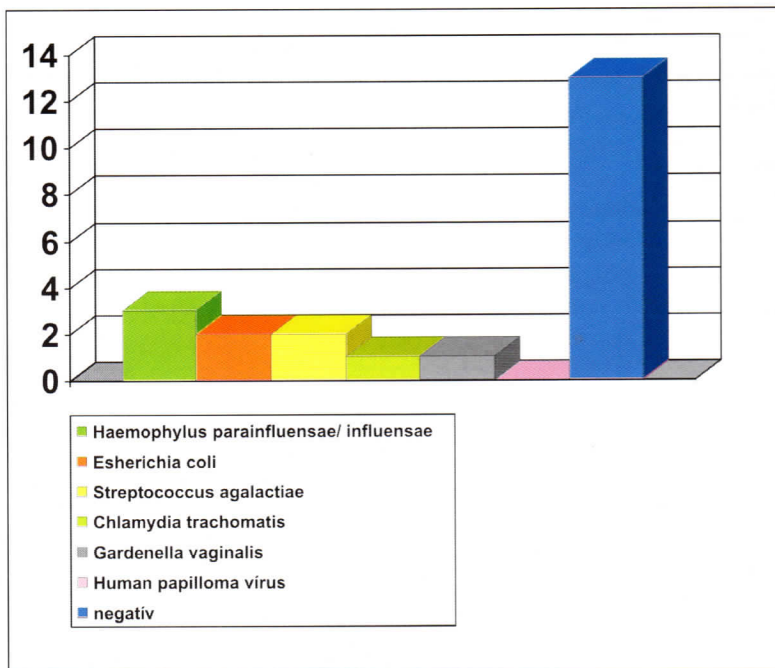
2. táblázat

A tünetek átlagos fennállási ideje



3. táblázat

Megelőző terápia



4. táblázat

A klinikánkon elvégzett bakteriológiai, mycológiai és protozoon tenyésztés eredményei, kiegészítve a Chlamydia ELISA és Human papilloma vírus DNS kimutatás eredményeivel



1. ábra

A glans dorsalis részén és a preputiumon éles szélű, csillogó felszínű narancsvörös, teleangiectasiákkal tarkított plak

ill. Streptococcus D tenyésztett ki. A Chlamydia ELISA egy esetben lett pozitív. Gram kenet alapján egy vulvitiszes esetben bakterialis vaginosiszt igazoltunk. Human papilloma vírus DNS-t kimutatni nem lehetett (4. táblázat).

A terápia megkezdése előtt a betegeket felvilágosítottuk betegségük krónikus lefolyásáról, és recidíva hajlamáról. Férfiaknál minden esetben felajánlottuk a szakirodalom által elsődleges beavatkozásként elfogadott circumcisiót, azonban ettől a terápiás lehetőségtől, egy beteg kivételével mindenki elzárkózott. A konzervatív terápiát választóknak a terület izolálását, szárazon tartását, a higiénés körülmények javítását javasoltuk. E mellett lokális antiszeptikus, antiflogisztikus krémet, ill. pozitív tenyésztési eredmény esetén célzott antibiotikus terápiát alkalmaztunk. Egy férfitbetegünkél a bakteriológiai tenyésztések alapján krónikus prostatitis igazolódott, amelynek gondo

zása és kezelése a SE Urológiai Klinikáján történt meg. A circumcindált beteg maradéktalanul meggyógyult, több hónapja tünetmentes. A konzervatív kezelés mellett 6 esetben lassú javulást, 8 esetben tünetmentességet lehetett elérni. 7 betegnél a terápia felfüggesztése mindig a folyamat recidíváját vonja maga után.

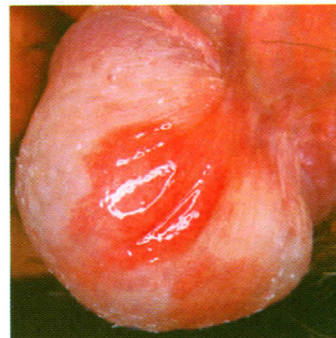
Megbeszélés

A Zoon balanitis krónikusan fennálló, körülírt balanitis, amely főként az idősebb, nem circumcindált férfiak betegsége. Circumcindált férfin kialakult plasmasejtes balanitist a szakirodalom még nem közölt le. (6, 7) A folyamat általában több hónapja vagy éve áll fenn. Kialakulhat de

novó, vagy egy eredetileg meglévő bőrgyógyászati betegség (lichen ruber planus, psoriasis vulgaris, krónikus kontakt dermatitis) talaján. A balanitis női analógja, igen ritka, krónikus lefolyású betegség, amelyet a klinikai kép és a szövettani jellemzők egyezése alapján vulvitis circumscripta plasmocellularisnak neveztek el. Azóta nagyon kevés- alig 40 esetet - közöltek le (8, 9).

Amíg a Zoon balanitis az 50-80 éves férfiakat érinti, a plasmasejtes vulvitisben szenvedők nem feltétlenül az idősebb korosztályból kerülnek ki. Közöltek már 28 éves, de 89 éves betegnél is ilyen tünet kialakulását (1, 6, 10).

A tünet férfiaknál a glanson - leggyakrabban a dorsalis felszínen -, a preputiumon, vagy a meatus urethraeben (1. ábra, 2. ábra), nőknél a vulván bárhol megjelenhet



2. ábra

A meatus urethrae körül élénk erythemás, lakkszerűen csillogó felszínű macula



3. ábra

A commissura posterior területén és a jobb labium majus belső felszínén éles szélű szélű, petechiákkal tarkított erythemás macula

(3. ábra). Klinikailag a jellegzetesen, lakkszerűen csillogó felszínű, erythemás, narancssárga árnyalatú, jól körülírt, legtöbbször soliter macula jellemző, amelyen belül macroscoposan pontszerű purpurák, bevérzések (ún. cayenni bors mintázat) figyelhetők meg, ez utóbbiak dermatoscoppal apró teleangiectasiáknak bizonyulnak (1, 8, 10). A gyulladás jelei (oedema, fluor, crusta) hiányoznak (1). A férfiak jellegzetesen tünetszegények, nőknél az erős pruritus, szárazság érzés, vulvodynia, dyspareunia, ill. az egy pontra lokalizálódó fájdalom jellemző, amely a klinikai képpel nem arányos (2, 6, 11). Létezik a Zoon mucositisnek erosiv, ill. nodularis és pseudoangiomatosus klinikai formája is, ilyenkor a szövettani vizsgálat eredménye a döntő, a plasmasejtes mucositisre jellegzetes elemek minden esetben jelen vannak (12).

A betegség időbeni lefolyása során megjelenő szövettani jellegzetességeket az 5. táblázat tartalmazza. Összefog-

lalóan a legfontosabb jellemzők: az atrophias epidermis, a papillaris dermisben lévő plazmasejtes infiltrátum, a tárgult kapillarisok és a haemorrhagia. Nem figyelhető meg azonban sem keratinocyt dysplasia, sem nyilvánvaló hólyagképződés (1, 4, 5, 8, 12, 13, 14).

A PAS és Gram festések legtöbbször negatívak. A direkt immunfluoreszcencia vizsgálatok vagy negatív eredménnyel zárulnak, vagy anti IgA, ill. anti IgE serummal pozitívan festődő plazmasejtek láthatóak (5, 6, 8, 15).

A betegség etiológiája ismeretlen. A legszélesebb körben elfogadott provokáló tényezők közé tartoznak: meleg, nedvesség, trauma, személyi higiénia hiánya, smegma retenció, krónikus irritáció (pl. testnedvek - inkontinencia, exogén anyagok – detergensok) vagy krónikus infekció (1, 2, 3, 4, 7, 10) (6. táblázat).

A balanitis etiológiáját legújabban a genitáliák anatómiai sajátosságaira vezetik vissza. A glanson és a preputium belső részén lévő szaruréteg vékonyabb, ellenállása kisebb, mint a többi területen, másrészt az elszarusodó laphám nyálkahártyára jellemző viszonyok (összefekvő terület, meleg, nedvesség) között van (1, 4, 5). Weyer's és társai szerint a plasmasejtes mucositis ennek a régióknak a lichen simplex chronicusa (11).

Egy másik megközelítés alapján, a plasma sejtes balanitis és vulvitis tulajdonképpen nem más, mint a keratinizált bőr nem specifikus gyulladásos válasza, amely krónikus irritációra ill. exogen ágensre jelentkezik. Ezt támasztja alá, hogy betegség korai stádiumában a szövettani kép korai irritatív kontakt dermatitisnek felel meg, az epidermalis hyperplasia, és focalis parakeratosis miatt (1). Sok esetben csak a hisztológiai vizsgálat során derül ki, hogy ami klinikailag Zoon-nak megfelel, nem más, mint allergiás kontakt dermatitis, psoriasis, lichen ruber planus, vagy akár laphámsejtes carcinoma (4, 13).

A fizikális eredet mellett szól egyrészt a klinikum: 1. a leggyakrabban érintett régió a glans dorsalis része, nőknél pedig a commissura posterior, amelyek a traumának legjobban kitett területek, 2. a szövettani vizsgálat során látható erythrocyta extravasatio és hemosiderin lerakódás,

	Akut	Szubakut	Krónikus
Epidermis	- oedemás - megvastagodik - helyenként parakeratotikus	- atrophias - helyenként superficiális erosiók - felső részében spongiosis, ill. neutrophilek	- subepidermalis részképződés, - akár a teljes epidermis hiányával
Dermis			
capillarisok	a papillaris dermisben a kapillarisok dilatálódnak	a papillaris dermisben a kapillarisok dilatálódnak	
sejtes infiltráció	lichenoid infiltráció látható, lymphocytákkal és kevés plazma sejttel	kifejezettebb plazmasejtes infiltráció	plazmasejtben gazdag lichenoid infiltrátum
egyéb	még hiányozhat a hemosiderin	erythrocyta extravasatio	- supeficiális dermis fibrosis - sok siderophag

5. táblázat

A plasmasejtes mucositis szövettani jellemzői

3. a betegség csak a nem circumcindáltakon jelentkezik, 4. hypospadiasis esetén szinte törvényszerű a kialakulása (13). Akár a trauma, akár a folyamat előrehaladtával kapcsolatban kialakuló fokális erosiók miatt neutrophilek vándorolnak be az epidermisbe, és a kibocsátott proteolytikus enzimeknek köszönhetően létrejön a subepidermalis résképződés (4).

A nem specifikus gyulladási válasz része a plazmasejtes infiltráció is. A plazmasejtek ennek ellenére nem játszanak szerepet a betegség kialakulásában, hiszen normál körülmények között is megtalálhatóak a száj- ill. genitális nyálkahártyán. Ezen kívül számuk a betegség korai stádiumában alacsony, így megjelenésük leginkább csak a betegség krónikus lefolyására utal (1, 4). A folyamat eredetének tisztázása céljából több tanulmány született a plazmasejtek immunglobulin termeléséről. Immunhisztológiai festések során a plazmasejtes infiltrátumban főként IgE-t, és IgG-t találtak. Ez utóbbi alapján *Nishimura* és munkacsoportja a folyamatot IgE mediált, azonnali típusú hyperszenzitivitáshoz kapcsolt, nem specifikus gyulladási válaszként értékeli, bár specifikus allergént nem tudtak azonosítani (13, 16). *Toonstra és van Wichen* az IgG termelést a krónikus fertőzések esetén megjelenő, nem specifikus, polyclonalis B sejt stimuláció eredményének tartja (13). A recurrens infekció és következményes ismétlődő lymphoid sejt stimuláció szerepét támasztja alá a lymphocyták magas száma és az erosív tünetekben megjelenő IgM populáció is (13). *Montgomery, Davis-Daneshfar* és *Trueb* hipotézise szerint krónikus *Mycobacterium smegmatis* infekció áll a tünetek kialakulásának hátterében, amely baktériumot eredetileg valóban innen izolálták, de szerepe a Zoon balanitis kialakulásában kétséges, ugyanis nem izolálható a smegmából, és nem a normál genitális flóra része (13, 17). A herpes simplex genitális és egyéb vírusos fertőzések, pl. HIV, HPV és HCV provokáló szerepét is felvetik a betegség kialakulásában. A vírusos etiológia mellett szól, hogy alfa interferon kezelés mellett (amelyet terápiás alternatívaként sikerrel alkalmaznak) a herpes simplex vírus II. antigénjei direkt immunfluorescenciával igazoltan teljesen eltűntek (14, 15, 18).

A lichen aureussal való szövettani hasonlóság egyes szerzőkben felveti a pathogenesis hasonlóságát is. Ebben az esetben fel kell merülnön a lokális ösztrogén készítmények által kiváltott késői típusú hyperszenzibilizáció, vagy a krónikus kismencedeni nyomásfokozódás, ill. következményesen megnövekedett vénás nyomás szerepe, amely a perforátor vénák elégtelensége, és az érfal fragilitás miatt jött létre (11). Ez utóbbi elméletet bizonyítja, hogy az irodalomban leközölt kevés Zoon vulvitis esetnél feltűnően sokszor szerepel az anamnézisben uterus prolapsus, inkontinencia, ill. akár szisztémás, akár lokális ösztrogén terápia (2, 6, 9, 11, 19, 20, 21).

1. ismeretlen	
2. fizikális eredet	
3. anatómiai sajátosságok	meleg, nedvesség, maceratio higiénia hiánya, smegma retenció elszarusodó laphám nyálkahártya körülmények között
4. krónikus irritáció	testnedvek – inkontinencia exogén anyagok – detergenssek
5. allergiás kontakt dermatitis	
6. krónikus/recurrens infekció	<i>Mycobacterium smegmatis</i> herpes simplex genitális I. II. egyéb vírusos fertőzések: HIV, HPV, HCV
7. plazmasejtek szerepe	immunglobulin termelés
8. lichen aureus szubtypus	
9. autoimmun folyamat	

6. táblázat

A plazmasejtes vulvitis és balanitis feltételezett etiológiája

Az exogen ágens azonosítása céljából elvégzett standard ill. kiegészítő (kortikoszteroid sor, elegyítők, illatanyagok) epicután tesztekkel a legtöbb esetben nem tudtak kontakt szenzibilizációt igazolni. Egy-egy esetben perubalsam, vagy lanolin érzékenység igazolódott, de a vizsgált populáció számhoz képest nem szignifikáns mennyiségben. Mindezek alapján az epicutan teszt nem tartozik szorosan a diagnózis felállításához szükséges vizsgálatok közé (22).

A plazmasejtes balanitis és vulvitis polyglandularis endokrin betegséggel, ill. keringő ellenanyagokkal – szisztémás lupus erythematosissal való társulását is leközölték, felvetve, de nem bizonyítva a folyamat autoimmun eredetét (20, 23).

A balanopreputialis ill. vulvaris régiót érintő, krónikusan fennálló folyamatokat nehéz differenciáldiagnosztikai szempontból megítélni. 2001-ben született meg a balanoposthitis hivatalos felosztása (*Edwards* 2001), amelynek alapján 10 formát különböztethetünk meg: 1. candida balanoposthitis, 2. anaerob balanoposthitis, 3. aerob balanoposthitis, 4. HPV balanoposthitis, 5. lichen sclerosus, 6. Zoon balanitis, 7. erythroplasia Queyrat, 8. balanitis circinata parakeratotika, 9. fix gyógyszer exanthema, 10. irritatív/allergiás balanitis (13). Zoon vulvitis esetén szintén a fenti differenciál diagnosztikai lehetőségekkel kell számolnunk, amely mellett gondolnunk kell az idiopathiás vulvodyniára is (24, 25). Klinikailag a legegyszerűbb differenciál diagnosztikai megközelítést a Zoon balanitisnek a 7. táblázatban tüntettük fel (8).

A Zoon balanitis és vulvitis szövettani differenciáldiagnosztikai párja a lichen aureus, a felszínes purpurák, és a szövettani metszetben jelen lévő plazma sejtek miatt. A lichen aureus a perzisztáló pigmentált purpurás dermatitisek lokalizált formája, klinikailag egy jól körülírt, hemorrhagiás folt, szövettanilag főként lymphocytás infiltrátum jellemzi, vörösvértest extravasatioval, és hemosiderin lerakódással. Egyes szerzők a balanitis ill. vulvitis plasmodocelluláris lichen aureus speciális megjelenési formájának tartják (11, 13).

lakkszerűen fénylő felszín vöröses barna felületes erosiók, hegesedés nélkül	Zoon balanitis /vulvitis
bársonyosan fénylő felszín	erythroplasia Queyrat
elefántcsont szín	lichen sclerosus et atrophicus
mély ulcusok és bullák	nyálkahártya pemphigoid

7. táblázat

Differenciál diagnózis a klinikai kép alapján

1.	Provokáló faktorok kiküszöbölése
	a. szárazon és tisztán tartás, izolálás
	b. irritáló anyagok, detergensok kerülése
	c. igazolt allergének elhagyása
2.	Invazív terápia:
	a. circumcisió
	b. gáttájék anatómiai rekonstrukciója
	c. lézer:
	I. széndioxid lézer
	II. erbium YAG lézer
	d. krioterápia:
3.	Lokális terápia:
	a. antiszeptikus, antibiotikus készítmények
	I. tannin sav
	II. fucidinsav
	III. gentamycin
	IV. mupirocin
	b. kortikoszteroid készítmények (clobetasol propionát, trimovate)
	c. alternatív lokális terápiák („off label use”):
	I. tacrolimus
	II. alfa interferon
	III. cyclosporin
	IV. misoprostol 0.01%
	V. imiquimod

8. táblázat

Terápiás javaslat

Specifikus terápia nem ismert (8. táblázat). Az ismert provokáló faktorok, igazolt allergének elhagyása mellett fontos a terület fokozott szárazon és tisztán tartása, izolálása (21). Főként nőknél fontos a gáttájék anatómiai rekonstrukciója, csökkentve ezzel a krónikus kismencedei nyomásfokozódást és megnövekedett vénás nyomást, ill. megszüntetve az inkontinencia okait (11). Balanitis esetén a kezelés aranystandardja a circumcisió (9, 26). A beavatkozás elvégzésével egyrészt megszűnik a preputium belső felszínének nyálkahártya jellege, és így az állandó irritáció, másrészt szövettani feldolgozásra alkalmas anyagot kapunk (13). Az invazív eljárások közé tartozik a széndioxid lézeres, vagy erbium YAG lézeres beavatkozás. „Continuous wave” széndioxid lézer szkennelrel („silk touch”, intenzitás: 1-2W, 2 vagy 4 alkalommal) történt beavatkozás után a reepithelizáció 1-2 héten keresztül történik, 3-12 hétig még reziduális erythema megfigyelhető. A beavatkozást követően ritka a relapsus, akár több éves tünetmentességről is beszámolnak. Késői mellékhatásként

egy-egy esetben lichen sclerosus et atrophicus kialakulásáról számolnak be a szakirodalomban (13, 27, 28, 29, 30). A lokális kezelés kiegészítéseként, ill. esetenként önállóan is alkalmazható krioterápia. A radioterápia és elektocauteres beavatkozások nem ajánlottak (3, 30).

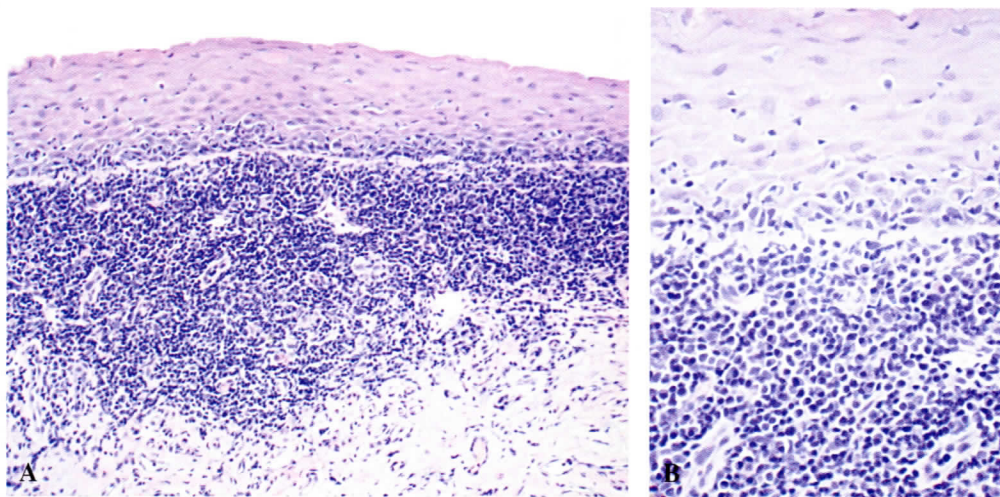
A lokális vagy intralesionalis szteroid készítmények (clobetasol propionát, trimovate), lokális antiszeptikus, vagy antibiotikus készítmények (tannin sav, fucidinsav, gentamycin, mupirocin) kiegészítő kezelésként ajánlottak. A lokális kortikoszteroid kezelés felfüggesztése után recidívával kell számolni, ill. lappangó virális fertőzések, pl. condyloma acuminatum fellebbanásával (2, 5, 10, 25, 31).

Alternatív terápiaként, („off label use”) több lokális kezelésről is beszámol a szakirodalom. A tacrolimus helyi alkalmazását akkor javasolják, ha a circumcisió nem nyújt teljes megoldást. Ilyenkor, ill. ezt megelőzendő ajánlják egyes irodalmak a fenti kezelést (5, 33). Ezzel szemben más tanulmányok a tacrolimus használatát nem tartják terápiásnak. Elméletük szerint ezt a lokális terápiát legtöbbször a sikertelen, elhúzódó kortikoszteroid kezelés után vezeti be a kezelőorvos. A kortikoszteroid kezeléshez hozzászokott bőrben a terápia felfüggesztése után nitrogén-oxid szabadul fel, következményes vasodilatatioval, és erythemával, amely tünet a nitrogén-oxid szint normalizálódásával lassan, hetek alatt „spontán” megszűnik. Elméletük szerint az ez idő alatt alkalmazott lokális makrolid terápia gyulladáscsökkentő hatásának nincs szerepe, pusztán placebonak tekinthető (34). Óvatosságra ad okot, hogy a tacrolimus használata mellett a penisen spinocellularis carcinoma kialakulását is lekötötték, bár egyértelmű összefüggést nem tudtak bizonyítani (35). Intralesionalisan alkalmazott alpha interferon kezelés mellett nemcsak a klinikai tünetek és a plazmasejtes infiltrátum regrediált, hanem direkt immunfluorescens vizsgálattal igazolhatóan a herpes vírus antigének expressziója is csökkent (6, 14, 15). Egy-egy esettanulmány született agresszív lokális kezelésre rezisztens, évek óta fennálló tünetek lokális cyclosporin (0,01%), misoprostol, ill. imiquimod kezelés kedvező terápiás hatásáról is (6, 36, 37).

A számtalan terápiás kísérlet végeredményeként elmondható, hogy amíg a lokális kezelés mellett sokszor jelentkezik recidíva, a sebészi beavatkozások jó hosszú távú eredményhez vezetnek (13).

A plazmasejtes balanitis és vulvitis nem precancerosus állapot. Krónikus volta ellenére nagyon ritkán figyelték meg a folyamat malignizálódását (3, 12). Két esetben közöltek le, több évtizede fennálló Zoon balanitisnél erythroplasia Queyrat ill. morbus Bowen kialakulását. Diag-

nosztikus biopszia először csak plazmasejtes infiltrációt, később már malignitást igazolt. A cikkek szerzőiben felmerült, hogy a krónikus, évtizedeken keresztül fennálló gyulladás eredményeképpen alakulhatott ki az in situ carcinoma, bár felvetik annak a lehetőségét is, hogy a biopsziás mintavétel először csak a neoplasia körüli reaktív plazmasejtes infiltráció területéről történt.



4. ábra

Szöveti kép (hematoxylin-eosin festés, A: 100x, és B: 300x nagyítás)

A radioterápia mindkét esetben teljes remisszióhoz vezetett (38, 39). *Joshi* és munkatársai 1999-ben, *Porter* és munkatársai 2000-ben vetették fel spinocelluláris carcinoma kialakulásának lehetőségét Zoon balanitis talaján. (39, 40, 41, 42)

Saját betegeink ill. a szakirodalom adatait összegezve megállapíthatjuk, hogy a vulvitis és balanoposthitis chronica circumscripta plasmocellularis nem specifikus reakció a gyengén keratinizált bőrön, krónikus irritáció hatására. A folyamat benignus, de recidíva hajlama és tünetnana miatt a betegek életminőségét súlyosan befolyásolja, amelynek jelentőségét nem szabad figyelmen kívül hagynunk. Az epidermalis barrier funkció károsodása miatt kapu egyéb szexuális úton terjedő betegségek számára, ill. elfedhet más, prognózis szempontjából fontos kimenetelű betegséget (pl. cc. spinocellulare, morbus Queyrat, morbus Bowen). A plasmacellularis balanitis jelenleg elsőként választható - hosszú távú tünetmentességet célzó terápiája férfiaknál a circumcisio, amelyet a lokális antiszeptikus vagy gyulladáscsökkentő kezelésekkel ill. a folyamat izolálásával lehet kiegészíteni (10, 41).

IRODALOM

1. *Braun-Falco O., G., Wolff H. H.*: Dermatology, 2nd, completely revised edition, Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York (2006), 1204-1223.
2. *Botros M., Miller J., Goldberg R., Gandhi és mtsai.*: Successful treatment of Zoon's vulvitis with high potency topical steroid. *Int. Urogynecol J.* (2006) 17, 178-179.
3. *Retamar R. A., ien M. C., Chouela E. N.*: Dermatologic surgery, Zoon's balanitis: presentation of 15 patients, five treated with carbon dioxide laser. *International Journal of Dermatology* (2003) 42, 305.
4. *Weyers W., Ende Y., Schalla W. és mtsai.*: Balanitis of Zoon: a clinicopathologic study of 45 cases. *Am J Dermatopath.* (2002) 6, 459-467.
5. *Moreno-Arias G., Camps- Fresneda A., Llabiera C. és mtsai.*: Plasma cell balanitis treated with tacrolimus 0.1%. *British Journal of Dermatology*, (2005) 153, 1204.
6. *Jivko A., Snežina G.*: Dermatologic Diseases of the Vulva. *Clinics in Dermatology* (1997) 15, 53-65.
7. *Mallon E., Hawkins D., Dinneen M. és mtsai.*: Circumcision and Genital Dermatoses. *Arch. Dermatol.* (2000) 136, 350-354.

8. *Alessi E., Coggi A., Gianotti R.*: Review of 120 biopsies performed on the preputial sac. *Dermatology*, (2004) 2, 104-124.
9. *Yoganathan S., Bohl T.G., Mason G.*: Plasma cell balanitis and vulvitis (of Zoon). A study of 10 cases. *J. Reprod Med.* (1994) 12, 939-44.
10. *Várkonyi V.*: STD atlasz gyakorló orvosoknak Klinikum-Diagnózis-Terápia. Medicina könyvkiadó Rt. Budapest (2006)
11. *Li Q., Leopold K., Carlson A.*: Chronic vulvar purpura: persistent pigmented purpuric dermatitis (lichen aureus) of the vulva or plasma cell (Zoon's) vulvitis? *J. Cutan Pathol.* (2003) 30, 572-576.
12. *Kumar B., Sharma R., Rajagopalan M. és mtsai.*: Plasma cell balanitis: clinical and histopathological features- response to circumcision. *Genitourin. Med.* (1995) 1, 32-4.
13. *Davis D. A., Cohen P. R.*: Balanitis circumscripta plasmacellularis. *J. Urol.*(1995) 2, 424-426.
14. *Uniyuki K., Sada A., Asumoto Y.*: A case of vulvitis circumscripta plasmacellularis positive for herpes simplex type II antigen. *Clinical and Experimental Dermatology* (1998) 23, 1365.
15. *Morioka S., Nakjima S., Yaguchi H. és mtsai.*: Vulvitis circumscripta plasmacellularis treated successfully with interferon alpha. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1988) 19, 942-50.
16. *Nishimura, M., Matsuda T., Muto M és mtsai.*: Balanitis of Zoon. *Int. J. Dermatol.* (1990) 29, 421.
17. *Howe R., Hodges M.*: The carcinogenicity of smegma: debunking a myth. *JEADV* (2006) 20, 1046-1054.
18. *Houser E. R., Guston K. E., Funkhouser W. K. és mtsai.*: Plasma cell (Zoon's) balanitis with concomitant HIV infection. *Urology* (2005) 3, 657.e13-657.e14.
19. *Davis J., Shapiro L., Baral J.*: Vulvitis circumscripta plasmacellularis. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1983) 3, 413-6.
20. *Scurry J., Dennerstein G., Brennan J. és mtsai.*: Vulvitis circumscripta plasmacellularis. A clinicopathologic entity? *J. Reprod. Med.* (1993) 1, 14-8.
21. *Grosshans E., Kleineclaus I., Guillaume J. C.*: Intraepithelial capillary hemangioma? *Ann. Dermatol. Venereol.* (2002) 129, 46-49.
22. *Virgili A., Levratti A., Zampino M. R. és mtsai.*: Are patch test useful in plasma cell vulvitis? *J. Reprod. Med.* (2004) 2, 105-7.
23. *Salopek T. G., Siminoski K.*: Vulvitis circumscripta plasmacellularis (Zoon's vulvitis) associated with autoimmune polyglandular endocrine failure. *Br. J. Dermatol.* (1996) 6, 91-4.
24. *Heymann W. R.*: Mucocutaneous pain syndromes – Dialogues in Dermatology. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2004) 51, 970-971.
25. *Ajibona O., Brown L.*: Apreunia in patient with Zoon vulvitis. *Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 3, 315-323.
26. *Pastar Z., Rados J., Lipozencic J. és mtsai.*: Zoon plasma cell balanitis: an overview and role of histopathology. *Acta. Dermatoverol. Croat.* (2004) 4, 268-73.

27. Baldwin H. E., Geronemus R. G.: The treatment of Zoon's balanitis with the carbon dioxide laser. J. Dermatol. Surg. Oncol. (1989) 15, 491.
28. Aynaud O., Casanova J., Tranbaloc P.: CO₂ laser for therapeutic circumcision in adults. Eur. Urol. (1995) 1, 74-76.
29. Albertini J., Holck D., Farley M.: Zoon's balanitis treated with Erbium:YAG laser ablation. Lasers. Surg. Med. (2002) 2, 123-6.
30. Haedersal M., Wulf H. C.: Plasma cell balanitis treated with a copper vapour laser. Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg. (1995) 4, 357-8.
31. Buechner S. A.: Common skin disorders of the penis. BJU International (2002) 90, 498.
32. Tang A., David N., Horton L. W.: Plasma cell balanitis of Zoon: response to Trimovate cream. Int. J. STD AIDS (2001) 2, 75-8.
33. Hernandez M., Borrego H., Báez M. és mtsai.: Viewpoints in dermatology. Correspondence. Plasma cell balanitis of Zoon treated successfully with topical tacrolimus. Clinical and Experimental Dermatology, (2005) 30, 588.
34. Santos-Juanes J., Sanches del Rio J., Galache C.: Topical Tacrolimus. Arch Dermatol (2004) 140, 1538-1539.
35. Langeland T., Engh V.: Topical use of tacrolimus and squamous cell carcinoma on the penis. Br. J. Dermatol. (2005) 1, 183-5.
36. Gunter J., Golitz L.: Topical misoprostol therapy for plasma cell vulvitis: a case series. J. Low. Genit. Tract. Dis. (2005) 3, 176-80.
37. Yosipovitch G., Chan R., Ong B. H.: Resolution of vulvitis circumscripta plasmacellularis with topical imiquimod: two case reports. Br. J. Dermatol. (2003) 3, 638-41.
38. Davis-Daneshfar A., Trueb R.: Bowen's disease of the glans penis (erytoplasia Queyrat) in plasma cell balanitis. Cutis (2000) 6, 395-398.
39. Davis-Daneshfar A., Trueb R. M.: Bowen's disease of the glans penis (erythroplasia of Queyrat) in plasma cell balanitis. Cutis (2000) 6, 395-8.
40. Joshi U. J.: Carcinoma of the penis preceded by Zoon's balanitis. Int. J. STD AIDS. (1999) 12, 823-5.
41. Porter W. M., Hawkins D. A., Dinnem M. és mtsai.: Zoon's balanitis and carcinoma of the penis. Int. J. STD AIDS. (2000) 7, 484-5.

Érkezett: 2007. II. 19.

Közlésre elfogadva: 2007. IV. 23.



Az alopecia areata totalis sive universalis GKL - thymus-kivonattal történő lokális terápiája

Az alopecia areata totalis és universalis más terápiás módszereivel (kontakt-szenzibilizáció, diphenylcyclopropenon, orális szulfonterápia) szemben a teljes remissziós arány egyértelműen magasabb a Thymuskin kivonatokkal.

Thymu skin®



Következtetés:

Az alopecia areata súlyos eseteiben is ajánlott a Thymu-Skin készítmények használata rizikómentes és hatékony hosszútávú kezelésként.

Dr. med. Klio Mössler
Prof. Dr. med. M. Hagedorn
Darmstadti Városi Klinikák, Bőrklinika
Megjelent: Der Deutsche Dermatologe, Hamburg, 11/1993

Megrendelhető, kapható:
patikákban és a **HajdoktorBoltban**
Budapest, V. Kerület Galamb u. 4. Tel: **06 (40) 200-477**

- **A Thymus enzimek sejtregeneráló tulajdonsága bizonyított.**
- **Az eredmények igen komoly előnyt mutatnak más regenerálókkal szemben.**
- **Különösen senyvesztő betegségek során tapasztalt hajvesztés minden fajtájában ajánlott.**
- **Nőknél, menopauza során tapasztalt hajvesztés megelőzésére!!!**



professional hair-care

„Jávorszky Ödön” Kórház, Vác (főigazgató: Erős András dr.), Bőr-, Nemibeteg gondozó Intézet (fővez.: Kleszky Miklós dr.), Belgyógyászati Osztály (oszt. vezető: Konrády András dr.), Fresenius Dialízis Centrum, Vác (fő.: Bőke Mária dr.)**, Házi orvosi szolgálat, Vác***

Syphilis latens tarda esete A case of syphilis latens tarda

KLESZKY MIKLÓS DR., BÉNIK TAMÁS DR.*, BŐKE MÁRIA DR.** ,
BÁNHIDI PÉTER DR.***, KONRÁDY ANDRÁS DR.*

ÖSSZEFOGLALÁS

Syphilis latens tarda esetét diagnosztizálták *tabes dorsalis* klinikai gyanúját követően. A beteg többek között diabetes mellitusban, nephropathia diabeticában, mentális retardációban szenvedett, és krónikus dialízisre szorult. Az eset felhívja a figyelmet a syphilis laboratóriumi szűrésének fontosságára.

Kulcsszavak:

**syphilis - tabes dorsalis - nephropathia
diabetica - krónikus dialízis**

SUMMARY

A case of syphilis latens tarda was diagnosed following clinical suspicion of *tabes dorsalis*. The patient suffered from among others diabetes mellitus, nephropathia diabetica, mental retardation and required the treatment with chronic dialysis. The case directs attention to the importance of the laboratory screening for syphilis.

Key words:

**syphilis - tabes dorsalis - nephropathia
diabetica - chronic dialysis**

A szifilisz több éves fennállás után, amennyiben megfelelő kezelése nem történik meg, elérheti a betegség harmadik, definitív szervkárosodásokkal, többek között a központi idegrendszer károsodásával járó stádiumát.

Civilizált országokban a neuroszifilisz ma ritka betegségnek számít (2). A honi szakirodalomban is az utóbbi években csak egy eset említését találtuk (6).

Az alábbiakban szifiliszben szenvedő betegünk esetét ismertetjük, akinél klinikai tünet utalt a központi idegrendszer specifikus károsodására.

Esetismertetés

47 éves férfibeteg 2005. december 15-én ismételtelen került felvételre a „Jávorszky” Kórház Belgyógyászati Osztályára általános állapota, diabetes mellitusának egyensúlya és vesefunkciói romlása kapcsán. A mentálisan retardált, speciális otthonban élő, saját inzulinkezelését sem ismerő betegről érdemi anamnézis nem volt nyerhető. Korábbi dokumentációk alapján ismert volt inzulinlalt kezelt diabetes mellitusa, mikroangiopathia talaján kialakult nephropathiája, mely miatt dialízis kezelésre került, továbbá iszkémiás szívbetegsége. A felvétele előtti években és hónapokban krónikus bronchitisének akut exacerbációi és egyéb interkurrens infekciók miatt többször kapott antibiotikumot, köztük penicillint is.

Statusából: kp. fejlett, igen sovány férfibeteg. Bőr, nyálkahártyák kissé halványak, foltosan pigmentáltak. Cyanosis, icterus, oedema nincs. Sclera fehér, conjunctiva kp. erezett. Garatképletek békések. Nyelv nedves. Pajzsmirigy norm. nagyságú, benne göb nem tapintható. Kóros nyirokcsomó nem tapintható. Mellkas részarányos, érdes légzés, jobb bázison halkultabb légzési hang. Ritmusos, zörejmentes szívhangok. RR: 135/80 Hgmm, P: 80/min. Has a mellkas szintje alatt. Puha, betapintható, kóros rezisztencia, nyomásérzékenység nincs, jó bélhangok. Hepar elérhető, lien nem tapintható. Vesetájék ütögetésre nem érzékeny. Perifériás erek tapinthatók.

Éber, meningeális izgalmi jel nincs. Járása ataxiás, oldalíság nincs. Dysarthria, meglassult psychomotorium. Mentalis retardatio.

Laboratóriumi leleteiből: süllyedés: 90 mm/h – 88 mm/h, Hgb: 110 g/l – 100 g/l, HCT: 33% – 32,5%, RBC: 3,98 10 E12/l – 3,45 10 E12/l, WBC: 5,90 10 E9/l – 8,10 10 E9/l, PLT: 366 10 E9/l – 317 10 E9/l, BUN: 43,6 mmol/l – 11,37 mmol/l, Kreatinin: 748, omol/l – 394, umol/l, Nátrium: 133 mmol/l – 132,7 mmol/l, Kálium: 4,40 mmol/l – 4,29 mmol/l, Kalcium: 2,44 mmol/l, összfehérje: 57,49 g/l, albumin: 31,27 g/l, vas: 7,50, umol/l, Foszfór: 0,96 mmol/l, összbilirubin: normális, GOT: 19, 0 U/l, GPT: 27 U/l, prothrombin: 1,13 INR, fibringén: 4,96 g/l, glukóz: 38,7 mmol/l – 10,02 mmol/l, CRP meghatározás: 37,58 mg/l – 85,34 mg/l, kvalitatív vérvék: karéjos 72%, bazofil 2%, limfocita 22%, monocyta 4%.

EKG: SR, fr:80/min, norm. PQ, keskeny QRS, bal tengelyállás, V1-3 QS, BAH, I. aVL, V5-6-ban negatív T.

Mellkas röntgenfelvétel: Expandált tüdők, kanül jó helyzetben, jobb oldalon a rekesz felett kb. 2-3 harántujnyi folyadékgyülem látható, mely felterjed a laterális mellkasfalra. Bal oldal eltérés nélkül (dr. Demján).

További kórtörténet: szénhidrát-anyagcseréjének rendezése után dialízis kezelésre került. A dialízis-centrum orvosának feltűnt a beteg *tabes dorsalis*-ra jellemző járása, ezért RPR és TPHA vizsgálatokat végeztetett; melyek ismételtelen erősen pozitív eredményt mutatnak. Felállítottuk a syphilis diagnózisát.

További vizsgálataiból és konzíliumaiból:

Bőrgyógyászati konzílium: Ismételt vizsgálattal bőrén syphilisre jellemző tünetet vagy stigmát nem találtunk. A laboratóriumban nagyon határozottan állást foglalt biztos TPHA pozitívítás és még biztosabb RPR pozitívítás mellett. A beteg kezelési szempontból syphilisben szenvedőnek tekintendő. Venereás anamnézist felvenni lehetetlennek találtuk. Kértük szíves neur. konzíliumát, egyben lumbálpunkcióját is még a kezelés előtt (dr. Kleszky). Neurológiai konzílium: A beteg fizikális statusa, ill. anamnézis alapján felvehető a *connatalis syphilis* gyanúja is. Statusában kiemelendő masszív mentális retardatio, hypertelorismus, ellapult orrnyereg. Tekintettel arra, hogy uraemia, diabeteses neuropathia is színezi a képet, egyértelműen csak punkcióval lehetne verifikálni a diagnózist (dr. Kapás).

Liquor: Treponema pallidum ELISA vizsgálat: cutoff rate 7,5; eredmény pozitív (dr. Kemény, SE Bőrklínika).

Liquorvizsgálat: Liquor összfehérje: I. frakció 1,17 g/l, immunológia: liquor albumin: 765,9 mg/l, szérumban albumin: 31 g/l, liquor/serum hányados (alb): 24,7, albumin index: 40,5, liquor IgG: 143,92 mg/l, szérumban IgG: 6,20 g/l, link index (IgG): 0,94, liquor/szérumban hányados (IgG): 23,2, intratekális frakció (IgG): 30,0, immunoblot (Western blot): mind a szérumban, mind a liquorban igen halvány oligoclonalis IgG csíkokat találtunk; a szérumban 5 db, a liquorban 3 db; ebből egy csík azonos. A savó- és a liquorvételek nem egyidőben voltak. Vélemény: Neurosyphilisnél a liquor összfehérje általában 1,0g/l alatt van. Jelen vizsgálatnál barrier zavar kifejezett, intratekálisan IgG-t nem, vagy enyhe fokban szintetizál. A liquorban az IgG nem intratekálisan termelődik – perifériáról származik, legalábbis a jelentős része. Jav: koponya CT, egyéb, esetleg térszűkítő folyamat kizárása céljából (dr. Baraczk, Orsz. Pszichiátriai és Neurológiai Intézet).

A koponya natív CT vizsgálatánál: Infratentorialisan 3, supratentorialisan 8 mm-es natív axialis szeleteket készítettünk. Mérsékeltén tágabban basalis és felszíni liquorterek. Normális elhelyezkedésű és tágaságú kamrarendszer. A középvonal megtartott. Bal oldalon a thalamust – capsula internát érintő 1 cm körüli hypodensitas látható. Térszűkítésre utaló jel nincs. Vél.: Vascularis laesio a bal ACM területén. Hydrocephalus, neoplasiára utaló jel nem ábrázolódott (dr. Varga).

Echocardiographiás lelet: Aorta billentyű: normális. Bal pitvar: 34 mm 2D: 42 Jp. 35, Aorta gyök: 24 mm Bal kamra: DD.44 ds. 30 EF. 62% 2d 65x35, Septum: 15-18 mm, Bal kamra hátsó fal: 14-19 mm, Jobb kamra: 31 mm h.29, Aorta: V-max: 0,88 m/s GR: 3,1 Hgmm Mitralis: E/A 0,61 / 1,08 0,57, MI I. fokú. Vélemény: Kissé tágabban, mérsékeltén hypertrophiás bal kamra. I. fokú mitrális insuficiencia. Jó systolés bal kamra funkció. Relaxációs zavar. Antero-septális régió hypokinetikus (dr. Marton).

További kórtörténet és kezelés: syphilis latens tarda diagnózisunk kapcsán neurológus konziliáriusainkkal történt többszöri megbeszélés után neurosyphilisnek megfelelő kezelés mellett döntöttünk. A beteg 2 napig per os 200 mg/die Doxycyclin után 14 napig 18 millió egység kristályos Penicillint kapott naponta infúzióban. A kezelés közben érdemi szövődményt nem észleltünk.

Másodnapokénti dialízis-kezelése közben a beteg éjszakánként jugularis-kanüljét többször kihúzta, a szűrőszatona elgennyedt, ezért az SE Ersebészeti Klinikán Cimino-fistula kialakítása történt, majd ennek szűrhetőségéig hosszabb ápolási időszak következett. A beteg neurológiai statusában változást nem tapasztaltunk.

Kielégítő általános állapotban távozott 2006. március 3-án a speciális otthonba.

Mivel betegünkötől anamnézis nem volt nyerhető, „cluster-technikát” alkalmaztunk; a speciális otthon orvosai az otthon összes lakóján és összes dolgozóján elvégeztette az RPR és TPHA vizsgálatokat. Két férfitárs került kiemelésre syphilis latens recens diagnózissal, akik mind auto-, mind heteroanamnézis szerint betegünk kontaktusai voltak. Mindketten heti 2,4 ME Retarpen-kezelésben részesültek összesen 3 egymást követő héten, és ők is venerológiai gondozás alatt állnak. Anti-HIV antitest Elisa vizsgálatok minden esetben egyelőre negatívak.

Megbeszélés

A szifilisz elmúlt évtizedek alatti térnyerésével hazánkban is számolni lehet, ha ritkán is, késői másodlagos, esetleg harmadlagos stádiumba került esetek felbukkanásával. Úgy gondoljuk, hogy az általunk észlelt eset is példa erre.

Mint fentebb olvasható, mentálisan súlyosan retardált betegünknel felmerült még a késői konnatális szifilisz gondolata is, meggyőző specifikus stigmát azonban nem találtunk, továbbá ellene szól, hogy a beteg 1959-ben született, amikor a hazai szülészeten a szűrés már résmentes volt.

Aktív neurosyphilis laboratóriumi igazolása viszont nem egyszerű feladat.

Betegünk liquorának vizsgálata nem igazolt aktív neurosyphilisre jellemző intratekális IgG-termelést, csak kife-

jezett barrierzavart, az IgG-index ugyancsak nem támasztotta azt alá. Liquorában Treponema pallidum ELISA vizsgálat pozitív volt, mely igen érzékeny (7), FTA vagy TPHA vizsgálat azonban, melyek liquor-serum indexe bizonyító erejű lett volna, nem történt. Így, tekintve a liquorfehérjék vizsgálatának eredményét és utóbbiak hiányát, nem állítottuk fel neurosyphilis diagnózisát (3,4).

Mindazonáltal e diagnózis felállításában a klinikai tüneteknek is nagy szerepe lehet (1, 9). Nehéz ma hazánkban tabes dorsalis, különösen részleges tüneteinek diagnosztizálása klinikailag, hiszen a mai magyar orvosgeneráció legfeljebb csak kivételesen láthatott tabest. Esetünkben azonban ez a körülmény adva volt.

Dokumentálva volt továbbá, hogy többek között diabetes mellitusban, veseelégtelenségben és krónikus hörghurutban is szenvedő betegünk megelőzőleg számos alkalommal kapott antibiotikumot; méghozzá krónikus veseelégtelensége kapcsán feltehetőleg elég koncentráltan.

Felvethetőnek tartottuk hát a kérdést, hogy betegünk esetében egy kezdődő neurosyphilis nagy dózisu, de nem erre a betegségre célzott antibiotikus kúrák részlegesen esetleg meggyógyíthatnak (5, 8), de tabes dorsalis tünetei – mint az korrekt kezelése után is ismert (1, 9), – megmaradhattak. Minthogy ezt az elméleti lehetőséget nem tudtuk egyöntetűen kizárni, neurosyphilisnek megfelelő kezelést nyújtottunk. Sajnos, a várakozásnak megfelelően, betegünk neurológiai statusában javulást nem észleltünk.

Sikerült viszont, mivel zárt közösségről volt szó, megtalálni és kezelésben részesíteni a kontaktus személyeket.

Egyebekben erősen stigmatizált, sokszorosán hospitalizált betegnek klinikai tünet alapján diagnosztizáltunk szifilist. A késői szifilisz felbukkanásának lehetősége mellett, véleményünk szerint ez felhívja a figyelmet a laboratóriumi szűrések nagy jelentőségére is.

IRODALOM

1. Caudie C., Garel F. és mtsai.: Diagnosis and biological monitoring of 6 neurosyphilis cases value of cerebrospinal fluid analysis. *Annales de Biologie Clinique* (2003) 61 (5), 563-9.
2. Damlsen A. G., Weissmann K. és mtsai.: Incidence, clinical presentation and treatment of neurosyphilis in Denmark 1980-1997. *Acta Dermato Venereol* (2004) 84 (6), 459-62.
3. McPherson R. A., Pincus M. R.: Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods. 21th ed. Saunders 2006.
4. Luger A. F., Schmidt B. L. és mtsai.: Significance of laboratory findings for the diagnosis of neurosyphilis. *International Journal of STD&AIDS* (2000) 11 (4), 224-34.
5. Marra C. M.: Neurosyphilis (Review). *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* (2004) 4 (6), 435-40.
6. Merkle H., Pál E. és mtsai.: Korai demenciák: három eset. *Ideggyógyászati Szemle* (2004) 57 (11-12), 417-22.
7. Müller I.: Is serological testing a reliable tool in laboratory diagnosis of syphilis? Meta-analysis of eight external quality control surveys performed by the German infection serology proficiency testing program. *J.Clin.Microbiol.* (2006) 44 (4), 1335-41.
8. Sabbatani S., Manfredi R. és mtsai.: Neurosyphilis in a young adult: very early, tertiary syphilis? *International Journal of STD&AIDS* (2005) 16 (12), 832-4.
9. Timmermans M., Carr J.: Neurosyphilis in the modern era. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* (2004) 75 (12), 1727-30.

Érkezett: 2007. II. 16.

Közlésre elfogadva: 2007. VII. 22.

*Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum
Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika (igazgató: Dr. Kemény Lajos egyetemi tanár)¹ és
Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház-Rendelőintézet
Dermatoonkológiai Szakrendelés²*

Amalgám tatu Amalgam tattoo

ÓCSAI HENRIETTE DR.^{1,2}, VARGA ERIKA DR.¹, OLÁH JUDIT DR.¹, KEMÉNY LAJOS DR.¹

ÖSSZEFOGLALÁS

Az amalgám tatu fogászati beavatkozások következményeként jelentkezhet a szájnyálkahártyán. Klinikailag sötétszürke, kékesfekete vagy barna színű folt formájában látható leggyakrabban a gingiván és az alveolaris mucosán, de a bucca nyálkahártyáján is előfordul. Legfontosabb differenciáldiagnosztikai kérdés a pigmentált lézióktól, elsősorban a malignus melanomától való elkülönítése.

A szerzők 2 nőbeteg kórtörténetét ismertetik, ahol a szövettani vizsgálat kizárta a melanoma malignum lehetőségét és amalgám tatut igazolt.

Kulcsszavak:
amalgám tatu - melanoma malignum -
differenciáldiagnózis

SUMMARY

Amalgam tattoo is an iatrogenic lesion of the oral mucosa caused by implantation of dental amalgam into soft tissue. Clinically it presents as a dark grey, bluish-black or brown macule located on the gingiva and alveolar mucosa followed by the buccal mucosa. The most important to consider the differential diagnosis of a pigmented mucosal lesion, particularly malignant melanoma.

The authors present case reports of 2 female patients. Histological study confirmed an amalgam tattoo instead of mucosal melanoma.

Key words:
amalgam tattoo - malignant melanoma -
differential diagnosis

A különböző fémek – higany, ezüst, ón, réz, cink - ötvözetéből álló amalgámtöméseket 1831 óta használják a konzerváló fogászatban. Az amalgám tatuk keletkezését illetően többféle elmélet látott napvilágot az irodalomban. A legkézenfekvőbb, hogy az amalgámmal történő fogászati beavatkozás során véletlenszerűen fúródhatnak kis fémrészecskék a szájnyálkahártya szöveteibe, azonban Pigatto és munkacsoportja szerint ez ritkán fordul elő (6). Fontosabbnak tartja az irodalom az aranyat tartalmazó koronák és higanyt tartalmazó tömések együttes alkalmazása során a különböző fémek között kialakuló galvánáram okozta fémion-vándorlást. A higanytartalmú, retrográd gyökértömésekből a gyökércsatorna csúcsán a lágyszöveteken keresztül az alveolaris mucosába történő fémdiffúzió sem ritka. A foghúzás helyén vagy a gingivaszél szomszédságában a nagy sebességű turbina használata miatt implantálódhatnak fémrészecskék a submucosába, így teoretikusan bárhol keletkezhet tatu a szájüregben (8).

Klinikailag panaszt nem okozó kékesfekete, sötétszürke vagy barna foltként észlelhető a szájnyálkahártyán. Leggyakrabban a gingiván és az alveolaris mucosán látható, de a bucca vagy a szájpad nyálkahártyáján is megjelenhet (1, 2, 7).

Észlelésekor gyakran riadalmat kelt, mivel nehezen különíthető el korai melanoma malignumtól.

Esetbemutatók

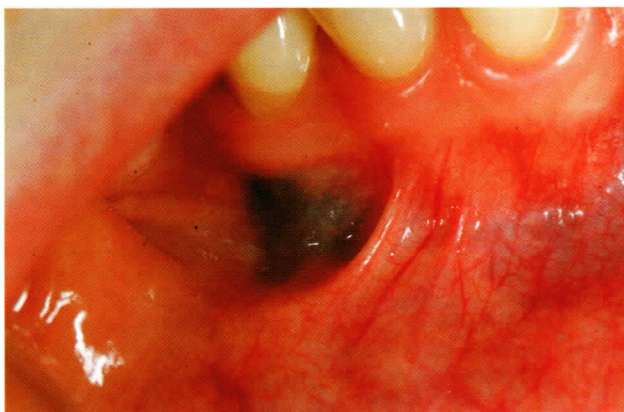
1. eset:

41 éves nőbeteg klinikai észlelését megelőzően 1 hónappal vett észre a jobb alsó 4-5. fog alatti nyálkahártyán egy szürkésbarna elszíneződést. Anamnézisében 2-3 évvel korábbi konzerváló fogászati beavatkozáson kívül egyéb lényeges nem szerepelt. A jobb alsó 4. fognál elvégzett amalgámtömés cseréjekor nyálkahártya sérülést nem észlelt.

Fizikális vizsgálatok a jobb alsó premoláris fogak alatt a gingiván, az áthajlási redőben a buccára kissé ráterjedve egy 7x8 mm-es szabálytalan alakú, elmosódó határú, helyenként kékes, máshol szürkésbarna színű maculát észleltünk (1. ábra).

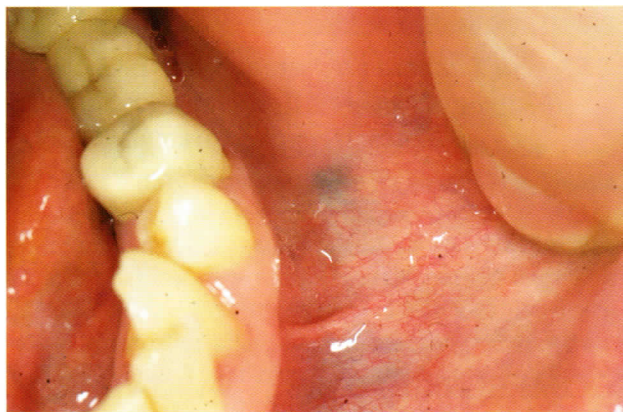
Specifikus bőrtünetet nem észleltünk és kórosan megnagyobbodott nyirokcsomót sem tapintottunk. Tekintettel a klinikai képre, elsősorban az amalgám tatu lehetőségével kizárni nem tudtuk, így a diagnózis tisztázása céljából szövettani vizsgálatra biopsziát végeztünk.

Mikroszkópos vizsgálattal ép felszíni hám mellett a kis mennyiségű laza, oedemás és érdús kötőszövet centrális részén a kollagén rostok között és a fibroblasztokban barnásfekete, apró, porszerű pigmentszemcséket láttunk granulomaképződés nélkül (2. ábra). Ez a pigment speciális festés-



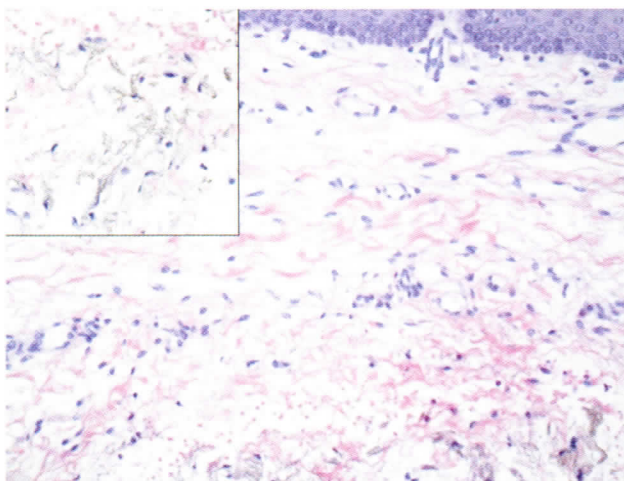
1. ábra

Szürkésbarna macula a gingiván



3. ábra

Szürkésfekete folt a bal alsó áthajlási redőben



2. ábra

Barnásfekete porszerű pigmentszemcsék a kollagénrostok között és fibroblastokban (HE eredeti nagyítás 20x; 40x)

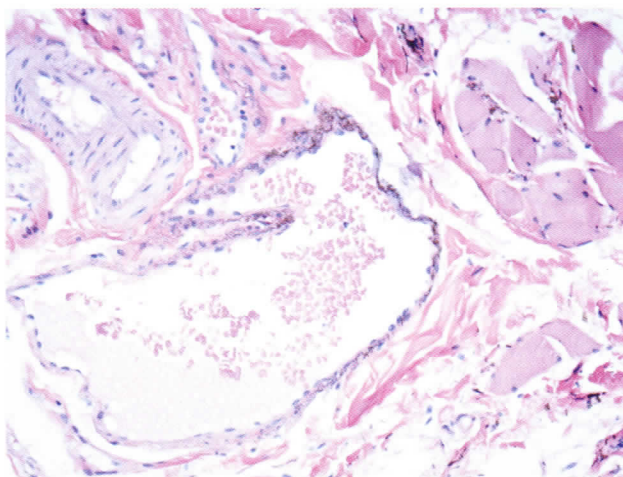
sem hemosiderinnek, sem melaninnak nem bizonyult. Malignitás jeleit nem észleltük. A szövettani vizsgálat így a klinikailag felvetett amalgám tatu diagnózisát megerősítette.

Tekintettel arra, hogy a betegnek panaszt vagy esztétikai problémát nem okozott és allergiára utaló tünete sem volt, a tatu eltávolításától eltekintettünk.

2. eset:

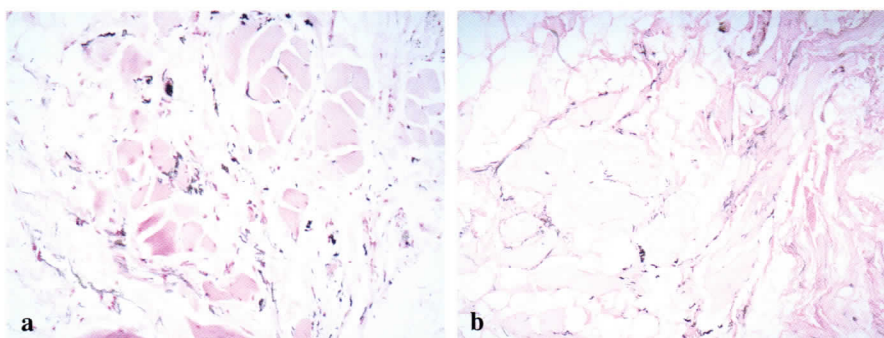
Az 52 éves nőbeteg rutin fogászati ellenőrzése során észlelték a bal alsó buccalis áthajlási redőben a kisőrlők között a 2x3 mm-es szürkésfekete foltot (3. ábra). Anamnézisében 3 évvel korábban a bal alsó impactált bölcsességfog feltárásból történt eltávolítása szerepelt. Bőrbetegségben nem szenvedett. Korábban konzerváló fogászati kezelése miatt történtek radiológiai vizsgálatok, melyek a nyálkahártyában elhelyezkedő fémszemcsék-

re utaló jelet nem mutattak. Bár klinikailag amalgám tatanak véleményeztük az elváltozást, a pigmentfolt eltávolítását és szövettani vizsgálatát tartottuk megnyugtatónak. A szövettani vizsgálattal az erek alapi hártájában, a kötőszöveti rostok között szabadon és intracellulárisan is barnásfekete pigmentet találtunk, mely speciális festéssel nem bizonyult hemosiderinnek vagy melaninnak (4., 5. ábra).



4. ábra

Barnásfekete pigmentszemcsék lerakódása a harántcsíktolt izomszövetben, kollagénrostok között és az érfalban (HE eredeti nagyítás 20x)



5. ábra

Speciális festésekkel a pigmentszemcsék barnásfeketének bizonyultak a: Fontana festés; b: Berlini kék festés (eredeti nagyítás 10x)

Megbeszélés

Az amalgám tatu a szájnyalkahártya viszonylag gyakori festékes léziója. Az Egyesült Államokban 0,4-0,9%-ra becsülik prevalenciáját, míg Svédországban 8%-ra tehető előfordulási gyakorisága (1). A jellegzetesen 1-15 mm nagyságú (kétharmadában 4 mm alatti) szürkésbarna vagy kékesfekete macula leggyakrabban a gingiva, az alveolaris és a buccalis mucosa területén található (2, 6, 7).

Mivel a fémszemcsék sugárfogók, az esetek egy részében fogászati röntgen segítségével a submucosalis fémimplantátumok igazolhatók (4, 6). Gyakran a részecskék kis mérete, finom porszerű eloszlása miatt azonban nem mutathatók ki radiológiai módszerekkel (7). Ilyenkor a diagnózis pontosítására és elsősorban a melanocytás léziók kizárására szövettani vizsgálat javasolt. Mikroszkópos vizsgálattal az amalgám tatu két formáját figyelhetjük meg. Az egyik típusban a szabálytalan, sötét, szolid fragmentumok dominálnak, míg más esetekben diszkrét barnásfekete, finom porszerű pigmentszemcsék láthatók. Ezek a kollagén és elasztikus rostok mentén, valamint a véreerekhez, ideg- és izomrostokhoz kötődően helyezkednek el. A fémszemcsék macrophagokban, többmagvú óriássejtekben is jelen lehetnek (1). Klinikailag a legfontosabb differenciáldiagnosztikai kérdés a melanocytás lézióktól, érederetű tumoroktól való elkülönítés (1. táblázat) (10-12). Ezek kizárására gyakran szövettani vizsgálatra van szükség. Az amalgám tatu diagnózisának felállítása után fontos kérdés, hogy a beteg kórtörténetében a szájnyalkahártyát és a bőrt érintő panasz vagy allergiára utaló tünet szerepel-e (3-5, 9). Klinikailag tünetmentes esetekben nem szükséges az eltávolítása. Esztétikailag zavaró nyálkahártya tatu esetén a műtéti eltávolítás mellett megoldást jelenthet a lézeres roncsolás is (például Q-kapcsolt Alexandrit vagy rubin lézerrel) (6).

Összefoglalva, két esetünk ismertetésével szeretnénk felhívni a gyakorló bőrgyógyászok figyelmét erre az ártalmatlan nyálkahártya tünetre, mely differenciáldiagnosztikai problémát jelenthet.

<i>Melanocyter elváltozások</i>	<i>Exogen pigmentek</i>	<i>Vascularis tumorok</i>
melanocyter macula naevus pigmentosus naevus coeruleus melanoma malignum Peutz-Jeghers syndroma	amalgám tatu törzsi szokások étel gyógyszer	hemangioma Kaposi sarcoma

1. táblázat

A lokalizált szájnyalkahártya pigmentléziók okai (10-12)

IRODALOM

1. Buchner, A.: Amalgam tattoo (amalgam pigmentation) of the oral mucosa: clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Refuat.Hapeh.Vehashinayim.* (2004) 21, 25-8, 92.
2. Buchner, A. and Hansen, L. S.: Amalgam pigmentation (amalgam tattoo) of the oral mucosa. A clinicopathologic study of 268 cases. *Oral Surg.Oral Med Oral Pathol.* (1980) 49, 139-147.
3. Fardal, O., Johannessen, A. C., and Morken, T.: Gingivo-mucosal and cutaneous reactions to amalgam fillings. *J Clin.Periodontol.* (2005) 32, 430-433.
4. Kaufmann, T., Bloch, C., Schmidt, W., és mtsai.: Chronic inflammation and pain inside the mandibular jaw and a 10-year forgotten amalgam filling in an alveolar cavity of an extracted molar tooth. *Ultrastruct.Pathol.* (2005) 29, 405-413.
5. Laeijendecker, R., Dekker, S. K., Burger, P. M., és mtsai.: Oral lichen planus and allergy to dental amalgam restorations. *Arch Dermatol.* (2004) 140, 1434-1438.
6. Martin, J. M., Nagore, E., Cremades, A. és mtsai.: An amalgam tattoo on the oral mucosa related to a dental prosthesis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2005) 19, 90-92.
7. Owens, B. M., Johnson, W. W., and Schuman, N. J.: Oral amalgam pigmentations (tattoos): a retrospective study. *Quintessence.Int.* (1992) 23, 805-810.
8. Pigatto, P. D., Brambilla, L., and Guzzi, G.: Amalgam tattoo: a close-up view. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2006) 20, 1352-1353.
9. Rogers, R. S., III and Bruce, A. J.: Lichenoid contact stomatitis: is inorganic mercury the culprit? *Arch Dermatol.* (2004) 140, 1524-1525.
10. Scully, C.: The oral cavity and lips. In: *Rook's Textbook of Dermatology*, edited by T.Burns, et al, pp. 66.1-66.121 Blackwell Science Publishing, (2004).
11. Ship, J. A., Phelan, J., and Kerr, A. R.: Biology and pathology of the oral mucosa. In: *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, edited by I.M.Freedberg, et al, pp. 1077-1091. McGraw-Hill, New York, Chicago. (2003).
12. Telang, G. H. and Ditre, C. M.: Blue gingiva, an unusual oral pigmentation resulting from gingival tattoo. *J Am.Acad Dermatol.* (1994) 30, 125-126.

Érkezett: 2007. V. 14.

Közlésre elfogadva: 2007. VI. 6.

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

*Fővárosi Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztály
(főorvos: Dr. Szalay Zsuzsanna)*

Beszámoló az MDT Gyermekbőrgyógyászati Szekció Továbbképző Tanfolyamáról

Summary of the Course on Pediatric Dermatology organized by the Pediatric Dermatology Workshop of the Hungarian Dermatological Society

NOLL JUDIT DR., ASBÓTH DOROTTYA DR., MOLNÁR KATALIN DR.,
SZALAI ZSUZSANNA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A Magyar Dermatológiai Társulat Gyermekbőrgyógyászati Szekciójának Továbbképző Tanfolyama 2007. április 13-14-én, Budapesten került megrendezésre a Novotel Centrum Budapest Hotelben. A kétnapos rendezvény első napján a vascularis malformatiok témakörében tartottak kerekasztal megbeszélést, míg a második napon a plasztikai sebészet gyermekbőrgyógyászati vonatkozásait próbálták felölelni a szervezők. Alábbi beszámolóink rövid összefoglalót ad az elhangzott előadásokról.

Kulcsszavak:
**gyermekbőrgyógyászat - interdiszciplináris
fórum**

A Magyar Dermatológiai Társulat Gyermekbőrgyógyászati Szekciójának Továbbképző Tanfolyama idén április 13-14-én került megrendezésre. A tudományos programot az előző évekhez hasonlóan Szalai Zsuzsanna főorvosnő és a Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztályának dolgozói állították össze. A rendezvénynek ismét a Novotel Centrum Budapest Hotel adott otthont, a technikai szervezést ezúttal is a Convention Budapest Kft. végezte.

Az ápolási szekció első előadójaként Buncsik Ildikó a Heim Pál Gyermekkorház kommunikációs igazgatója szólt a beteg és ápolóját egyaránt érintő betegjogokról, áttekintve azok gyermekkorházi érvényesülésének és érvényesítésének problémáit. Különösen forrongó témát érintett az égető kérdéseket boncoló előadással. A hozzászólásokat is az az indulatokról fűtött hangulat jellemezte, amely mindennapi problémáinkat is áthatja. A továbbiakban dr. Szilágyi Melinda ismertette a bőrtisztítás és bőrápolás fortélyait, végül dr. Preisz Klaudia és Asbóth Dorottya főorvosnő beszéltek az acné kezeléséről.

A nagy érdeklődésre számot tartó Diaklinika a Heim Pál Gyermekkorház érdekes eseteiből nyújtott át egy cso-

SUMMARY

A Course on Pediatric Dermatology was held on 13-14 April 2007. in Budapest, organised by the staff of the Dermatological Department of Heim Pál Children 's Hospital. A round-table discussion about the vascular malformations was performed on the first day, outlined pediatric dermatological aspects of the plastic surgery were discussed on the next day. The short summary of the scientific programme are presented in this report.

Key words:
**pediatric dermatology - interdisciplinar
forum**

korra valót a hallgatóságnak. Asbóth Dorottya főorvosnő egy gyermekkorban igen ritkán előforduló esetet, lichen planus pemphigoides mutatott be. Dr. Noll Judit syringocystadenoma papilliferum veleszületett formáját ismertette, amely gyermekek körében szintén a ritkán előforduló megbetegedések közé tartozik. Dr. Molnár Katalin a self healing histiocytosis differenciáldiagnosztikájáról beszélt, felhívta a figyelmet az igen érdekes esetre, valamint a korai diagnózis jelentőségére. Hangsúlyozta, hogy a megfelelő diagnózis felesleges terápiás eljárásoktól menti meg a gyermeket. Ezt követően dr. Szabó Ágnes egy érintett család kapcsán összefoglalta a neonatalis lupus erythematosus klinikumát. Kiemelte a kardiológiai vizsgálat szükségességét, a korai magzati diagnosztika, és szűrés jelentőségét, ismertette a betegség létrejöttével kapcsolatos új elméleteket. Végül dr. Noll Judit az európai népesség körében ritka Ota naevus esetüket mutatta be, rávilágítva a diagnózis késlekedésének veszélyeire, a malignizáció lehetőségére, és a beteg követésének fontosságára.

A rövid szünetet követően került sor a vascularis malformatio kerekasztal megbeszélésre, melynek vendég előadója Miika Vikkula professzor, a belgiumi Leuven Katolikus

Egyetemének egyetemi tanára fő kutatási területéről, a vascularis malformatiok genetikai hátteréről és legújabb eredményeiről tartott igen szemléletes előadást. Megtudhattuk, hogy mely vascularis malformatiok genetikai hátterre ismert már, mikor érdemes vizsgálni, és mely diagnosztikai gondolatmenet követendő. A következő előadásban *Harkányi Zoltán professzor úr* a képalkotó diagnosztika lehetőségeiről, az elváltozások mélységi kiterjedésének, szerkezetének ábrázolásáról és főleg vascularisatiojának, keringési dinamikájának megítéléséről beszélt fotókkal gazdagon illusztrált előadásában. *Tasnádi Géza professzor úrtól* az érfejlődési rendellenességek legújabb klasszifikációjáról hallhattunk, gazdag tapasztalatairól beszámolva. Utolsó előadóként *Szalai Zsuzsanna főorvosnő* a klinikus szemével tekintette át az elhangzottakat, és rávilágított arra, hogy a haemangiómák és a vascularis malformatiok elkülönítésének elsődleges célja a prognózis meghatározása, illetve a helyes terápiás lépések megtervezése. Ismertette a Heim Pál Gyermekkorházban kialakított vascularis malformatio szakrendelés működését, ahol a gyermekbőrgyógyász, az angiológus, a képalkotó diagnosztikával foglalkozó szakember a társszakmák képviselőivel együttesen alakítja ki a terápiás megoldásokat.

Az ebédszünetet követően került sor a már hagyományosan megrendezett infektológiai blokkra, amely mindig nagy érdeklődésre tart számot. *Mészner Zsófia* az Országos Gyermekegészségügyi Intézet főorvosa a www.baryhimlo.hu honlap interaktív rovatának tanulságaival ismertette meg a hallgatóságot. A honlap nem szakembereknek, hanem a laikus publikumnak készült, bárki feltehet kérdéseket a bárnyhimlővel, annak lefolyásával, kezelésével, komplikációival és megelőzésével kapcsolatban, melyre e-mailben kap választ legkésőbb 48-72 órán belül. Következő előadóként a Szent László Kórház Gyermekosztályáról *dr. Kulcsár Andrea* a súlyos bőrgyógyászati kórképekben ajánlott védőoltásokat taglalta, előadásában útmutatót adott a súlyos bőrbetegségben szenvedő gyermekek oltási gyakorlatához. Felhívta a figyelmet arra, hogy e betegeknek milyen korlátai lehetnek a kötelező védőoltások beadásának, hogy a naptári oltásokon kívül számukra mely oltások ajánlottak, illetve miként védhető a beteg környezetének immunizációjával. A szünet nélkül következett terápiás blokkban *dr. Torma Katalin* ismertette az alopecia areata kezelése terén több év alatt szerzett tapasztalatait és eredményeit, majd *Szalai Zsuzsanna főorvosnő* tartott előadást a gyermekbőrgyógyászati terápia újdonságairól. A nap záró programjaként bőrgyógyászat és muzsika következett 30 percben, *dr. Noll Judit* moderálásában. A sűrű szakmai programot zenés bankett vacsora követte a Spoon nevű állóhajón kellemes kora tavaszi időjárás mellett, jó hangulatban szemben a kivilágított budai vár látványával a Duna-parton.

A szombati nap első előadójaként *Szalai Zsuzsanna főorvosnő* rövid áttekintést adott a gyermekbőrgyógyászat jelenlegi, magyarországi helyzetéről és megpróbálta válaszolni az előttünk tornyosuló, megoldandó feladatokat. Beszámolt arról, hogy elkészült a gyermekbőrgyógyász honlap: www.gyermekborygyogasz.hu, melynek célja a mun-

kacsoport tagjainak felkutatása, az érdeklődők és a csatlakozni vágyók egyszerűbb elérése, a hazai gyermekbőrgyógyász csoportok munkájának itthoni és külföldi megismertetése, az egyes összejevetelekről való tájékoztatás, valamint linkek segítségével a társszakmák és a nemzetközi honlapokhoz való csatlakozás megkönnyítése.

A következő plasztikai sebészeti blokkban az előadók beszámoltak a néhány hónapja a Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztályával kialakított munkakapcsolat tapasztalatairól. Együttműködésük célja a gyermekbőrgyógyászatban előforduló, sokszor nagyobb bőrterületet érintő terimek, congenitalis melanocytás naevusok, égési sérülések stb. optimális műtéti megoldással, időpontban, érzéstelenítés mellett történő eltávolításának kidolgozása. Mivel a finanszírozás nem tesz lényegi különbséget egy kis méretű naevus pigmentosus in toto eltávolítása és az akár több testtájat is érintő, többlépcsős, plasztikai sebészeti módszereket és segédeszközöket is igénylő beavatkozások között, az előadásoknak figyelemfelkeltő szándékuk is volt.

Első előadóként a kiadott programot a helyes logikai sorrend miatt megváltoztatva *Asbóth Dorottya főorvosnő* foglalta össze a műtét halasztható, vagy nem halasztható volta szerint csoportosítva azokat a kórképeket, ahol bőrgyógyászati szempontból szükséges a sebészeti beavatkozás. Előadását követve *Tamás Róbert főorvos úr* a Magyar Honvédség Radó György Központi Honvédkórház Budai Részlege Plasztikai és Égéssebészeti Osztály osztályvezető főorvosa beszélt a gyermekkori bőrelváltozások plasztikai sebészeti vonatkozásairól. Munkatársa *dr. Győri Sándor* többéves gyermek plasztikai sebészeti tapasztalata alapján számos klinikai képpel illusztrálva számolt be expanderrel végzett sikeres megoldásairól. Végül *Novoth Béla főorvos* a Heim Pál Gyermekkorház sebészeti osztályának plasztikai sebésze a hegplasztikák terén szerzett tapasztalatait osztotta meg a hallgatósággal szintén gazdagon illusztrálva.

A kávészünetet követő allergológiai-immunológiai blokkban elsőként *Polgár Marianne főorvosnőtól* hallhattunk összefoglalót a táplálékallergia és az atópiás dermatitis kapcsolatáról. *Dr. Molnár Katalin* az atópiás gyermekek allergológiai kivizsgálási stratégiáját ismertette. A két előadás nagy érdeklődésre tartott számot, amit a beszámolókat követő heves vita is jelzett. Ezt követően kapott szót *Kádár Krisztina főorvosnő*, aki a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet gyermekkardiológusaként az intrauterin diagnosztizált congenitalis AV-blokk (CAVB) immunológiai vonatkozásait tárta a hallgatóság figyelmébe, és hangsúlyozta, hogy a congenitalis CAVB-s gyermekek magas anyai anti-SSA pozitivitása miatt minden intrauterin diagnosztizált CAVB-s magzat édesanyjánál, de legalább postnatalisan ajánlatos az anyai immunológiai vizsgálatok elvégzése.

A szünet után *Szalai Zsuzsanna főorvosnő* ismertette a lokális antimikrobás kezelés gyermekbőrgyógyászatban elfoglalt szerepét, majd *dr. Hoffer Gábor* beszélt az ekcéma lokális kezelésének új kombinációs lehetőségeiről.

A kétnapos rendezvény utolsó tudományos eseménye a második Diaklinika blokk volt. Ennek keretében *Dr. Kondoros Ildikó* juvenilis digitalis fibromatosisban, *Dr. Siklós Krisztina* pityriasis rubra pilarisban szenvedő betegeiket mutatták be. *Dr. Kassay Erzsébet* 1996-2006 között a Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Bőr- és Nemibeteg Gondozó Intézet anyagában kiskorúak körében előfordult 6 syphilitikus esetet ismertetett. Sajnos a fiatalok életviteléből szinte törvényszerűen következett a fertőződés. Az előadással fel szeretne volna hívni a figyelmet a fiatalokban előforduló syphilitikusra, amelyhez gyakran társul egyéb STI, ezért ajánlatos a vizsgálatokat ez irányban is kibővíteni. *Dr. Torma Katalin* coeliakiás krízisben szenvedő gyermekük ritka esetét ismertette. Az utóbbi években derült fény arra, hogy nemcsak a bélbolyhok, hanem az egész szervezetet érintő folyamatról van szó. Az irodalmi adatok alapján összefoglalta az extraintestinalis tüneteket, kiemel-

ve a bőrgyógyászati vonatkozásokat. Az eset érdekessége a bőrtünetek megjelenési formájában, illetve a parenchymás szervek, nyirokcsomók infiltrációjában rejlik. Végül *Dr. Noll Judit* néhány verrucának gondolt, később másnak bizonyult kórképpel ismertette meg a hallgatóságot.

A rendezvény zárásaként második ízben került átadásra a Török Éva emléklakett, melyet ezúttal a *Török Éva professzor asszonnyal* éveken át együtt dolgozó *Kis Péter főorvos úr*, az orvostudományok kandidátusa kapott a gyermekgyógyászatban, különösen a szindromatológiában, ezen belül a bőrgyógyászati vonatkozású genetikai kórképek területén végzett fáradhatatlan munkássága elismeréseként.

A szervezők külön köszönetet mondanak mindazoknak, akik emberi és szakmai támogatásukkal, aktív részvételükkel hozzájárultak a továbbképző tanfolyam sikeres lebonyolításához.



0. hónap

2. hónap

4. hónap

5. hónap

7. hónap

A haj-Teremtés Koronája!

4 éves kortól, súlyos betegségek után kialakult, 16 évig fennállt foltos kopaszság kezelése Viviscal® tablettával






A Viviscal® tablettá:

- ☺ aktivizálja a hajhagymákat
- ☺ megállítja a hajvesztés folyamatát
- ☺ gyorsítja a hajnövekedést
- ☺ évek óta fennálló kopaszság esetén is működik
- ☺ természetes mukoproteineket, glikánokat tartalmaz
- ☺ nők és férfiak részére egyaránt ajánlott
- ☺ hatása tartós

(a felvételeken magyarországi eredmény látható)

Szakmai áttekintés:
Gyógyszerészet 43, 678-680(1999)

Megrendelhető, kapható:
patikákban, gyógynövényboltokban
és a **HajdoktorBoltban** (Budapest, V. Kerület Galamb u. 4. Tel: 06 (40) 200-477)

EMLÉKEZTETŐ
a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle
2002. 6. számában megjelent
„Kutatási Trendek és Értékek” című írásra

KÖNYVISMERTETÉS

G. Gross, H. W. Doerr:

HERPES ZOSTER – RECENT ASPECTS OF DIAGNOSIS AND CONTROL

Karger AG, 2006 Basel
ISBN-10: 3-8055-7982-9

A Rostocki Egyetem Bőrgyógyászati Karának, ill. a Frankfurti Virologiai Intézetének professzorai által szerkesztett, 195 oldalas, 52 ábrával és 18 táblázattal kiegészített könyve, mint ahogy a címből már sejthető, a varicella zoster vírusról szerzett legújabb ismereteket dolgozza fel. A szerzők a területen dolgozó legjobb klinikusok és kutatók recenzióit foglalták össze. A vírus molekulárbiológiája, latenciája, reaktiválódása, ill. a diagnózis felállítása, klinikai manifesztációk, epidemiológia és terápia is részletesen megbeszélésre kerül. Kiemelten foglalkoznak a korai reaktiválódást kivédendő preventív kutatásokkal, ill. a krónikus postherpeses fájdalom megelőzésével kapcsolatban elvégzett legújabb kísérletekkel. A VZV specifikus vakcinációt is tárgyalják.

Ezt a könyvet mindenki nagy haszonnal tudja forgatni aki a legújabb stratégiák alapján szeretné a vírust diagnosztizálni és gyógyítani, a szerzők kiemelten a klinikai virológusok, bőrgyógyászok, neurológusok, gerontológusok, gyermekgyógyászok, szemészek, gégszék és háziorvosok figyelmébe ajánlják.

A könyv négy nagy részre osztott. Elsőként tárgyalva a vírus molekulárbiológiáját, a fertőződés menetét, külön fejezetet szánva a latencia időre ill. a reaktiválódás körülményeire és lezajlására. A laboratóriumi diagnosztikus lehetőségek szintén helyet kapnak a könyvben.

Tekintettel a változatos klinikai megjelenési formákra, minden egyes szakma külön-külön képviselteti magát egy-egy fejezet képeben az összefoglaló második részében. A bőrgyógyászati, szemésze-

ti, fül-orr-gégészeti, neurológiai, nőgyógyászati manifesztációk külön fejezetekbe foglaltak, majd ezt követik a komplikációt magukban rejtő esetek, a terhesség alatti zoster menedzselés, ill. az immunszuprimált vagy csontvelő átültetésben részesült betegek külön kiemelve.

A terápiás fejezetben nemcsak az általános kezelési elveket fektetik le, hanem a neurológiai komplikációk terápiájára is kitérnek, megosztják az olvasóval a legújabb jövőbeni terápiás lehetőségeket is. Az utolsó részben pedig a vírus epidemiológia társadalmi jelentőségére derül fény.

A leghasznosabb a függelék, amelyben a Német Bőrgyógyászati Társaság (German Dermatology Society) saját guidelinejét írják le, amely kiterjed a diagnózis felállítására, a klinikai megjelenési formák és szövödmények kezelési sémáira.

Pónyai Katinka dr.

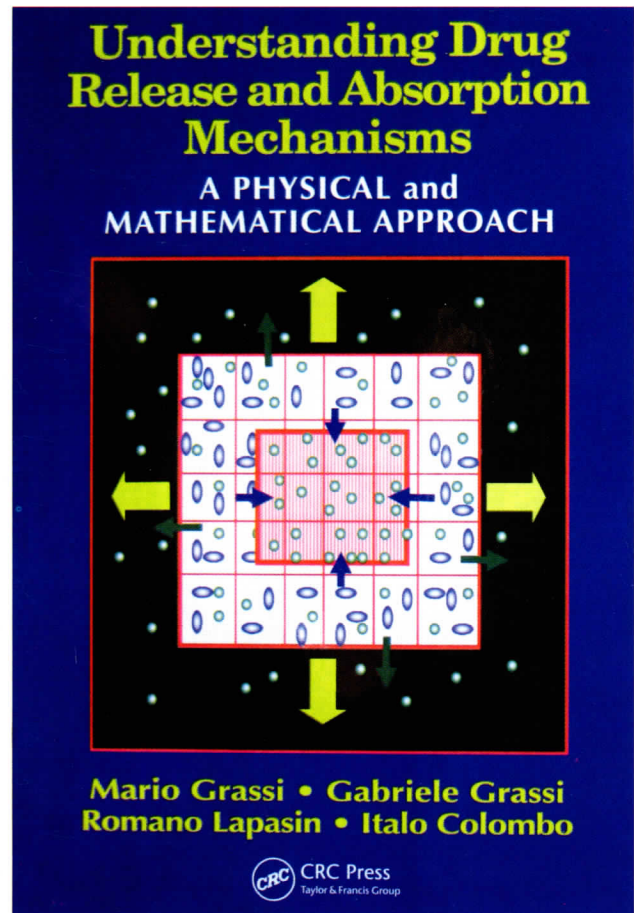
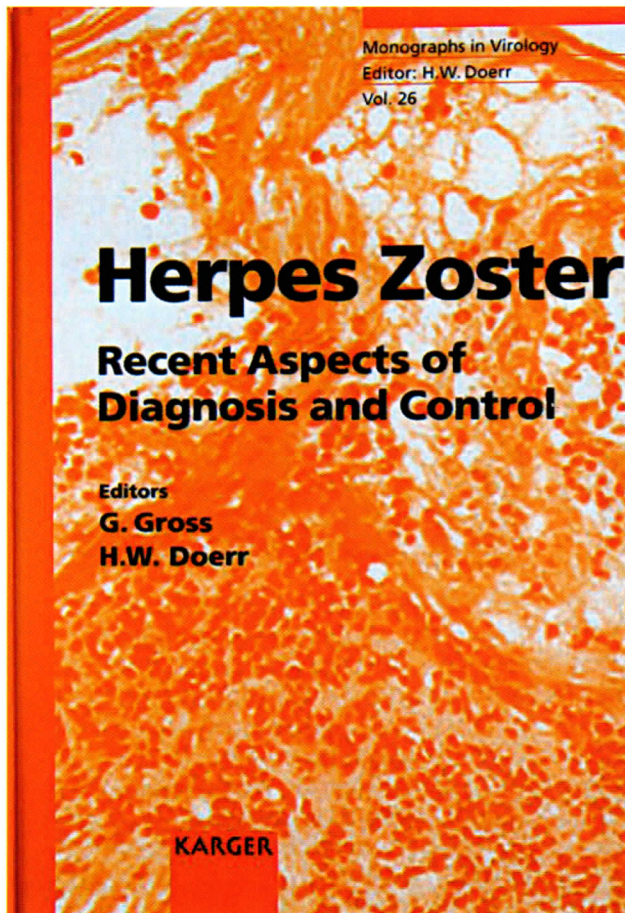
Mario Grassi, Gabrielle Grassi, Romano Lapasin, Italo Colombo:

UNDERSTANDING DRUG RELEASE AND ABSORPTION MECHANISMS A PHYSICAL AND MATHEMATICAL APPROACH

by Taylor & Francis Group, LLC 2007,
ISBN 0-8493-3087-4

www.crcpress.com

A könyv célja, hogy illusztrálja és tárgyalja a gyógyszerek felszabadulási és abszorpciós mechanizmusait, matematikai modell megközelítés segítségével. A fejezeteket olyan módon állították sorrendbe, hogy először megértsük a gyógyszerek abszorbeálásának és felszívódásának biológiai folyamatai mögött rejlő fizikai háttér mechanizmusát, és csak a későbbiekben térnek át a matematikai modelle-



zésre. Végezetül a kísérleti tesztek eredményeit és a matematikai modelleket hasonlítják össze. Ezen a struktúrának köszönhetően az olvasó folyamatosan újabb és újabb tudás birtokába jut: a fizikai háttér leírásától kezdve, figyelemmel kísérve a matematikai adatkezelés egyes lépéseit, és elsajátíthatja a modell/kísérlet tervezés logikai felépítését. Ennek megfelelően a könyvet nagy haszonnal forgathatják mindazok akik ezen a területen dolgoznak: gyógyszerészek, PhD hallgatók, biokémikusok, ill. vegyészek. Szakkutatók szintén sok hasznos információt és új ötleteket találhatnak a könyvben, elsődlegesen a matematikai modellezés területeiről, paradigmáiról.

A klinikai gyakorlat során, a megbízhatóbb szállítórendszerek iránti folyamatos igény kielégítésére a legújabb matematikai elméleti eszközök bevonására, felhasználására is szükség van. A fokozatos megközelítés (trial-and-error) elve már sem az oktatásban sem az iparban nem elfogadható, ezzel szemben ez az új megközelítés csökkenti a termék előállítási idejét (és így a költséget is), és – ami a legfontosabb – csökkenti a sikertelen beruházások okozta rizikót is.

Ez a stratégia továbbá jól idomul a szintetikus ipar igényeire, hogy új piacot találhassanak, ill. egyszerűbb és megbízhatóbb eszközökkel javítsák termékeik tulajdonságait.

A könyvben tárgyalt lehetséges szállító közegként monolitikus mátrixok (főként polymer alapú mátrixok), polidiszperz gömbök együtteseként kialakított mátrixok (7. fejezet), mikroemulziók (8. fejezet), polidiszperz gömb alakú mikrokapszulák, és membrán alapú rendszerek (9. fejezet) kerülnek részletezésre. Ezen kívül tárgyalják a víz-olaj fázis elválasztást és ennek tükrében történő gyógyszer eloszlást (5. fejezet), a biológiai szállító rendszerek működésének elveit, a termodinamikát (4. fejezet), rheológiát (3. fejezet), valamint élettant (2. fejezet), amelyek azt a szükséges alapinformációkat tartalmazzák, amelyek a 7., 8., és 9. fejezetek megértését elősegítik. A gyógyszer abszorpció anatómiai, élettani hátterét ill. mechanizmusait a 2. és a 9. fejezetben részletezik, mind a humán, mind állati modelleken, külön figyelembe véve a gastrointestinumon és a bőrön keresztüli abszorpció sajátosságait. Valójában ezzel a két abszorpció útjal modellezhetőek maguk a nagy szállító rendszerek is.

A 6. fejezet a gyógyszerek kristály méretétől függő szolubilitási képességeit vizsgálja mind elméleti mind kísérletes szempontok szerint.

A legelső fejezetben pedig bemutatkozásként összefoglalják a matematikai modellezést és ennek használatát (adatregisztráció, predikció, modell paraméter determináció).

A Függelékben a mellékelt Microsoft Excel fileokat tartalmazó adathordozó CD használati utasításai olvashatóak.

A megbízhatóbb gyógyszer-transzport rendszerek iránti igény arra kényszerítette a farmakológusokat, és a gyógyszer tervezőket, hogy a hagyományos „fokozatos megközelítés” (trial-and-error) elv helyett egy új, modell-alapú termék fejlesztést alkalmazzanak. Az új modell kialakítása a szakmák közötti szoros együttműködést igényli, hiszen mind élettani, matematikai és fizikai szakmai tudást egyaránt igényel. Ez a könyv azért született, hogy mindezen ismeretek tudatában a felhasználó számára könnyebb legyen sikeresen megtervezni, létrehozni, ill. kivitelezni a gyógyszer-release megfelelő modelljét.

Pónyai Katinka dr.

Shung K. Kirk:

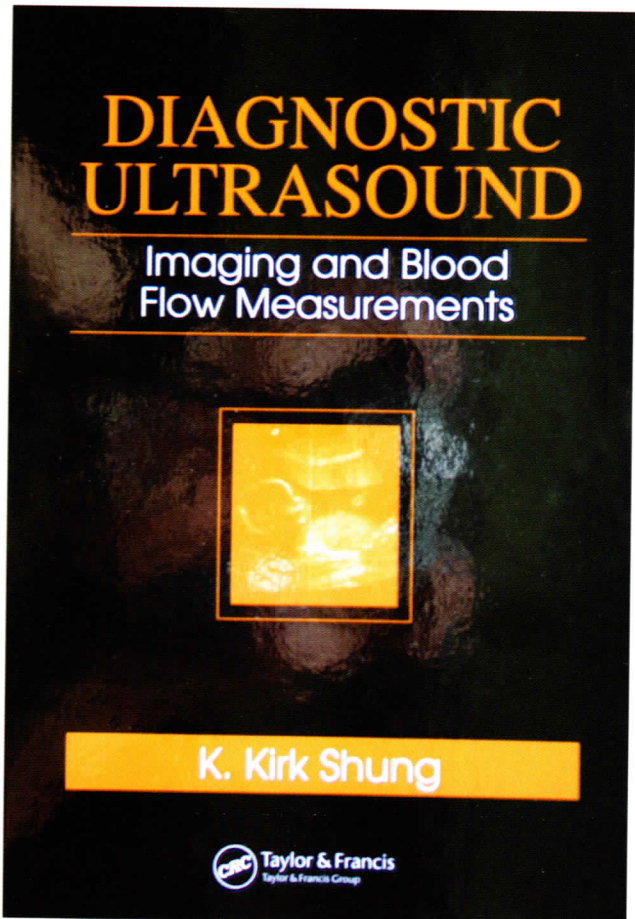
DIAGNOSTIC ULTRASOUND IMAGING AND BLOOD FLOW MEASUREMENTS

CRC Press. Taylor and Francis Group
Boca Raton, London, New York 2006
ISBN-10: 0-8247-4096-3
ISBN-13: 978-0-8247-4096-2

Shung professzor munkája a számos ultrahanggal foglalkozó klinikai tankönyv mellet, a technikai háttérrel foglalkozó könyvek hiányát kívánja pótolni.

A képkalkoló technikák széles skálája használatos a diagnosztikában, mind közül a leginkább költséghatékony az ultrahang, melyet rutinszerűen használnak minden kórházban, és napjainkban, a sejtes képkalkolásban is alkalmazást nyert.

Az első fejezetben történeti áttekintést, valamint az ultrahang orvosi képkalkoló módszerek között betöltött szerepéről olvashatunk. A második és harmadik fejezetben alapvető fizikai fogalmakat és az



ultrahang alapvető egységét a transducert ismerteti a szerző. A hagyományos képkalkoló módszerek és a Doppler módszer összefoglalása található a negyedik és ötödik fejezetben. A legújabb fejlesztésekről – intravasculáris ultrahang, multidimenziós képkalkolás – olvashatunk a 6-9. fejezetekben. A tizedik fejezetben az ultrahang biológiai hatásainak összefoglalása található. Az utolsó fejezet az ultrahang szöveti terjedésére jellemző tulajdonságok mérési módszereit ismerteti.

A könyv fejezeteit követően irodalmi hivatkozásokat találunk.

Tóth Béla dr.

Pichler W. J.:

DRUG HYPERSENSITIVITY

KARGER 2007-
ISBN- 978-3-8055-8269-8

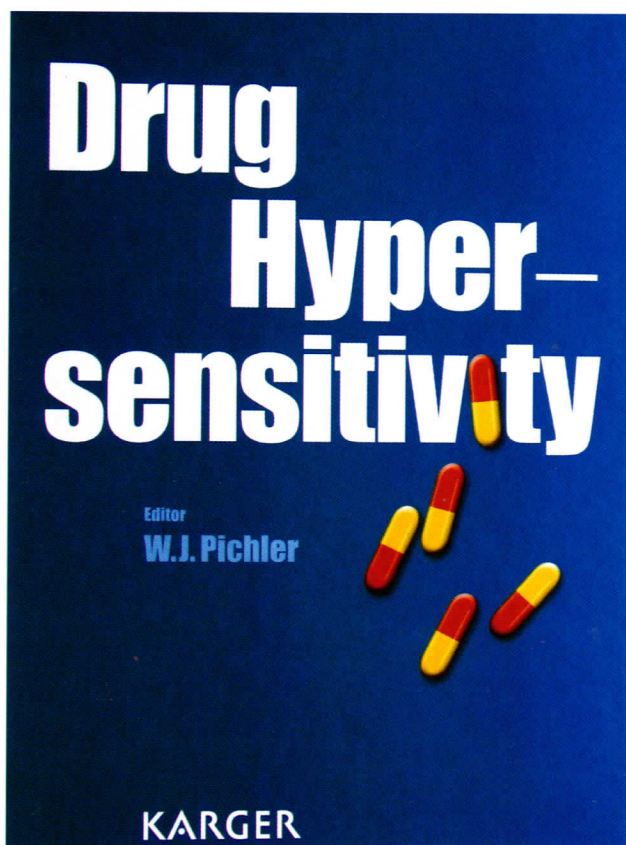
Az ez évben megjelent 438 oldalas, színes ábrákkal és demonstratív klinikai képekkel összeállított kiadvány öt nagy fejezetbe csoportosítja a gyógyszerallergiás reakciók folyamatosan bővülő klinikai tüneteit és a provokáló faktorok napról-napra növekvő listáját.

A bevezető epidemiológiai adatok a túlérzékenységi reakciókon túl a bőrre lokalizálódó és más szervekre is kiterjedő adverz reakciók gyakorisági felméréseit összegzi.

A könyv a klinikai tünetek pathomechanizmusát elsősorban a kontakt hierszenzitivitás vonatkozásában ismerteti, a tolerancia kialakulási lehetőségeire is kitérve. A gyógyszer mint hapten-antigén kialakulásának folyamata és az immunválasz kérdéseivel foglalkozó tanulmányok elsősorban a HIV és gyógyszer szenzibilizáció kapcsolata, valamint a HIV kezelésében használatos gyógyszerek szenzibilizációjának, pathomechanizmusának segítségével tárgyalta.

A gyógyszerallergia reakciók kifejlődésének hajlamosító genetikai hátterét tartalmazó vizsgálatok összefoglalója a kutatások jelenlegi eredményeit szintetizálva ismerteti.

A szerző a gyógyszer-mellékhatások között a biológiai kezelések mellékhatásainak önálló fejezetet szentel. A szenzibilizáció provokálta



klinikai tüneteket a provokáló immun - mechanizmusok szerint (a tünetekre jellemző gyógyszerek felsorolásával) a haptén-prohaptén metabolizáció, valamint a p-i folyamat részletezésével ismerjük meg.

A klinikai gyakorlatot célozva, a szenibilizáció klinikai tüneteit provokáló gyógyszereket a felhasználásnak megfelelően csoportosítva is (pl. anestheticumok, kontrasztanyagok) megtaláljuk.

A pseudoallergias reakciók a vakcinációk, nonsteroid gyulladásgátlók vonatkozásában tárgyalta.

A klinikai diagnózis felállításához az in vivo és az in vitro vizsgálatok teljes skálája felsorolt. A terápiás lehetőségek között az átmenetileg háttérbe szorult a deszenzibilizáció lehetősége, kivitelezése önálló fejezetet kap.

A könyv naprakész irodalmi és kutatási adatai, a gyakorlat számára felhasználható összefoglaló ábrái, a körképpel leggyakrabban találkozók bőrgyógyászoknak pótolhatatlan segítséget nyújt.

Temesvári Erzsébet dr.

Effendy I., Kerscher M., Gellber A., Krause W., Williams S.:

HAUT UND ALTER

Georg Thieme Verlag 2005

ISBN: 3-13-133571-8

A bőr öregedésével járó elváltozások nem csak kozmetológiai, hanem orvosi-bőrgyógyászati problémát is jelentenek. Egy korábbi vizsgálat adatai alapján az 50-91 év közöttiek 65%-a, a 80 év feletiek 83%-a rendelkezik valamilyen bőrgyógyászati problémával. A növekvő életszínvonallal párhuzamosan fellép az az igény is, hogy a korral járó, normálisan kialakuló öregedési folyamatokat, elváltozásokat késleltessük, kezeljük.

A „bőr és az öregkor” című, 108 oldalas könyv 4 fő fejezetre oszlik és számos kiváló minőségű klinikai fotóval illusztrált. Gyakorló orvosok, elsősorban praktizáló bőrgyógyászok számára íródott.

Az első fejezet a bőr öregedésének fiziológiáját tárgyalja. Kitér a klinikai, szövettani, és biokémiai aspektusokra, az extrinzik és intrinzik pathogenetikai tényezőkre.

A második fejezet az időskori dermatosisokat ismerteti, a gyakrabban előforduló bakteriális, mycotikus és vírusos infekciókat, a bőr sorvadása, szárazsága miatt kialakult tüneteket, a keringési elég-

telenség okozta bőrelváltozásokat, időskorban gyakori autoimmun betegségeket. A fejezet legterjedelmesebb része a jó- és rosszindulatú bőrdaganatokat taglalja.

A 3. fejezet foglalkozik az öregkori dermato-kozmetológia kérdéseivel. Kitér az időskori bőrápolás, bőrtisztítás, hidratálás kérdéseire, az extrinzik faktorok okozta bőr öregedés elleni védelemre, az alkalmazott hatóanyagokra.

A 4. fejezet a hormonok, hormonális változások időskori bőrre kifejtett hatását, illetve az endokrin megbetegedéseket ismerteti.

A jól strukturált és illusztrált könyv teljesíti azt a szerkesztők által kitűzött célt, hogy a gyakorló orvosoknak, különösen a dermatológusoknak nyújtson jól áttekinthető és a mindennapi gyakorlati munkában hasznosítható ismereteket a bőr öregedéséről és az azal kapcsolatos kozmetológiai és bőrgyógyászati kérdésekről.

Preisz Klaudia dr.

Pezzutto A., Ulrichs T., Burmeister G-R.:

TASCHENATLAS DER IMMUNOLOGIE

Grundlagen-Labor-Klinik.

2. teljesen átdolgozott és aktualizált kiadás.

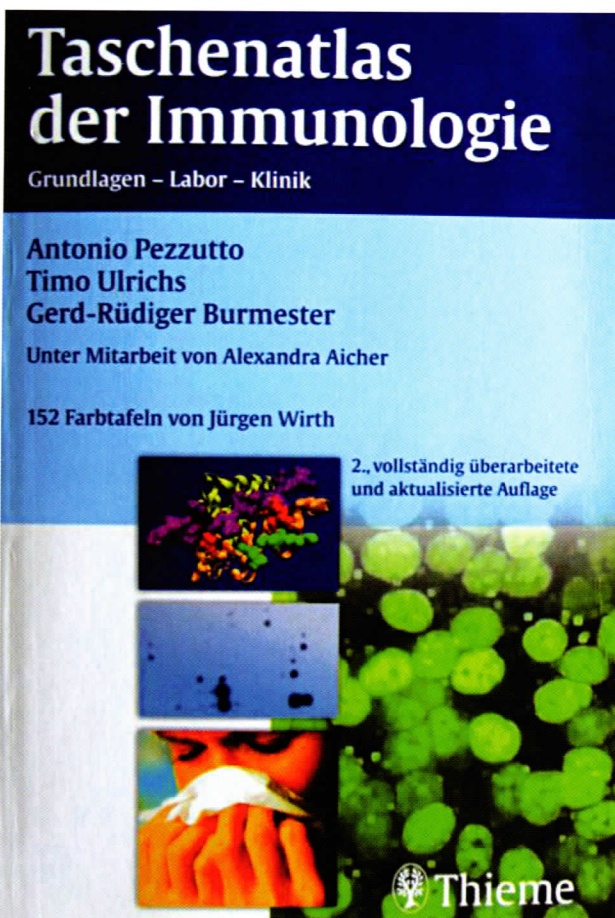
Thieme Verlag 2006.

ISBN: 3-13-115382-2

Az immunológia az elmúlt közel 10 évben igen gyorsan fejlődött. Ma már nincs a medicinának egyetlen olyan szakterülete, amely ne igényelné a gyakorló orvosoktól az immuno-allergológia bizonyos alapfokú ismeretét.

Szerencsére napjainkban a szakorvosoknak adott a lehetőség, hogy ezen a területen is megszerezzék a kiegészítő szakvizsga révén a betegek ellátáshoz szükséges jogosítványt.

Számos betegség alapos megértéséhez nélkülözhetetlen az immunológia (tumorok, reumatológiai, autoimmun, légúti, bőrbetegségek). Ha a különböző fertőző megbetegedéseket, a kifejlesztett vakcinákat nézzük, akkor méginkább érthetővé válik az immunológiai alapismeretek szükségessége.



A könyvben három nagy részt találunk.

Az első az immunológiai alapfogalmakat dolgozza fel a maga teljes szélességében: az immunrendszer sejtjei, a lymphaticus rendszer, T-sejtek fejlődése és differenciálódása, a memória sejtek, a B-sejtek kialakulása és differenciálódása, a sejtek közötti interakciók, a nem specifikus immunrendszer sejtjei, a monocyta macrophage rendszer. Foglalkoznak a nyálkahártya immunitással, értelemszerűen a HLA (MHC) rendszerrel, a komplement szisztémával, a veszületett immunitással, a pathológiás immunmechanizmussal (pl. autoimmunitás, apoptózis). A megértést az igen kitűnő, színes ábrák segítik elő.

A második nagy fejezet a különböző laboratóriumi vizsgáló módszereket taglalja, aminek a tanulmányozása szintén rendkívül hasznos a gyakorló klinikusnak.

A harmadik fejezetben a különböző kórképek tárgyalására kerül sor a következő csoportosításban: immundefektussal járó betegségek (pl. HIV fertőzés), a vérképzőrendszerrel kapcsolatos megbetegedések (pl. autoimmun haemolysis, transzfúziós reakciók, autoimmun neutropenia, és más cytopeniák).

Külön fejezetben írnak a leukaemiákról, a tumor immunológiáról, a T-sejtes és B-sejtes lymphomákról, az immunterápiáról.

Foglalkoznak a mozgásszervi betegségekkel, az ún. kollagenosissal, vasculitisekkel, bőr immunoallergológiai problémáival (urticaria, atopia, ekcémák, hólyagos bőrbetegségek, psoriasis), a gyomor-bélrendszer, a légúti, vese, szív, anyagcsere, neurológiai, szemészeti, genitális rendszert érintő immunológiai betegségekkel. A vakcinációt is áttekintik, továbbá részletesen kitérnek a napjainkban egyre inkább elterjedt immunkezelésekre.

A függelék részénél nagyon áttekinthető táblázatokkal segítik az olvasónak a leírtak még jobb megértését. Az alapfogalmakat a-b-c sorrendben találjuk meg a könyv végén, ezt követi az irodalmi ajánlás.

A zsebatlasz második kiadása egy kitűnő kiadvány. Könnyen olvasható és érthető azon orvosok számára, akik az immunológiával mélysegeiben nem foglalkoznak. A könyvben fellelhető 152 színes rajzos ábra Wirth J. munkásságát dicséri, melyek nagyszűrűen áttekinthetőek és így hozzájárulnak a leírtak megértéséhez. A zsebatlasz a gyakorló orvosoknak ajánlható függetlenül a szakképzéstől.

Hasznos olvasmány, melyet naponta érdemes tanulmányozni.

Várkonyi Viktória dr.

Ashfaq A. Marghoob, Ralph P. Braun, Alfred W. Kopf;

ATLAS OF DERMOSCOPY

First edition

Taylor & Francis

Boca Raton, New York 2006.

ISBN-10:1-84214-225-9

ISBN-13:978-1-84214-225-7

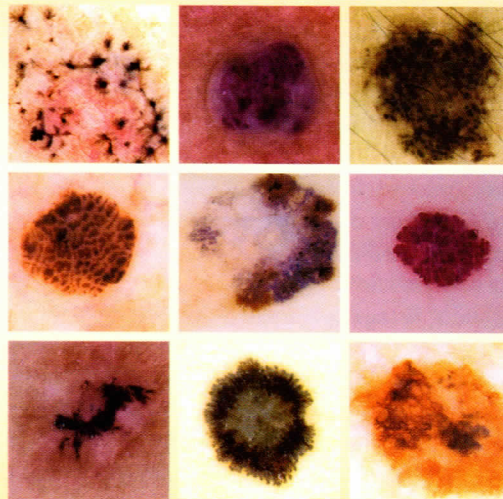
A szerkesztők 46 szerző segítségével állították össze a 374 oldalas, számos színes fotóval illusztrált, dekoratív dermatoszkópos atlaszt.

A könyv 17 fejezetből áll, melyekben a dermoszkópia történetétől a melanocytás és nem melanocytás léziók dermoszkópos jellemzőin át a digitális dermatoszkópiáig számos hasznos kérdést tárgyal.

A könyv elején a vizsgálatok technikai hátterét, fizikáját és a különböző, forgalomban lévő eszközök széles választékát ismerhetjük

THE ENCYCLOPEDIA OF VISUAL MEDICINE SERIES

Atlas of DERMOSCOPY



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

Edited by
Ashfaq A. Marghoob MD
Ralph P. Braun MD and
Alfred W. Kopf MD MS(Derm)

meg. Érdekes és igen hasznos a strukturális elemek hisztopatológiai hátterének tisztázása szövettani képekkel illusztrálva.

A nem melanocytar léziók részletes leírása, helyenként a strukturális jellemzők szenzitivitásának, specificitásának megismerése után a benignus és malignus melanocytás tumorok elkülönítését segítik a 7. fejezet különböző ún. melanoma algoritmusai. A melanocytás léziók dermoszkópos jellemzőit számos példával illusztrálva ismerhetjük meg gyakorolva a benignus és malignus tumorok differenciálását. Külön figyelemreméltó az arc, a tenyér és talp sajátosságainak tárgyalása, valamint a különböző érmintázatok bemutatása, mely segítséget adhat a melanoma diagnózisának felállításában.

A körömágy kapilláris mintázatára és a dermoszkóp egyéb – nem tumoros – bőrbetegségekben történő használatára is kitér a könyv.

Végezetül a komputer-asszisztált diagnózisról, digitális dermoszkóppal történő anyagjeggy utánkötésről, a teledermoszkópiáról tudhatunk meg többet.

A dermoszkópos atlasz minden bőrgyógyász számára jó szívvel ajánlható, mivel a mindennapi gyakorlatban komoly segítséget nyújt a dermoszkópos vizsgálat során felmerülő differenciáldiagnosztikai problémák megoldásában.

Ócsai Henriette dr.

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 Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, igazgató: Kárpáti Sarolta 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, kettős 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 kettős 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, hátoldalon 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* fejezetben 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 oldalszámolás 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: Fábrián Pál és Magasi Péter).

Betegek fotójának közlése előtt minden esetben szükséges ehhez a *beteg írásbeli beleegyezése*, melyet a kézirat tal 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, vagy a szövegben.

A közlemények írásakor kérjük a Helsinki deklaráció figyelembevételét.

A nyomtatott kézirat mellett a kéziratokat elektronikus úton (floppy, CD) is szíveskedjenek eljuttatni a szerkesztőségbe, a levelező szerző *e-mail címének feltüntetésével*.

A kéziratban végzett szerkesztői és stílszerkesztői javításokon kérjük ne változtassanak.

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

Szerkesztőség

KONGRESSZUSI NAPTÁR 2007

Sürgősségi esetek a bőr- és nemigyógyászati gyakorlatban

2007. október 31.

Budapest, 1134 Róbert Károly körút 44.

Szervező: Prof. Dr. Baló-Banga J. Máttyás

E-mail: katasztrofa@munkhk.hu

A Dermato-Ophthalmo-Rheumatológiai (DROP) határterületi, interdiszciplináris fórum

Debrecen, 2007. november 15-17.

Kölcsey Kongresszusi Központ, Debrecen

Szervező: DEOEC III. Belklinika, Reumatológiai Tanszék

(dr. Szekanez Zoltán), New Congress Kft. (Budapest),

Prof. Congress Kft. (Szeged)

További információ: www.rheumatology.hu

STD Társaság Tudományos rendezvénye

2007. november 23-24.

Szervező: Dr. Várkonyi Viktória

Fővárosi Szent-István Kórház –

Továbbképző konferencia: Lymphoedema

2007. nov. 9.

Szervező: Prof. Dr. Daróczy Judit

Magyar Dermatológiai Társulat 80. Nagygyűlése

Budapest, 2007. december 13-15.

Semmelweis Egyetem NET

Szervező: Magyar Dermatológiai Társulat

(Prof. Dr. Kárpáti Sarolta)

További információ: www.motesz.hu

KÜLFÖLDI SZAKMAI RENDEZVÉNYEK

37. ESDR ülés

2007. szeptember 5-8.

Zürich, Svájc

Onkodermatológiai centrumok találkozója

2007. szeptember 6-8.

Barcelona, Spanyolország

Szervező: Malvey Joseph, MD

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN
DERMATOLOGICAL SOCIETY

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

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu