



Csikós Márta dr., Hársing Judit dr., Somlai Beáta dr.

## Multiplex clear cell acanthoma (Degos tumor)



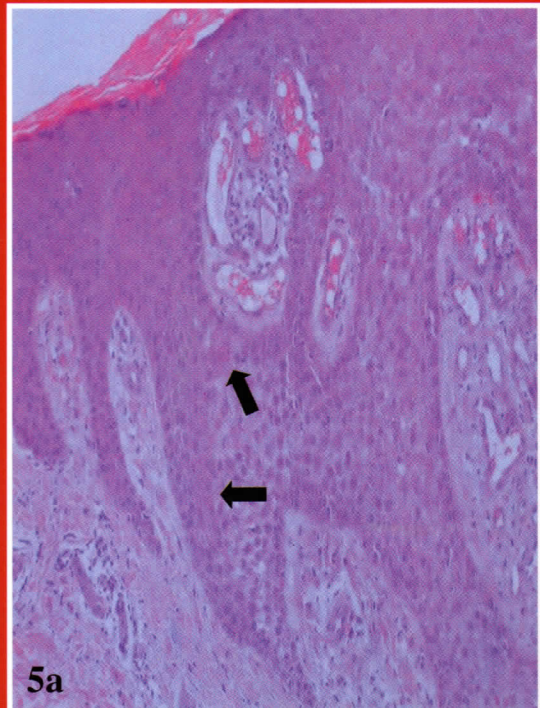
4.

4. ábra:

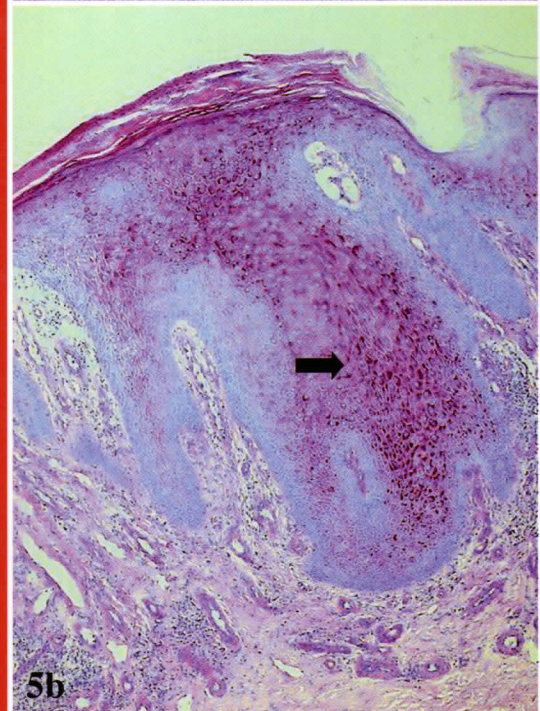
A lábszárakon körkörös számos exophyticus, helyenként pontszerű bevérzéseket mutató, hámló szegélyű, halványlilid tumor

5. ábra:

a: Clear cell acanthoma: az ép és kóros hámsejtek határa (HE festés 400x),  
b: PAS pozitív hámsejtek (PAS festés 200x)



5a



5b





# BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

## Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

## Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

## Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

## A szerkesztőbizottság tagjai:

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

## TARTALOM

80. évf. 2004. 2. szám

In memoriam Prof. Dr. Török Ibolya ..... 51

*Temesvári Erzsébet dr.:*

Fogászati kontakt allergének ..... 53

*Pónyai Györgyi dr., Marschalkó Márta dr., Ablonczy Éva dr.:*

Dermatomyositis és malignus tumorok együttes előfordulása: Klinikai vizsgálat 39 betegen ..... 63

## THERAPIA

*Scharrer Krisztina dr., Bagó Andrea dr., Vajda Adrienne dr., Baló-Banga J. Mátyás dr.:*

A lichen planus enoxaparin kezelése ..... 67

Kongresszusi beszámoló ..... 75

Könyvismertetés ..... 89

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle folyóiratban megjelent valamenyi 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 Prof. Dr. Török Ibolya

1937. szeptember 5.–2004. február 24.



Fájdalmasan rövid élet adatott neki. Neki, aki életet mentett, emberi sorsokat tett jobbá, boldogabbá, mindig mások egészségéért dolgozott. Saját magára sokkal kevesebb ideje maradt, végül betegsége győzte le. Örökre itt hagyott minket, pedig bölcsességére, emberségére még sokáig nagy szükségünk lett volna.

Ő még azon orvosok közé tartozott, akik a legnagyobb tudású és leginkább áldozatkész kollégáktól tanultak, és ugyanolyan felelősségteljesen adta tovább tudását. Legendás bőrgyógyászok és mikológusok voltak mesterei, Ő pedig bőrgyógyászok és mikológusok tucatjait oktatta a legmagasabb szinten.

Budapesten született, ott végezte általános, majd középiskolai tanulmányait. Kitűnő érettségije után 1955-ben felvételizett a Budapesti Orvostudományi Egyetemre, ahol kiváló hallgatóként, kiváló sportolóként öregbítette az egyetem hírnevét. 1961-ben kezdte el azt a hosszú, rögzös, de szép utat, amely a Bőrklínika központi gyakornoki állásától az egyetemi tanári címig vezetett. 1964-ben szakvizsgázott bőr- és nemigyógyászatból és kozmetoló-

giából, 1965-ben kötelezte el magát szűkebb érdeklődési területe, a mikológia mellett. 1972 novemberében Würzburgba kapott féléves ösztöndíjat, ahol Seeliger professzor, a kiváló mikrobiológus mellett az akkor legaktualisabb és legforradalmibb témából, a sarjadzógombás fertőzések immunológiájából és a szerodiagnosztika lehetőségeiből készítette el kandidátusi értekezésének központi részét. Disszertációját 1974-ben védte meg. Saját készítésű szomatikus és sejtfal antigénekkkel, precipitációs és indirekt agglutinációs vizsgálatokat végzett *Candida albicans* fertőzésekben. Ő honosította meg ezeket az eljárásokat Magyarországon specifikus IgM és IgG kimutatására. 1973 januárjában lett egyetemi adjunktus, 1981-ben egyetemi docens. A mikológus szakképesítést 1979-ben, kollégái közül elsőként kapta meg. 1983-ban nevezték ki a klinika igazgatóhelyettesévé. Egyetemi tanári kinevezését 1988-ban vehette át.

A járó- és fekvőbeteg osztályokon végzett gyógyító munka mellett folyamatos laboratóriumi rutin- és kutató tevékenységet folytatott. Flórián Ede, Márton Kálmán és más híres mikológusok voltak tanítói és munkatársai. A griseofulvin óta nem volt olyan gombaellenes készítmény Magyarországon, melynek ne Ő lett volna az első kipróbálója. A bőr- és körömgombásodásban használható lokális és orális antimycoticumok legjobb szakértője volt. Alap- és alkalmazott kutatásairól több, mint 150 nemzetközi és hazai publikációban számolt be. Amellett, hogy írt, 1967-től 1978-ig szerkesztője, majd 1979-től 1988-ig főszerkesztője volt a Magyar Dermatológiai Társulat szaklapjának, a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemlének, szerkesztőbizottsági tagja a német, olasz és lengyel mikológiai szakfolyóiratoknak. A '80-as évek végéig – az akkori szűkös lehetőségek ellenére – kiváló személyes és munkakapcsolatot épített ki a német és angol nyelvterület legkiválóbb szakembereivel, hosszabb-rövidebb tanulmányutakra, szakmai konferenciákra utazott, és azokon méltón képviselte a magyar mikológiát és dermatológiát. Johannes Müller professzor, a freiburgi mikrobiológiai intézet professzora, a Nemzetközi Humán- és Állatorvosi Mikológiai Társaság (ISHAM) akkori elnöke is meghívta tanszékére. A rendszerváltás után mintegy küldetesként a Magyar Dermatológiai Társulat Mikológiai Szekcióját – melyet tetszhalálaláb szintén Ő keltett életre – bejuttatta az Európai Orvosi Mikológiai Társaságok Szövetségébe. Éveken át volt delegátusa a legnagyobb európai mikológus közösségnek. Tiszteletbeli tagja volt a Német nyelvű Mikológiai Társaságnak, tagja számos nemzetközi és hazai tudományos társaságnak. A Magyar Tudományos Akadémia



Mikrobiológiai Szakbizottságában és Mikológiai Munkabizottságában folyamatosan képviselte az orvosi mikológia értékeit.

Oktató munkáját 5 könyv és könyvfejezet fémjelzi, mind dermatológiai, mind mikológiai szakterületről, emellett a graduális és posztgraduális képzésben gyakoronok kora óra kivette részét. Angol, német és orosz nyelvtudását az oktatásban és a szervező munkában is kamatoztatta. A Bőr- és Nemigyógyászat Szakmai Kollégiumának és Laboratóriumi Vizsgálatok Szakmai Kollégiumának éveken át volt aktív tagja. Az Országos Szakképesítő Bizottság vizsgáztató tagja 1988-ban lett. Hosszú éveken át volt az egyetem Kari Tanácsának tagja. A WHO gombás betegségekkel foglalkozó munkacsoportjának volt magyar delegáltja. Ő volt az, aki Flórián tanár úr nyomdokain haladva, új, máig is használt adatszolgáltatási rendszert vezetett be a gombás betegségekről, és az országos mikológiai hálózat adataira támaszkodva évente elkészítette a legátfogóbb epidemiológiai felmérést. Nem feledte el a hazánktól távol áldozatos gyógyító munkát végző kollégáit sem: az Albert Schweitzer lambaréne-i kórházában dolgozó, szintén tragikusan rövid életű Márton Kálmán munkáját itthonról támogatta, miközben Ő is a trópusi gombás betegségek igazi szakértőjévé vált.

Kiváló munkáját hivatalos elismerések sora jelzi. Többször volt az Egészségügy Kiváló Dolgozója, 1983-ban megkapta a Munka Érdemrend ezüst fokozatát. A legnagyobb bőrgyógyászati elismeréseket érdemelte ki: Kaposi Mór Emlékéremet, Földvári Ferenc Díjat vehetett át, és

2002-ben – az Ő elnökletével lebonyolított, és nagyrészt személyének köszönhetően Magyarországon szervezett – 8. Európai Orvosi Mikológiai Konferencián elsőként kapta meg a Gruby Dávid Ezüst Emlékplakettet, mely a legkiválóbb hazai és nemzetközi mikológusok elismerése. Ő azonban az 1988-ban kapott Batthyány-Strattmann László Díjat értékelte a legtöbbre. Ennek szimbolikus értéke is van: ez az a díj, mely a betegekért emberfeletti áldozatot hozó, önzetlenül gyógyító orvosnak jár. Ő pedig ilyen volt...

És még milyen? Hűséges szakmájához, hűséges szűkebb tudományágához, és hűséges ahhoz az intézményhez, a budapesti bőrklinikához, ahol szinte egész szakmai életét leélte. Négy igazgatónak volt folyamatosan segítségére, és a szó legnemesebb értelmében szolgálatára. 1988-ban azzal a tudattal mehetett nyugdíjba, hogy biztos utódokat nevelt mind a bőrgyógyászok, mind a mikológusok között.

Nyugdíjasként is aktív szakmai életet élt: a Bőrgyógyászati Figyelő, az Orvostovábbképző Szemle és számos más folyóirat állandó munkatársa maradt, könyvfejezeteket, cikkeket írt, konferenciákra járt, előadott. Az egyetlen, ami elmaradt az életéből, a mindennapos metrőzés Lipótváros és a Mária utca között. Aktivitását jelzi, hogy folyamatosan dolgozott a gombás betegségek differenciáldiagnosztikáját bemutató atlaszon.

Ibolya, ez a könyv nélkülöd, de a Te emlékedre készül. Munkatársaid, tanítványaid, kollégáid, hazai és külföldi tudóstársaid, hálás betegek örökre megőrzik emlékedet.

*Prof. Dr. Horváth Attila*

*Dr. Simon Gyula*



Országos Bőr-Nemikórtani Intézet (igazgató Prof. Dr. Horváth Attila egyetemi tanár)

## Fogászati kontakt allergének Contact sensitivity from dental materials

TEMESVÁRI ERZSÉBET DR.

### ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző a fogászati betegellátásban használatos anyagok kontakt szenzibilizáló tulajdonságait tekinti át, részletezve többek között a fémek, műanyagok, akrilátok, illatanyagok, antimikrobás szerek és gumikemikáliák mellékhatásait. Ugyanezen anyagok irritáló és/vagy allergizáló hatását értékeli a fogorvosi ellátásban résztvevő személyzet szempontjait is figyelembe véve. A túlérzékenyítő tulajdonságokra vonatkozó irodalmi adatok alapján az epicutan tesztelés indikációit (úgy az ellátó személyzetet, mint a beteg), valamint a diagnózis felállításához szükséges tesztsorok allergénjeit is felsorolja.

**Kulcsszavak:**  
fogászati ellátás kontakt allergénjei -  
az epicutan tesztelés indikációi - standard  
fogászati sor

### SUMMARY

The author reviews the contact sensitising properties of materials used in dental care, discussing in detail the side-effects of metals, plastics, acrylates, fragrances, antimicrobials and rubber chemicals. The irritating and/or sensitising effects of these materials are also discussed taking into account dental personnel as well. According to the data in literature concerning sensitising properties, the author enumerates the indications of patch testing in the personnel as well as in patients, and determines the allergens of test series necessary to establish a diagnosis.

**Key words:**  
contact allergens in dental care - indications  
of patch testing - allergens in standard dental  
series

A szájnyalkahártya hasonlóan az egyéb bőrfelülethez számos irritáló, allergizáló anyag expozícióját kénytelen elviselni (128). Az irodalmi adatok szerint a kontakt szenzibilizáció kialakulására e felületen sokkal mérsékeltbb hajlam van, de ugyanakkor az irritatív hatásokra halmozottabb lehetőség nyílik.

A szájnyalkahártyát az irritációkkal szemben elsősorban a nyál élettani hatásai védik.

Az allergizáló hatás e régióban elsősorban kontakt szenzibilizáció mechanizmusában érvényesül, klinikai tünetként kontakt gingivitis, stomatitis, -cheilitis, -oralis lichenoid reakció (ORL), recidiváló ulcerációk, alkalmanként és igen vitatottan égő száj szindróma tüneteivel (4, 14, 42, 46, 49, 59, 89, 114, 128, 143). A klinikai tünetek kontakt urticaria szindróma megjelenési formáiban is felléphetnek (2, 42, 153). A túlérzékenységi tünetek úgy a betegen, mint a kezelő személyzeten is megjelenhetnek (113, 124, 132).

A kialakult klinikai tünetek az irritatív és allergiás reakciók differenciálásához nem elegendők, a biztos diagnózist, a feltételezett anyagokkal – allergénekkal végzett epicutan bőrteszt eredménye adja (46, 66, 83, 150).

A fogászati anyagok kontakt szenzibilizációját bizonyítandó epicutan próbákat, bőrpróbákat javasoltak, elsősorban a környezeti kontakt allergének standard sorozatával, majd az ún. fogászati szűrő sorokkal. Kiegészítésként egyes szerzők, az ún. akrilát allergén sorokat is ajánlják (63, 64). A gyakorlati kivitelezhetőség, valamint nem utolsósorban a pénzügyi megfontolás egy, a leggyako-

ribb szenzibilizáló hatású, fogászati gyakorlatban használatos speciális allergénsor tesztelését sugallja úgy, hogy a tesztelendő allergének száma lehetőleg a 40-et ne haladja meg. Ezen allergénsor összeállításához át kell tekintenünk e terület leggyakoribb kontakt allergénjeit.

### Fogászati kontakt allergének

A fogászati betegellátásban a *fémötvözetek* széles skáláját használják tömések, fogpótlások, protézisek előállításához. A beavatkozások során alkalmazott ötvözetek összetevői között alumínium, antimon, bizmut, króm, kobalt, réz, gallium, arany, irídium, magnézium, higany, nikkel, ozmium, palládium, platina, kadmium, tantál, titán, molibdén, ródiium, ruténium, ezüst, ón, wolfram, cink a leggyakoribbak (33, 39).

A *nikkel* a legismertebb fogászati szenzibilizáló fém (83, 87, 168), mint környezeti allergén jelenleg is a bőrgyógyászati – elsősorban a városi lakosságú – betegek több mint 10%-ánál kontakt szenzibilizálóként bizonyítható (108, 156). A szenzibilizáció gyakorisága nőknél kétszeres. Gyermekekben is megjelenik, elsősorban a nikkel tartalmú fogszabályozók, kiváltotta tünetek formájában (78, 154, 155). A nikkel más fémek fizikai tulajdonságát javítja, így vas, réz, kobalt, mangán, króm, alumínium és vanádium ötvözeteiben is használják, alkalmazzák az acélgyártásban is. A biológiailag aktív fém toxikus, allergizáló és carcinogen hatása is ismert (29, 83, 84, 169). A túlérzé-



kenységet kiválthatja maga a nikkelfém. A vízben oldódó  $\text{NiCl}_2$  és a  $\text{NiSO}_4$  szintén erős túlérzékenyítő. A nikkelfém-oxid és hidroxid is provokálhat kontakt dermatitist (154, 155, 156). Az irodalmi adatok a helyi és szisztémás reakciókon túl a tolerancia kialakulásának lehetőségét is említik (169). Az utóbbi években nikkelfém-allergia társulásaként palládium és réz szenzibilizáció figyelhető meg (159).

A kobalt és króm ötvözetek elsősorban fém fogpótlásokban szerepelnek. Fogászati ötvözet kobalt tartalmától kialakuló helyi allergiás reakciók lehetősége egy-egy irodalmi közleményből ismert (30, 37).

A fogászati ötvözet króm tartalma kiváltotta allergiás reakciók esetén mindig felmerül az egyéb, jelenlévő fém-sók együttes, vagy társuló szenzibilizáló hatása is (169). Sallay és mtsa. orális lichen planus eseteiben krómérzékenység halmozódását észlelte (135).

A higany a fogászati amalgámon kívül a környezetünkben számos helyen fellelhető (gyógyszerek, hőmérők, festékek, mezőgazdasági kemikáliák). Ugyanakkor az amalgamban arany, ezüst, réz, cink, ón is szerepelhet ötvözőként. Localis irritatív reakciói lichen szálnyálkahártya tüneteit utánozhatják (116, 118). Toxikus hatásáról a szakmai vélemények megosztottak (35, 43, 95). Szenzibilizáló hatása már a fogtömést követően kontakt stomatitis, orális lichen planus tüneteiben jelentkezhet (93, 118, 145).

Fogászati személyzeteken, asszisztenseken és fogorvosokon foglalkozási eredetű szenzibilizációt (66, 77, 81, 83) amalgámra már bizonyítottak. Szisztémás dermatitist provokáló hatása is ismert (170).

A palládium a fogorvosi gyakorlatban korábban az egyik leggyakrabban alkalmazott fém (1). Ékszerek előállításánál platina és fehérarany helyettesítésére használják, így a szenzibilizáció kialakulására a fogászati beavatkozás előtt is lehetőség van (18, 76). 1948-ig a nemzetközi irodalomban csak három izolált kontakt szenzibilizációt ismertettek. Saját vizsgálataink szerint palládiumklorid szenzibilizáció gyakorisága szájtünetekkel jelentkező betegeken 9,4% (7). E vizsgálatunkban a palládium szenzibilizációhoz kapcsolódó nikkelfém-kontakt allergiát 97,7%-ban tudtuk bizonyítani (7). Nemzetközi felmérések szerint a nikkelfém-szulfátra szenzibilizált betegek egyharmada palládiumra is érzékeny (76, 173). A szenzibilizáció kapcsolódás pontos oka vitatott. A nikkelfém-érzékeny monoklonális lymphocyták palládiummal is kialakuló reakciója, ill. mindkét elemnek a periodusos rendszer azonos csoportjához tartozása miatti sztereokémiai hasonlóság a valódi keresztreakció lehetőségét is felveti (16). Tekintettel arra, hogy a fémötvözetekben a palládium gyakran a nikkellel együtt fordul elő, a kumulatív szinergizmus lehetősége is felmerül. Hasonló gyakorlati problémát okoz a társult réz szenzibilizáció is (95, 173).

A klinikai tünetek kontakt gingivitis, stomatitis, lichenoid reakciók formájában észlelhetők (7, 88). Urticaria, contact urticaria tünete is ismert (2, 82, 107). A bőrszettek pozitívitásának relevanciája tekintettel a korábbi szenzibilizációk halmozott lehetőségére, komoly szakmai probléma (22, 159, 176).

A fém arany allergizáló hatása mérsékelt, ugyanakkor az arany sók erős szenzibilizáló hatásukról ismertek (30).

Foglalkozás kapcsán kialakuló szenzibilizáció is közölt (26). Az arany ötvözetek nikkelfém, réz, cink, ezüst, palládium és platinát is tartalmazhatnak, elsősorban a 24 karát alatt, így szenzibilizáló hatás e fémektől is várható.

Tesztelésre elsősorban az arany-sók (arany-nátrium-tioszulfát) használata javasolt, ill. természetesen a szennyező fémek tesztelés sem elkerülhető (92, 125). Klinikai tünetként lichen oris tünete mellett „égő száj szindrómát” is megfigyeltek (92, 125). Ezen utóbbi tünetegyüttes esetében azonban a kontakt szenzibilizáció szerepe, relevanciája csak akkor bizonyítható, ha a fém eltávolítása a beteg széles skálájú panaszait megszünteti.

Alumíniumot tiszta fémként, vagy ötvözőként használják fogászati anyagokhoz. Alumínium sók a fogászati felhasználáson túl megtalálhatók dezodorokban, izzadásgátló készítményekben. Allergiás reakció igen ritka (66), ugyanakkor szenzibilizációt hyposzenzibilizációs vakcina során regisztráltak (66).

A réz szenzibilizáció ritka (34), de a nikkelfém-túlérzékenységhez való társulásával ugyanúgy, mint a palládiummal számolni kell. A rezet tartalmazhatja az amalgám (85) is. Az allergia klinikai tüneteként lichen oris (34), és urticariát (126) is közöltek. A tesztanyagok tisztasága szavatolja, hogy epicutan tesztelések észlelt pozitívítás nem a nikkelfém-szennyeződés provokációjaként értékelhető.

A fém platina ritkán okoz allergiás kontakt dermatitist (88, 106, 144), az oldékony platina sók elsősorban foglalkozási dermatitist, kontakt urticariát, conjunctivitist és asthmát provokáló hatása azonban ismert (66, 84, 88, 144). Fogorvosi gyakorlatban kontakt stomatitis válthat ki (88).

A fém ezüst allergizáló hatás még nem közölt. A fogászati amalgám is tartalmazza (66). Ezüst nitrát és más ezüst sók argyriát eredményezhetnek (50).

Az ón fogászati ötvözetekben, amalgamban, ötvözetek forrasztójában található. Allergizáló hatása ismert, de az irodalom szerint ritkán tapasztalható (66, 102, 140).

A titán allergizáló hatása ismert, de mivel igen ritkán tapasztalható, így a fogászati felhasználásban biztonságos fémként értékelik (23, 138).

Egyéb fémek közül az indium és irídium a fehér aranyban is megtalálható. Allergizáló hatásuk patch tesztel is bizonyított (8, 100). Vilaplana és mtsai (172) pozitív epicutan próbákat észleltek ródium, berillium, réz és cink tesztelések. Berillium szenzibilizáció provokálta kontakt stomatitis, gingivitis tünete irodalmi adatokból ismertek (40, 172), carcinogén hatása miatt azonban felhasználását az utóbbi években mellőzik. Kadmium szenzibilizáció lehetőségéről Gebhardt M. és mtsa. 1996-ban számolt be kadmiumklorid tesztelés kapcsán (36).

## Műanyagok

*Akrilátok (metakrilátok, akrilátok):*

Az akrilátok az akril sav észterei, a metakrilátok a metakril sav észterei. A fogászati felhasználás szempontjából az akrilátok három csoportja emelendő ki:

- monofunkciós akrilátok pl. a metil metakrilát (MMA),



- polifunkciós akrilátok pl. etilén-glikol-dimetakrilát (EGDMA),
- akrilát és metakrilát pre-polimerek: mint pl.: 2, 2-bis(4-(2-hidroxi-3-metakriloxipropoxi) fenil)propán (BISGMA), vagy uretan dimetakrilát (63, 66, 67).

A fogpótlásokban levő MMA allergizáló hatása évtizedek óta ismert (54, 63, 66, 131). Tesztelések során azonban más akrilátok vizsgálata is elengedhetetlen (57, 65, 66, 70, 74, 131). Foglalkozási kontakt dermatitist is provokálhatnak (65, 66, 67, 69, 72, 73, 79, 80). A kontakt dermatitis típusos induló tünete az ujjbegyek pulpitisé, de a tünetek kézfejre majd arcra lokalizálódó kontakt dermatitis, valamint az aernborn dermatitisnek megfelelő szemhéj és szabad bőrfelületek dermatitiseként is jelentkezhetnek (72, 73, 79, 80, 83, 164). Ez esetekben epicutan tesztelésre teljes akrilát sorokat ajánlanak (64, 74, 84).

A fogászati gyakorlatban, a hő-polimerizációs reakcióban használt monomer oldat polifunkciós akrilátot is tartalmaz, mint pl. 1, 4-butandiol-dimetakrilát vagy az EGDMA. A polimerizáló oldatokban megtalálható a gyorsító N, N-dimetil-toluidin, szenzibilizációs hatására elsősorban fogtechnikusoknál kell számítani (60, 131, 163).

Az összetett gyantákat a fogászatban, mint pl. a bisphenol-A és a BISGMA már évtizedek óta használják (61, 63), így szenzibilizációs tulajdonságuk is régóta ismert. A bennük adalékanyagként szintén megtalálható benzoylperoxid és a hydroquinon szintén allergizálhat (66, 67).

Az ún. dentin kötő vegyületek (51, 73) az évek során folyamatosan bővülő kombinációi és az üvegeionomerek számos allergizáló anyagot tartalmaznak (mint pl.: 2 HEMA /2-hidroxi-1-metakrilát/, TREGDMA /tietilén-glikol dimetakrilát/ és a BIS-GMA) (69).

Az akrilát szenzibilizáció külön problémaköre a gumi és vinil kesztyűn lehetséges penetráció és az így kifejlődő szenzibilizáció lehetősége (104), továbbá az akrilátok tekintetében is számolni kell a konkomitans és keresztallergia kialakulásával (62, 63, 66, 73, 94).

Az akrilátok kiváltotta klinikai tünetek a fogorvosi személynél elsősorban az azonnali túlérzékenységi reakciók: contact urticaria, asthma brochiale, conjunctivitis (28, 64, 122). Megfigyelték kéz kontakt ekzémához társulva az ujjak paraesthesiáját (5), paronychiát (72) és köröm dystrofiát (38, 97).

Fogászati betegek akrilát provokációja sokkal rövidebb, a szenzibilizáció lehetősége is feltehetően mérsékeltebb, ennek ellenére a gyakorlatban elsősorban gingivostomatitis megjelenéssel ismert (57, 79). A provokált szájnyálkahártya tünetek a formalin kioldódás következményeként is értékelhetők, ezen aetiológiában elsősorban orális lichenoid reakció megjelenését figyelték meg (165).

Az akrilátok epicutan tesztelését Björker (12) és Kanerva (68, 74, 83) munkái alapján állították össze. A koncentráció változtatások az aktív szenzibilizáció lehetőségét a minimumra szorították (65, 66, 67, 68). A teszteléseknél ezen aktív szenzibilizáció veszélye miatt lehetőleg gyári készítmények tesztelése javasolt. A beteg által hozott „saját” anyagok, főleg (hígyatlan) tesztelés veszélyeként a

tesztelés során jelentkező allergizáló hatás mellett, a leucoderma (69), és természetesen a fals pozitív reakciók megjelenésével is számolni kell. Az akriát allergia epicutan teszteléséhez elengedhetetlenül szükséges allergének összeállításában Kanerva és mtsai. kutatási és vizsgálati adatai az irányadók (66, 74).

*Aktíválók és gátlók:* Az N, N-dimetil-4-toluidin szenzibilizáció aetiológiai szerepét kontakt stomatitis és égő száj szindróma eseteiben bizonyították (55, 163). A 4-toluidin dietanlamin fogászati személynél provokált kontakt dermatitist (75). Benzoylperoxid fogászati betegen stomatitis tüneteit eredményezte (30), a fogászati ellátásban dolgozó személynél légzési panaszokat, aernborn dermatitist (122), valamint kontakt dermatitis tüneteit is észlelték (83). Champhorochinon kontakt dermatitist (98), hydrochinon és methylhydrochinon gingivostomatitist váltott ki (30, 161).

*Plasticizálók* kémiaiilag és hő hatására is stabil anyagok, szenzibilizáló hatásuk nagyon ritka (138).

*Epoxyakrilátok* elsősorban a fogászati ellátó személyzet allergiás reakcióit okozhatják kontakt dermatitis megjelenésével (61). Az akrilált uretánok ismert allergének (110). Az alifatikus uretán akrilátok a leggyakoribbak, de az uretán akrilátok bármelyike (alifatikus-, aromatikus-uretán- diakrilátok vagy uretán- dimetakrilátok) is provokálhatnak a betegeken allergiás reakciót (61, 63).

Az *epoxygyanták* ismert foglalkozási allergének (53), a halmozott szenzibilizáció mellett, a keresztreakciók lehetőségével is találkozhatunk (61, 63, 178). A leggyakrabban használt monomer a bisphenol-A glicidilmetacrilát (BIS-GMA) szenzibilizációs hatása is bizonyított (17). Az epoxygyanták gyártásához használt bisphenol-A allergiás reakciói fogászati asszisztenseken (52) is igazoltak. Ugyanakkor közöltek „égő száj szindróma” tünetét panaszoló beteg kórtörténetét, akinél bisphenol-A és epoxygyanta társult kontakt szenzibilizációt is bizonyítottak (167).

*UV absorbeálók.* A 2-hidroxi-4-metoxi-benzophenont (Eusolex 4360) UV absorbeálóként fogászati anyagokban, műanyagokban, textíliákban és fényvédőkben használják, ismert allergizáló hatású (66). A 2- /2-hidroxi-5-metilphenil / benzotriazol / Tinuvin T, szintén számos helyen használt UV elnyelő, fogászati szenzibilizálóként Björkner 1997-ben közölte (11).

A *lennyomat-anyagok* fogpótlások elkészítéséhez szükségesek. Szenzibilizálóként hatását tekintve, a Scutan (metil-p-toluen szulfonát) és az Impregnum (metil dichlorobenzon szulfonát) ismert, úgy a betegeken, mint a fogászati személynél (66). A Scutan – ami egyébként ideiglenes korona és hídanyag is – szenzibilizáció fogorvosok ujján kontakt dermatitisként jelentkezhet (99). Impregnum allergia szájnyálkahártya tünetek, fogorvosok kontakt dermatitisében léphet fel (19, 90, 168).

*Szilikon-bázisú lennyomat-anyagok* szenzibilizációs hatása a fogászati betegeken hazai közlésből is ismert (115), hyperpláziás gingivitist (10), valamint granuloma-



tosus reakciót is provokálhat (14). Alginát szenzibilizációs hatása csupán a típusos klinikai tünetek (intraorális vesiculák) megjelenése esetén feltételezhető (127). A méhviasz túlérzékenység kialakulása elsősorban a fogászati személyzeten várható (15). Az akrilátokat ideiglenes koronák elkészítésére használják. Gingivitis stomatitis, perioralis dermatitis tünetével jelentkező szenzibilizációs reakciók ismertek (57). A gyantahordozók közül az N-etil-4-toulen szulfonamid mint allergén szájnyalakártya tüneteket okozhat, de a fogászati személyzetet is szenzibilizálja (60, 75).

A fogászati kezeléseknél használatos *helyi érzéstelenítők* allergiája következményeként az injekció helyén oedema, majd szóródó urticaria jelentkezhet, a tünetek anaphylaxiáig terjedő azonnali reakciók kombinációit is mutathatják. Az objektív panaszokhoz szédülés, hányinger is társulhat (45). Az injekció helyén ulceráció, illetve távolabb fix gyógyszer exanthema is kialakulhat (86). Ismert szenzibilizáló a benzocain (30), kereszt reakciója tetracainnal ismert. Fogorvosok a szenzibilizáció kialakulását az ujjbegyeken kialakuló pulpitis tüneteivel tapasztalhatják (30).

Lidocain szenzibilizáció kapcsán azonnali reakciókat (bronchospasmus/urtica) és exfoliatív dermatitist provokáló hatást is közöltek (44, 147, 166).

A helyi érzéstelenítők allergiás reakcióiért a gyógyszerek metabolitjai is felelőssé tehetőek, ezen kívül a gyógyszerekben található konzerválószerke és egyébként nem feltüntetett szubsztanciák is (96). Használatuk kapcsán észlelt mellékhatások intolerancia reakciók, és pszihogén reakciók is lehetnek (96).

Az allergia bizonyítására egyes szerzők az intracutan és epicutan tesztek kombinatív alkalmazását ajánlják (56). In vivo tesztelés a fals negatív és a fals pozitív reakciók miatt kerülendő. A mellékhatást kiváltó gyógyszer elkerülhetetlensége esetén a jelenleg érvényes módszertani ajánlás szerint lymphoblast transzformációs ill. lymphocita krómatinaktivációs, in vitro metodikák alkalmazása javasolt (3, 174).

Az *antimikrobás szerek* közül a fogászati beavatkozások szempontjából elsősorban a formaldehyd, ill. a formaldehyd felszabadító anyagokról kell említést tenni. Azonnali reakciót 1995-ben *El-Sayed F. és Wanke F.* közöltek, gyökér-csatorna formaldehyd tartalmú pasztával történt kezelésekor (24, 175). A formaldehyd a gyakorlatban kontakt dermatitist kiváltó hatásáról ismert, standard epicutan sorozatok tartalmazzák (30, 159). Talán kevésbé ismert, hogy akrilátok alkalmazásánál felszabaduló formaldehyd is provokálhat szájnyalakártya tüneteket (165).

A glutaraldehyd fertőtlenítő, de kötő- és ragasztóanyagokban is felhasználják a fogászati ellátásban. Mérsékelt irritáns (18, 20), a szenzibilizáló hatásáról, ill. annak erősségéről megoszlanak a vélemények. A személyzetten kontakt dermatitist provokálhat (6, 30), együttes szenzibilizációja a formaldehyddel konkomitánsként értékelhető (66).

A szintén antimikrobás hatású benzalkoniumklorid gyenge allergén, viszont gyakran okoz irritatív bőrreak-

ciókat. Egészségügyi dolgozókat gyakrabban szenzibilizál (20, 139). A dodecyl-di- (aminoetil) glicin aszeptikus szerként szintén allergizálhat a fogorvosi gyakorlatban (66). A chlorhexidin kontakt-, és generalizált dermatitist, fix gyógyszer exanthemát, kontakt urticát, foglalkozási asthmát, anaphylaxiát provokálhat (103, 112, 160, 162). Szájüregi használata fogelszíneződést, ízérzései zavarokat, desquamációt, valamint anaphylaxiát is kiválthat (121). N-benzil-N, N-dihidroxitetil- N-cocosalkyl- ammónium klorid kontakt dermatitist válthat ki (123).

Actil-gallat égő száj tüneteiben bizonyult provokáló allergénnek (120). Nátrium perszulfát elsősorban, mint irritáló és kontakt szenzibilizációt kiváltó fertőtlenítő adalék ismert (58), foglalkozási asthmát kiváltó hatását is leközlítették (119). Povidon-Iodin (Betadin) gyenge szenzibilizáló (128), kontakt dermatitist kiváló hatása a fogorvosi gyakorlatban ismert (71). A fogászati eszközök fertőtlenítésére használt glyoxal is provokálhat kontakt dermatitist (32).

Az *illatanyagok* közül a fogorvosi ellátásban a legismertebb allergén az eugenol. Az eugenol a szegfűszegolaj kémiai összetevője, a fahéj olajban is megtalálható, valamint a babér, szegfűbors, fűszerek, ízesítők alkotórésze (152, 157, 158). Fogászati gyakorlatban cinkoxiddal összekeverve cementet képez és lenyomat anyagként is alkalmazzák. Mivel oldékony, folyamatosan felszabadul a cementből (30). Használják szájfertőtlenítőkben, szájöblítőkben és fogápoló szerekben. Fogászati készítményekben történő használata (lenyomat paszták, cementek) gingivitist, stomatitist, kontakt urticariát, cheilitist eredményezhet (83, 142, 171). Foglalkozási allergénként, kéz kontakt dermatitist válthat ki (171). Az illatanyagok tesztelésére az eugenolon kívül az összetett allergénű perubalzsamot is használják (18, 30, 157).

A kolofónium gyanta gyakori kontakt szenzibilizáló, lenyomat anyagok, lakkok, cementek tartalmazhatják. Kontakt stomatitist, foglalkozási kontakt dermatitist és kontakt urticariát is provokálhat (49, 129).

*Gumikemikáliák* a gumikesztyűkben található és allergénjei elsősorban a fogászati személyzetet szenzibilizálhatják (9, 13, 27). A természetes gumi latex contact urticariát kiváltó hatásáról ismert, azonnali reakciói úgy a beteg, int a vizsgáló személyzetten megfigyelhetők (64, 91, 141, 148, 153).

A fototoxikus és fotoszenzibilizációs reakciók új problémakört képviselnek a fogászati ellátásban (101). A fénykezelések egyre gyakoribb alkalmazása során a szulfonamidok, fenotiazidok, tetracyclin és griseofulvin fototoxikus hatása, valamint az eugenol, chlorhexidin, benzoészav derivátumok, szulfonamidok, és fenotiazidok fotoallergiás hatása vált ismertté (48).

*Fogorvosi ellátásban jelentkező azonnali allergiás reakciók* között a contact urticaria a leggyakoribb (64). Kialakulásában IgE típusú azonnali reakciók mellett ún. nem immunológiai mechanizmusok is szerepet kapnak (64). A kontakt urticaria leggyakoribb provokáló allergénje a természetes latex, a szenzibilizáció természetesen a fogászati személyzetet is érinti (41, 148). A vizsgált beteg célszerű kikérdezni latex allergia tüneteiről, melyek



elsősorban az atópiás, többszöri műtéten átesett betegek-nél várható (153). Gumikesztyűk kiváltotta kontakt urticaria azonban más gumikemikáliák szenzibilizációjaként is kifejlődhet (13). A latex kesztyűporban elsősorban a latex az allergen, de közöltek a kesztyűpor kukoricakeményítő komponensétől is contact urticarias reakciót (141).

A latex szenzibilizáció mellett a guttapercha, a Palaquium fa latexéből nyert gumyszerű mézga, egy trans-polisoprén a latexhez hasonló nagy molekulású polimer, szintén potenciális szenzibilizáló (31). Mivel a latexel azonos növény család fáiból származik, így keresztreaktivitásuk is feltételezhető.

Szarvasmarha proteint tartalmazó fibrinszövet alkalmazása kapcsán urticaria, angioedema, asthma tüneteit észleltek (111, 177).

Az alacsony molekulású vegyületek, a hapténok szintén kiválthatnak azonnali típusú allergiás reakciókat. A fémek közül a kobalt (146), a nikkell (25), a platina (105, 137), és az irídium (8) kontakt urticat provokáló hatása ismert, emellett a ruténium, ródium és palládium azonnali allergiás reakciót is közöltek (105, 106). A higanyok is provokálhatnak kontakt urticariát (134).

Az antimikrobás szerek közül a formaldehid (175), és a chlorhexidin anaphylaxiát kiváltó hatása ismert (160).

Kontakt urticariát okozhatnak a fogászati ellátásban az illatanyagok pl. a eugenol (133), fahéj és a benzaldehid (142), valamint a kolofónium is (129).

Azonnali reakciókat is észleltek akrilátok hatására (21, 149) contact urticaria, pharyngitis, asthma, anaphylaxia tüneteivel (82, 122, 130, 136). Xylen is kiválthat kontakt urticariás reakciót fogászati személyzeten (117).

## Allergénsor és tesztelés

A fentiek alapján a fogászati ellátásban a leggyakoribb kontakt allergéneket figyelembe véve tesztelésre az alábbi allergénsor javasolt:

### Fémek:

Cin (II)-klorid  
Ammoniumtetrakloroplatinát  
Amalgám (higanymentes)  
Rézszulfát  
Kadmiumszulfát  
Tantál  
HgCl<sub>2</sub>  
Króm (kaliumdichromát)  
Nikkell (nikkel (II)-szulfát)  
Kobalt (kobaltklorid)  
Palládiumklorid  
Higany (II)-amidoklorátum  
Titán-IV oxid  
Nátriumtioszulfátoaurát  
Ezüstklorid  
Amalgám (gamma-2-mentes)  
Indiumklorid  
Beriliumszulfát  
Alumínium klorid hexahidrát

### Monofunkciós akrilátok:

Metilmetakrilát  
2-Hidroxiethyl-metakrilát  
2-Hidroxiethylakrilát  
2-Hidroxi-propilmetakrilát

### Polifunkciós akrilátok:

Triethylenglikol-dimetakrilát  
Etilenglikol-dimetakrilát (EGDMA)

### Akrilátos és metakrilátos poliészterek:

BIS-GMA  
Uretán-dimetakrilát

### Polifunkciós akrilát-aktivátor:

Benzoilperoxid  
Hidrokinon  
N, N, -Dimetil-p-toluidin  
1, 4-Butandiol-dimetakrilát (BUDMA)  
Camphoroquinone  
4-Tolildietanolamin

### Fogászati összetett gyanták:

Bisphenol-A-dimetakrilát  
Bisphenol-A

### UV absorbeálók:

2 (2-Hidroxi-5-metilfenil) benzotriazol

### Impregnáló – gyantahordozó:

N-ethyl-4-toluenszulfonamid

### Konzerváló:

Thiomersal  
1, 2 Dibrom-2, 4 dicyanobutan = metildibromo glutaronitril (Euxyl K 400)  
Kaliumperszulfát

### Illat

Eugenol  
Perubalsam

A feltételezett allergének vizsgálatára a szájnyalukkahártyán történt tesztpróbálkozások (4) ellenére, *epicutan bőrtesztek* kivitelezése az elfogadott. A bőrtesztek metodikája, értékelése a nemzetközi előírásoknak megfelelően történik (2, 18, 30, 91, 109, 151, 159).

Az azonnali reakciók értékelésének szükségessége miatt a bőrreakciók regisztrálása a teszt 20., 40. és 60. percében is elengedhetetlen, valamint a végső eredmény kialakításához a 24, 48 és 72 órás bőrreakciók követése is szükséges.

Bizonytalan reakciók esetében a teszt 4. napján észlelhető bőrreakciók értékelése adja meg a végső eredményt (109, 151, 159).

A jelenleg szakirodalomból és gyakorlati tapasztalatból az ismert klinikai tünetek alapján a tesztelés *indikációi* az alábbiakban jelölhető meg.



tesztelési indikáció fogászati betegeken:

kontakt urticaria  
kontakt gingivitis  
kontakt stomatitis  
kontakt cheilitis  
lichen oris  
oralis lichenoid reakció  
recidiváló oralis uceráció  
égő száj szindróma (ha előzőleg kizárt anaemia,  
reflux oesophagitis, gastritis)

tesztelési indikáció fogászati dolgozókon:

kontakt urticaria  
conjunctivitis  
asthma  
panonychia, pulpitis, köröm dystrofia  
kontakt dermatitis kézen  
palmoplantaris pustulosis

Munkánkkal a fogorvosi gyakorlatban tapasztalható allergiás reakciók a kezelt betegen és a fogorvosi személyzetben tapasztalt klinikai tüneteit, a provokáló allergének tesztjeit és a tesztelés indikációit foglaltuk össze, gyakorlati iránymutatást adva mind a bőrgyógyász, mind a fogorvosi beteganyag allergológiai kivizsgálásához.

## Köszönetnyilvánítás

Köszönöm dr. Gyenes Vilmos tanár úrnak, a MH Központi Honvédkórház Szájsebészeti Osztály osztályvezető főorvosának, dr. Vass Zoltán főorvos úrnak és dr. Nebenführer László tanár úrnak, a Fővárosi Szent István Kórház Bőrgyógyászati Osztály főorvosának, a közlemény lektorálásában végzett szakmai munkáját.

## IRODALOM

1. *Aberer W., Holub H., Strohal R., Slvicek R.*: Palladium in dental alloys—the dermatologist's responsibility von warn? *Cont. Derm.* (1993) 28, 163-165.
2. *Amin S., Lahti A., Maibach H. I.*: Contact urticaria syndrome. CRC Press (1997).
3. Az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet állásfoglalása a gyógyszerallergiák kivizsgálásának kérdéséhez. Összeállította: Dobozy A., Baló-Banga J. M., Temesvári E., Soós Gy., Népjóléti Közlöny 1991. 14, 553-559.
4. *Axell T., Spiechowicz E., Glantz P. O., Larsson A.*: A new method for intra-oral patch testing. *Cont. Derm.* (1986) 15, 58-62.
5. *Baran R. L., Schibli H.*: Permanent paresthesia to sculptured nails— a distressing problem. *Dermatol Clin.* (1990) 8, 1-6.
6. *Bardazzi F., Melino M., Alagna G., Veronesi S.*: Glutaraldehyde dermatitis in nurses. *Cont. Derm.* (1986) 14, 319-320.
7. *Becker K., Vass Z., Temesvári E.*: Palládiumérzékenység vizsgálata fogászati beteganyagokon. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (1996) 1, 3-7.
8. *Bergman A., Svedberg U., Nilsson E.*: Contact urticaria and anaphylactic reactions caused by occupational exposure to iridium salt. *Cont. Derm.* (1995) 32, 14-17.
9. *Belsito D. V.*: Contact Urticaria caused by rubber. Analysis of seven cases. *Dermatol Clin.* (1990) 8, 61-66.
10. *Beyer D. J., Belsito D. V.*: Delayed hypersensitivity to silicon causing gingival hyperplasia. *Cont. Derm.* (1997) 37, 234-234.
11. *Björkner B., Niklasson B.*: Contact allergy to the UV absorber Tinuvin P in a dental restorative material. *Am. J. Cont. Derm.* (1997) 8, 6-7.
12. *Björkner B.*: Kontaktallergi för ultraviolett härdande akrylatpordukter i färger och lacker. *Arbete och Hälsa* (1989) 20, 1-39.
13. *Brehler R.*: Contact urticaria caused by latex – free nitrile gloves. *Cont. Derm.* (1996) 34, 296.
14. *Busch H. G.*: Silicone toxicology. *Semin Arthritis Rheu* (1994) 24, 11-17.
15. *Camarasa G.*: Occupation dermatitis from beeswax. *Con. Derm.* (1975) 1, 124-124.
16. *Camarasa J. G., Burrows D., Menné T., Wilkinson J. D., Shaw S.*: Palladium contact sensitivity. *Cont. Derm.* (1991) 24, 370-371.
17. *Carmichael A. J., Gibson J. J., Walls A. W. G.*: Allergic contact dermatitis to bisphenol-A glycidylmethacrylate (BIS-GMA) dental resin associated with sensitivity to epoxy resin. *Br. Den. J.* (1997) 183, 297-298.
18. *Cronin E.*: Contact dermatitis. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. (1980) 1, 915.
19. *Cronin E.*: Impregum (dental impression material). *Contact Dermatitis Newlett* (1973) 13, 362.
20. *Cusano F., Luciano S.*: Contact allergy to benzalkonium chloride and glutaraldehyde in a dental nurse. *Cont. Derm.* (1993) 28, 127-127.
21. *Daecke C., Schaller S., Schaller. Gos M.*: Contact urticaria from acrylic acin in Fixomull tape. *Cont. Derm.* (1993) 29, 216-217.
22. *De Fine Olivariusw F., Menné T.*: Contact dermatitis from metallic palladium in patients reacting to palladium chloride. *Cont. Derm.* (1992) 27, 71-73.
23. *Dunlapp C. L., Vincent S. K., Barker B. F.*: Allergic reaction to orthodontic wire. *JAMA* (1989) 188, 449-450.
24. *El-Sayed F., Seitze-Bellezza D., Sans B., Bayle-Lebey P., Maguery M. C., Bazek J.*: Contact urticaria from formaldehyde in a root-canal dental paste. *Cont. Derm.* (1995) 33, 353.
25. *Espana A., Alonso M. L., Soria C., Guimaraens D., Ledo A.*: Chronic urticaria after implantation of 2 nickel-containing dental prostheses in a nickel-allergic patient. *Cont. Derm.* (1989) 21, 204-205.
26. *Estlander T. Kari O., Jolanki R., Kanerva L.*: Occupational allergic contact dermatitis and blepharoconjunctivitis caused by gold. *Cont. Derm.* (1998) 38, 40-41.
27. *Estlander T., Jolanki R., Kanerva L.*: Dermatitis und urticaria from rubber and plastic gloves. *Cont. Derm.* (1986) 14, 20-25.
28. *Estlander T., Kanerva L., Kari O., Jolanki R., Mölsa K.*: Occupational conjunctivitis associated with type IV allergy to methacrylates. *Allergy* (1996) 51, 56-59.
29. European Parliament and Council Directive 94/27 EC of 31 June (1994).
30. *Fischer A. A.*: Contact Dermatitis. 3rd edn. Lea and Febiger, Philadelphia (1986).
31. *Fischer A. A.*: The safety of gutta-percha from root canal use in rubber-sensitive individuals. *Am. J. Cont. Derm.* (1994) 5, 188.
32. *Foussereau J.*: Guide de dermato-allergologie professionnelle, Paris (1991).
33. *Fritsch P., Vanscheid W.*: Metalldermatosen II. *Hautarzt* (1996) 47, 400-409.
34. *Frykholm K. O., Fithiof L., Ferntröm A. I. B., Moberger G., Blohm S. G., Björn E.*: Allergy to copper derived from dental alloys as a possible cause of oral lesions of lichen planus. *Acta Derm. Veneereol* (1969) 49, 268-281.
35. *Fuchs T.*: Stellungnahme der Deutschen Kontaktallergie Gruppe (DKG) der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Amalgam Allergie. *Hautarzt* (1994) 45, 415.
36. *Gebhardt M., Geier J.*: Evaluation of patch test results with denture material series. *Cont. Derm.* (1996) 34, 191-195.
37. *Glendenning W. E.*: Allergi to cobalt in metal denture as cause of hand dermatitis. *Cont. Derm. Newslett* (1971) 10, 225-226.
38. *Guin J. D., Bass K., Nelson-Adesokan P.*: Contact sensitization to cyanoacrylate adhesive as a cause of severe onychodystrophy. *Int. J. Dermatol.* (1998) 37, 31-36.
39. *Guy R., H., Hosenek J. J., Hinz R. S., Lorence C. R.*: Metals and the skin. Marcel Dekker (1999).
40. *Haberman A. L., Pratt M., Storrs F. J.*: Contact dermatitis from beryllium in dental alloys. *Cont. Derm.* (1993) 28, 157-162.
41. *Heese A., Peters K. P., Stahl J., Koch H. U., Hornstein O. P.*: Häufigkeit und Zunahme von Typ I-Allergien gegen Gummihandschule bei Zahnmedizinstudenten. *Hautarzt* (1995) 46, 15-21.



42. Helton J., Storrs F.: The burning mouth syndrome: lack of a role for contact urticaria and contact dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1994) 31, 201-205.
43. Herczegh B.: A fogászati amalgámmal kapcsolatos mai álláspont. *LAM* (2000)10/1 20-24.
44. Hoffman H., Maibach H. I., Prout E.: Presumed generalized exfoliative dermatitis to lidocaine. *Arch. Dermatol.* (1975) 111, 266-266.
45. Hogson T. A., Shirlaw P. J., Challacombe S. J.: Skin testing after anaphylactoid reactions to local dental anesthetics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* (1993) 75, 706-711.
46. Hornstein O. P.: Erkrankungen des Mundes. Verlag W. Kohlhammer (1996) 18, 186.
47. Hornstein O. P., Kienlein-Kletschka B. M.: Improvement of patch test allergen exposure by short-term pressure. *Dermatologica* (Basel) (1982) 165, 607-611.
48. Hudson L. D.: Phototoxic reaction triggered by a new dental instrument. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1987) 17, 508-509.
49. Isaksson M., Bruze M., Björkner B., Niklasson B.: Contact allergy to Duraphat. *Scand J. Dent. Res.* (1993) 101, 49-51.
50. Johansson E. A., Kanerva L., Niemi K. M., Lakomaa E. L.: Generalized argyria with low ceruloplasmin and copper levels in the serum. A case report with clinical and microscopical findings and a trial of penicillamine treatment. *Clin. Exp. Derm.* (1982) 7, 169-176.
51. Johnson G. H., Powell L. V., Gordon G. E.: Dentin bonding systems. A review of current products and techniques. *JADA* (1991) 122, 34-43.
52. Jolanki R., Kanerva L., Estlander T.: Occupational allergic contact dermatitis caused by epoxy diacrylate in ultraviolet-light-cured paint, and bisphenol-A in dental composite resin. *Cont. Derm.* (1995) 94-99.
53. Jolanki R.: Occupational skin diseases from epoxy compounds. Epoxy resin, epoxy acrylates and 2, 3-epoxypropyl trimethyl ammonium chloride. *Acta Derm. Venereol. Suppl* (Stockh) (1991) 169, 1-80.
54. Jordan W. P.: Cross-sensitization patterns in acrylate allergies. *Cont. Derm.* (1975) 1, 13-15.
55. Kaaber S., Thulin H., Nielsen E.: Skin sensitivity to denture base materials in the burning mouth syndrome. *Cont. Derm.* (1979) 5, 90-96.
56. Kanerva L., Alanko K., Estlander T., Jolanki R.: Inconsistent intracutaneous and patch test results in patient allergic to mepivacaine and prilocaine. *Cont. Derm.* (1998) 39, 197-199.
57. Kanerva L., Alanko K., Estlander T.: Allergic contact gingivostomatitis from temporary crown made of methacrylates and epoxy diacrylate. *Allergy* (1999) 54, 1316-1321.
58. Kanerva L., Alanko K., Jolanki R., Aalto-Korte K., Estlander T.: Occupational allergic contact dermatitis from potassium persulfate. *Cont. Derm.* (1999) 40, 116-117.
59. Kanerva L., Alanko K.: Stomatitis and perioral dermatitis caused by epoxy diacrylates in dental resins. *J. Am. Acad. Derm.* (1998) 8, 116-120.
60. Kanerva L., Estlander T., Jolanki R., Tarvainen K.: Occupational allergic contact dermatitis caused by work with dental prostheses. *Cont. Derm.* (1993) 28, 268-275.
61. Kanerva L., Estlander T., Jolanki R.: Allergic contact dermatitis from dental composite resins due to aromatic epoxy acrylates and aliphatic acrylates. *Cont. Derm.* (1989) 20, 201-211.
62. Kanerva L., Estlander T., Jolanki R.: Occupational allergic contact dermatitis of dental nurse caused by acrylic tri-cure glass ionomer. *Cont. Derm.* (1997) 37, 49-50.
63. Kanerva L., Estlander T., Jolanki R., Alanko K.: Dermatitis from acrylate compounds in dental personnel. In: Menné T., Maibach H. I. (eds) *Hand Eczema*. 2nd edn. CRC Press, Boca Raton FL pp. (2000) 251-274.
64. Kanerva L.: Contact urticaria from Dental Products in Contact Urticaria Syndrome. Ed.: Amin S., Lahti A., Maibach H. J. CRC Press (1997) 119-128.
65. Kanerva L., Estlander T., Jolanki R.: Active sensitization caused by 2-hydroxyethylmethacrylate, 2-hydroxypropyl methacrylate, ethyleneglycol dimethacrylate and N, N-dimethylaminoethyl methacrylate. *J. Eur. Acad. Derm. Venereol.* (1992) 1, 165-169.
66. Kanerva L., Estlander T., Jolanki R.: Dental problems. In: Guin J. DE (ed) *Practical contact dermatitis. A handbook for the practitioner*. McGraw-Hill, New York (1995), 397-432.
67. Kanerva L., Estlander T., Jolanki R.: Occupational skin allergy in the dental profession. *Dermatol. Clin.* (1994) 12, 517-532.
68. Kanerva L., Estlander T., Jolanki R.: Sensitization to patch test acrylates. *Cont. Derm.* (1998) 18, 10-15.
69. Kanerva L., Estlander T.: Contact leukoderma caused by patch testing with dental acrylics. *Am. J. Cont. Derm.* (1998) 9, 196-198.
70. Kanerva L., Estlander T.: Dental nurse's occupational allergic contact dermatitis from eugenol used as a restorative dental material with polymethylmethacrylate. *Cont. Derm.* (1998) 38, 339-340.
71. Kanerva L., Estlander T.: Occupational allergic contact dermatitis caused by povidone iodine (Betadine). *Environ. Dermatol.* (1999) 6, 101-104.
72. Kanerva L., Henriks-Eckerman M. L., Estlander T., Jolanki R.: Dentist's occupational allergic paronychia and contact dermatitis caused by acrylics. *Eur. J. Dermatol.* (1997) 177-180.
73. Kanerva L., Henriks-Eckerman M. L., Estlander T., Jolanki R., Tarvainen K.: Occupational allergic contact dermatitis and composition of acrylates in dental bonding systems. *J. Eur. Acad. Derm. Venereol.* (1994) 3, 157-169.
74. Kanerva L., Jolanki R., Estlander T.: 10 Years of patch testing with the (meth) acrylate series. *Cont. Derm.* (1997) 37, 255-258.
75. Kanerva L., Jolanki R., Estlander T.: Dentist's occupational allergic contact dermatitis caused by coconut diethanolamide, N-ethyl-4-toluene sulfonamide and 4-tolyl diethanolamine. *Acta Derm Venereol* (1993) 73, 126-129.
76. Kanerva L., Kerosuo H., Kullaa A., Kerosuo E.: Allergic patch test reactions to palladium chloride in schoolchildren. *Cont. Derm.* (1996) 34, 39-42.
77. Kanerva L., Komulainen M., Estlander T., Jolanki R.: Occupational allergic contact dermatitis from mercury. *Cont. Derm.* (1993) 28, 26-28.
78. Kanerva L., Sipilainen-Malm T., Estlander T. Z., Hitting A., Jolanki R., Tarvainen K.: Nickel release from metals, and a case of allergic contact dermatitis from stainless steel. *Contact Dermatitis.* (1994) 31, 304-307.
79. Kanerva L., Tarvainen K., Jolanki R., Estlander T.: Successful coating of a fan allergenic acrylate based dental prosthesis. *Am. J. Cont. Derm.* (1995) 6, 24-27.
80. Kanerva L., Turjanmaa K., Estlander T., Jolanki R.: Occupational allergic contact dermatitis caused by 2-hydroxyethyl methacrylate (2-HEMA) in a new dentin adhesive. *Am. J. Cont. Derm.* (1991) 2, 24-30.
81. Kanerva L., Tarvainen K., Estlander T., Jolanki R.: Occupational allergic contact dermatitis caused by mercury and benzoyl peroxide. *Eur. J. Dermatol.* (1994) 4, 359-361.
82. Kanerva L.: Contact urticaria from dental products. In: Amin S., Lahti A., Maibach H. I. (eds) *Contact urticaria syndrome*. CRC Press / LLC, Boca Raton (1997) 119-128, p.
83. Kanerva L.: Skin disease from dental materials. In *Textbook of contact dermatitis*. (Eds Rycroft R. J. G. et al) Springer (2001) 843-870.
84. Kanerva L., Lauerman A.: Iatrogenic acrylate allergy complicating amalgam allergy. *Cont. Derm.* (1998) 38, 58-59.
85. Karlberg A., Boman A., Wahlberg J. E.: Copper - a rare sensitizer. *Cont. Derm.* (1983) 9, 134-139.
86. Kawada A., Noguchi H., Hirume M., Tajima S., Ishibashi A., Marshall J.: Fixed drug eruption induced by lidocaine. *Cont. Derm.* (1996) 35, 375.
87. Kerosuo H., Kanerva L.: Systemic nickel contact dermatitis from stainless steel orthodontic appliance. *Cont. Derm.* (1997) 36, 112-113.
88. Koch P., Baum H. P.: Contact stomatitis due to palladium and platinum in dental alloys. *Cont. Derm.* (1996) 34, 253-257.
89. Koch P.: Allergic contact stomatitis from BIS-GMA and epoxy resins in dental bonding agents. *Cont. Derm.* (2003) 49/2, 104-105.



90. Kulenkamp D., Hausen B., M. Schulz K. H.: Kontakallergie durch neurartige, zahnartzlich verwendete Abdruckmaterialien. *Hautarzt* (1977) 28, 353-358.
91. Lachapelle J. M., Maibach H. I.: *Pathc Testing, Prick Testing. A practical guide.* Springer (2003).
92. Laejindecker R., van Joost T.: Oral manifestations of gold allergy. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1994) 30, 205-209.
93. Laine J., Kalimo K., Forsell H., Happonen R. P.: Resolution of oral lichenoid lesions after replacement of amalgam restorations in patients allergic to mercury compounds. *Br. J. Dermatol* (1992) 126, 10-15.
94. Lee H. N., Pokorny C. D., Law S., Pratt M., Sasseeville D., Storrs F. J.: Cross reactivity among epoxy acrylates and bisphenol F epoxy resins in patients with bisphenol A epoxy resin sensitivity. *Am. J. Cont. Derm.* (2002) 13, 108-115.
95. *Legierungen in der zahnartzlichen Therapie: Eine Informationschrift des Bundesgesundheitsamtes.* Satz und Druck: Druckerei Hellmich K. G., Germany, pp. (1993) 5, 18.
96. Lorenzi P., Marsili M., Manetta G., Linden M., Boncinelli S.: Prevention of anaphylactic-anaphylactoid reactions to anesthetics in high-risk allergic patients. *Anesth Pain Control Dent.* (1993) 2, 227-232.
97. Macedo N. A., Carnoma C., Pineyro I.: Contact dermatitis from acrylic nails. *Cont. Derm.* (1995) 32, 362.
98. Malanin K.: Active sensitization to camphoroquinone and double active sensitization to acrylics with lon-lasting patch test reactions. *Cont. Derm.* (1993) 29, 284-285.
99. Malten K. E.: Recently reported causes of contact dermatitis due to synthetic resins and hardeners. *Cont. Derm.* (1979) 5, 11-23.
100. Marcusson J. A., Cederbrant K., Heilborn J.: Indium and iridium allergy in patients exposed to dental alloys. *Cont. Derm.* (1998) 38, 297-298.
101. Maurice P. D. L., Rycroft R. J. G.: Allergic contact dermatitis from UV-curing acrylate in the manufacture of optical fibers. *Cont. Derm.* (1986) 15-92.
102. Menné T., Andersen K. E., Kaaber K., Osmundsen P. E., Andersen J. R., Yiding F., Valeur G.: Tin: an overlooked contact sensitizer? *Cont. Derm.* (1987) 16, 9-10.
103. Moghadam B. K., Drisko C. L., Gier R. E.: Chlorhexidine mouthwash-induced fixed drug eruption. Case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* (1991) 71, 431-434.
104. Munksgaard E. C.: Permeability of protective gloves to (di) methacrylates in resinous dental materials. *Scand J. Dent. Res.* (1992) 100, 189-192.
105. Murdoch R. D., Pepys J., Hughes E. G.: IgE antibody responses to platinum metals: a large scale refinery survey. *Br. J. Ind. Med.* (1986) 43, 37-43.
106. Murdoch R. D., Pepys J.: Platinum group metal sensitivity: Reactivity to platinum group metal salts in platinum halide salt-sensitive workers. *Ann. Allergy* (1987) 59, 464-469.
107. Nakayama H., Nogi N., Kasahara N., Matsuo S.: Allergen control. An indispensable treatment for allergic contact dermatitis. *Dermatol. Clin.* (1990) 8, 197-204.
108. *Nebenführer L.: Vegyi allergének reprezentatív felmérése Magyarországon (1991-1992) Bőrgyógy. Vener. Szle.* (1994) 70, 205-217.
109. *Nebenführer L.: A rátevés próba értékelhetősége és értékelése. Allergológia és Klinikai Immunológia* (2003) 5, 196-201.
110. Nethercott J. R., Jakubovic H. R., Pilger C., Smith J. W.: Allergic contact dermatitis due to urethane acrylate in ultraviolet cured inks. *Br. J. Ind. Med.* (1983) 40, 241-250.
111. Ockenfels H. M., Seemann U., Goos M.: Allergy to fibrin tissue in dental medicine. *Cont. Derm.* (1995) 32, 363-364.
112. Okano M., Masao N., Seiichiro H., Natsuko O.: Anaphylactic symptoms due to chlorhexidine gluconate. *Arch. Dermatol.* (1989) 125, 50-52.
113. Ophaswongse S., Maibach H. I.: Alcohol dermatitis: allergic contact dermatitis and contact urticaria syndrome. A review. *Cont. Derm.* (1994) 30, 1.
114. Ophaswongse S., Maibach H. I.: Allergic contact cheilitis. *Cont. Derm.* (1995) 33, 365-370.
115. Ölveti E., Hegedűs C.: Kontakt allergiás reakciók Silodent lenyomatanyag alkalmazása után. *Fogorv. Szemle* (1994) 85, 115-119.
116. Östman P. O., Anneroth G., Skoglund A.: Oral lichen planus lesions in contact with amalgam fillings: a clinical, histologic, and immunohistochemical study. *Scand. J. Dent. Res.* (1994) 102, 172-179.
117. Palmer K. T., Rycroft R. J.: Occupational airborne contact urticaria due to xylene. *Cont. Derm.* (1989) 20, 63-64.
118. Pang B. K., Freeman S.: Oral lichenoid lesions caused by allergy to mercury in a amalgam fillings. *Cont. Derm.* (1996) 33, 423-427.
119. Parra F. M., Igea J. M., Quirce S., Ferrando M. C., Martin J. A., Losada E.: Occupational asthma in hairdresser caused by persulphate salts. *Allergy* (1992) 47, 656-660.
120. Pemberton M., Yeoman C. M., Clark A., Craig G. T., Franklin C. D., Gawkrödger D. J.: Allergy to actyl gallate causing stomatitis. *Br. Dent. J.* (1993) 175, 106-108.
121. Petersen J. K.: Et tilfaelde af akut anafylaktisk shock efter mundskylning med klorhexidinopløsning. *Tandlaegebladet* (1994) 98, 335-3358.
122. Piirila P., Kanerva L., Keskinen H., Estlander T., Hytonen M., Tuppurainen M., Nordman H.: Occupational respiratory hypersensitivity caused by preparations containing acrylates in dental personnel. *Clin. Exp. Allergy* (1998) 28, 1404-1411.
123. Placucci F., Benini A., Guerra L., Tosti A.: Occupational allergic contact dermatitis from disinfectant wipes used in dentistry. *Cont. Derm.* (1996) 35, 306-306.
124. Quirca S., Olaguibel J. M., Garcia B. E., Tabar A. I.: Occupational airborne contact dermatitis due to benzoyl peroxide. *Cont. Derm.* (1993) 29, 165-166.
125. Rasanen L., Kalimo K., Laine J., Vainio O., Kotiranta J., Pesola I.: Contact allergy to gold in dental patients. *Br. J. Dermatol.* (1996), 134, 673-677.
126. Reid D. J.: Allergic reaction to copper cement. *Br. Dent. J.* (1968) 124-92.
127. Rice C. D., Barker B. F., Kestenbaum T., Dykstra M. A., Lumpkin D.: Intraoral vesicles occurring after alginate impressions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* (1992) 74, 698-704.
128. Rietschel R. L., Fowler J. F.: *J. Fischer's Contact Dermatitis* 4th edn. Williams and Wilkins, B., Baltimore (1995).
129. Rivers J. K., Rycroft R. J. G.: Occupational allergic contact urticaria from colophony. *Cont. Derm.* (1987) 71, 181.
130. Rix M., Andersen U. M.: Anafylaktisk chok udlost af tandlak, inneholdende metacrylat (anaphylactic reaction elicited by fissure sealant, containing methacrylate, in Danish). *Tandlaegernes Nye Tidsskrift* (1995) 358-359.
131. Rustemeyer T., Froshc P. J.: Occupational skin diseases in dental laboratory technicians (I), Clinical picture and causative factors. *Cont. Derm.* (1996) 34, 125-133.
132. Safadi G. S., Safadi T. J., Terezhalmly G. T., Saylor J. S., Battisto J. R., Melton A. L.: Jr. *Am. Dent. Assoc* (1996) 127, 83-88.
133. Safford R. j., Basketter D. A., Allenby C. F., Goodwin B. F. J.: Immediate contact reactions to chemicals in the fragrance mix and a study of the quenching effect of eugenol. *Br. J. Dermatol.* (1990) 123, 596-606.
134. Sainio E-L., Kanerva L.: Contact allergens in toothpastes and a review of their hypersensitivity. *Cont. Derm.* (1995) 33, 100-105.
135. Sallay K., Temesvári E.: Adatok az erósiós szájlíchen pathomechanizmusához. *Fogorvosi Szle.* (1984) 77, 369-373.
136. Savonius B., Keskinen H., Tuppurainen M., Kanerva L.: Occupational respiratory disease caused by acrylics. *Clin. Exp. Allergy* (1993) 23, 416-424.
137. Schena D., Barba A., Costa G.: Occupational contact urticaria to cisplatin. *Cont. Derm.* (1996) 34, 220-221.
138. Schmunnes E.: Solvents and plasticizers. In: Adams R. M. (ed) *Occupational skin disease.* 2nd edn. Saunders, Philadelphia, pp. (1991) 439-461.
139. Schnuch A.: Benzalkoniumchloride (in German). *Dermatosen* (1997) 45, 179-180.
140. Schweitzer A.: Erstfeststellung einer Titan-Allergia. *Dermatosen* (1997) 45, 190.



141. Seggev J. S., Mawhinney T. P., Yunginger J. W., Braun S. R.: Anaphylaxis due to cornstarch surgical glove powder. *Ann Allergy* (1990) 65, 152-155.
142. Seite-Beleza D., el-Sayed F., Bazex J.: Contact urticaria from cinnamic aldehyde and benzaldehyde in a confectioner. *Contact Dermatitis* (1994) 31, 272-273.
143. Shah M., Lewis F. M., Gawkrödger D. J.: Contact allergy in patients with oral symptoms: a study of 47 patients. *Am. J. Cont. Derm.* (1996) 7, 146-151.
144. Sheard S.: Contact dermatitis from platinum and related metals. *Arch. Dermatol.* (1955) 71, 357-360.
145. Smart E. R., Macleod R. I., Lawrence C. M.: Resolution of lichen planus following removal of amalgam restorations in patients with proven allergy to mercury salts: a pilot study. *Br. Dent. J.* (1995) 178, 108-112.
146. Smith J. D., Odom R. B., Maibach H. I.: Contact urticaria from cobalt chloride. *Arch. Dermatol.* (1995) 131, 1610-1611.
147. Suhonen R., Kanerva L.: Contact allergy and cross-reactions due to prilocaine. *Am. J. Cont. Derm.* (1997) 8, 231-235.
148. Tarlo S. M., Sussman G. L., Holness D. L.: Latex sensitivity in dental students and staff: A cross-sectional study. *J. Allergy Clin. Immunol* (1997) 99, 369-401.
149. Taylor J. S.: Acrylic reactions – ten years' experience. In: Frosch P. J., Doom-Goossens A., Lachapelle J. M., Rycroft R. J. G., Scheper R. J. (eds) *Current topics contact dermatitis*. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp. (1989) 346-351.
150. Taylor T. D., Morton T. H.: Jr. Ulcerative lesions of the palate associated with removable partial denture castings. *J. Prosthet. Derm.* (1991) 66, 213-221.
151. Temesvári E.: Allergológiai bőrtesztek kivitelezése és értékelése. *Dermato Venerológia Haladása* (1992) 28, 29, 30, 159-166.
152. Temesvári E., Baló J. M., Husz S., Judák R., Kohánka V., Mézszáros Cs., Remenyik É., Szegedi A., Nebenführer L., Somos Zs.: Illatanyag allergia magyarországi multicentrikus vizsgálata. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2001) 2, 59-69.
153. Temesvári E., Marschalkó M., Horváth A.: Latex contact urticaria klinikai esete. *Orvosi Hetilap* (1996) 51, 2855-2857.
154. Temesvári E., Rác I., Vass Z., Vukán Gy., Orsós S.: Nikkel, mint a fogászati fémek szenzibilizáló anyaga. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (1990) 68, 1-7.
155. Temesvári E., Rác I.: Nickel sensitivity from dental prosthesis. *Cont. Derm.* (1988) 18, 50-51.
156. Temesvári E., Rác I.: Nikkel érzékenység új megjelenési formái. *Dermato-Venerológia Haladása.* (1988) 26, 93-116.
157. Temesvári E., Soós Gy., Horváth A.: Természetes anyagok túlérzékenyítő hatása. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2001) 5, 203-213.
158. Temesvári E. et al: Multicentre study of fragrance allergy in Hungary. Immediate and late type reactions. *Cont. Derm.* (2002) 46, 325-330.
159. Temesvári E.: Kontakturticaria. Ekzemák. *Klinikai Immunológiai Szerk. Petrányi Gy. és mtsai. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest* (2000) 302-346.
160. Toricelli R., Wüthrich B.: Anaphylaktischer Schock bei epikutaner Applikation von Chlorhexidin. *Allergologie* (1996) 19, 512-514.
161. Torres V., Mano-Azul A. C., Correia T. Soares A. P.: Allergic contact cheilitis and stomatitis from hydroquinone in an acrylic dental prosthesis. *Cont. Derm.* (1993) 29, 102-103.
162. Torricelli R., Wüthrich B.: Life-threatening anaphylactic shock due to skin application of chlorhexidine. *Clin. Exp. Allergy* (1996) 26, 112.
163. Tosti A., Bardazzi F., Piancastelli E., Brasile G. P.: Contact stomatitis due to N, N-dimethyl-paratoluidine. *Cont. Derm.* (1990) 22, 113.
164. Tosti A., Rapacchiale S., Piraccini B. M., Peluso A. M.: Occupational airborne contact dermatitis due to ethylene glycol dimethacrylate. *Cont. Derm.* (1991) 24, 152-153.
165. Tsuchiya H., Hoshimo Y., Tajima K., Takagi N.: Leaching and cytotoxicity of formaldehyde and methyl methacrylate from acrylic resin denture base materials.
166. Van der Bijl P., Broeksma J.: Acute bronchospasm following administration of lidocaine. *Anesth Pain Control Dent.* (1993) 2, 203-205.
167. Van Joost T. H., van Ulsen J., van Loon L. A. J.: Contact allergy to denture materials in the burning mouth syndrome. *Cont. Derm.* (1988) 18-97.
168. Van Ketel W. G.: Reactions to dental impression materials. *Cont. Derm.* (1977) 3, 55.
169. Veien N. K.: Borchorst E., Hattel T. Laurberg G.: Stomatitis or systemically-induced contact dermatitis from metal wire in orthodontic materials. *Cont. Derm.* (1994) 30, 210-213.
170. Veinen N. K.: Stomatitis and systemic dermatitis from mercury in amalgam dental restorations. *Dermatol Clin.* (1990) 18, 157-160.
171. Vilplana J., Grimalt F., Romeguera C., Conellana F.: Contact dermatitis from eugenol in mouthwash. *Contact Dermatitis* (1991) 24, 223-224.
172. Vilaplana J., Grimalt F., Romeguera C., Conellana F.: Contact dermatitis and adverse oral mucous membrane reactions related to the use of dental prostheses. *Cont. Derm.* (1994) 30, 80-84.
173. Vicenzi C., Tosti A., Guerra L., Kokelj F., Nobile C., Rivara G., Zangrando E.: Contact dermatitis to palladium: a study of 2,300 patients. *Am. J. Cont. Derm.* (1995) 6, 110-112.
174. Wahlberg J. E., Elsner P., Kanerva L., Maibach H. I.: Management of positive patch test reactions. *Springer* (2003).
175. Wantke F., Hammer W., Haglmüller T., Gotz M., Jarisch R.: Anaphylaxis after dental treatment with a formaldehyde-containing tooth – filling material. *Allergy* (1995) 274-276.
176. Wataha J. C., Hands C. T.: Biological effects of palladium and risk of using palladium in dental casting alloys. *J. Oral. Rehabil.* (1996), 23, 309-320.
177. Wüthrich B., Vianchi Kusch E., Johansson S. G.: Allergic urticaria and angioedema caused by a hemostatic sponge of bovine fibrin used in tooth extraction. *Allergy* (1996) 51, 49-51.
178. Yung A., Wilkinson S. M.: Allergic contact dermatitis from the epoxy resin plasticizer diglycidyl ether of propylene glycol. *Cont. Derm.* (2003) 49/2., 109-110.



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

## **Dermatomyositis és malignus tumorok együttes előfordulása: klinikai vizsgálat 39 betegen**

### **Dermatomyositis associated with malignancies: clinical study on 39 patients**

PÓNYAI GYÖRGYI DR., MARSCHALKÓ MÁRTA DR., ABLONCZY ÉVA DR.

#### **ÖSSZEFOGLALÁS**

Az autoimmun betegségek és a tumorok kapcsolata ismert, kiemelkedő gyakoriságú a dermatomyositis (DM) és a malignus tumorok együttes előfordulása. DM esetén rosszindulatú daganat előfordulási aránya ötször nagyobb, mint az átlagnépességben: elsősorban gastrotintestinalis, mamma és urogenitalis carcinoma előfordulásával kell számolnunk. A tumort az esetek 25%-ában a DM diagnózist követő két éven belül diagnosztizálják, a malignoma kezelését követően a DM tünetek visszajelölhetnek. Szerzők, eredményeiket az irodalmi adatokkal összevetve, saját, 1971 és 2002 között gondozott felnőtt beteganyagukban mérték fel a DM és a malignus tumorok együttes előfordulásának gyakoriságát. A 39 dermatomyositises beteg közül 11-nél (28,2%) észleltek malignomát, a DM diagnózisa után átlagosan 1,6 évvel. A nő-férfi arány 4,5:1 volt. A leggyakrabban észlelt tumor a mamma és gyomor carcinoma voltak. A tumorok terápiaja hat esetben a DM regresszióját, a hét esetben kifejlődő metastasis a bőr- és izomtűnetek ismételt megjelenését, súlyosbodását eredményezte. Az eredmények a dermatomyositises betegek gondozása során végzett rendszeres és széles körű tumorkutatás szükségességére hívják fel a figyelmet.

**Kulcsszavak:**  
dermatomyositis - tumor

A dermatomyositis (DM) a gyulladós myopathiák csoportjába tartozó, ismeretlen etiológiájú autoimmun betegség, melyre az izmok gyulladós elváltozásai mellett specifikus bőrtűnetek jellemzőek. Az autoimmun betegségek és a tumorok kapcsolata ismert, ezen belül is kiemelkedő gyakoriságú a DM és a malignus tumorok együttes előfordulása. Vizsgálatunk célja a DM és malignus tumorok kapcsolatának elemzése volt, a klinikánkon gondozott felnőtt dermatomyositises betegek adatai alapján.

#### **Anyag és módszer**

Munkánk során a SE Bőr- és Nemikórtani Klinikáján 1971 és 2002 között hospitalizált, illetve az Autoimmun Ambulancián kezelt és

#### **SUMMARY**

*Dermatomyositis in one of the inflammatory myopathies with skin and muscle manifestations. The association between DM and malignancies is well-known. Cancers most strongly associated with DM are of ovarian, breast, lung, gastric, colorectal, nasopharyngeal, and pancreatic origin, and Non-Hodgkin's lymphoma. Clinical data of 39 patients with DM who have been treated between 1971 and 2002. at our Department were evaluated retrospectively. The diagnosis of DM was based on the criteria of Bohan and Peter. 11 patients (28.2%) with DM presented malignancies. The female: male ratio was 4.5:1. Breast and stomach being the most frequent localization. The mean interval between the onset of symptoms related to DM and cancer was 1.6 years. The treatment of cancer with surgery, chemotherapy or irradiation resulted the regression of skin and muscle symptoms in 6 patients. The development of distant metastases lead to the flare-up of DM symptoms in 7 patients. DM patients require regular and thorough screening for malignancies. The risk of tumour development peaks within the first five years of DM symptoms, but alertness is necessary in patients with a longer history of DM as well.*

**Key words:**  
dermatomyositis - cancer

gondozott 39 felnőtt DM beteg adatait dolgoztuk fel retrospektíve. A dermatomyositis diagnózisának felállítására a Bohan-Peter kritériumrendszer alapján történt.

#### **Eredmények**

A gondozott 39 felnőtt DM beteg közül tizenegynél igazoltak malignus tumort, ez az összbetegszám 28,2%-a. Közöttük kilenc nő, kettő férfi, a nő-férfi arány: 4,5:1.

A tumoros csoportban minden betegnél érintett volt a bőr és az izomzat is. Polymyositis, amyopathiás dermatomyositis, overlap syndroma nem fordult elő.

A tumorokat részben a bőr- és izomtűnetek miatt szükségessé vált klinikai hospitalizáció vagy a gondozás so-



rán, részben pedig ezektől függetlenül, az általános tünetek (fogyás, gyengeség) alapján fedezték fel.

Leggyakrabban – 3 betegnél – mamma tumor fordult elő, egy esetben mindkét emlőben egyszerre fedezték fel a malignomát. Gyomortumort két esetben diagnosztizáltak. Emellett 1 epipharynx tumort, 1 melanoma malignumot, 1 tüdőcarcinomát, 1 ovarium carcinomát, 1 non-Hodgkin lymphomát és 1 ismeretlen eredetű inguinalis metastasist diagnosztizáltak.

A 11 esetből csupán 2 betegnél előzte meg a tumor kialakulása a dermatomyositis tüneteit (1, illetve 2 évvel). A DM diagnózisának évében 3 betegnél derült fény a társuló malignomára. Három betegnél 1 év, kettőnél 4 év telt el a DM és a tumor diagnózisa között. Egy betegnél csak 9 évvel később alakult ki tumor: ebben az esetben nem volt megfigyelhető a DM tüneteinek rosszabbodása, a gyomortumort általános tünetek (fogyás, hányás) alapján fedezték fel.

A malignoma diagnózisa átlagosan 1,6 évvel követte a dermatomyositist.

Hat esetben a tumor sebészi eltávolítása, illetve kezelése (irradiáció, kemoterápia) a dermatomyositises izom- és bőrtünetek regresszióját eredményezte. Két betegnél a malignoma terápiája nem hozott javulást a DM tüneteiben, három esetben a tumor kezelése utáni bőr-, illetve izomállapotról nem állt rendelkezésre dokumentáció. Hét betegnél alakult ki metastasis. Ez minden esetben a dermatomyositis tüneteinek fellobbanását eredményezte, illetve ezek recidívája irányította a figyelmet az esetleges áttét jelenlétére.

## Megbeszélés

A myositisek, ezen belül a dermatomyositis és malignus tumorok kapcsolata már 1916 óta ismert (2, 8, 13). Az irodalmi hivatkozások szerint ebben a betegcsoportban rosszindulatú daganat 15-60%-ban jelentkezik, a tumorok előfordulási aránya akár ötször nagyobb is lehet, mint az átlagnépességben (1, 3, 7, 9, 10, 11, 12). A rosszindulatú folyamat a ritkán előforduló amyopathiás dermatomyositissel is társulhat (5, 6).

A malignus folyamat megelőzheti a DM kialakulását, jelentkezhet azzal együtt, illetve a DM tüneteinek megjelenése után néhány éven belül. A tumort az esetek 25%-ában a DM diagnózist követő két éven belül diagnosztizálták (2, 10, 12, 14). Mára sem eldöntött, hogy a DM vagy a malignoma kialakulása indul meg előbb. Valószínű, hogy a két folyamatnak közös immunológiai alapja van, esetleg a daganatellenes reakció indítaná be az autoimmun folyamatot. Felmerült annak lehetősége, hogy a tumorok a DM immunszuppresszív kezelésének következtében jelennének meg, illetve, hogy közös környezeti tényezők (kémiai ágensek, vírusfertőzés) felelősek a két betegség együttes kialakulásáért (1, 2, 4, 5).

A malignoma kialakulásának veszélye a dermatomyositis diagnózisát követő 3-5 éven belül a legnagyobb, a nők nagyobb arányban veszélyeztetettek, mint a férfiak (2, 4, 14). Bár gyermek- és fiatalkori esetek is ismertek, a tumo-

rok elsősorban 40 év feletti betegeknél figyelhetők meg, 45-50 év felett pedig meredeken megnő az előfordulásuk (2, 4, 7, 14). Leggyakrabban nőgyógyászati tumorok (ovarium, mamma, méh), vese-, tüdőrák, prosztatacarcinoma, gyomor-bél rendszeri malignomák (pancreascarcinoma, gyomor tumor, colorectalis daganatok) fordulnak elő.

Dermatomyositis és nasopharyngealis carcinoma kapcsolódása főként Kínában, Szingapúrban és Japánban jellemző, Tunéziában pedig a második leggyakoribb DM-tumor társulás (2, 4, 7, 9, 10, 15).

A DM lefolyása számos esetben paraneoplasztikus jelként korrelál a malignus betegségével. A tumorok kezelését követően a DM bőr- és izomtünetei regrediálhatnak, de előfordul, hogy a daganat terápiája semmiféle elváltozást nem eredményez a dermatomyositis lefolyásában. Metastasis kialakulása a tüneteket fellobbantja (2, 4, 7, 11).

Gondozott felnőtt beteganyagunkban 11 esetben (28,2%) észleltünk malignus tumort. Az előfordulási arány jól korrelál az irodalomban közöltekkel. Minden tumoros betegnél érintett volt az izomzat és a bőr is. Polymyositis, amyopathiás dermatomyositis vagy overlap syndroma nem fordult elő. A nő-férfi arány 4,5:1 volt, mely rávilágít a nők nagyobb arányára a tumoros betegcsoportban. A malignoma diagnózisa átlagosan 1,6 évvel követte a dermatomyositist. Egy esetben a DM után 9 évvel diagnosztizálták a tumort, melyet általános tünetek alapján fedeztek fel, az izom- és bőrtünetek romlása ezzel párhuzamosan nem volt észlelhető.

Az irodalmi hivatkozásoknak megfelelően, betegeinknél is az emlő- (3 eset), illetve gyomorrák (2 eset) fordult elő leggyakrabban. Emellett 1 epipharynx tumort, 1 melanoma malignumot, 1 tüdőcarcinomát, 1 ovarium carcinomát, 1 non-Hodgkin lymphomát és 1 ismeretlen eredetű inguinalis metastasist diagnosztizáltak. Hat esetben a daganat kezelése a DM tünetek regressziójához vezetett, két esetben ez nem okozott javulást. Metastasisok megjelenésekor (7 eset) exacerbatio volt megfigyelhető.

Eredményeink, összhangban az irodalmi ajánlásokkal (2, 7, 11, 12, 14) ismételten ráirányítják a figyelmet a dermatomyositises betegcsoport – különösen a nők – rendszeres és széles körű tumorkutatásának szükségességére. Hosszabb ideje gondozottaknál is indokolt az onkológiai éberség, már ismert tumoros anamnézissel rendelkező DM-es betegek bőr- és izomtüneteinek romlásakor pedig mindig tekintetbe kell venni az esetleges metastasisok provokáló szerepét.

## IRODALOM

1. Airio A., Pukkala E., Isomaki H.: Elevated cancer incidence in patients with dermatomyositis: a population based study. *J. Rheumatol* (1995) 22, 1300-1303.
2. András Cs., Ponyi A., Constantin T., Csiki Z., Illés Á., Szegedi Gy., Dankó K.: Myositisek tumorról történő társulása. *Magyar Onkológia* (2002) 46, 253-259.
3. Bernard P., Bonnetblanc J. M.: Dermatomyositis and malignancy. *J. Invest. Dermatol.* (1993) 128-132.
4. Callen J. P.: Dermatomyositis. *Lancet* (2000) 355, 53-57.



5. *Dankó K., Simkovics E., Nagymáté O., Aleksza M., Szegedi A.*: Amyopathiás dermatomyositis. *Orv. Hetil.* (2002) *143*, 341-346.
6. *Goyal S., Nousari H. C.*: Paraneoplastic amyopathic dermatomyositis associated with breast cancer recurrence. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1999) *41*, 874-75.
7. *Hill C., Zhang Y., Sigurgeirsson B. és mtsai*: Frequency of specific cancer types in dermatomyositis and polymyositis: a population based study. *Lancet* (2001) *357*, 96-100.
8. *Kankaleit H.*: Über primäre nichteitrige Polymyositis. *Dtsch. Arch. Klin. Med.* (1916) *120*, 335-349.
9. *Marschalkó M., Pónyai Gy., Ablonczy É., Horváth A.*: Dermatomyositis: klinikai megfigyelések 34 betegen. *Orv. Hetil.* (2000) *141*, 225-229.
10. *Mebazaa A., Boussem H., Nouira R. és mtsai*: Dermatomyositis and malignancy in Tunisia: a multicenter national retrospective study of 20 cases. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2003) *48*, 530-534.
11. *Sigurgeirsson B., Lindelöf B., Edhag O. és mtsai*: Risk of cancer in patients with dermatomyositis or polymyositis. *N. Engl. J. Med.* (1992) *326*, 363-367.
12. *Sparsa A., Liozon E., Herrmann F. és mtsai*: Routine vs extensive malignancy search for adult dermatomyositis and polymyositis: a study of 40 patients. *Arch. Dermatol.* (2002) *138*, 885-8.
13. *Stertz G.*: Polymyositis. *Berl. Klin. Wochenschr.* (1916) *53*, 489.
14. *Wakata N., Kurihara T., Saito E., Kinoshita M.*: Polymyositis and dermatomyositis associated with malignancies: 30 year retrospective study. *Int. J. Dermatol* (2002) *41*, 729-734.
15. *Whitmore S. E., Rosenshein N. B., Provost T. T.*: Ovarian cancer in patients with dermatomyositis. *Medicine* (1994) *73*, 153-160.

Érkezett: 2003. XII. 4.  
Közlésre elfogadva: 2003. XII. 29.

## Hazai Hírek

DR. KULCSÁR GYÖRGY, az Országos Tisztifőrovosi Hivatal megbízott főosztályvezetője, 2004. március 15-én a Magyar Köztársaság Arany Érdemkeresztje kitüntetésben részesült.

*A Társulat nevében sok szeretettel gratulál: a Szerkesztőbizottság*



*Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati Osztálya és Szakrendelése, Budapest (vezető főorvos: Dr. Baló-Banga J. Mátyás egyetemi magántanár)*

## **A lichen planus enoxaparin kezelése Treatment of lichen planus with enoxaparin**

SCHARRER KRISZTINA DR., BAGÓ ANDREA DR., VAJDA ADRIENNE DR.,  
BALÓ-BANGA J. MÁTYÁS DR.

### **ÖSSZEFOGLALÁS**

A lichen planus kezelésére világszerte számos módszert alkalmaznak. A kis dózisu, alacsony molekulásulyu heparin származékok antiproliferatív, immunmodulációs hatását felismerve 1998 óta jelennek meg közlemények ennek a kezelési módnak a lichen planusban való alkalmazásáról. A vizsgálat célja az volt, hogy megfigyeljék a heti egyszeri (3 mg) szubkután adott enoxaparin hatását ebben a betegségben. Az enoxaparin reakciótól függően 3-10 egymást követő héten adták. A szerzők 19, a lichen planus különféle kórformáit mutató beteg kezelésével kapcsolatos tapasztalataikat közlik. A viszketés megszűnését, illetve enyhülését 18 betegnél, a bőrtünetek gyógyulását vagy jelentős javulását 10 betegnél észlelték.

**Kulcsszavak:**  
**lichen planus - enoxaparin kezelés - retrospektív tanulmány**

A lichen planus (LP) mind klinikai, mind szövettani szempontból jól jellemezhető szubakut vagy krónikus lefolyású papulosus, viszketéssel járó mucocutan betegség, mely a populáció mintegy 0,9-1,2%-át, főleg a középkorúakat érinti. Nőknél valamivel gyakoribb az előfordulása. A nyálkahártya manifesztáció a bőrtüneteket kísérheti vagy önállóan is jelentkezhet, leggyakrabban a szájüregben és a genitáliákon. Ritkábban follicularis (lichen planopilaris) és köröm (pterygium unguis) érintettség is előfordulhat. Számos klinikai formája létezik. Betegeinknél a vizsgálat során a klasszikus és a hypertrophiás cutan, a reticularis, ill. erozív orális nyálkahártya, valamint a genitális lichen formákat diagnosztizáltuk.

A bőrtünetek jellegzetes erythemás-livid, fényes, polygonalis papulák, plakkok formájában jelentkeznek jellemzően a csuklók, alkarok hajlító felszínén, a bokákon, a lábszárakon és a sacralis régióban. Felületükön fehéres hálózatos rajzolatot láthatunk, ezek a Wickham striák, melyek a hypergranulosis következtében jelennek meg. A psoriasis-hoz hasonlóan a lichenes bőrtünetek is Köbner-jelenséget mutatnak.

A LP etiológiája ismeretlen. Feltehetően multifaktorális

### **SUMMARY**

Different methods have been used for treatment of lichen planus world-wide. Recognising the antiproliferative and immunomodulatory effects of the low dose, low molecular weight heparins, there have been some reports and studies on the use of this treatment modality in lichen planus since 1988. The aim of this study was to assess the effect of enoxaparin in this disease, administered once weekly (3 mg), subcutaneously 3-10 times on consecutive weeks depending on the reaction. The authors report their observations of the treatment of 19 patients who revealed different clinical types of lichen planus. Concerning the itching, 18 out of 19 patients experienced improvement of different grade. 10 patients showed complete or partial improvement of skin symptoms.

**Key words:**  
**lichen planus - enoxaparin - treatment**

betegségről van szó, amelynek kialakulásában mind exogén, mind endogén tényezők szerepelnek, ilyenek pl. a genetikai faktorok, a stressz, különböző infekciók, mint a HCV, HSV, HIV és a Helicobacter pylori. Patomechanizmus sem tisztázott teljesen, azonban számos adat utal arra, hogy az LP egy, az epitheliumban jelentkező antigén stimulusra adott IV-es típusú túlérzékenységi reakció eredményeképpen alakul ki.

Ahogy a LP etiológiája és patomechanizmusa, úgy a kezelése is vita tárgya.

A szisztémás steroidokon (jellemzően az adrenocorticotrop hormon) és a retinoidokon kívül számos egyéb terápiás próbálkozásról számoltak már be több-kevesebb sikerrel. LP-ban először 1998-ban írták le a kis dózisu, alacsony molekulásulyu heparin (enoxaparin) kezelést (11). Az alacsony molekulásulyu heparin kis dózisban gátolja az aktivált lymphocyták heparináz enzimét, amely szükséges a T-lymphocyták migrációjához és a célszövetben való akkumulációjához.

Az 1999-ben tartott Pastinszky emlékülésen már bemutattuk egy nőbetegünk esetét, akinél generalizált lichenoid reakciók miatt alkalmaztunk először kis dózisu enoxapa-



rin kezelést jó eredménnyel. Ez a betegünk a mai napig (2003. november) is tünetmentes.

Ezután kezdtük el az osztályunkon és a szakrendelőben lichen ruber planussal vagy annak valamely klinikai típusával diagnosztizált betegeink egy részénél ezt a terápiás formát.

Voltak betegeink, akiknél első terápiás próbálkozásként adtunk enoxaparint és voltak olyanok is – főleg akiknél a betegség már hosszabb ideje fennállt –, akik korábban

egyéb kezelésben is részesültek. Eddig 19 beteget kezeltünk ezzel a módszerrel (Clexane 3 mg s. c. heti egyszer). A vizsgálat során szerzett tapasztalatainkat írjuk le, melyek a bőrlenségek és a szubjektív panaszok javulása szempontjából pozitívak.

### Betegek és módszerek

A vizsgálatba 1999 júniusától 19, a lichen planus valamely kórfelmájával diagnosztizált beteget vontunk be (n = 19) (1. táblázat). Eb-

Beteg sorszáma	Kor/nem	Bőrtünet (lokalisasió)	Nyh/köröm tünet	Betegség fennállása	Korábbi kezelés
1	59/nő	LP (alkar, lábszár)	EOLP/-	3 hó	–
2	41/nő	LP (alkar, lábszár, hajlatok)	EOLP/-	4 hó	Lorinden T+ UVA
3	61/nő	LP (alkar, könyök, lábszár)	-/-	11 hó	Ung. Diprosalic
4	74/ffi	LP (alkar, has lábszár)	-/-	12 hó	Lokális szteroidok
5	38/ffi	LP (generalizáltan)	ROLP/-	1 hó	Lorinden T+ UVA
6	27/ffi	LP (generalizáltan)	-/-	1 hó	–
7	71/ffi	LP (generalizáltan)	ROLP/-	3 hó	–
8	62/ffi	Lichen hypertrophicus (lábszár)	-/-	12 hó	Inj. Cortrosyn depot, Ung. Diprosalic
9	21/ffi	Lichen hypertrophicus (boka, lábszár)	-/-	1 hó	
10	69/nő	LP (generalizáltan)	ROLP/-	1 hó	–
11	22/ffi	LP (generalizáltan)	-/-	1 hó	–
12	68/nő	LP (generalizáltan)	ROLP/-	2 hét	–
13	24/nő	LP (generalizáltan)	-/-	3 hét	–
14	55/ffi	LP (csukló, boka)	-/-	2 hét	–
15	74/ffi	LP (csukló, boka, lábszár)	ROLP/-	3 hó	–
16	50/nő	LP (lábszár, karok)	-/-	6 hó	Ung. Elocom, Helicobact. eradication
17	48/ffi	LP (csukló, alkar, boka)	ROLP/-	3 hó	Ung. Lorinden A
18	45/nő	LP genitális	-/-	6 hó	Ung. Elocom-chlorhexidine
19	43/nő	Lichen hypertrophicus (lábszár)	-/-	1 év	Ung. Elocom,

LP: Lichen Planus, ROLP: Reticularis Oralis LP, EOLP: Eroziv Oralis LP

#### 1. táblázat

Enoxaparinnal kezelt lichenos betegek adatai



Beteg sorszám	Enoxaparin (Clexane) alkalmazása	Viszketés csökkenés	Bőr/nyh tünetek javulása	Követés	Clexane utáni kezelés
1	6 alkalom	3. alkalom után	gyógyult/nem	52 hó, száj nyh. tünetekrecidiváj a 4 hó múlva tünetmentes	Száj nyh. lokális steroid
2	6 alkalom	2. alkalom után	gyógyult/nem	52 hó, tünetmentes	Száj nyh. lokális steroid
3	5 alkalom	1. alkalom után	igen	48 hó, tünetmentes	Ung. Diprosalic
4	3 alkalom	1. alkalom után	igen	3 hó (acut hasi katasztrófa következtében elhunyt)	–
5	5 alkalom	2. alkalom után	igen/igen	44 hó, tünetmentes	Ung. Lorinden T
6	6 alkalom	2. alkalom után	gyógyult	31 hó, tünetmentes	–
7	6 alkalom	2. alkalom után	mérsékelt/igen	30 hó, tünetmentes	Caps. Neotigason
8	6 alkalom	2. alkalom után	igen	27 hó, tünetmentes	5% karbamidos kenőcs
9	6 alkalom	2. alkalom után	mérsékelt	29 hó, tünetmentes	Inj. Cortrosyn depot
10	8 alkalom	2. alkalom után	igen/gyógyult	27 hó, tünetmentes	Ung. Diprosalic
11	8 alkalom	5. alkalom után	igen	24 hó, recidiva 10 hó után	Ung. Diprosalic
12	10 alkalom	2. alkalom után	mérsékelt/nem	12 hó, tünetmentes	Ung. Elocom
13	8 alkalom	3. alkalom után	mérsékelt	9 hó, tünetmentes	Ung. Elocom
14	10 alkalom	4. alkalom után	igen	14 hó, tünetmentes	Ung. Elocom
15	8 alkalom	3. alkalom után	igen/igen	12 hó, tünetmentes	Ung. Diprosalic
16	8 alkalom	2. alkalom után	igen	10 hó, tünetmentes	–
17	8 alkalom	4. alkalom után	mérsékelt/nem	9 hó, recidiva 3 hó után	Ung. Lorinden A, UVA
18	8 alkalom	3. alkalom	nem	3 hó, tünetes	Caps. Neotigason 35 mg
19	6 alkalom	nem	nem	4 hó, tünetes	Inj. Kenalog intrafocalisan

2. táblázat

Enoxaparinnal kezelt lichenos betegek terápiás válaszai

ből 9 nő és 10 férfi. A legidősebb beteg 74 éves, a legfiatalabb 21 éves volt. Átlag életkor 50,1 év. A kezelés megkezdéséig a betegség fennállásának átlagos ideje 4,3 hónap (legrövidebb: 2 hét, leghosszabb: 1 év) volt. A lichen planus 8 betegnél lokalizáltan, 7 betegnél generalizáltan jelentkezett. 8 betegnél észleltünk a bőrtünetek mellett szájnyálkahártya-elváltozásokat, 2-nél erózió (EOLP), 6-nál reticuláris orális lichent (ROLP). 3 betegnél láttuk a lichen planus hypertrophias, 1-nél pedig genitális formáját. Körömerintettség nem fordult elő.

A kezelés megkezdése előtt a részletes, a pszichés státusra is kiterő anamnézis felvétel mellett minden betegnél elvégeztük azokat a vizsgálatokat, amelyek eddigi tapasztalatok, illetve irodalmi adatok alapján a lichen planus kialakításában szerepet játszó okok kiderítésére szolgálhattak: az általános laboratóriumi vizsgálatokat (T. vizelet, T. vérkép, glukóz, májenzimek, karbamid nitrogén, kreatinin), vérvész, alvadási idő, prothrombin érték meghatározást, a góckutatást (fül-orr-gégészeti, fogászati, hasi UH, nőgyógyászati vizsgálatok, AST), emelkedett máj enzim érték esetén a HBsAg és HCV szűrést. Helicobacter szerológiát 9 betegnél végeztünk. Mindegyik betegünkönél a klinikai diagnózist szövettani vizsgálattal is alátámasztottuk. A laboratóriumi vizsgálatokat a 3. enoxaparin injectio után

megisméltük. A kivizsgálás során észlelt elváltozásokat (góc, helicobacter pozitivitás) jellegüknek megfelelően kezeltük.

Az enoxaparin kezelés megkezdése előtt 9 beteg már részesült egyet terápiában, melyeket leállítottunk. A kezelésbe minden beteg írásos nyilatkozatban járult hozzá.

Heti 1 alkalommal adtuk 3 mg enoxaparin subcutan a reakciótól függően 3-10 alkalommal (átlagosan 6,8 alkalom). 1 betegünkönél, akinél a lábszáron körülírtan jelentkezett hypertrophias lichen planus, a kezelést enoxaparin lokális infiltrációjával egészítettük ki.

## Eredmények

19 beteg vizsgálata alapján az a tapasztalatunk, hogy az alacsony molekulásúlyú, kis dózisú enoxaparin kezelés a viszketést igen hatékonyan csökkenti. Tizennyolc beteg a viszketés különböző mértékű enyhüléséről számolt be átlagosan 2,4 kezelés után. 11 beteg a viszketés megszűnését vagy jelentős csökkenését, 4 beteg közepes mértékű, 3 beteg kismértékű csökkenést jelzett. A viszketés 1 betegnél



(hypertrophiás lichen) kis mértékben sem csökkent. A 6 reticularis szájnálkahártya lichenes esetből 3-nál javulást észleltünk, 1 beteg gyógyult, 2 esetben a tünetek nem változtak. A bőrtünetek 3 betegnél teljesen megszűntek, maradványtünetként azonban még hónapokig hyperpigmentáció maradt fent. Jelentős javulást 7 betegnél, míg csupán kismértékű javulást (a papulák ellaposodása) 5 betegnél észleltünk. 2 beteg bőrtünetei nem változtak. Erozív orális lichen planus és a genitalis lichen esetén a kezelés nem bizonyult hatékonynak. A lokális infiltráció átmeneti eredménnyel járt, a folyamat többször recidivált. A kezelés során mellékhatást egyetlen alkalommal sem tapasztaltunk. A labor paraméterekben a kezelés következtében eltérés nem volt. A betegek a heti 1 szubkután injekciót jól tolerálták. Azoknál a betegeknél, akiknél nem, vagy csak mérsékelt javulást láttunk, a 3. injekció után egyéb kezelési módot is bevezettünk. A kezelésre vonatkozó adatokat a 2. táblázatban foglaltuk össze. Három eset kezelés előtti és azt követő klinikai képét mutatjuk be az 1., 2. és 3. ábra páron.

ménnyel járt, a folyamat többször recidivált. A kezelés során mellékhatást egyetlen alkalommal sem tapasztaltunk. A labor paraméterekben a kezelés következtében eltérés nem volt. A betegek a heti 1 szubkután injekciót jól tolerálták. Azoknál a betegeknél, akiknél nem, vagy csak mérsékelt javulást láttunk, a 3. injekció után egyéb kezelési módot is bevezettünk. A kezelésre vonatkozó adatokat a 2. táblázatban foglaltuk össze. Három eset kezelés előtti és azt követő klinikai képét mutatjuk be az 1., 2. és 3. ábra páron.



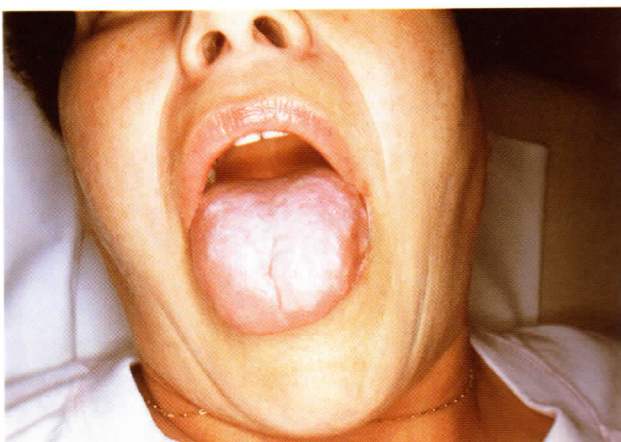
1/a. ábra

Az 1-2. táblázat 6. esetének klinikai képe a kezelést megelőzően



1/b. ábra

Az 1-2. táblázat 6. esetének klinikai képe a kezelést követően



2/a. ábra

Az 1-2. táblázat 2. esetének klinikai képe a kezelést megelőzően



2/b. ábra

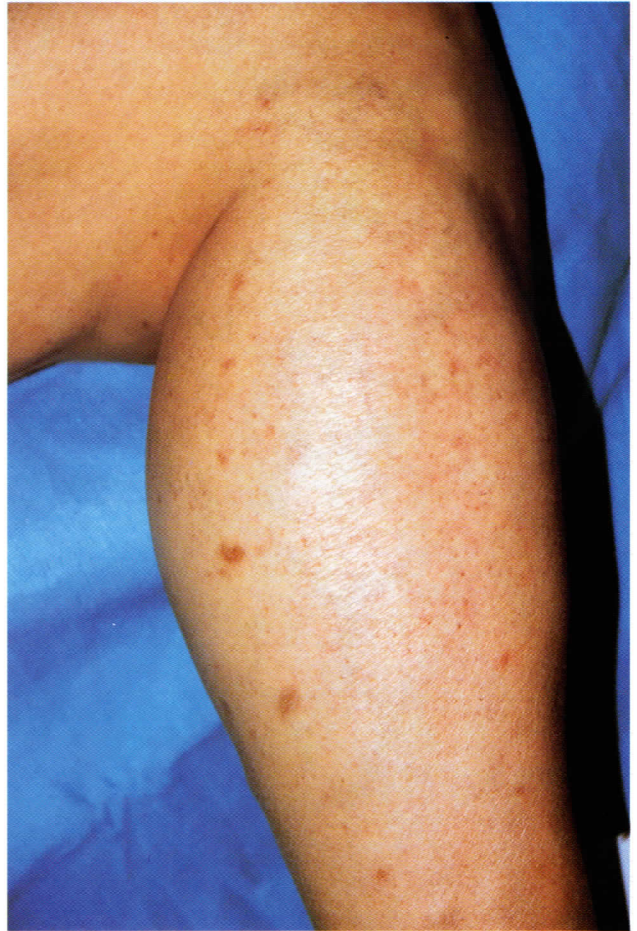
Az 1-2. táblázat 2. esetének klinikai képe a kezelést követően





3/a ábra

Az 1-2. táblázat 10. esetének klinikai képe a kezelést megelőzően



3/b ábra

Az 1-2. táblázat 10. esetének klinikai képe a kezelést követően

### Megbeszélés

Mint ahogy a lichen etiológiája, úgy patomechanizmusa sem tisztázott. Számos adat utal azonban arra, hogy a betegség hátterében IV-es típusú hyperszenzitivitási reakció áll (1), amit az epitheliumon belül egy antigén stimulus vált ki, de a kiváltó antigén még ismeretlen. Olsen (2) 1983-ban ugyan izolált egy LP-specifikus antigént (LPSA) a str. granulosumban és a str. spinosumban lichenes betegek szövetmintáiból, ennek oki szerepe azonban nem bizonyított. Az antigén stimulusra aktivált T-lymphocytá migráció indul meg a dermis papillaris rétege felé és a Langerhans sejtek száma is jelentősen megemelkedik. A kereksejtes beszűrődést csaknem kizárólag T sejtek alkotják még a nyálkahártya léziókban is (3). Feltehetőleg az antigén stimulusra a dermisbe vándorolt T lymphocyták és a felszabadult cytokinek (IL-1, IL-2, IL-6, IFN  $\gamma$ ) felelősek a LP-ra jellemző patogén mechanizmusok elindításáért és végső soron az epidermális sejt destructióért (4. ábra). Az IFN  $\gamma$  fokozza a lézió keratinocytáinak HLA-DR antigén expresszióját (4), ami szükséges a sejtdestructióhoz vezető helper – T sejtek és a cytotoxikus – T sejtek kapcsolódásához. Emellett a HLA-DR-t expresszáló keratinocyták

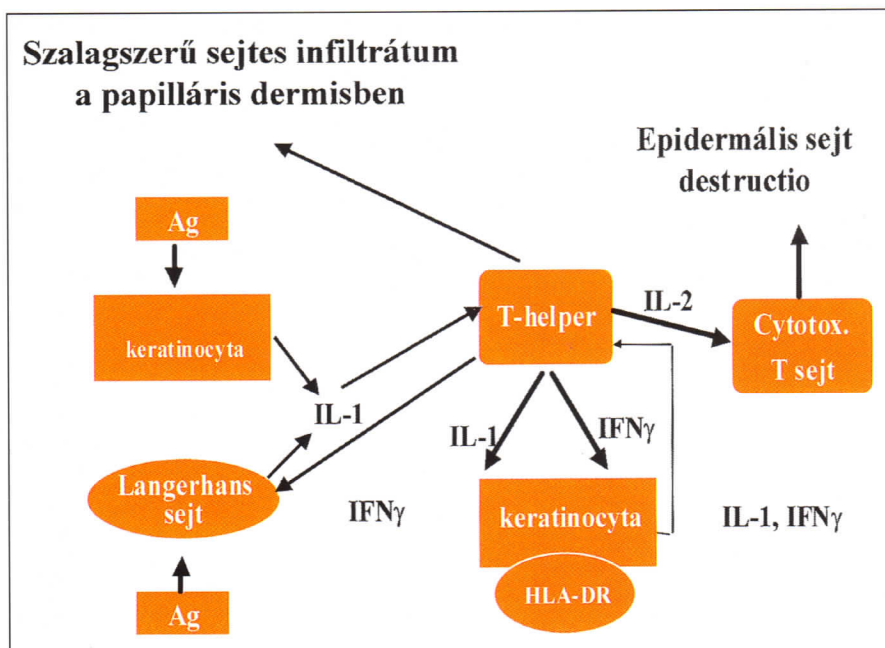
számos cytokint is termelnek (IFN  $\gamma$ , IL-1). Az utóbbi időben több publikáció is megjelent a helicobacter pylori és a LP lehetséges etiológiai kapcsolatáról (13). A patomechanizmusta vonatkozó ezen elképzelések a LP szövettani képével jól korrelálnak. LP-ban intenzív, sávszerű kereksejtes beszűrődés alakul ki a dermisben, ami körülöleli az érintett hámot. A hisztológiai képre jellemző még a basalis membrán kiszélesedése, a basalis sejtréteg hydropikus degenerációja, a Civatte testek jelenléte az acanthosis, a hypergranulosis és a hyperkeratosis.

Az általunk terápiás céllal alkalmazott enoxaparin (Clexane®) egy kis molekulásúlyú heparin származék.

A kis molekulásúlyú heparin származékokat antithrombotikus szerként már a 80-as évek elejétől széles körben használják (5), mivel a hagyományos heparinnal szemben számos kedvező tulajdonságuk van (biztonságosabb adagolás, hosszabb felezési idő stb.). Az alkalmazott kis dózisban anticoaguláns hatásuk nincs.

1984-ben mutatták ki először, hogy az aktivált T lymphocyták extracellularis matrixon keresztüli penetrációs és a célszövethez történő migrációs képessége a heparináz enzim termeléséhez kapcsolódik (6). A kis dózisban adagolt alacsony molekulásúlyú heparinok képesek a





4. ábra

A lichen planus feltételezett patomechanizmusának sematikus ábrája

heparináz enzim expressziójának gátlására, ezáltal a T lymphocyták migrációját megakadályozására (7). A heparinnak emellett antiproliferatív hatása is van, amit a keratinocyták által termelt heparin kötő autokrin növekedési faktorok megkötése által fejt ki (8).

A kis dóziséű, alacsony molekulású heparin származékokkal állatkísérletekben sikerült allograft túlélést meghosszabbítani, autoimmun betegségek (encephalomyelitis, arthritis) szuppresszióját előidézni (9), embereken pedig kontakt dermatitis fellángolását megakadályozni (10).

Hodak 1998-ban közölte 10 lichenos beteg sikeres kis dóziséű enoxaparin kezelését (11). Azóta Stefanidou közölte egy 18 betegre kiterjedő vizsgálat eredményeit (12).

A kezelés kisfokú eredményességét vagy sikertelenségét illetően csak találgathatunk. Talán szerepe van ebben a HLA-DR-t expresszáló keratinocyták cytokin termelésének és a lymphokinek direkt basalsejtes destructiót okozó hatásának is. Elképzelhető, hogy a dozírozás (minden betegnél 3 mg testsúlytól függetlenül) is módosításra szorul. Az orális – főként az erozív – lichen nagyfokú terápiarezisztenciája mögött eltérő HLA expressziót és szelektív T lymphocyták szubpopuláció szerepét feltételezik (14). A sikertelen kezeléseket okaként felmerült maga a heparin is, ugyanis csak bizonyos gyártási sorozatok tartalmazzák az aktív diszacharid molekulákat és rendelkeznek immunmodulációs aktivitással (15). Hodak és munkatársai a már említett 10 beteget olyan alacsony molekulású heparinnal kezelték (enoxaparin), amelyet előzetesen immunmodulációs aktivitás tekintetében egereken megvizsgáltak. Az általunk alkalmazott heparin származékokat nem állt módunkban tesztelni. Felmerül a kérdés, hogy a viszketés és a tünetek mérséklődése

minek köszönhető azoknál a betegeknél, akiknél a kivizsgálás során valamilyen feltételezett kiváltó faktort (pl. góc) tártunk fel és ennek kezelése meg is történt. Erre biztosan nem lehet válaszolni. Annyi azonban bizonyos, hogy több esetben az enoxaparin kezelést már az egyéb betegségek kezelése előtt elkezdtük, a panaszok és tünetek mérséklődése már ekkor elkezdődött és a mérséklődés üteme igen gyors volt.

Összességében a kis dóziséű enoxaparin kezelést hatásosnak tartjuk. Mellékhatást mi nem tapasztaltunk. Egy esetben írtak le az injekció helyén kialakult bőrnekrózist (15), ám ez az egyéb indikációban is alkalmazásra kerülő alacsony molekulású heparin származékoknál nagyon ritkán előforduló idioszinkráziás reakció. Szerintünk ez a kezelés bármelyik lichenos beteg esetén biztonságos

alkalmazható, a kénző viszketést az esetek túlnyomó többségében gyorsan csökkenti és szükség esetén gyakorlatilag bármely egyéb, a lichennél eddig alkalmazott kezeléssel kiegészíthető, kombinálható, ill. a kiegészítő kezelés dózisa – pl. szteroidok – csökkenthető. Bizonyos klinikai formák rezisztenciáját esetleg a dozírozás módosításával lehet áttörni. Magyarországon 2002 végén megszüntették a szintetikus adrenocorticotrop hormon (ACTH) terápiás alkalmazhatóságát. Tekintettel ez utóbbi terápia szinte biztosra vehető hatékonyságára, csak az egyedi import vagy alternatív kezelés beállítására van mód. Ilyen körülmények között a betegek többsége számára jó választás lehet az enoxaparin.

Célszerű lenne prospektív multicentrikus tanulmányt végezni.

## IRODALOM

1. Alan S. Boyd, Kenneth Neldner: Lichen planus, J. Am. Acad. Dermatol. (1991) 25, 593-618.
2. Olsen R. G, et al.: Lichen planus dermatopathy: demonstration of a lichen planus specific epidermal antigen in affected patients. J. Clin. Lab. Immunol. (1983) 10, 103-6.
3. De Panfilis G, et al.: T cell infiltrate in lichenplanus. Demonstration of activated T-lymphocytes using monoclonal antibodies. J. Cutan Pathol. (1983) 10, 52-8.
4. Simon M.: Lesional keratinocytes express OKM 5, Leu-8 and Leu-11b antigens in lichen planus. Dermatologica (1988) 177, 152-8.
5. Hirsh J., Lenine N. M.: Low molecular weight heparin. Blood (1992) 79, 1-12.
6. Napartsek, Y., I. R. Cohen, Z. Fuks, I. Vlodavsky: Activated T lymphocytes produce a matrix-degrading heparan sulphate endoglycosidase. Nature (1984) 310, 241-3.
7. Lider O., et al.: Inhibition of T lymphocyte heparanase by heparin prevents T cell migration and T cell mediated immunity Eur. J. Immunol. (1990) 20, 493-499.



8. *Piepkorn M., Pittelkow M. R., Cook P. W.:* Autocrine regulation of keratinocytes: the emerging role of heparin binding epidermal growth factors *J. invest. Dermatol.* (1998) *111*, 715-56.
9. *Lider O., et al.:* Suppression of experimental autoimmune diseases and prolongation of allograft survival by treatment of animals with low doses of heparins. *J. Clin. Invest* (1989) *111*, 715-21.
10. *Ingber A., Trattner A., Cohen I. R., Mekori Y. A.:* Low doses of low molecular weight heparin in vivo inhibits the elicitation of contact hypersensitivity. *Acta Derm. Venerol* (Stockh.) (1994) *74*, 454-56.
11. *Hodak E., et al.:* Low dose low molecular weight heparin (enoxaparin) is beneficial in lichen planus: a preliminary report. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1998) *38*, 564-8.
12. *Stefanidou M. P., et al.:* Low molecular weight heparin; a novel alternative therapeutic approach for lichen planus *Br. J. of Dermatol* (1999) *141*, 140-5.
13. *Vainio E., et al.:* Peptic ulcer and *Helicobacter pylorii* in patients with lichen planus. *Acta Derm. Venerol.* (2000) *80*, 427-29.
14. *Walton L. J., Thomhill M. H., Macey M. G., Farthing P. M.:* Intraepithelial subpopulation of T lymphocytes and Langerhans cells in oral lichen planus. *J. oral Pathol. Med.* (1998) *27*, 116-23.
15. *Ranju R., et al.:* Low dose low molecular weight heparin in lichen planus. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2002) *46*, 141-43.

Érkezett: 2003. XII. 1.

Közlésre elfogadva: 2004. II. 10.

Alpicort® F

ösztadiol tartalmú oldat az  
androgen függő  
hajhullások kezelésére



"Mily nagyszerű: látni a célt magát,  
s elérni, ha kell tűzön-vízen át"

Ibsen

**Dr. Wolff**  
ARZNEIMITTEL



## Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika 2003. október 9. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Bíró László dr.:

**M. Hailey-Hailey**

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 34 éves nőbeteg anamnézisében depresszió szerepel. Családjában bőrbetegség nem fordult elő.

Elmondása szerint 2000 nyarán axillaris régiókban, térdhajlatokban, nyakon nedvedző plakkok, erosiók, repedések jelentek meg mérsékelt viszketés kíséretében.

Vidéki bőrgyógyászaton látták el, a bőrtüneteire p. os. antihisztamin, inj. Diprophos, szisztémás antimycoticum és lokális szteroid terápiában részesült, bőrfolyamata nem változott.

2002. tavaszán vidéki kórház bőrosztályán Tzank-sejt pozitivitás alapján M. Hailey-Hailey diagnózist állítottak fel. Szöveti kimutató nem történt. P.os 16 mg/d Medrolt kezdtek, lokális szteroid terápia mellett. A kezelés hatástalansága miatt a szisztémás szteroid mellé Imurant is bekapcsoltak.

Bőrtünetei nem változtak. A beteg cushingizálódott, májenzim értékei emelkedtek, ezért az Imurant elhagyták.

2002 nyarán ismét hospitalizálták. Az axillaris, inguinalis hajlatokban erosiókat észleltek. Szöveti mintavétel továbbra sem történt. A klinikai képet dermatitis herpetiformis Dühringnek vélelmezték. Szteroidot elhagyták, gluténmentes diétát kezdtek, napi 50



1. ábra

Az axillaris régióban tapadó, keratotikus felrakódás, epidermális rhasagok, erosiók. Elülső hónaljvonalban, mellkason livid striák

mg Dapsont állítottak be, lokálisan Canesten és Elocom kezelést alkalmaztak.

2002 őszén a Dapsont mellé 4 mg Medrolt is adtak, külsőleg szteroid tovább.

Bőrén livid striák jelentek meg, bőrfolyamata továbbra is fennállt.

A beteget 2002. decemberben leszállékoltták.

2003. júliusban a beteget ismét hospitalizálták, axillaris és inguinalis hajlatokra lokalizált kiterjedt erosiókat észleltek. A Dapsont, 8 mg Medrol, p.os antihisztamin mellé 30 mg Neotigasonat kezdtek, külső szteroid kezelés mellett. A dokumentáció szerint a beteg állapota gyors javulási tendenciát mutatott.

A májfunkciós enzimek és a se triglicerid szintek változása miatt a Neotigasonat elhagyták.

Ilyen előzmények után irányították a beteget ambulanciánkra.

Felvételkor axillarisán, mellék alatt inguinalisan, jobb térdhajlatban erodált plakkokat, a hajlatokban livid striákat észleltünk (1. ábra). A sacrum tájékon és a crena aniban bőrtünetet nem észleltünk.

A klinikai kép alapján felmerült a M. Hailey-Hailey diagnózis, de ennek igazolására szövettani mintát vettünk.

Szöveten: hyperplasiás hám, acantholysis és résképződés. A dermis felső részében chr. lobsejtes beszűrődés látható. IF hisztológia: negatív.

A szövettani vizsgálatok a M. Hailey-Hailey diagnózist igazolták.

Az eddig szedett Dapsont és 8 mg Medrolt elhagytuk.

Laboratóriumi leleteiből pyuria emelendő ki, májfunkció, triglicerid, koleszterin szint normál tartományban volt.

Vulvovaginitis candidosa miatt antimycoticus th-t állítottunk be.

A beteg jelenleg lokális antisepticus, ill. indifferens kezelésben részesül. Későbbiekben ec. allergológiai tesztelését tervezzük, az esetleges provokáló tényezők kizárására.

Esetünket a terápiai konzekvenciák, az orvosi tevékenységből származó következmények szemléltetése céljából mutattuk be.

Sárdy Miklós dr.:

**Pyoderma gangraenosum**

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 41 éves beteg távolabbi anamnesisében pszichiátriai kezelés, kezelt hypophys adenoma és hyperacid gastroduodenitis szerepel. Felvételét mintegy 1,5 hónappal megelőzően lábszárát térd alatt beütötte, s a trauma helyén korrekt antisepticus sebészeti ellátás és antibiotis ellenére multiplex tályogok alakultak ki, melyek helyén megnyitások és drainálásuk ellenére egyre fokozódó méretű, gennyes alapú ulcus keletkezett (2. ábra), emiatt kérték felvételét.

Fizikális vizsgálattal a fekélyen kívül egyéb kórost nem találtak. Laborértékei közül emelkedett CRP, gyorsult sülyedés és enyhe leukocytosis, valamint paradox módon vashiányhoz társuló macrocytaer anaemia volt kiemelhető. Az autoimmun serológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak. A szövettani vizsgálat pyoderma gangraenosumnak megfelelő képet mutatott.

Pyoderma gangraenosumhoz kiváltó okként leggyakrabban immun- és autoimmun kórképek (pl. M. Crohn, colitis ulcerosa, SLE, rheumatoid arthritis), haematológiai megbetegedések (pl. leukaemiák, paraproteinaemiák, myeloma multiplex), bakteriális és vírusos infekciók (pl. tüdőtályog, bronchiectasia) társulnak, esetenként pedig gyógyszerek is indukálhatják. Mivel a beteg alapos kikérdezőskor elmondta, hogy hasmenéssel váltakozó obstipatio gyakran előfordul nála, és az anaemia is felszívódási zavart támaszt alá, ezért elsődlegesen gyulladásos bélfolyamat irányában fogjuk vizsgálni, azonban





2. ábra

A jobb térd alatt 12x6 cm nagyságú, bizarr alakú, több helyen gyulladt, necrotikus szélű, purulens alapú, a zsírszövet felső részébe is betervedő fekély

a többi felmerülő háttérbetegség kizárása is folyamatban van. Sajnos azonban csak az esetek mintegy felében lehet a kiváltó okot azonosítani.

Sárdy Miklós dr.:

**Cryofibrinogenaemiához társuló ulcus cruris multiplex**  
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 70 éves beteg távolabbi anamnesisében 1958–1989 között 9 alkalommal fellépett mélyvénás thrombosis és 1973-ban diagnosztizált, de mindmáig kezelést nem igénylő CLL szerepel. 1991. óta rendszeresen recidiváltak multiplex lábszárfekélyei, melynek okát keresve klinikánkon chronicus vénás elégtelenség mellett cryofibrinogenaemiát találtunk. Jelen osztályos felvételére recidiva miatt került sor.

A cryofibrinogenaemia a népességben kb. 3%-ban fordul elő, és többnyire nem okoz tüneteket. Kóroki szerepére akkor kell mégis gondolni, ha egy betegnél acrocyanosist, livedo reticularist, Raynaud-szindrómát, purpurát, necrotikus fekélyeket, chronicus, más okkal nem magyarázható urticariát vagy oedemát, arthralgiát, myalgiaát, perif. neuropathiát és/vagy glomerulonephritist találunk. Primaer és secundaer formája is létezik, az utóbbi háttérben leggyakrabban infektio, malignus, főleg haematologiai betegségek, immun- és autoimmun kórképek, thromboemboliás betegségek (főleg mélyvénás thrombosis és myocardialis infarctus), ill. ritkán arthropathia psoriatica, Reiter syndroma áll. Kezelésként stanozo-



3. ábra

Mindkét lábszáron kiterjedt, zezugos rajzolatú, mély fekélyek

lol, heparin, glucocorticoidok és NSAID-k használatosak, az utóbbiak közül az egyik leghatékonyabb a diaphenylsulfon (Dapson).

Betegünk kezelésében stanozolollal és diaphenylsulfonnal is történt próbálkozás, az előbbit májtoxicitás, az utóbbit anaemizáló mellékhatása miatt kellett elhagyni, ill. dózisát redukálni. Azonban alacsony fenntartó adagú Dapson a kiterjedt fekélyeket is képes volt hámosítani, és éveket teljes remisszióban tartani.

A jelen recidivára azért került sor, mert a beteg a helyi bőrgyógyász tanácsára (3 év folyamatos szedést és remissziót követően) a Dapson szedését abbahagyta, majd annak ellenére, hogy egyre progresszív multiplex ulcerációk alakultak ki, csak a hagyományos vénás fekély kezelési módszerekkel kezelte. Felvételekor emiatt a chronicus vénás insufficiencia tünete mellett mindkét alsó végtagon több tenyérszerű, mély, multiplex, confláló ulcusokat észleltünk (3. ábra). A Dapson adását újból elkezdtük, melynek hatására a fekélyek jelentős javulást mutattak. Betegünket az ulcusok egy ritka (<1%) formájának, a cryofibrinogenaemiához társuló ulcus cruris prezentálása céljából mutattuk be.

Csikós Márta dr., Hársing Judit dr., Somlai Beáta dr.:

**Multiplex clear cell acanthoma (Degos tumor)**

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 70 éves férfibeteg anamnézisében bal oldali alsóvégtagi mélyvénás thrombosis és toxikus hepatopathia szerepel.

Bőrtünetei 2001. szeptemberétől jelentkeznek, kezdetben a bal lábán, majd mindkét lábszáron.

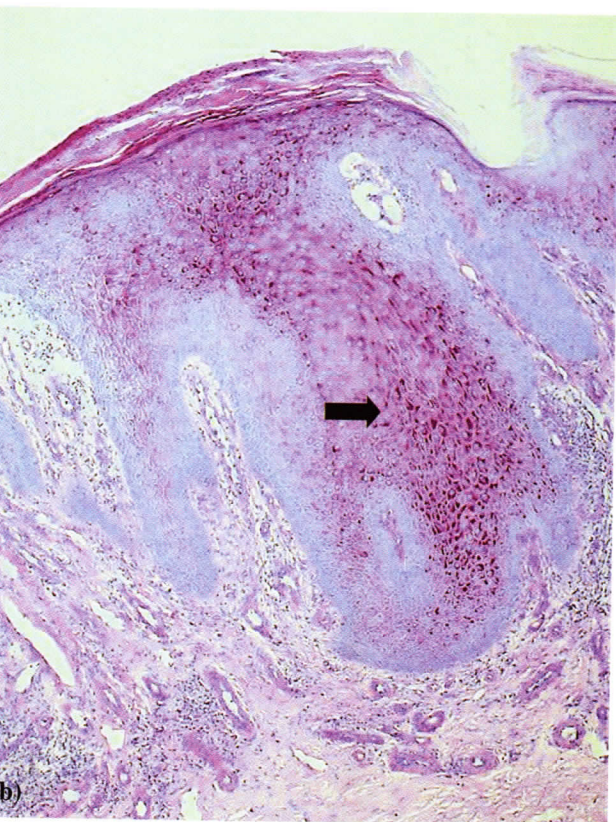
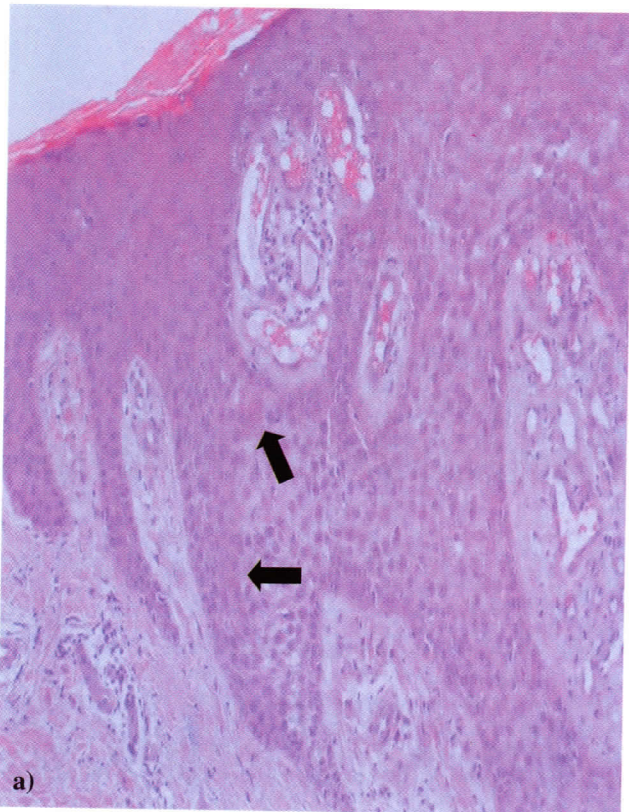
2003. júliusában jelentkezett klinikánkon, ekkor a lábszárakon bal oldali dominanciával a krónikus vénás insufficiencia jelei mellett körkörös, számos, helyenként confláló, tömött tapintatú, exophyticus, helyenként excoriált és erodált, hámló szegélyű halványlivid tumort észleltünk (4. ábra), egy-egy soliter elváltozással a combokon. Az egyik növedék szövettani vizsgálata clear cell acanthomát igazolt.



4. ábra

A lábszárakon körkörös számos exophyticus, helyenként pontszerű bevérvéseket mutató, hámló szegélyű, halványlivid tumor





5. ábra

a) Clear cell acanthoma: az ép és kóros hámsejtek határa (HE festés x400), b) PAS pozitív hámsejtek (PAS festés x200)

A világos sejtes acanthoma (Degos tumor) ritka, típusosan késő felnőttkorban manifesztálódó, soliter, elsősorban az alsó végtagokon jelentkező benignus hám eredetű tumor. Jellemzője a lassú növekedés, a

környezetétől való éles elhatárolódás, a felszíni nedvedzés, esetenként a pontszerű vérzések és a gallérszerű pikkelyes hámlás. Ritkán multiplex megjelenésű és néhány esetben familiáris halmozódást is észleltek.

Szövettanára a tumor centrális részén megfigyelhető acanthosis, és a bazális rétegekben nagy, világos cytoplasmájú, PAS pozitív glikogént tároló hámsejtek halmozódása jellemző. Ultrastrukturálisan a keratinocyták glikogén depozíciója, nukleáris és mitokondriális abnormalitások, valamint a Langerhans sejtek glikogén fagocitózisa jellemzi.

Betegünk esetében a rutin hisztológia (HE és PAS festés) mellett elektronmikroszkópos vizsgálatot is végeztünk (5a, b ábra).

A clear cell acanthoma terápiájában a soliter elváltozások esetében a sebészi in toto excisiót, míg multiplex megjelenésű formákban többnyire cryo- és lokális rtg. terápiát alkalmaznak sikerral. Betegünk esetében a folyamat kiterjedt volta terápiás nehézséget jelent. Bemutatását is ez a szokatlan kiterjedtség indokolta.

Pónyai Katinka dr.:

### Pemphigus vulgaris

(Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

53 éves nőbetegünk távolabbi anamnézisében említésre méltó megbetegedés nem szerepel.

1997 májusában fejtetőn, majd arcon, törzsen, végtagokon, hajlatokban, és a szájnyálkahártyán savós bennékű, petyhüdt falú, könnyedén erodálódó hólyagok jelentek meg.

Klinikánkon szövettani, és immunhisztokémiai vizsgálatokat végeztünk.

Szövettani vizsgálat során intraepidermalis hólyagképződés megfigyelhető, minimális gyulladásos beszűrődéssel. Immunhisztokémiai vizsgálat során suprabazalis, intraepidermalis hólyagképződés volt látható, a keratinocyták felszínén IgG, és C3 festődéssel, részben



6. ábra

A hajás fejbőrön nagy kiterjedésben összefüggő, erythemás, sok helyen 4-5 cm nagyságú, vaskos, sárga pörkkel fedett plakkok



granuláris jelleggel. Az IgG festődés a hám teljes szélességében megfigyelhető volt, C3 fluoreszcencia elsősorban a suprabazalis keratinocyták mentén, az első két hámsorra korlátozódott. Indirekt IF vizsgálat során 1:80 arányban pemphigus vulgaris IgG típusú antitest volt kimutatható. Az említett eltérések alapján pemphigus vulgaris diagnózisát állították fel.

A fenntartó kezelés elhagyása, ill. a bőrgyógyászati kontroll felfüggesztése miatt 1997 óta három alkalommal kezeltük Klinikánkon.

Utolsó fenntartó diagnózisa 4 mg/ttkg Metypred volt, amelyet elhagyva jelenlegi felvétele előtt fél évvel kezdődtek tünete először a hajas fejbőrön, majd testszerte.

Felvételekor a hajas fejbőrön nagy kiterjedésben összefüggő, erythemás, sok helyen 4-5 cm nagyságú, vaskos, sárga pörkkel fedett plakkok voltak láthatóak (6. ábra). A háton, axillárisan, glutealisan, combokon, összefolyó 3-6 cm-es éles szélű, néhol friss, nedvedző, máshol beszáradt, vaskos sárga pörkkel fedett, impetiginizálódott erosiók voltak láthatóak. Nyálkahártya eltérés nem volt.

Indirekt immunfluoreszcencia vizsgálat pemphigus vulgaris típusú IgG keringő antitestet igazolt majom nyelöcsövön 1:160 titerben.

A lokális kezelés mellett per os 2 mg/ttkg/nap Medrol, és célzott antibiotikus terápiában részesült, amelyet hat alkalommal 500 mg Cytosan infúzióval egészítettünk ki. A kezelés hatására bőrtüneteirei regredáltak.

Betegünket a jellegzetes klinikai kép miatt mutattuk be.

Pónyai Katinka dr.:

#### Bullosus pemphigoid

(Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

81 éves nőbetegünk távolabbi anamnézisében hysterectomián kívül említésre méltó megbetegedés nem szerepel.

2003 júniusában jobb oldali mammaexstirpáció történt aspirációs cytológiával malignusnak bizonyult elváltozás miatt. Szöveti vizsgálat infiltráló, mikropapillaris, és solid papillaris típusú, intraductalis terjedő carcinomát igazolt, immunhisztokémiai vizsgálat ösztrogén, és progesteron receptorral erős intenzitású reakció volt kimutatható. A beteg postoperatív Zitazonium terápiában részesült.

A műtétet követően egy hónappal, testszerte kifejezetten viszkető, maculopapulosus, centrálisan helyenként bullaképződést mutató, majd erodálódó exantémák jelentkeztek.

Ambulanciánkra Súlyom Katalin főorvos asszony irányította a beteget.

Felvételekor szimmetrikusan testszerte, 0,5-1 cm átmérőjű, helyenként haemorrhagiás hólyagok voltak láthatóak erythemás alapon. Helyenként egy-egy erosió, ill. multiforme jellegű plakkok voltak láthatóak.

Szöveti vizsgálat során ép szerkezetű hám alatt, a laza papillaris dermisben elsősorban eosinophil granulocyták, csekély perivascularis beszűrődés volt megfigyelhető, hólyagképződés azonban nem volt látható. A szövettani diagnózis paraneoplasticus bullosis volt, felmerült pemphigoid, ill. granularisan C3 szemcsézettesség volt látható. IgM, ill. IgA pozitívitas nem volt. Indirekt IF vizsgálat basalmembran ellenes keringő autoantitesteket mutatott ki.

Mindezek alapján bullosus pemphigoid diagnózisát állítottuk fel.

A folyamat szokatlan klinikai megjelenése, a szakorvosi konzíliumok, és az eltávolított daganat típusa feltételezik esetleges távoli áttétek jelenlétét. Hasi és kismencedei UH vizsgálat során kóros eltérés nem igazolódott, további vizsgálatok folyamatban vannak.

Jelenleg a beteg a lokális hámosító kezelés mellett per os 64 mg Medrol (1 mg/ttkg) terápiában részesül, amely mellett a tünetek progressziója megállt. Az anamnézis, a klinikai és szövettani kép alapján paraneoplasticus pemphigoid diagnózisát állítottuk fel.

Asbóth Dorottya dr.:

#### Kerion Celsi

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály)

11 éves fiú esetét mutatjuk be, akinek anamnézisében lényeges betegség nem szerepel. A hajas fejbőrön jelentkező pustula miatt



7. ábra

Félmányi tömött, livid terime pustulákkal a hajszálak eltávolítása és pörkoldás után

mentek bőrgyógyászhoz, akitől Rulid tablettát és Lamisil krémet kaptak. A kúra befejeztével, mivel a kezdeti tünet sokszorosára nőtt és kiemelkedővé is vált, másik bőrgyógyász magánrendelésén jelentkeztek, aki feltehetőleg tályogra gondolt, ezért Sumamedet és Baneocin krémet írt elő. Ekkor a terime kevésbé megkisebbedett, de benne zavaros bennékű, pustulák jelentek meg, nedvezés kezdődött, és a hajszálak gyenge húzásra kilöködtek. Nem volt különösebben fájdalmas, de a házi-gyermekorvosnál védőoltásra való jelentkezéskor, megemlégtették, aki a rendelőnkbe küldte. Felvételekor félmányi, kb. 8 cm átmérőjű, 6 cm-nyit kiemelkedő, pörkkel fedett, nedvedző, tömött tapintatú, egészében a skalpon elmozdítható terimét láttunk, melyen a hajzat már megtrikkult, és a hajszálakat kis ellenállás ellenében lehetett kihúzni. Többszörös pustulák voltak láthatók, helyenként gennycsorgással és kevés vérzéssel (7. ábra).

A kórelőzmény felvételekor a szülő elmondta, hogy több állat is van a gyermek közelében, kutya, macska és ló is, de a fő kedvenc egy degu pár, akit a fiú rendszeresen a zsebében és a fején hordoz.

A degu, amerikai ugrómókus, latin neve *Octodon degus* ami nyírt tesz, hogy nyolcas fogazata van. Állatkísérletek miatt került Európába az 50-es években, mert nem képes lebontani a cukrot, ezért potenciális cukorbeteg.

Laboratóriumi leletei eltérést nem mutattak, a leoltásban kórokozó baktérium nem tenyésztett ki, gombaelemeket láttak. A gombatenyésztés eredménye *Microsporium gypsum* lett.

Kezelése napi 10 mg/ttkg/nap Griseofulvin tablettá, ill. helyileg a pörkoldás után reggelente sol merbromini, és ung chlorhexidin, esténként spir jodosalicylatus és ung Batrafen volt, melynek során egy hét alatt lényeges javulást értünk el, a terime magassága, átmérője is csökkent, a pustulák száma megkevesbedett.

Betegünket a tapasztalt differenciáldiagnosztikai nehézségek, a relatív ritka előfordulás, a kisállattartás következményei és a jó kezelési eredmény miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek, és tervezzük utánkötését, hogy a teljes gyógyeredményről is beszámolhassunk.

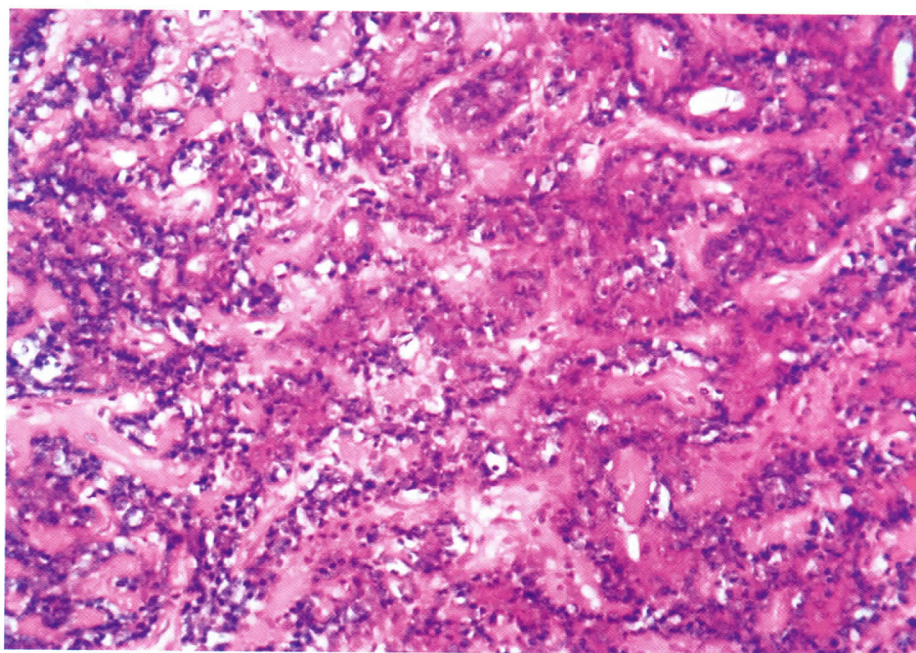
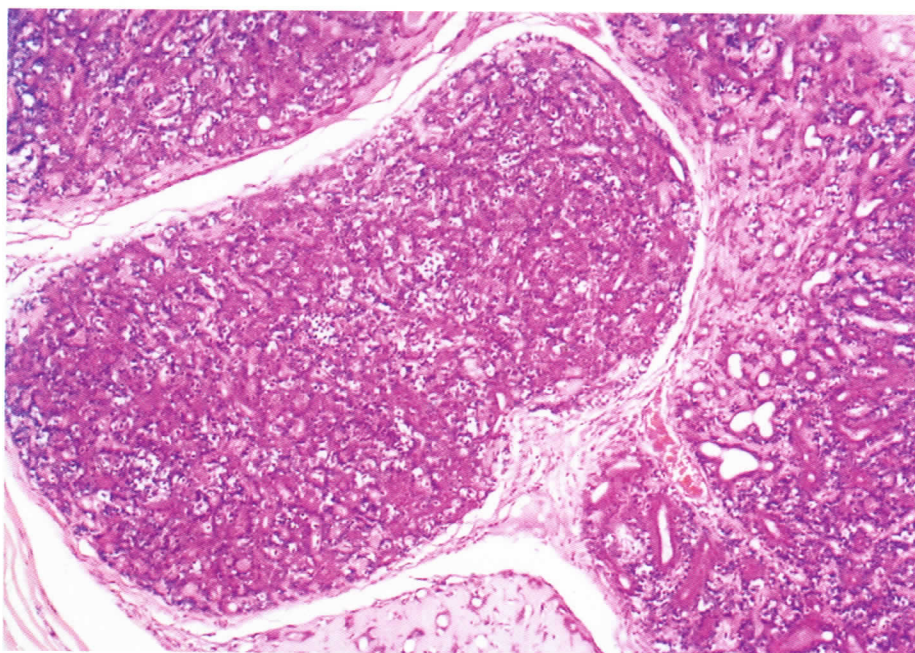
Kuroli Enikő dr., Hársing Judit dr.:

#### Eccrin spiradenoma

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

Az eccrin spiradenoma az eccrin verejtékmirigyek hámjából kiinduló, ritka daganat. Az első olyan elváltozás, mely a jóindulatú bőrfülgelékumok népes családjából önálló entitásként különvált (Kersting és Helwig, 1956).





8. és 9. ábra

A sejtek citokeratin-pozitívak, míg az apró luminák CEA-pozitívak

Az eccrin spiradenoma mindkét nemben kb. egyforma gyakoriságú, általában 15 és 35 éves kor között jelentkezik, gyermekekben nagyon ritka. Többnyire soliter csomó, de leírták már különleges elrendeződésű, multiplex formáit is. Leggyakrabban a fej, nyak, törzs ventrális oldalán fordul elő, mérete 2 cm-nél kisebb, jellemző, hogy nem növekedik (ez utóbbit a malignus átalakulás részjelenségeként írták le). Színe szürkés, kékes, rózsaszínű vagy lilás. A legtöbb tumor fájdalmas vagy nyomásérzékeny.

A *Brooke-Spiegler syndroma*-ban, ahol az eccrin spiradenoma multiplex formában más, szintén multiplex bőrfüggelékumorokkal társul, megtalálták a hibás gént, ugyanakkor a soliter elváltozások létrejöttének genetikai háttere még nem tisztázott.

Malignus átalakulásáról elsőként *Maria Dabska* számolt be (1972), ez a malignus eccrin spiradenoma, vagy más néven spiradenocarcinoma. Rendkívül ritka, a közölt esetek száma 50 alatt van.

Az eccrin spiradenoma szövettani képe jellemző az erős basophilía a sejtmagok sűrű elhelyezkedése miatt. A tumor az irhában több nagyobb, vagy egyetlen nagy, élesen körülhatárolt lebenyből áll. A lebenyek finoman lekerekítettek. Igen jellemző, hogy az elváltozás és a hám között semmiféle kapcsolat nincs. A lebenyeket kétféle hámsejt típus alkotja; a lebenyek széli részein kicsi, sötét, basalooid sejtek ovoid sejtmaggal. A lebenyek között szabálytalan alakú szigetekben ödémás kötőszövet van, amely hyalint tartalmazhat. A lebeny centrumában kivezetőcső-szerű struktúrák, apró luminák mutatkoznak, melyeket szemcsés, eosinophil, PAS-pozitív anyag tölt ki. (A sejtek citokeratin-pozitívak, míg az apró luminák CEA-pozitívak, 8. és 9. ábra.)

Az elkülönítő diagnosztikában szövettani szempontból a cylindroma jön szóba. Az eccrin spiradenomát sebészi úton el kell távolítani, mert hosszú fennállás után malignizálódhat.

**BŐRGYÓGYÁSZAI**  
**ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE**

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT  
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.  
Internet: [www.derma.hu](http://www.derma.hu)  
E-mail: [huderm@bor.sote.hu](mailto:huderm@bor.sote.hu)

**BŐRGYÓGYÁSZAI**  
**ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE**

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN  
DERMATOLOGICAL SOCIETY  
Address of editorial board: 1085 Budapest, Mária u. 41.  
Internet: [www.derma.hu](http://www.derma.hu)  
E-mail: [huderm@bor.sote.hu](mailto:huderm@bor.sote.hu)



## Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika 2003. november 13. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

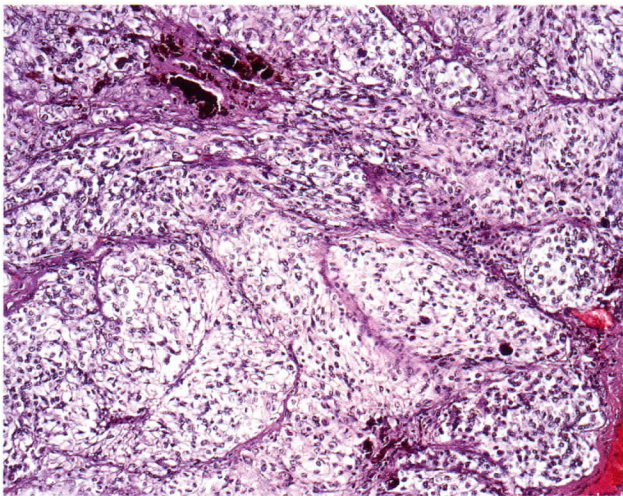
Iványi András dr.:

### Világossejtes sarcoma

(Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórháza, Patológiai Osztály)

A 66 éves férfi beteg a bal lapocka feletti területen évek óta lassan növekvő elváltozás miatt került sebészetre. Az ökölnyi daganat puha konzisztenciája miatt lipómára gondoltak. Az elvégzett mellkasröntgen és hasi UH elváltozást nem mutatott. Műtétkor a szokványos lipomától eltérő tapintási lelet bevérzett lipoma lehetőségét vetette fel. A daganatot a fasciáig preparálva távolították el. Közös üvegen egy 5,5 cm, valamint egy 6 cm legnagyobb kiterjedésű szövetrészt érkezett vizsgálatra. Egyikük felszínén 4,5x2,3 cm-es bőrrészlet mutatkozott. Az anyagok együttes súlya 110 gramm volt. Állományuk közepesen tömött, a metszlap szürkés-fehéres. Az anyagot számos blokkban dolgoztuk fel és nagyszámú HE metszetben vizsgáltuk. PAS, PAS+D, berlini kék speciális festések mellett S-100 protein, HMB-45, CK immunhisztokémiai preparátumok készültek. A haematoxylin-eosin preparátumok szövettani vizsgálata világossejtes sarcoma képét mutatta. Ezt a diagnózist daganatsejtek masszív S-100 protein és HMB-45 pozitivitása még inkább bizonyította. Elektronmikroszkópos vizsgálattal egyes sejtekben nagyszámú melanosoma és prae-melanosoma volt található. A daganatot nem sikerült az épből eltávolítani. A residuum eltávolításakor metastatikus hónalj nyirokcsomót és a mellkasröntgen szerint több tüdőáttétet találtak. A beteg Adriamycin kezelésben részesült.

A világossejtes sarcomát *Enzinger* írta le 1965-ben. Szinonímái: a lágyszövetek malignus melanómája, illetve az inak és ínhüvelyek világossejtes sarcomája. Ritkán előforduló tumor, amely fiatal felnőttkorban, leggyakrabban alsó végtagon mutatkozik. Nőkön gyakrabban alakul ki. A lágyszövetekben mélyen ülő, lassan növekvő, nem körülírt csomó formájában jelentkezik. Sebészi eltávolítás után sokszor gyorsan recidívá alakul ki, távoli metastasisok képződnek. Az esetek 75%-ában öt éven belül exitus következik be. Lebonyozott, multilobularis daganat szövetei képét látjuk. Ovális vagy orsó alakú daganatsejtek fészkekben vagy kötegekben (fasciculusokban) helyezkednek el. A sejtes mezőket fibrosus sötétebb szalagok szabdalták. A daganatsejteknek világos vagy eosinophil cytoplasmája van (1. ábra). Többmagvú óriássejtek észlelhetők. Az esetek felében melanin mutatható ki.



1. ábra

Világos cytoplasmájú tumorsejtekből felépült, kötőszövetes sötétebb szalagokkal tagolt, lobulált daganat. Néhány sejt cytoplasmájában barna melanin pigment látható

Az immunhisztokémia S100 protein és HMB-45 pozitivitást ad. Cytogenetika: t(12;22)(q13;q12) transzlokáció észlelhető. Elektronmikroszkóppal melanosomák figyelhetők meg a daganatsejtek cytoplasmájában. Differenciáldiagnosztikai szempontból melanoma malignum (metastasis), sejtűs kénaevus, malignus kénaevus, epitheloid MPNST, epitheloid sarcoma, synovialis sarcoma és fibrosarcoma, valamint világossejtes carcinoma (pl. hypernephroma) metastázisa jön szóba. Elkülönítendőek a világossejtes függelék carcinomák is.

Csikós Márta dr.:

### Psoriasis pustulosa

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

41 éves nőbeteg anamnézisében tonsillectomia és hernia umbilicalis műtéti megoldása szerepel.

20 évvel ezelőtt kezdődtek kezdetben diszkrét psoriasisos bőrtünetei a hajás fejbőrön és a törzsön. 17 évvel ezelőtt klinikánkon Tiganon kezelés mellett bőrtünetei rendeződtek, azonban ezt számos mellékhatás (diffúz hajhullás és gingivitis) miatt el kellett hagyni. 1998-tól bőre folyamatosan tünetes volt, igen nagy mennyiségben használt steroid externákat, amely mellett iatrogén Cushin szindróma alakult ki. 2002-ben a steroidkezelés hirtelen megszakítása után fellángoló pustulosus psoriasis és hypadeniás állapot miatt hospitalizáltak ismét. Átmeneti parenterális steroid mellett Neotigason terápiás indítottunk (40 mg/nap), majd állapotának stabilizálása után ízületi panaszai miatt ORFI reumatológiai osztályára helyeztük. Centrális sacroiliacalis, és perifériás a kéz kisízületeit is érintő psoriasisos arthritise alakult ki. A Neotigason kezelést az ismételt jelentkező súlyos gingivitis miatt fel kellett függeszteni. Methotrexát adását kezdték, de a májfunkciós enzim szintek nagyfokú emelkedése miatt rövidesen azt is elhagyni kényszerültek.

Jelen felvételére lázas állapotban, ízületi fájdalmak és a pustulosus bőrtünetek ismételt megjelenése miatt került sor.

Felvételekor észleltük az orcák rosacea szerű erythemáját és teleangiectasiáit. A hajás fejbőrön, a karokon, gluteálisan, a combokon, lábszáron typosus, 3-10 cm-es, konfluáló, éles határú, livid-erythemás, parakeratotikus hámú felszínű, számos apró pustulával borított plakkot láttunk (2. ábra). A tenyérek és talpak nem voltak érintettek. A kéz kisízületeinek deformitását és a jobb bokaízület fluktuáló duzzanatát észleltük.

Laborleleteiből kiemelhető emelkedett vvt. süllyedés értéke és magas fehérvérsejt száma. A beteg mellkas, orrmelléküregek röntgenfelvétele alapján, valamint fogászati, fül-orr-gégészeti, nőgyógyászati szempontból góc negatív volt. Natív hasi röntgen vizsgálattal subklinikus vesekövességet nem tudunk bizonyítani. Bőr és torok leoltásainak mikrobiológiai vizsgálata során amoxicillin érzékeny staphylococcus és haemophilus törzsek tenyésztettek ki.

A pustulosus psoriasis fellángolásának hátterében gyakran inflammatorikus belszervi állapotok mellett, a steroid terápia gyors elhagyása, beta-blokkoló kezelés, terhesség, orális anticoncipienszek használata állhat. Psoriasis pustulosa esetén elsőként belső kezelés választandó: szisztémás steroid, retinoid, methotrexat, ill. cyclosporin.

Betegünk esetében az anamnézisre való tekintettel a supportív lokális kezelés mellett cyclosporin kezelést, valamint per os antibiotikum terápiait kezdtünk, ami mellett a beteg lázlatanná vált, pustulái szanálódtak.

Összefoglalásként, a beteget a típusos klinikai kép és a terápiás nehézségek miatt mutattuk be.





2. ábra

Számos apró pustulával borított psoriasisos plakk

Horváth Barbara<sup>1</sup>, Németh Annamária<sup>2</sup>, Kovalszky Ilona<sup>3</sup>, Wikonkál Norbert<sup>1</sup>:

**Florid mucocutan papillomatosis acanthosis nigricansban szenvedő betegnél**

(SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, SE II. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>2</sup>, SE I. Patológiai és Rákkutató Intézet<sup>3</sup>)

48 éves férfibetegünk távolabbi kórelőzményében ulcus ventriculi szerepelt. Felvétele szempontjából releváns anamnesztikus adat, hogy 2000-ben szövettanilag igazolt nyelvgyöki planocellularis carcinomát diagnosztizáltak, melyet preoperatív intraarteriális Cisplatin kemothéripiát követően 2001 tavaszán eltávolítottak. 2001 őszén verifikált nyaki metastasis miatt szekunder szelektív nyaki blockdissectió történt. A beteg a második műtétet követően postoperatív radiotherápiában részesült, 3 havonkénti szoros onkológiai kontroll alatt áll.

2003 májusában jelentkeztek testszerte bőrtünetei kifejezett viszketéssel, verruciform bőrelváltozásokkal.

Felvételekor kiterjedt tenyéri-talpi hyperkeratosis, proximalis túlsúllyal az egész testre, és a szájnyálkahártyára kiterjedő verruciform növedékek, az ajkakon és a kezujjak dorsalis felszínén papillomatosis, az axillában diszkrétan, a crena aniban kifejezett piszkosbarna papillomatosis volt látható.

A klinikai kép florid papillomatosisal társult acanthosis nigricansnak felelt meg. A háton található elváltozások közül egyből szövettani vizsgálatot végeztünk, melynek eredménye verruca vulgaris igazolt. A biopsziás anyagból HPV meghatározást végeztettünk, HPV 16 és 18-ra pozitív eredményt kaptunk.

Betegünk esetében tekintettel az onkológiai anamnézisére, elsősorban tumor recidíva, ill. metastasis verifikálásra törekedtünk. Az irodalomból ismert adatok alapján, amelyek szerint e paraneoplasti-

kus kórkép 60%-ban gyomor adenocarcinomával társul, gastroscopiát végeztünk, amely a gyomor corpus és fundus határon, a kisgömbület mentén egy csecsemőtenyérynnyi területen nyálkahártya megvastagodást írt le, amelyből többszörös biopsziát végezve nagy malignitású gyomorcarcinoma igazolódott.

Az elvégzett hasi UH retroperitoneális lymphadenomegaliát látott. Betegünk laborleleteiben releváns eltérést nem észleltünk.

Az acanthosis nigricans malignánál, mely paraneoplastikus kórkép, a betegek 60%-nál maga a bőrtünet egyidőben jelentkezik a malignus tumorról, 20%-nál megelőzi, 20%-nál követi azt. Gyakori megfigyelés, hogy a primer tumor kiirtása után a bőrtünet regredál.

Statisztikailag a legtöbb esetben, 60%-ban a gyomor adenocarcinomája áll a tünetek hátterében, további 30%-ban valamilyen más intraabdominalis tumor, és csak kb. 10%-ban áll valamilyen extraabdominalis lokalizációjú tumor. A gyomor után a leggyakoribbak pancreas, epehólyag, colon, rektum, uterus, ovarium, prostata, oesophagus, tüdő.

Betegünket a típusos klinikai kép és a ritka előfordulás miatt mutattuk be.

Csikós Márta dr.:

**M. Recklinghausen**

(Simmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 29 éves nőbeteg anamnézisében asthma bronchiale szerepel.

12 éves kora óta észlelik testszerte jelentkező jellegzetes bőrtüneteit, a cafe au lait foltokat, valamint a dermális és subcután csomókat. Az évek során számos neurofibromát távolítottak el in toto sebészi kimetszéssel, diathermiával és laserrel. Családi anamnézise pozitív, a pater és annak édesanyja szintén érintett. A betegek szegregációja a családfán vertikális, férfiak és nők egyaránt érintettek, ami autoszomális domináns öröklődésmentre utal. Betegünk jelen felvételét kivizsgálás és sebészi kezelés céljából került sor.

Felvételekor dominálón a törzsön és a felső végtagokon észleltük nagyszámú, 0,5-1,5 cm-es, bőrszínű, helyenként halványlilvid, puha tapintatú, a subcutisba reponálható, ún. csengőgomb-tünetet produkáló csomóit. A törzsön és a végtagokon több mint 20 db 15 mm-esnél nagyobb átmérőjű tejeskávébarna színű folt, valamint az axillákban és az inguinában hyperpigmentáció volt észlelhető (3. ábra). A kórképre jellemző minor anomáliák közül minimális arcaszimmetriát, mélyen ülő füleket, jobbra convex scoliosist és genu valgumot figyelhetünk meg. Neurológiai vizsgálata során idegrendszeri érintettségre utaló panaszt és tünetet nem találtak. Mellkas rtg., orrmelléküregek és koponyacsont rtg. vizsgálata negatív volt.

Szemészeti vizsgálata során réslámpával mindkét szemén ún. Lisch csomókat, az írisz melanocytás hamartomáit észleltük. A Lisch csomó 6 éves kor alatt a betegek 30%-ában, felette mintegy 90%-ában tünetmentesen jelenlévő pathognomikus jel. További gyakori szemészeti eltérést, így cornea homályt, choroidális naevust, retina phakomát, conjunctivális neurofibromát, színvakságot és látótérkiesést nem észleltünk. Mindkét fundus ép volt.



3. ábra

Cafe au lait foltok és neurofibromák



Neurofibromák a hajas fejbőrön is jelentkeztek, melyek közül egy nagyméretű, sérülésnek kitett elváltozás in toto sebészi kimetszését, valamint a törzs számos kisebb elváltozásának shave technikájú eltávolítását végeztük.

A Recklinghausen betegség vagy I. típusú neurofibromatosis gyakori, 1:3000-es incidenciával jellemezhető autoszomális domináns öröklődésű neurocutan genodermatosis. A háttérben egy tumorszuppresszor molekula, a 17. kromoszóma hosszú karján lokalizált NF1 gén termékének a neurofibrominnak a mutációi állnak. A neurofibromin GTP-ase aktiváló molekula, a ras protooncogén szignáltranszdukciójának negatív regulátora. Mivel a neurofibromin elsősorban neuroectodermális eredetű szövetekben expresszálódik, mutációi elsősorban különféle neurológiai tumorok keletkezésére hajlamosít.

Klinikai diagnosztikai kritériumai közül legalább kettő együttes fennállása szükséges a diagnózishoz, melyek e következők:

- 6 vagy több, pubertás előtt 5 mm-nél, pubertást követően 15 mm-nél nagyobb nagyságú café au lait folt
- dermális vagy subcutan típusú neurofibromákból legalább 2, vagy 1 plexiform tünet jelenléte
- axillary frackling (axilláris, inguinális esetleg periorális hyperpigmentáció)
- opticus glioma
- 2 vagy több Lisch csomó
- csontléziók (pl. sphenoid dysplasia, a hosszú csöves csontok defektusai)
- neurofibromatosis fenti tüneteit mutató elsőfokú rokon

Differenciáldiagnosztikailag további számos neurofibromatosis szindrómától, elsősorban a bilaterális acusticus neurofibromákkal jellemezhető neurofibromatosis II-től (NF II) kell elkülöníteni, melynek háttérben a 22. kromoszómán lokalizált schwannomin vagy merlin fehérje génjének mutációja áll.

A beteget a típusos klinikai kép, számos diagnosztikus kritérium megléte, valamint a bőrtünetek kiterjedtségéből eredő therapiás nehézségek miatt mutattuk be.

Kovács János dr.:

#### Casus pro diagnosi

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

23 éves férfibeteg korábbi anamnézisében lényeges megbetegedés nem szerepel, elmondása szerint 8 hónapja monogám kapcsolatban él, partnere panaszmentes. Kb. 3 hete a glans dorsalis részén erosio alakult ki, mely állítása alapján előbb elfehéredett, majd széli részei felé mutatott terjedést. Először vidéki BNG-ben sol. merbromini FoNo és ung. ad vulnera FoNo használatát írták elő, emellett a folyamat tovább progrediált. Ezután fővárosi kerületi gondozóban jelentkezett, ahol Telviran és Augmentin Duo tablettát kapott, mindkettőt észlelésünkig szedte, összesen kb. 2 hétig, lényegi effectus nélkül. A tüneteket dysuriás panaszok kísérik, emellett gyengének érzi magát, többször borzongott, de látát nem mérte.

Felvételekor a glanson kiterjedt, lividvörös elszíneződést észleltünk, az erodált felszín sárgás, purulens lepedék fedte, a glans proximalis részén kezdődő gangraena volt látható (4. ábra). Emellett a glans teljes terjedelmében, a praeputium és a penis törzsének distalis fele kifejezetten indurált, tömött tapintatú, fájdalmas. Az inguinalis régióban kórosan megnagyobbodott nyirokcsomó nem tapintható. A törzs lateralis részén részben confláló, 1-4 cm-es, halványvörös foltok voltak láthatók.

A klinikai kép alapján erosiv balanitis szövődményes formája, Fournier-gangraena, balanitis specifica Follmann, ill. az anamnézisben időnként fejfájásra szedett analgetikumok (Quarelin, Algopyrin) miatt fix gyógyszerexanthema és superinfekciója merült fel.

A területben korábban elvégzett RPR vizsgálat negatív eredményt adott, a klinikánkon történt kontroll szintén, 1:64 tierig negatív. TPHA és HIV szerológia folyamatban vannak.

Az urethrából két napja leoltott mintából eddig kórokozó nem tenyésztett, direkt kenetben csak fehérvérsejtek láthatók. Glansról az eddigiekben *Staphylococcus aureus* tenyésztett nagy telepszámban,



4. ábra

Kiterjedt lividvörös erythema, sárgásfehér lepedék a glanson

rezisztenciájáról még nincsen információnk. Rutin laboratóriumi értékeiben lényegi eltérés nincs.

Klinikánkon részben az eddigi kezeléseket hatástalansága, részben a folyamat gangraenosus jellege miatt parenterális clindamycin kezelést kezdtünk.

Bár a syphilis szerológiai reakciók negativitása a rövid anamnézis miatt nem feltétlenül zárja ki a folyamat specifikus eredetét, ellene szól a kifejezett fájdalom jelenléte és az inguinalis lymphadenomegalia hiánya is.

Az akut infekciós balanoposthitis pluricausalisan, szubjektív panaszok által kísértén jön létre. A kifejezett exsudatív folyamatok miatt gyakori a seropurulens, purulens váladékozás. Bizonyos kórokozók esetében (*Fusospirochaeták*, Gram-negatív baktériumok túlsúlyra jutásakor) erosiók és ulcerációk is kifejlődhetnek (balanitis erosiva, balanitis ulcerosa). Szövődményként akut penis gangraena (balanitis gangraenosa) is kialakulhat.

Balanitis erosiva circinata (Plaut-Vincent) jellemzője a konfluálásra hajlamos, sötétvörös hámszövetek jelenléte, a góccok szélét többnyire fehéres színű hámgallér határolja, bőséges, purulens exudatio kíséri. Balanitis ulcerosa és balanitis gangraenosa legtöbbször rossz immunológiai viszonyok között circiner balanitistől alakul ki. A klinikai képet a szövetszétesés uralja, háttérükben specifikus kórokozót többnyire nem lehet kimutatni. Bakteriológiai vizsgálattal általában saprophyta, kevert fertőzést találunk (*spirochaeták*, koaguláz pozitív *staphylococcusok*, *streptococcusok*, gram-negatív baktériumok.)

A férfi genitális régió akut gangraenáját a subcutisra és a fasciára terjedő szövetszétesés jellemzi, Fournier párizsi bőrgyógyász írta le 1883-ban. Lefolyása hyperacut, mortalitása magas. Hajlamosító tényező: urológiai beavatkozások, a perineális táj és a rectum betegségei, valamint immunszuppresszióhoz vezető belszervi folyamatok.



A fertőzés rendszerint polimikrobás, 70%-ban kevert, 20%-ban csak aerob, 10%-ban anaerob flóra mutatható ki. Leggyakrabban kitenyészett kórokozók: *E. coli*, *Strept. pyogenes*, *P. aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* és anaerob streptococcusok. Prodromális szakban a fájdalom igen nagyfokú és nem áll arányban a klinikai képpel, az oedemás erythemaképződés után 48 órával bullaképződés, nekrozis, suppuratio jellemző, kifejezett általános tünetek, láz, elesettség mellett. Kezelését a gyors sebészi feltárás, drainage és antibiotikum kezelés (amoxicillin+clavulánsav, metronidazol, második vonalban aminoglicosidok, clindamycin) jelentik. Esetünk-nél a lefolyás ennek nem felel meg, bár azt a korán elkezdett antibiotikum kezelés módosíthatta.

A clindamycin terápia mellett a lokális kezelést folytatjuk tovább kivizsgálása komplettálásáig.

Eddigi vizsgálati eredményei alapján és a kórtörténet ismeretében erosiv balanitis mellett nem kizárható a folyamat gyógyszeres eredete sem.

Az eset differenciáldiagnosztikai problémáink és a várható terápia-s nehézségek miatt mutattuk be.

Ábrahám Katalin dr.:

### Vasculitis necrotisans

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A beteg anamnesisében hypertonia, 1998-ban stroke és ennek következtében kialakuló jobb oldali hemiparesis, alsó végtagi érszűkület miatt 2002-ben kétoldali artéria iliaca stent implantatio szerepel. Három évvel ezelőtt, 2000 márciusában az alsó végtagokon nagy számban észlelt palpálható purpura miatt kezeltük klinikánkon. Bőrtüneteivel egy időben több alkalommal erősen emelkedett, 1,5-8 g-os 24 órás fehérjeürítést észleltünk, gyakorlatilag normális vese-funkció mellett. A klinikai kép és a fenti laboratóriumi eltérések alapján az akkori folyamatot Schönlein-Henoch purpurának tartottuk. Nephrológiai konzílium a háttérben elsősorban a vasculitis renalis manifestációját valószínűsítette. Az elmúlt három évben a beteg chronicus glomerulonephritis diagnózissal folyamatos nephrológiai gondozás alatt állt, folyamatosan észlelt mikroszkópos haematuria, intermittáló, kis mértékű proteinuria miatt. Vesefunkciós paraméterei csak kis mértékben romlottak, vesefolyamata kezelést nem igényelt.

Ismételt felvételére néhány hete a jobb lábfejen kezdődött, majd a jobb lábszárra is terjedő, néhány nap után közepükön necrotisalo bőrtünete miatt került sor. Jelentkezésekor a jobb lábfejen és a jobb lábszár alsó harmadában körkörös számos 0,4-1 cm-es, kerek, éles szélű, tapintható purpurát észleltünk, legtöbb helyen livid erythemas szegéllyel és centrális necrosissal (5. ábra). A bal bel- és külbokán egy-egy hasonló tünetet láttunk. Számottevő oedema nem volt. A beteg beszámolt arról, hogy 4-500 m gyaloglás után bal alsó végtagjában erős fájdalom jelentkezik, ami – bár mindkét oldalon történt korábban érműtét – a két oldal artériás keringése között fennálló különbségre utal. Feltehetőleg ezzel magyarázható a bőrtünetek aszimmetriája is. Az elvégzett szövettani vizsgálat necrotisalo vasculitist igazolt, immunfluoreszcens vizsgálat IgA, C3 pozitív vasculitist mutatott.

Első alkalommal, 2000-ben a tünetek háttérében igazolt fogászati eltéréseket megoldották, chronicus tonsillitise miatt tonsillectomiát végeztek. A bevezetett kombinált antibiotikus, steroid és



5. ábra

Vasculitis necrotisans alsó végtagon

cyclophosphamid kezelés mellett folyamata regrediált, fehérjeürítése gyakorlatilag normalizálódott. Bár a mostani tünetek kezdetével egyidőben infekció az anamnesisben nem szerepel, laboratóriumi vizsgálattal magasabb fehérvérsejt számot, emelkedett CRP értéket találtunk, bakteriológiai vizsgálattal pedig az orrban és torokban nagy telepszámban *S. aureus* tenyésztett. Fentiekén kívül emelkedett kreatin szintet, vizeletvizsgálat során kismértékű proteinuriát és mikrohaematuriait észleltünk. A 24 órás fehérjeürítés 0,6 g volt, vagyis egyelőre számottevő veseérintettség nincs. A per os steroid és célzott antibiotikum kezelés mellett új tünetet nem észleltünk, a meglévő tünetek körüli gyulladás megszűnt, a nekrotikus demarkálódtak.

Feltételezésünk szerint a két vasculitises epizód mindegyike valamilyen akut hatásra (pl. infekcióra) adott válasz lehetett, de az esetleges autoimmun háttér felderítése céljából immunserológiai vizsgálatok folyamatban vannak.



## Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika 2003. december 4. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Horváth Barbara dr., Tabák Réka dr., Marschalkó Márta dr.,  
Wikonkál Norbert dr.:

### SLE acut exacerbatioja

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai  
Klinika)

26 éves férfibetegünk távolabbi kórelőzményében lényeges megbetegedés nem szerepel. 1995-ben jelentkeztek először tünetei pillangóerythemával és időszakos subfebrilitással. Első ízben 1996-ban hospitalizálták a Főv. Szt. László Kórházban, majd két alkalommal 1996-ban és legutóbb 1998-ban feküdt Klinikánkon SLE diagnózissal. Ekkor 8 mg Medrol fenntartó dózis mellett láz, gyengeség, fogyás, hányinger, kis- és térdízületi, izomfájdalmak, pillangóerythema, testszerte lividvörös maculosus exanthema, szájnyalvákárhátya erosiók jelentkeztek a betegnél. Az elvégzett immunserológiai vizsgálatok SLE aktivitást mutattak. Az alkalmazott szisztémás szteroid és azathioprine kezelés mellett tünetei regrediáltak. 8 mg-os fenntartó Medrol dózis mellett egyensúlyban volt. Elmondása szerint legutoljára 1,5 éve járt kontrollon.

Felvételére sürgősséggel, lázas állapotban került sor, 4 napja tartó mellkason induló, kezdetben viszkető, majd folyamatosan progresszív bőrtünetei miatt. A beteg felvételét megelőzően 3 hete egy felső légúti, lázzal járó infekció kapcsán amoxicillint szedett. Az akkor elvégzett laborvizsgálatokban eltekintve az emelkedett süllyedéstől releváns eltérés nem volt.



1. ábra

Arcon, nyakon összefolyó maculosus exanthéma

A beteg felvételekor testszerte, az arcon, a nyakon összefolyóan, a tenyeret és a talpat is beleértve 2-4 mm-es elemekből álló, élénkpiros, maculosus exanthéma volt látható (1. ábra). A klinikai kép toxicodermának vagy az alapbetegség infectio okozta atípusos bőrtünetekkel járó aktivizálódásának lehetőségét vetette fel. Felvételekor készült laborparamétereiből kiemelendő leukopenia (3,6), lymphopenia, thrombocytopenia (112), emelkedett GOT, GPT és LDH értékei, valamint immunserológiai paramétereiből 200 feletti anti-DNS, 40-es SS-A és ENA pozitivitása, C3 komplement alsó határértéke. Bennfekvése során többször vizsgált 24 órás fehérjeürítése és vizelet paraméterei a normál tartományban voltak. Az alkalmazott szisztémás szteroid terápia hatására tünetei rapid regressziót mutattak, szubjektív panaszai jelentősen enyhültek.

A folyamat hátterének tisztázására vírusserológiai vizsgálatokat végeztünk, amelyek közül HIV, HCV, HbsAg, EBV és CMV serológiai negatívák voltak. A felmerült gyógyszerindukciós szerep tisztázása céljából a beteget egy későbbi időpontban LTT vizsgálatra előjegyztük.

Esetünk kapcsán összefoglalva az SLE krónikus lefolyású betegség, exacerbatiók és remissziók váltakoznak, spontán is. Ismertek ugyanakkor bizonyos faktorok, melyek a betegség aktivizálódását idézhetik elő, így például vírusinfekciók, bizonyos gyógyszerek, fényexpozíció vagy hormonális változások (pl. terhesség). A betegség aktivitásának megítélésében segítséget nyújt a klinikai kép, arthritis, láz megjelenése, vérképp ellenőrzése, gyorsult We (inaktív állapotban is gyakran magas), a vesefunkciók ellenőrzése – 0,5 g feletti 24 órás fehérjegyűjtés egyértelműen az exacerbáció mellett szók, immunserológiai vizsgálatok közül elsősorban az emelkedett anti-DNS szint és a csökkent komplementtűköt. Az irodalomban több score táblázat ismert, amelyek alapján pontos számmal lehet kifejezni a betegség aktivitását.

Betegünket a szokatlan klinikai kép, a férfi volta miatt tartottuk bemutatásra méltónak.

Pónyai Katinka dr.:

### Szisztémás lupus erythematosus

(Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

49 éves férfibetegünk kórtörténetének kezdete a 70-es évekre nyúlik vissza. Számos parotitis, tonsillitis után 1974-ben pyelonephritis, 1985-ben pleuritis és nyirokcsomó megnagyobbodás alakult ki. Ekkor a Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetben hypererg Mantoux próba miatt a fizikális tünetek hiánya ellenére TBC-t diagnosztizáltak, betegünk antituberculosus terápiaiban részesült. Ugyanebben az évben megemelkedett májenzim szinteket, ill. icterust detektáltak, amely miatt a Szt. László Kórház hepatológiai osztályán vizsgálták, majd a non-A non-B hepatitis diagnózisát állították fel. 1989-ben mélyvénás thrombosison esett át a beteg.

Ekkor kezdődött állandó subfebrilitása, amelynek hátterét igazolni nem tudták, és amely antibiotikus kezelésre sem múlt.

1990-ben a SE III. sz. Belklinikán hospitalizálták subfebrilitás, kisízületi fájdalom, diffúz hajhullás, gyengeség, fáradékonyság, generalizált nyirokcsomó megnagyobbodás miatt. Státusában a lábujjak végén vasculitisnek megfelelő bőrtüneteket írtak le. Immunserológiai eredményeiből kiemelendő SS-A és anti-DNS (12 U/l) pozitívítás. Mellkas rgt. felvételén a bilaterális hilaris nyirokcsomó megnagyobbodása volt látható. Intracutan allergia teszt során ismételt hypererg Mantoux próbát detektáltak. Nyirokcsomó biopsziát végeztek, a szövettan sinus histiocytosist, follicularis hyperplasiát írt le. Ziehl Nielsen festés során mycobaktériumot kimutatni nem tudtak, de az anamnézisben szereplő antitu-



berkutatás miatt lymphadenitis tuberculosa diagnózisát állították fel. Az antituberculosus terápia mellett általános tünetei javultak.

1990-től pleuritis, pericarditis, pyelonephritis (proteinuria: 0,15 g/24 h), episcleritis zajlott le. Specifikus, tuberculosus folyamatnak gondolták tüneteit. 1995-ben jelentkeztek bőrtünete: a fénynek kitett területeken erythemás, beszűrt plakkok jelentek meg. Immunszerológiai eredményei közül emelkedett anti-DNS (26 U/l), anti-S-S-A, SS-B, ANF pozitivitás emelhető ki. Ekkor állították lupus erythematosus disseminatus diagnózisát. 12 mg Metypred és 2x50 mg/nap Imuran kezelésben részesült. 1996-ban az immunológiai paraméterek romlása, és a proteinuria (1,4 g/24 h) perzisztálása miatt Delagil terápiát vezettek be. A diagnosztikus vesebiopsziától a beteg elzárkózott, és kezelőorvost váltott.

2001-ben a Honvéd Kórház Immunológiai osztálya gondozta, ekkor osteoporosis, obesitas miatt a Metypredet és az Imurant elhagyták, a beteg kéthetente Milgamma, és Cortrozyn depo (12 ampulla) injekciót kapott. A Cortrozyn beszerzése a beteg számára megoldhatatlanná vált, ezért gyógyszereit elhagyta, kontrollra nem járt.

2003 nyár vége óta a fénynek kitett területeken erythema, ill. ulceráció jelentkezik, ízületi panasz nincs.

Jelen felvételére erős napfény expozíció hatására exacerbáló tünetei miatt került sor.

Felvételek az arcon diffúz, orcákon, orrhát mindkét oldalán, füleken, mellkason, háton az Arnosan háromszögnek megfelelően, karokon 2-5 mm-től több cm-ig confluáló, helyenként pörkkel fedett, másutt erodált, közepesen infiltrált, lemezes hámlást mutató papulák, plakkok láthatóak. Mindkét oldalon az ujjvégeken, és a lábujjak disztális részén erythemás alapú, éles szélű necrotikus közepű ulcusok voltak megfigyelhetők.

A tünetes bőrtünetről vett szövettani vizsgálat történt. A szabályos szerkezetű, mérsékelten atrophias hámmal fedett bőrrészletben, a basalis rétegben enyhe hydropicus degeneráció, valamint a basalmembrán egyenetlen megvastagodása volt látható, a dermisben perivascularis kereksejtes beszűrődéssel. IF hisztológia során a vizsgált mintában a basalmembrán mentén igen vastag granularis C3, IgM, és IgA pozitív érfestődés volt megfigyelhető. A lupus band teszt pozitív volt. Az IIF vizsgálat eredménye folyamatban van.

Mellkas rtg. felvételen diffúz fibrosis jelei látszanak, légzésfunkciós vizsgálatot a közeljövőben tervezünk. EKG, szívultrahang eltérést nem mutatott. Laborleleteiből emelkedett süllyedés, és transzamináz értékek, anaemia, jelentős thrombocytopenia emelendő ki. Vizelet vizsgálat során perzisztáló haematuriát, proteinuriát észleltünk. 24 órás vizelet gyűjtés során 4 g fehérjeürítést detektáltunk. Immunszerológiai eredményeiből 200 feletti anti-DNS érték, cardiolipin, lupus anticoagulans, Sm, SS-A, RNP, C1q, kromatin antitest, ANA (1:160) pozitivitás, zéró körüli C3 és C4 szintek emelhetők ki.

Mindezek alapján tüneteinek megjelenését SLE akut exacerbációjának gondoltuk.

A beteget nagy dózissal (2,5 mg/ttkg) kortikoszteroid terápiaiban részesítettük, amelyet a rossz vesefunkció miatt cyclophosphammiddal (5 mg/ttkg) egészítettünk ki. A terápia mellett a szubjektív panaszok megszűntek, a bőrtünetek jelentősen regrediáltak, és a laboratóriumi paraméterek is normalizálódtak.

Betegünket a jellegzetes klinikai kép, és anamnézis miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

*Becker Krisztina dr.:*

#### **Ulcus cruris rheumaticum**

(Simmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 72 éves nőbeteg anamnézisében 23 éve fennálló seropozitív rheumatoid arthritis (RA) szerepel, mely Tauredon báziskezeléssel évekig egyensúlyban volt. Leukopenia miatt fenti kezelését leállítani kényszerültek, egy alkalommal steroid lökéskezelést kapott, majd az elmúlt években NSAID kezelésben részesült. Hypertóniája 1995 óta ismert, kezelt.

2002 tavaszán kezdődtek mindkét lábszáron multiplex ulcusai, melyek lokális kezelés hatására a bal lábszáron hámosodtak, a jobb

lábszáron azonban fekélye progrediált, mélyült. Érsebészeti konzílium artériás keringészavart nem észlelt. A felvételét megelőző hónapokban két alkalommal kezelték más intézményben, az alkalmazott systemás antibiotikum és lokális kezelés érdemi javulást nem eredményezett.

Felvételek a j. lábszár középső harmadában 3-4 mm mély, alapján granulációs szövetet tartalmazó, sárgás lepedékkel fedett, éles határú kamásli-fekélyt láttunk. A fekély környékén a bőr tömött tapintatú, mérsékelten erythemás volt, a belbokák alatt discret vénatágulatokat, minimális pigmentációt láttunk.

Az anamnesis és a klinikai kép alapján folyamata fenntartásában RA, hypertonia, ill. a minimális CVI szerepe merült fel.

Laboratóriumi leleteiből nagyfokban gyorsult süllyedése, mérsékelt anaemiája emelhető ki. Immunszerológiai vizsgálata magas titerű ANA pozitivitást, emelkedett CRP-t, polyclonalis IgG szaporulatot és jelentősen emelkedett kvantitatív RF értéket mutattak, normális complement érték mellett. Paraprotein nem volt kimutatható. ENA, a-DNA, a-phospholipid és ANCA vizsgálatok folyamatban vannak.

Szemészeti vizsgálata a szemfenéken a 10 évvel korábbi statushoz képes eltérést nem mutatott, az észlelt discret eltérések fekélyében a hypertensív angiopathia érdemi etiológiai szerepét nem támasztották alá. Az ulcus széli részéből végzett histológiai vizsgálat a dermalis kötőszövetben chronikus lobsejtes beszűrődést, az erek körül neutrophil granulocytákat észlelt, néhány kis ér fala megvastagodott, fibrinnel átitott volt. Az immunfluoreszcens vizsgálat során számos C3-pozitív érfestődés, IgA-val és IgG-vel a hámszettekben ANF pozitivitás volt látható.

A rheumatoid vasculitis típusosan a kis és közepes ereket érinti, a bőrben elsősorban a postcapillaris venulákat. A systemás vasculitis ritka. A klinikai tünetek ujjvégi ulceratio, papulák, digitalis gangraena, körömágyi infarctusok, tapintható purpura, illetve ulcus cruris képében jelentkezhetnek, szövettanilag leukocytoclasticus vasculitis képet látjuk, az érfalak neutrophil infiltrációjával, fibrinoid necrosis-sal és vérzéssel. Ulcus esetében pyoderma gangraenosumtól való differenciálás szükséges. Lábszárfekélyek Felty syndromás betegekben is megjelenhetnek, ahol a chronikus RA hyperspleniával és leukopeniával jelentkezik. RA mellett egyéb dermatosisek (ún. neutrophil dermatosis, rheumatoid necrobiosis, erythema elevatum et diutinum, livedo vasculitis, erythema multiforme, erythema nodosum) is kialakulhatnak.

*Palikó Barna dr.:*

#### **Morphea**

(Simmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 66 éves beteg anamnézisében 10 éve ismert hypertonia és arthritis szerepel.

Elmondása szerint 2 éve észleli az alhason, majd a combokon, mellek alatti régióban, a törzs két oldalán megjelenő subjectív panaszt nem okozó foltok megjelenését. Ezt több orvos az idős korral együtt járó öregedési folyamat következményének tartotta, és nem tulajdonítottak különösebb jelentőséget neki. Idén látta először bőrgyógyász, aki a scleroderma lehetőségét felvetette és lokális kezelést kezdett. Borrelia serológia vizsgálat is történt, ami negatív lett. Az alkalmazott externák hatástalansága miatt pár hónap múlva a beteget ambulanciánkra irányították. Az atípusos klinikai kép miatt a folyamat verifikálására ambulanter hisztológiai vizsgálat történt, ami nem típusos, felületes morpheának megfelelő képet írt le. Kisdózisú per os penicillin kezelést kezdünk, de tüneteire javulást nem mutattak, így a beteg hospitalizációjára került sor.

Felvételek a combok medialis és feszítő felszínén, inguinálisán, az alhason a mons pubisra terjedően, a köldök körül, a mellek alatt, két oldalt lateralisán a törzsön tenyérszerű, összefolyó, halvány erythemás, helyenként livid-barnás, máshol fehéres-gyöngyházfényű, mérsékelten infiltrált plakk volt látható (2. ábra). Egyes területeken típusos lilac ringnek megfelelő szegélyt láttunk, ugyanakkor a típusos kártyalapszerű sclerosis sehol sem volt észlelhető.

Bennfekvése alatt nagy dózissal, napi 20 millió IU parenterális pe-





2. ábra

Confluáló morpheas plakkok a mell alatti régióban, a törzsön, az inguinalis hajlatban



3. ábra

Súlyos rosacea kifejezett pörkképződéssel

nicillin kúrát kezdtünk, amelyet 10 napon át folytattunk, ezt lokális kortikoszteroid occlusiv kezeléssel egészítettük ki. Társuló autoimmun betegség irányában immunserológiai vizsgálatot indítottunk, emellett pajzsmirigy funkciós vizsgálat is készült, mindkét vizsgálat folyamatban van.

Ábrahám Katalin dr.:

Rosacea faciei  
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A középkorú nőbeteg anamnesisében myoma miatt nőgyógyászati műtét és hypertonia szerepel. Bőrtünetei 2-3 éve kezdődtek az arcon hullámzó lefolyást mutató, de egyre gyakrabban és hosszabb ideig fennálló viszkető, erythemas papulák formájában.

Elmondása szerint megfigyelte, hogy az arcon lévő tünetek aktivitását bizonyos élelmiszerek (pl.ogyoró, gyümölcslevek) fogyasztása fokozta, ill. bőre számos kozmetikum hatására irritálódott. Gastrointestinális panaszai nem voltak.

Az elmúlt három évben az arcon jelentkező tünetekre rendszeresen steroid tartalmú externákat, elsősorban Elocom krémet, később Flucinar kenőcsöt használt. A steroid kezelések hatása azonban egyre rövidebb ideig tartott, a tünetek mind súlyosabb formában recidiváltak.

Intézetünkben ambuláner elvégzett szövettani vizsgálat rosacea papulo-granulomatost igazolt, az elvégzett mikroszkópos vizsgálat Demodex folliculorum pozitivitást mutatott.

A beteg elmondása szerint a szteroidos externák végleges elhagyását követően fokozatosan progrediáló bőrtünetek a két alka-

lommal használt ichthyolos rázókeverék hatására nagy mértékben súlyosbodtak, így rosacea és irritatív dermatitis iránydiagnózisokkal sürgősséggel felvételre került. Felvételekor az arc és a felső szemhéjak oedemáját, az orcákon, állon, perioralisán, homlokokon confluáló, élénk erythemas plakkokat láttunk számos mélyen ülő pustulával és kifejezett pörkképződéssel (3. ábra). Laboratóriumi leleteiben érdemi eltérést nem találtunk, az arcról bakteriológiai vizsgálattal *Staphylococcus aureus* tenyésztett. Urea kilégzési vizsgálat erős pozitivitást mutatott, epicitan teszttelésel fragrance mix késői érzékenységet mutattunk ki. Per os Klion és Tetracyclin kezelést, lokálisan pedig pörkoldást követően Jacutin gélt, suspensio antiborrhoicát és felületen cryoterápiát alkalmaztunk. A *Helicobacter pylori* eradicationis kezelést ambuláner tervezzük.

Kondorosi Ildikó dr., Szalai Zsuzsanna dr.:

**Linearis IgA dermatosis**

(Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház, Bőrgyógyászati Osztály)

7 éves fiú esetét ismertetem. Anamnesisében lényeges megbetegedés nem szerepel. Felvételére ez év júliusa óta változó intenzitással fennálló, területen bullosus impetigóként kezelt hólyagos bőrtünetei miatt került sor.

A felvételi állapotát ismertetem a diáról. Felvételekor a scrotumon észleltünk feszes falú, álló, csoportosan elhelyezkedő, tiszta bennéki hólyagokat, amelyek centralis pörkkel fedett terület körül kórkörösen helyezkedtek el (4. ábra). Emellett perioralisán észleltünk számos apró hólyagocskát. A típusos lokalizáció autoimmun hólyagos betegségrek felel meg. A képet színezi, hogy a gyermek az óvodában vari-



cella kontakt volt. Kivizsgálása során a mellkason jelentkeztek új tünetei, melyek a lineáris IgA dermatosis klinikai diagnózisát alátámasztották. A mellkason és a tarkón láttunk apró, csoportosan, körkörös elhelyezkedő, feszes falú, álló hólyagokat.

Az elváltozásból rutin és immunfluorescens szövettani vizsgálat történt, mely a lineáris IgA diagnózisát támasztotta alá. A keringő ellenanyag vizsgálat 1:160-as hígításig pozitív.

A gyermek laborleleteiben enyhén emelkedett AST-n és egy alkalommal észlelt alacsonyabb fehérvérséjt-számon kívül kórosat nem találtunk. Immunglobulin-szintek a normál határokon belül vannak. ANA panel negatív. A hólyagtartalom tenyésztése során egy alkalommal tenyésztett ki enterococcus, melyet a különleges lokalizáció miatt kontaminációként értékeltünk.

A lokális terápia mellett per os 0,5 mg/ttkg/nap dózisú kortikoszteroidot indítottunk a gyermeknél, melynek hatására a hólyagképződés megállt, jelenleg finoman hámló maradványtünetek látszanak.

A lineáris IgA dermatosis differenciáldiagnosztikájában a bullösus impetigo mellett apemphigoid és a dermatitis herpetiformis Dühring jön szóba. Esetünkben a lokalizáció elsősorban lineáris IgA dermatosisnak felelt meg.



4. ábra

Feszes falú, csoportosan elhelyezkedő, tiszta bennékű vesiculák

A kórkép inkább a 2-5 éves korra jellemző, típusos megjelenési helye a glutealis, perioralis régió. Az esetek 60-70%-ában van jelen orális hámiány. Kezelésében a kortikoszteroid mellett a Dapsone jó terápiás hatásáról számolnak be. A betegség jóindulatú, krónikus, de néhány év múlva, legkésőbb a pubertáskorra oldódik.



## KÖNYVISMERTETÉS

Mrowietz Ulrich:

## CYCLOSPORIN IN DER DERMATOLOGIE

GEORG THIEMA VERLAG

Stuttgart, New York, 2003.

ISBN: 3-13-133211

Nincs még egy olyan gyógyszer – a corticoidokon kívül – ami úgy megerősítette volna a bőrgyógyászati terápiát, mint a cyclosporin. A német egyetemi klinikákat reprezentáló szerzők e gyógyszer dermatológiai felhasználását, terápiás indikációit foglalják össze, kitérve a hatásmechanizmus és a farmakológiai hatás adataira is.

A kezelhető bőrgyógyászati kórképek sorát a psoriasis felépítésével foglalkozó fejezet indítja. Az indikációk felsorolását követően a hatásmechanizmus immunológiai vonatkozásai, a terápiás stratégia részletezése és a monitorozás paramétereit követi. E fejezetben a kezelés lehetőségeit is megtalálhatjuk. A gyógyszer mellékhatásai, a kezeléshez kapcsolható terápiás kombinációk részletesen ismertetettek.

A további fejezetek, hasonló didaktikai felépítéssel az ekzémák, elsősorban az atópiás dermatitis, továbbá a hólyagos megbetegedések (többek között a pemphigus, pemphigoid csoport, epidermolysis bullosa aquisita, továbbá a dermatitis herpetiformis Duhring) kezeléséhez adnak gyakorlati paramétereket. A kórképek sorát a pyoderma gangrenosum, vasculitisek, Behcet, lupus erythematosus és dermatomyositis adja. A fejezetek gyakorlati felhasználhatóságát a terápiás alkalmazásra vonatkozó irodalmi adatok összegzését adó táblázatok, a demonstratív klinikai képanyag és az igen részletes irodalmi hivatkozások sora is segíti. A cyclosporint, mint alternatív kezelést az urticaria formái közül elsősorban a krónikus kontinuáló, H1 blokkoló kezelésre nem reagáló esetekben, pozitív autolog szérumtest és bizonyítható autoantitestek jelenlétében ajánlja a szerző. A további fejezetekben a lichen reuber planus, elsősorban az orális megjelenési formák terápiás ajánlásait olvashatjuk.

Az utolsó fejezetek az új konkurens terápiás lehetőségeket, többek között a pimecrolimus, alefacept, az IL2-receptor antitest, anti CD-11a-autoantitest, anti-E-selectin-autoantitest terápiás lehetőségeit, továbbá a cyclosporin hatásmechanizmusát és dozírozási kérdéseit részletezik.

A kötet gyakorló bőrgyógyászok kézikönyveként elsősorban azért használható, mert nem csak a címadó gyógyszer alkalmazását, hanem az alternatív terápiák ismertetésével az érintett kórképek teljes modern kezelési lehetőségét is megismerteti olvasójával.

Temesvári Erzsébet dr.

Sattler G., Sommer B., Hanke C. W.:

## LEHRBUCH DER LIPOSUKTION

Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 2003

ISBN: 3-13-138141-8

A neves szerzői gárdát felsorakoztató könyv a világszerte leggyakrabban esztétikai-sebészi beavatkozást, a liposzekciót tárgyalja.

A témában az eddigiekben kizárólag angol nyelvű munkák születtek, így a könyv kitűnő forrásmunka a téma iránt érdeklődő, európai bőrgyógyászati iskolákon nevelkedett szakemberek számára, hiszen dr. Gerhard Sattler, a könyv első szerzője az eljárás úttörőjének számít Németországban.

A 21 fejezetből álló, számos demonstratív képet és illusztrációt tartalmazó 274 oldalas könyv első fejezete a liposzekciós eljárás történeti előzményei taglalja, kitérve a nemzetközi esztétikai sebészet nagy alakjaira, beleértve a bőrgyógyászokat és a német szakemberek tudományos munkásságát és az utóbbi évek eredményeit, mint az újfajta kanülök és a tumescens technológia alkalmazása. Az eljárással kapcsolatos statisztikai adatokból kiemelendő, hogy az USA-ban az 1990-es 71 632 esetszámmal szemben a beavatkozások száma 2000-re 672 793-ra nőtt, melyek közül 17%-ot férfiakon végeztek el.

Az eljárásnak nem képezi indikációját általános elhízásban a testsúly csökkentése (BMI 30-40 felett), de a mechanikusan zavaró zsírtömeg eltávolításának bizonyos pácienseknél lehet értelme. Az utóbbi években kifejlesztett új, vékonyabb kanülök és a tumescens technika finomítása révén a szöveti traumatizáció jelentősen csökkenthető volt, így a kozmetikai eredmények is sokkal jobbak, így az eljárás kis kockázatú, csaknem 100%-ban jó eredményt adó beavatkozásnak számít az indikáció megfelelő felállításánál.

A könyv 3. fejezetben részletesen ismertetésre kerül a zsírszövet fejlődése, anatómiája és élettana, melyet a 4. fejezetben a tumescens technika részletes definíciója, lokál anesztéziája, infiltrációs technikái, annak lehetséges előnyei és hátrányai, valamint farmakológiai és toxikológiai vonatkozásai és biztonsági előírásai követnek.

Külön fejezetben tárgyalják a szerzők a beavatkozás anesztéziológiai vonatkozásait, a szükséges betegfelvilágosítást, előzetes vizsgálatokat, premedikációt és a posztoperatív fázis tennivalóit is beleértve, majd a tumescencia fiziológiás koncepciója és a sebgyógyulási jellegzetességei is röviden tárgyalásra kerülnek, ezután a műtéti terv kialakításának szentelnek figyelmet, az anamnézis felvételéhez speciális kérdőív kitöltését javasolva.

Az eljárás végezhető csupán esztétikai indikációval, melynek ideális feltételeiről, a betegek kiválasztásáról szintén részletesen olvashatunk. Nem szabad azonban elfeledkezni az orvosi indikációval történő beavatkozásokról sem, mint a zsírszöveti betegségek (pl. Dercum kór), lipodisztrófiák, gynecomastia, lipomák, lipödémák, melyekre a 9. fejezet világít rá, felsorolva az eljárás indikációit és ellenjavallatait is.

Ezek után két fejezet foglalkozik az eljáráshoz szükséges technikai feltételekkel, beleértve a felhasznált eszközöket (pumpák, aspirátorok, hagyományos és vibrációs kanülök), valamint a műtő kívánatos berendezésével, a sterilizációs eljárással és sürgősségi beavatkozásokkal kapcsolatos tudnivalókkal is.

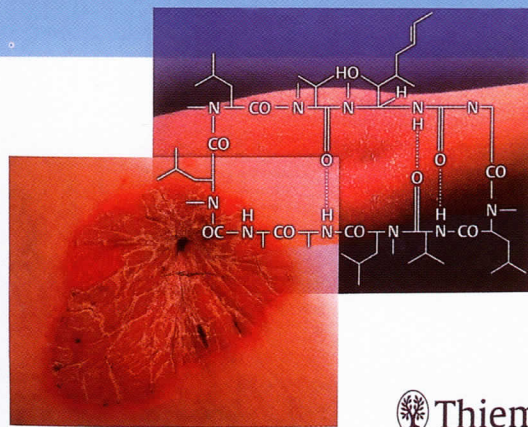
Két önálló fejezet részletezi az általánosan alkalmazni kívánatos, illetve a testtájak szerint speciálisan bevethető operációs technikákat, az adjuváns és szekunder beavatkozási formákat, majd az en-

## Ciclosporin in der Dermatologie

Herausgegeben von Ulrich Mrowietz

Unter Mitarbeit von  
Victor W. Armstrong  
Michael Hertl  
Ulrich Mrowietz  
Karl-Uwe Petersen  
Michael Sticherling

Cord Sunderkötter  
Rolf-Markus Szeimies  
Thomas Werfel  
Christos C. Zouboulis  
Torsten Zuberbier





doszkópos szempontok és az utánkezelés, az eljárás biztonságával foglalkozó tanulmányok ismertetése kerülnek sorra röviden.

Kellő részletességgel olvashatunk a legfontosabb liposzekciós elvekről, a lehetséges komplikációkról és a beavatkozás kockázati tényezőiről, a dokumentáció és archiválás vezető szempontjairól, hiszen az esetek döntő többségében szépségszervi beavatkozásról lévén szó, az azt végző személyzet jogi védelme is biztosítandó. Ennek fényében a lehetséges hibák, úgymint a bőrfelszín egyenetlensége, oldalbeli különbségek, turgor vesztés elkerülésének eszköztárát is megismerheti az olvasó.

Korunk követelményeinek megfelelően nem csak esztétikai sebészként, hanem jó marketing szakemberként is a területen tapasztalható egyre élesedő versenyben a szerzők a praxis kiépítéséhez és gazdaságos üzemeltetéséhez szükséges konkrét tudnivalókat is összegyűjtötték, hiszen ez a szakmai tudás és tapasztalat mellett a siker kulcsa lehet. Ennek megfelelően gazdasági szakkönyvbe illő részletességgel tárgyalják a követhető direkt és indirekt marketing stratégiákat, majd az utolsó fejezetben a betegelégedettség kérdéseit is.

A könyvet kezébe vevő olvasó ezért mindenképpen olvasmányos, könnyen érthető, bőségesen illusztrált munkára számíthat, mely a téma iránt érdeklődők könyvespolcáról nem hiányozhat.

*Kovács János dr.*

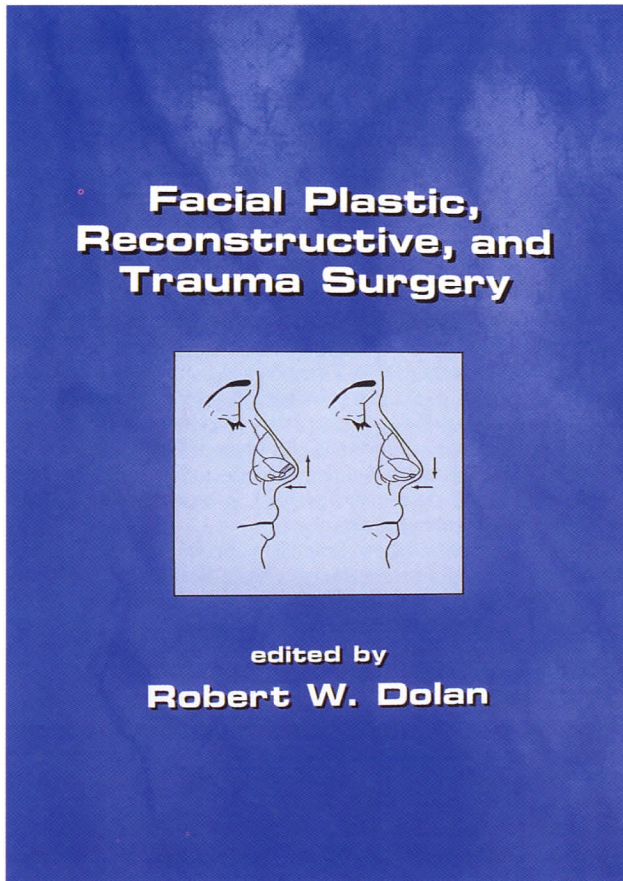
*Robert W. Dolan:*

### **FACIAL PLASTIC „RECONSTRUCTIVE” AND TRAUMA SURGERY**

Marcel Dekker, INC New York, Basel 2004.  
ISBN: 0-8247-4595-7

Az összefoglaló kézikönyv 1067 oldalba sűríti az arc, és a fejbőr területén elvégezhető és elvégzendő sebészi beavatkozások ismertetését.

A bevezető fejezetek a fenti lokalizáció anatómiai paramétereit, a bőr és bőrfüggelékek szövettani és az arc topográfiai felépítését ismertetik. A szerző önálló fejezetet szentel az anesztetikus lehetőségek tárgyalásának, továbbá a sebgyógyulás immunreakciókig lebontott folyamatának és az implantátumok (többek között a fémek, a polimerek és a szintetikus anyagok) ismertetésének.



Az arc lokalizációban megjelenő bőrtumörök sebészi megoldását közel nyolcvan oldalon diagnózisként felosztva olvashatjuk. A klinikai képek és a kapcsolódó szövettani fekete-fehér dokumentációja gyakorlati szempontból nem szerencsés.

A további fejezetek a sebészi megoldások során a különböző régiók lebeny technikáit ismertetik. Az ajak és a szájjad fejlődési rendellenességeinek, valamint a veleszületett craniofaciális rendellenességek sebészi megoldásait további fejezetek részletezik.

Az arcidegek paralízisének sebészi megoldásait, a maxillofaciális protézisek, intraorális és extraorális rehabilitációs lehetőségeit, a dentális implantációs variációkat, az arctraumák, csont fracturák gyermek- és felnőttkori ellátását a további fejezetekből ismerhetjük meg.

A régió plasztikai sebészeti megoldásait a könyv utolsó fejezetei taglalják. A beavatkozások kiegészülnek a dermabrázió, a kémiai „peeling” és lézer terápia indikációk, metodikák és a várható mellékhatások ismertetésével.

Az utolsó fejezetek a hajátültetés, a „face lifting”, a botulinum toxin kezelés metodikáját, indikációit és a várható mellékhatásai sorolják fel.

Az egyes témaköröket részletesen tanulmányozni kívánókat, a fejezeteket lezáró irodalomjegyzék segíti.

A könyv, bár elsősorban sebészeti felhasználásra készült, az ezen anatómiai régióval foglalkozó bőrgyógyászok, szájszabászok, gége-szeknek is számos naprakész tanácsot adhat. (További kiadásoknál biztos megfontolja a kiadó a demonstrációra használt klinikai és szövettani dokumentáció színes közlését.)

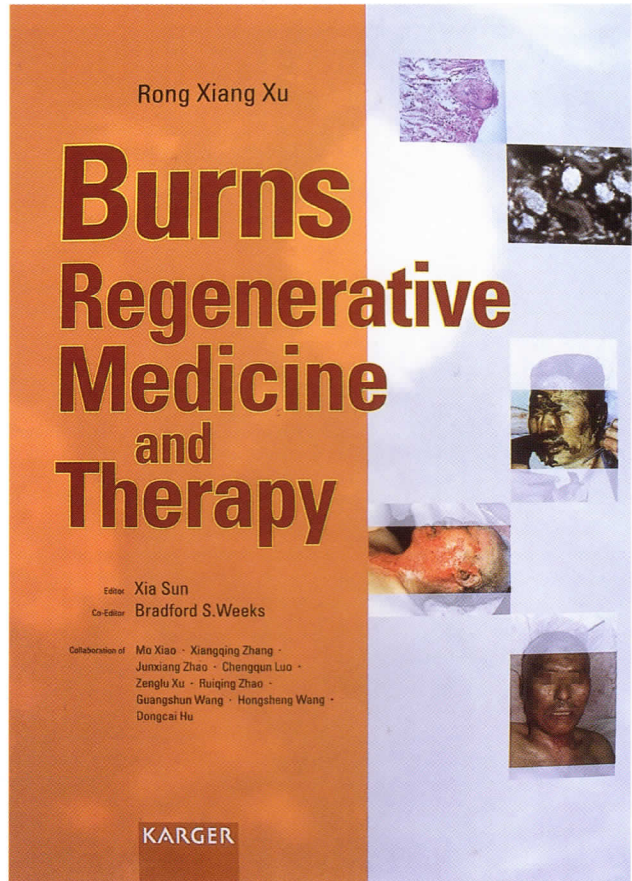
*Temesvári Erzsébet dr.*

*Rong Xiang Xu:*

### **BURNS REGENERATIVE MEDICINE AND THERAPY**

Editor: Xia Sun Co-editor: Bradford S. Weeks  
Karger Basel 2004  
ISBN: 3-8055-7661-7

Szerző és követői új holisztikus szemléletű, és a regenerációra alapozó égéskezelési módszerét mutatja be kísérletes és klinikai tanulmá-





nyokban összehasonlítva a hagyományos módszerekkel is 68 táblázat, és 69 ábra, ill. fénykép segítségével, melyből 39 színes.

Bradford W. Weeks rövid előszavában ismerteti és méltatja a kínai professzor klinikai és kutatói munkásságát, és utal új módszerének hatásosságára. Ugyanő az égésbetegség rövid történeti áttekintését is adja. Ebben kiemeli Xu professzor 1970-ben publikált „égés regeneratív terapiájának (BRT)” nevezett módszerét. Ez integrálja az ún. MEBT/MEBO-t. Ez lényegében az égett seb optimális nedvességekörnyezetét biztosítja speciális kenőccsel. Weeks méltatja főleg a nem teljes vastagságú bőrhalál esetén a MEBO szerepét a debridementben, a regenerációban, miközben nincs fájdalmas kötőszövetes sem.

A MEBT/MEBO alapvetően különbözik a világszerte alkalmazott akadémikus égés-kutatástól. Weeks beszél a Xu által kifejlesztett kenőcs összetevőiről és hatásairól is: 1. fájdalomcsillapító, 2. schockellenes, 3. baktericid, 4. hámrégenerációt segítő, 5. hegeképződést gátló.

A bevezető az összejt-regeneratív módszeréről és a gyógyításban játszott szerepéről, a kínai és a nyugati orvostudomány filozófiájának különbségéről, a különböző szervek regenerációjának kutatásáról kiemelten a bőr regenerációjáról szól.

A következő 5 oldalon a könyv az égés patomechanizmusát, annak fázisait és a gyógyulás fiziológiás és patológias vonatkozásait részletezi.

Elemzi a „nyugati” kimetszés-bőrtranszplantatio, valamint a MEBT/MEBO módszert.

További 4 oldalon tárgyalja az ún. kínai 9-es szabályt az égett felület nagyságának meghatározására, valamint az égés súlyosságának meghatározását is.

A következő 17 oldalon részletesen tárgyalja és színes képekkel illusztrálja a különböző súlyosságú égettek kezelését és azok eredményeit, beleértve a composit keratinocyt-fibroblast autograft kezelést is.

A következő 71 oldalon képekkel és táblázatokkal jól dokumentált kísérletes, klinikai, és patológiai tanulmányokat közöl, vizsgálva és összehasonlítva a hagyományos és a MEBT/MEBO terapia hatásait égésben a különböző élettani paraméterekre (antishock hatás, a seb nedves környezetének fenntartása, insensibilis folyadékvesztés, microcirculatio, haematológiai, immunológiai, csírászáma, sebgyógyulás).

A következő 9 oldalon multicentrikus klinikai kísérletekben számol be a MEBT/MEBO kezelés hatásáról különböző súlyosságú égésekben táblázatokkal és színes képekkel dokumentálva.

A következő 12 oldalon szinte csak színes képekben illusztrálja a MEBT/MEBO kezelés sikereit kiterjedt égésben.

Eztán 3 oldalon értékeli a hagyományos és a MEBT/MEBO terapia hatékonyságát. A conclusioban végezetül 3 oldalon méltatják a kínaiak által felfedezett új módszert.

A könyvet jó szívvel ajánlhatjuk minden égéssel foglalkozónak és minden érdeklődőnek is.

*Bottlik Gyula dr.*

*Karthauss M.:*

### **PILZINFEKTIONEN BEI KREBSPATIENTEN. AKTUELLE ASPEKTE DER DIAGNOSTIK UND THERAPIE INVASIVER MYKOSEN**

3. átdolgozott és bővített kiadás.

Blackwell Verlag 2003.

ISBN: 3-89412-540-3

Az orvostudomány legújabb ismeretei és a rendelkezésre álló, nagyhatású gyógyszereknek (citosztatikumok, immunszuppresszív készítmények) köszönhetően a malignus megbetegedésben szenvedő betegek (hematológiai, onkológiai) túlélése jelentősen megnőtt. Az immunrendszer működését is befolyásoló készítmények alkalmazása azonban magában hordozza az életet veszélyeztető opportunista infekciók gyakoribb előfordulását. A különböző autopsziás leletek eredményei alapján egyértelmű, hogy az invazív, disszeminált mykotikus infekciók száma jelentősen megszorodott. Az immun-kompromittált betegeknél elsősorban az invazív Candida és Aspergillus-speciesek okozta súlyos problémákkal lehet számolni.

A szerzők a harmadik, átdolgozott és bővített kiadásban részletesen leírják a laboratóriumi diagnózis felállításához szükséges lépéseket. Így a mintavételtől az egyes módszerek értékeléséig található a klinikus hasznos útmutatót (1. és 2. fejezetek).

A gyógyszeres prevenció kérdését részletezi a harmadik fejezet, míg a következő és egyben leghosszabb fejezetben a már kialakult egyes infekciók kezelését veszik sorra a szerzők. Különösen hasznos a klinikus számára, hogy a szervi lokalizáció klinikai tünetegyüttesét is ismertetik a szükséges kivizsgálási eljárásokkal és alkalmazható terápiával együtt. A könyv egyik érdeme, hogy kiemelten foglalkozik a kemoterápiában részesült betegeknél kialakuló neutropenia és következményes infekció kérdésével (tünetek, diagnosztika, kezelés).

Az utolsó fejezetben az antimykotikus hatású hatóanyagokkal részleteiben ismerkedhet meg az olvasó. Összességében a könyv tanulságos és hasznos olvasmány nem csak a speciális területen dolgozó, hanem a különböző szakterületet művelő orvosok számára is, mivel bármikor konfrontálódhatunk ezen betegségek kezdődő klinikai tüneteivel.

*Várkonyi Viktória dr.*

*Callen Jeffrey P., Paller Amy S., Greer Kenneth E., Swinyer Leonard J.:*

### **COLOR ATLAS OF DERMATOLOGY 2nd edition**

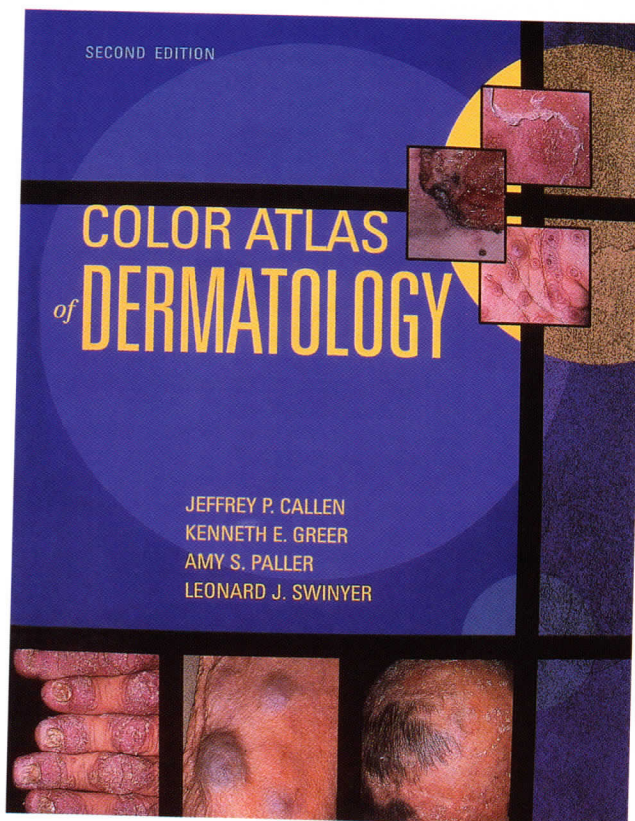
W. B. Saunders Company – Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Toronto 2000.

ISBN: 0-7216-8256-1

A bőrgyógyászati atlaszok népszerűsége napjainkig töretlen. Ezt érdemben nem befolyásolták – csökkentették – a különböző elektronikus demonstrációs lehetőségek. Duhring híres Atlas of Skin Diseases (1876–1880) munkája óta számos ilyen mű látott napvilágot.

Az atlasz első kiadása rendkívül sikeres volt, így került sor a második kiadás megjelentetésére. Ebben a kötetben a képek jelentős részét új fotókra cserélték ki és számukat növelték. A szerzők munkájuk előszavában reményüket fejezték ki, hogy a gyakorló orvosoknak talán segítséget nyújtanak a diagnózis könnyebb felállításához és így a hatékony kezeléshez. A szöveg tömörítésére – differenciál diagnózist megkönnyítő táblázatok és képaláírások – és minél több kép közlésére törekedtek.

A könyv első fejezetében az elváltozások morfológiáját, alakzatát és lokalizációját foglalják össze röviden. A második legterjedelmesebb rész – 12 fejezetben – a primer jelenségeket és a másodla-





gos laesiókat igen gazdag, jó minőségű képekkel demonstrálja. A harmadik rész a tüneteket konfiguráció szerint – annuláris, girált vagy serpiginosus, csoportos, ill. herpetiformis, retikuláris – csoportosítja. A könyv utolsó hat fejezetében a bőrtünetek lokalizációjával és testtájuk szerinti predilekciójával foglalkozik. Így a generalizált, fényexpozíciónak kitett, hajlati és genitális, kezeken és lábakon elhelyezkedő elváltozások, köröm, haj és hajas fejbőr, az ajak és szájnálkahártya típusos megbetegedései kerülnek bemutatásra.

A bibliográfia 11 nagy összefoglaló munkát sorol fel, melyek döntően az utóbbi években jelentek meg.

Két függelék egészíti ki a könyvet, amelyek a fertőzéses eredetű, valamint a cutan malignitások képeinek visszakeresését könnyítik meg.

A 395 oldalas atlasz képanyaga – kizárólag színes fotók – kiváló minőségű.

A könyvet nemcsak gyakorló bőrgyógyászok, hanem egyéb szakterületen dolgozó kollégák is haszonnal forgathatják, segítséget kapva betegeik diagnosztizálásához és ismereteik bővítéséhez.

*Ablonczy Éva dr.*

*Hans-Jürgen Tietz, Wolfram Sterry:*

#### ANTIMYKOTIKA VON A-Z

Klinik und Pharmatologie auf ein Blick

Thieme Verlagsgruppe

ISBN: 3-13-137793-3

A könyv szerzői Hans-Jürgen Tietz a Gombabetegségek Intézetének egyetemi tanára, és Wolfram Sterry, a Bőrgyógyászat, Venerológiai és Allergológia Klinika (Charité Humboldt Egyetem) egyetemi tanára.

A harmadik kiadáshoz írt előszóban Hans-Jürgen Tietz előrevetíti az újdonságokat, melyek a korábbi kiadás bővítését, átdolgozását szükségessé tették, nevezetesen az újonnan térhódító kórokozók és az új antimikotikumok megjelenése.

A kézikönyv három nagy fejezetet tartalmaz.

Az első fejezet három fő alfejezetből áll. Az első összefoglalja a forgalomban levő antimikotikumokat gyári neveik szerint alfabetikus sorrendbe, felsorolva az azt tartalmazó gyári készítményeket, így segítve az eligazodást a gyógyszergyári termékek dzsungelében. Az 1.3 fejezetrész a gyógyszer alapanyagoknak a hatóanyagait tárgyalja, különös tekintettel azok hatásmechanizmusára és hatásspektrumára. A napi klinikai gyakorlat számára az alapanyagokat a felhasználási területük feltüntetésével együtt is megtaláljuk ebben a fejezetben, szintén alfabetikus sorrendben.

A második fejezet részletes tárgyalását adja tíz szisztémás antimikotikumnak az Amphotericin B-től a Voriconazolig megadva a farmakológiai tulajdonságokat, hatásspektrumot kórokozók szerint, a felhasználási területet, kontraindikációt, interakciókat stb., tehát minden fontos tudnivalót a gyógyszer alkalmazásához. Hasonló alapossággal és rendszer szerint tárgyalja a lokális antimikotikumokat is.

A harmadik fejezet a nehezen kezelhető gombás fertőzésekhez ad terápiás útmutatót. Itt tárgyalják a szerzők az onychomycosis, mycosis capitis, a gombás vulvovaginitis és a szisztémás mikotikus fertőzések kezelését. Az utolsó alfejezet az Európán kívül előforduló szisztémás fertőzésekről és más ritka mikózisokról szól.

A könyv a gyakorlat számára készült, így a klinikum bármely területén haszonnal forgatható.

*Podányi Beáta dr.*

*Lebwohl Mark, Heymann Warren R., Berth-Jones John, Coulson Ian (editors):*

#### TREATMENT OF SKIN DISEASE

Comprehensive therapeutic strategies

Mosby London-Edinburgh-New York-Philadelphia-

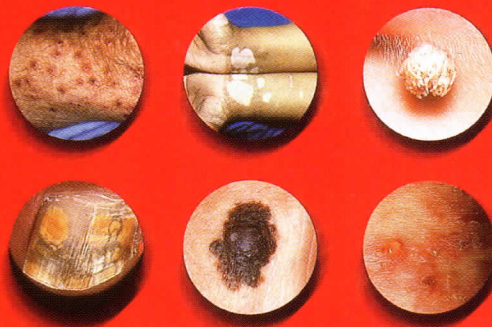
St. Louis-Sidney-Toronto 2002.

ISBN: 0-7234-3198-1

A könyvben – amely a 2002. évi kiadás változatlan újrajrnyomása – a diagnosztikus és a hozzájuk tartozó kezelések alfabetikus sorrendben szerepelnek; acanthosis nigricanssal kezdődve és a yellow nail synd-

# Treatment of Skin Disease

Comprehensive therapeutic strategies



Edited by **Mark Lebwohl, Warren R Heymann, John Berth-Jones and Ian Coulson**

**M** Mosby

romával befejezve. Összesen 213 kórkép, ill. tünetegyüttes kerül tárgyalásra azonos szerkesztési elvekkel.

A kötet elkészítésében 231 szerző vett részt. A szerzők szakterületük kiemelkedő személyiségei, az adott kórkép klinikumának és kezelésének szakértelműi.

Minden diagnózist a kórkép rövid leírása vezet be egy jellegzetes színes fotóval illusztrálva. Ezt részletesebb intézkedési elvek, majd a szükséges specifikus vizsgálatok ismertetése követi. A kezeléseket első, második és harmadik vonalbeli terápiaként csoportosítják. A szerzők a különböző terápiákat A-tól E-ig jelölik, aszerint, hogy klinikailag kettős vak tanulmány, 20 feletti, ill. 20 alatti betegnél, legalább 5 esetben támasztották alá a hatékonyságot vagy csak egy-egy publikáció jelent meg a kezelési próbálkozásról.

Az áttekintést elősegíti, hogy a speciális vizsgálatok, az első, második és harmadik vonalbeli kezelések a különböző színű háttérből jól kiemelkednek. Minden kórképnél a szerzők közlik a legfontosabbnak tartott bibliográfiai adatokat, amelyek a klinikummal, kivizsgálással és a kezelésekkal foglalkoznak. Az irodalom után néhány sorban összefoglalják az adott cikk mondanivalóját és a ritkábban használt, egyéni terápiákat is ismertetik.

A kitűnően szerkesztett, elegáns kivitelű kötet – 693 oldalon – nagymértékben segíti a bőrgyógyászok tájékozódását a különböző kezelési lehetőségekben. A könyv olvasása szakorvosjelöltek felkészülésében is rendkívül hasznos.

*Ablonczy Éva dr.*

*Balajthy T. dr., Békési L. dr., Duray É. dr., Gyovai G. dr., Huszák A. dr., Mérei Gy. dr., Nyirkos P. dr., Sikos G. dr.*

*Főszerkesztő: Nyirkos Péter dr.*

**A SZÉPSÉG ORVOSI SZEMMEL**

Melánia Kiadó Kft., Budapest 2002.

ISBN: 963-9106-68-2

A könyv nyolc szerző munkájaként multidiszciplinárisan foglalkozik a szépség háttérében álló orvosi fogalmak tisztázásával. Dicsé-



rendően bevallott célja a bőrgyógyászat és a társult területeknek, orvosi diplomával nem rendelkező, de a témában helyenként igen jártos olvasóközönség tájékoztatása. Ezt igen magas színvonalon, elkötelezettség nélkül, határozott véleménynyilvánítás formájában teszi meg. A könyv az effajta munkákra leselkedő csapdák legfontosabbikat, a félreértelmezett tapintat miatti kényes kérdésekben határozatlan állásfoglalást sikeresen elkerülte. Egyes válaszok kap az olvasó a médiában előforduló számtalan tévhit, mint például a Candida törzsek betegség okozó szerepe, természetgyógyászati szerek egyes formáinak alkalmazásai kérdésében. A könyv a bőrgyógyászok számára is számos tekintetben hordoz új információt két tekintetben is. Egyrészt a nem szigorúan vett bőrgyógyászati kérdéseket, mint plasztikai sebészet, belgyógyászat, diétetika, sportélettan témáját is felöleli, másrészt olyan kérdésekre is választ ad, amelyek nem tartoznak sem a graduális, sem a posztgraduális orvosképzés tematikájában. Ily módon segít eligazodni a betegek által a szakorvosnak, háziorvosnak gyakran fölvetett, ám sajátos módon a fenti képzési hiátusok miatt amúgy nem könnyen megválaszolható kérdésekben. Az effajta témában és célközönségnek szánt könyvektől elvárhatóan igen magas színvonalon rengeteg színes képpel illusztrált kiadvány pontos eligazodást biztosít a szakorvostól a laikus olvasóig széles közönségnek.

A könyvnek egyetlen igazi hátránya, hogy a manapság jelentős számban szaporodó bőrdaganatokról mindössze két hasámban tesz említést. Ez a betegcsoport nemcsak gyakoriságánál, hanem klinikai lefolyása miatt is ennél jelentősebb figyelmet érdemel. Tartok tőle, hogy ez az aránytalanság pusztán a laikus társadalom jelenlegi érdeklődésének, ismereteinek leképezése, amennyiben a bőr pH-értéke közismert, ám melanomában évente nagy számban halnak meg betegek a késői felismerés miatt. Annál is fontosabb ezen terület kiterjedt tárgyalása, mivel a betegek daganatok kérdésében gyakran tájékozódhatnak az internet különböző oldalairól, ahol azonban az információk vagy túl szakszerűen – ezáltal érthetetlenül –, vagy nagyon felületesen, a lényeg elmulasztásával jelennek meg. A fentiek hiánya magyarázható azzal, hogy a daganatos kórképek ugyan nem tartoznak feltétlenül szépség orvosi tárgykörébe, ám a célközönség által gyakran felvetett naevusok kérdése feltétlenül. Utóbbiak jóval nagyobb kép- és szöveggennyaggel érdemeltek volna említést, illetve ellenpéldaként egy melanoma bemutatása is a könyv amúgy igen magas színvonalát tovább emelte volna.

Fentiek mellett a főszerkesztő bőrgyógyász szakképzettsége ellenére a könyv egészséges mértékűtárossal balanszíroz a társszakmák, plasztikai sebészet, szemészet, fogorvosstan, szülészet-nőgyógyászat között, sőt kozmetikai kérdésekben is tájékozódhatunk. Emellett a munka külön értéke, hogy lektorságát Dobozy professzor úr vállalta, ezáltal is nyomatékosítva a téma fontosságát, és a munka magas szakmai színvonalát. Nem utolsósorban a könyv kifejezetten olvasmányos, érthetően tagolt, gyönyörűen illusztrált, így meleg szívvel ajánlom mindenkinek!

*Wikonkál Norbert dr.*

*Marks Jr. James G., Elsner Peter, Deleo Vincent A.:*

## **CONTACT & OCCUPATIONAL DERMATOLOGY**

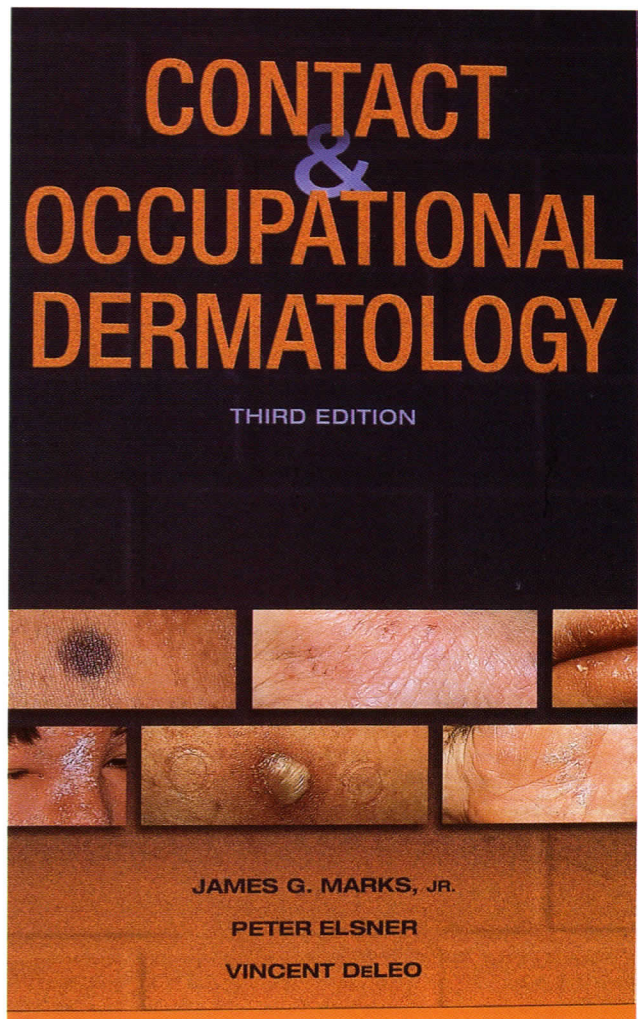
Third edition

Mosby St. Louis-London - Sidney - Toronto 2002.

ISBN: 0-323-01473-9

A gyakorlatban jól használható könyv nagy sikere miatt került sor a harmadik kiadásra, melyet aktualizáltak, up-to-date információkkal kiegészítettek és friss irodalmi adatokkal bővítettek.

A 431 oldalas kötet tematikailag négy nagy részre és ezen belül 17 fejezetre oszlik. A könyv első része az allergiás és irritatív kontakt dermatitist, a rátevési próbák metodikáját és a különböző testtájékat kontakt dermatitist tárgyalja. Egy fejezet külön foglalkozik a betegek anamnézisérvételével, hangsúlyozva annak rendkívül időigényes voltát. A szerzők javasolják az általuk öt oldalban kidolgozott igen részletes körtörténetre, bőrgyógyászati státusra, epikutan



próbákra, kezelésre, életmódbeli változtatásra tett javaslatot is magában foglaló séma alkalmazását a bőrgyógyász kollégák munkájának megkönnyítésére, egységesítésére.

A következő rész az allergéneket ismerteti részletesen. Külön fejezetet szentelnek a standard allergéneknek, konzerváló és vivőanyagoknak, kozmetikumoknak és illatanyagoknak, gyógyszereknek, fotoallergéneknek, növényeknek és végül a különféle vegyes allergéneknek.

A könyv harmadik része a foglalkozási bőrbetegségekkel foglalkozik. A foglalkozási kontakt dermatitisben szenvedő betegeknél részletezik a megelőzés, terápia és a rehabilitáció kérdését. A könyv összefoglalja számos munkakörben – mezőgazdaság, elektronikai ipar, fogászat, élelmiszer ipar, virágkötészet, fodrászat, háztartás, egészségügy, irodai munka, nyomdász, textilipar stb. – a leggyakrabban szenzibilizáló anyagokat.

A kötet legrövidebb két fejezete a kontakt urticariát és a gyermekkori kontakt dermatitist tárgyalja.

A könyv használatát megkönnyíti a nagyszámú táblázat, a legfontosabb mondanivaló kiemelten, keretben való megjelölése és a minden fejezetben megtalálható bőséges, friss irodalom közlése. A kötetet 70 színes fénykép illusztrálja, amelyek a rátevési próbák eredményeit, különböző lokalizációjú és eredetű kontakt dermatitiseket és a legfontosabb szenzibilizáló növényeket is bemutatják.

A rendkívül gyakorlat orientált, méltán nagyszerű könyvet nemcsak a bőrgyógyászok, hanem a foglalkozás-egészségügyi orvosok és családorvosok is haszonnal forgathatják.

*Ablonczy Éva dr.*



## Jegyzőkönyv

### A Magyar Dermatológiai Társulat vezetőségi üléséről

2003. szeptember 18. Szeged, Vándorgyűlés

#### Jelenlévők:

Prof. Dr. Horváth Attila (elnök), Dr. Juhász István (főtitkár), Dr. Kovács János (pénztáros), Prof. Dr. Hunyadi János (korábbi elnök), Prof. Dr. Kemény Lajos (korábbi főtitkár), valamint Prof. Dr. Baló J. Mátyás, Dr. Dénes Márta, Prof. Dr. Farkas Beatrix, Prof. Dr. Horváth Irén, Dr. Károlyi Zsuzsanna, Prof. Dr. Kárpáti Sarolta, Dr. Korom Irma, Dr. Marschalkó Márta, Dr. Morvay Márta, Dr. Oláh Judit, Prof. Dr. Schneider Imre, Dr. Somlai Beáta, Prof. Dr. Temesvári Erzsébet, Prof. Dr. Török Éva, Prof. Dr. Török László vezetőségi tagok.

#### Az ülésről kimentette magát:

Dr. Battyáni Zita, Prof. Dr. Daróczy Judit, Prof. Dr. Dobozy Attila, Prof. Dr. Husz Sándor (alelnök), Dr. Nebenführer László, Dr. Simon Gyula (korábbi pénztáros), Prof. Dr. Simon Miklós, Dr. Várkonyi Viktória.

#### A vezetőségi ülés napirendi pontjai:

1. Beszámoló a Magyar Dermatológiai Társulat közhasznú szervezetként történt nyilvántartásba vételéről. A tagnyilvántartás korszerűsítésének helyzete, aktuális taglétszám. Dr. Juhász István
2. Beszámoló a 2004-es EADV Spring Symposium szervezéséről. Prof. Dr. Horváth Attila, Prof. Dr. Kárpáti Sarolta.
3. Tagdíjfizetések helyzete, beszámoló a beérkezett tartozásokról. Dr. Kovács János.
4. Beszámoló a 2003. évi Nagygyűlés szervezéséről, felkérés posztgraduális továbbképző előadások témáinak, előadóinak kijelölésére. Prof. Dr. Horváth Attila.
5. Beszámoló a DDG berlini kongresszusáról (2003). Prof. Dr. Farkas Beatrix.
6. Az MDT új, pszicho-dermatológiai munkacsoportja létrehozásának terve. Prof. Dr. Török László.
7. Az MDT-honlap tervezett angol nyelvű bővítéséről. Dr. Juhász István.
8. Felterjesztések tiszteletbeli tagságra, egyebek.

#### 1. napirendi pont:

**Beszámoló a Magyar Dermatológiai Társulat közhasznú szervezetként történt nyilvántartásba vételéről. A tagnyilvántartás korszerűsítésének helyzete, aktuális taglétszám.**

*Dr. Juhász István*

**Prof. Dr. Horváth Attila** elnök úr köszönti a megjelenteket, átadja a szót a főtitkár úrnak. **Dr. Juhász István** főtitkár úr beszámol arról, hogy a Fővárosi Bíróság az MDT 2003. március 28-i közgyűlésén elfogadott alapszabály-módosítást elfogadta, és a Magyar Dermatológiai Társulatot 2003. május 6-tól közhasznú szervezetként vette nyilvántartásba. A végzés 15 nap után jogerőre emelkedett.

Kidolgozta a tagdíj-nyilvántartási rendszer korszerűsítésének egy lehetséges módját. Egy olyan on-line nyilvántartási rendszer kiépítését tervezte, mely mind a budapesti, mind a debreceni (vidéki) titkárságának naprakész, pontos információt nyújthatna a díjfizetési állásáról, az aktuális taglétszámáról, a beérkezett összegekről, kimutatók készítésére, illetve címzésére is alkalmas lenne. Ennek a létrehozásához kért árajánlatot a Marsnet-től, mely 292 000,- Ft+Áfa-ról szól, a havi díja az on-line nyilvántartási rendszernek pedig 4000,- Ft+Áfa üzemeltetési díj lenne.

**Horváth professzor úr** jó ötletnek tartja, de a Társulat jelenlegi anyagi helyzete nem enged meg egy ilyen jellegű és ekkora mértékű kiadást. Ígéri, hogy a későbbiekben vissza fog térni erre a lehetőségre.

**Főtitkár úr** ismerteti a tagdíjfizetések jelenlegi állását, majd Prof. Dr. Baló J. Mátyás főorvos úr kérdésre elmondja, hogy a tartozók között jogi személyek nincsenek. Főtitkár úr szerint az év elején a tagdíjtartozások visszamenőleges befizetéséért indított kampány sikeres volt, adatai alapján – csak a 3 évre visszamenőleges tartozások befizetéséből 366 eFt bevétele származott a Társulatnak.

A vezetőség a beszámolót 1 tartózkodással elfogadta.

#### 2. napirendi pont:

**Beszámoló a 2004-es EADV Spring Symposium szervezéséről.**

*Prof. Dr. Horváth Attila, Prof. Dr. Kárpáti Sarolta*

**Prof. Dr. Kárpáti Sarolta** elmondja, hogy az EADV Spring Symposiummal egyidőben *kerül megrendezésre* az SID kongresszusa az Egyesült Államokban, és *ez bizonyos nehézségeket jelent majd a szervezésben.*

**Prof. Dr. Kemény Lajos** elmondja, hogy kevés a támogató szponzor, kéri a vezetőség tagjait, hogy aki tud, segítsen ebben.

**Prof. Dr. Horváth Attila** szerint az előzetes számítások alapján még nem lehet tudni, hogy a kongresszus nyereséges lesz-e. Ez attól függ, hogy hányan vesznek részt a kongresszuson. Ha mégis nyereséges lenne a kongresszus, akkor az EADV és Horváth professzor úr által kötött szerződés értelmében a teljes nyereség 30%-a illeti a Társulatot. Magyaroknak a regisztráció 50 euro lesz. Bizonyos cégek már jelezték, hogy magyar résztvevőket szeretnének szponzorálni. **Kemény professzor úr** kérdésére elmondja, hogy a veszteségből viszont nem visel az MDT terheket, tehát csak a nyereségen osztoznak az EADV-vel, a veszteségen nem.

**Török professzor úr** kérdésre elmondja, hogy a veszteséget valószínűleg az EADV fogja megfinanszírozni. Azt tapasztalta, hogy a „keleti oldalról” nagyobb az érdeklődés, ukránok, oroszok is jelezték már részvételi szándékukat. A redukált részvételi díjjal jelentkezők száma nagy lehet, mely szintén okozhat anyagi problémákat.

**Prof. Dr. Schneider Imre** javasolja a lobbizás fontosságát, hogy minél többen tudjanak az EADV Spring Symposiumról és felhívja a figyelmet arra – *bár feltételezi ez már megtörtént –*, hogy a Spring Symposium ideje és ténye kerüljön be a külföldi lapokba is.

**Kárpáti professzor nő** elmondja, hogy már több nemzetközi lapban meghirdették a kongresszust, a hirdetések megjelenés előtt állnak.

**Juhász főtitkár úr** javasolja a vezetőség tagjainak, hogy ha nemzetközi kongresszuson járnak, vigyenek magukkal szóróanyagot a Spring Symposiumról.

Erre reagálva **Horkay professzor nő** elmondja, hogy a Photodermatológiai Kongresszuson nagyon érdekelte a résztvevőket a kongresszus, jól jöhetett volna valamilyen információs anyag.

**Dr. Oláh Judit** is kért ebből az információs anyagból, az EADO kongresszusra vinne belőle. *A vezetőség megegyezik abban, hogy ha elkészültek az információs anyagok, akkor minden vezetőségi tag fog kapni belőle, aki kér, hogy tudja népszerűsíteni a tavaszi symposiumot.*

**Prof. Dr. Kárpáti Sarolta** elmondja, hogy a korai regisztráció *határidejeként* a MOTESZ december 15-ét javasolta, a késői regisztráció *határidejeként* pedig március 30-át *jelölte meg.* A tudományos szervező bizottságnak január 15-ig kell eldöntenie, hogy melyik absztrakt *kerül elfogadásra.*

**Hunyadi János professzor úr** javasolja, hogy december 15-e után legyen magasabb a regisztrációs díj, így talán többen jelentkeznek korábban. A jelentkezők számától függően talán könnyebb lenne szponzorokat keresni, és a várható bevétel is tervezhetőbb lenne.

**Prof. Dr. Kemény Lajos:** a betegbemutatók kiválasztásáról



még nem született döntés, javasolja, hogy otthon mindenki az absztraktok alapján készítsen egy referencia listát, majd ennek eredménye alapján döntsön a szervező bizottság.

**Horváth professzor úr:** Egy korábbi vezetőségi ülés döntése volt, hogy mos Szegezen kerüljenek kiválasztásra a betegbemutatók. Javasolja, hogy olyan klinikusok kerüljenek be a bíráló bizottságba, akik hosszú évek tapasztalatával rendelkeznek.

*A vezetőség döntése alapján pontozás alapján döntenek a vezetőségi tagok, a 24 legtöbb pontot elérő betegbemutató kerül be a Spring Symposium betegbemutatói közé. A szavazólapokat szeptember 26-ig kell a főtítkárról eljuttatni.*

### 3. napirendi pont:

**Tagdíjfizetések helyzete, beszámoló a beérkezett tartozásokról.**

*Dr. Kovács János*

Dr. Kovács János pénztáros beszámol, hogy szeptember 18-ig 580 fő fizetett tagdíjat, ebből 2 882 500,- Ft bevétele származott az MDT-nek. Többet befizettek a korábbi évek elmaradásait is, ebből, ahogy a főtítkárról is említette, közel 400 eFt bevétele származott az MDT-nek. Az EADV tagdíj önrészét a vezetőség tagjai közül eddig 22 fő fizette be. A 4. Szemle számból várható bevétel kb.: 2 300 000,- Ft.

*A pénztáros beszámolóját a vezetőség egyhangúlag elfogadta.*

### 4. napirendi pont:

**Beszámoló a 2003. évi Nagygyűlés szervezéséről, felkérés posztgraduális továbbképző előadások témáinak, előadóinak kijelölésére.**

*Prof. Dr. Horváth Attila*

**Prof. Dr. Horváth Attila:** a Nagygyűlésre történő előadás bejelentés határideje november közepe. Továbbképző jellegű előadásokra kér javaslatot, eddig egy szponzorált előadás van. A vezetőségnek kell döntenie arról, hogy marad-e a korábbi év tendenciája, miszerint a fiatalok adnak elő. Javasolja, hogy 20 percnél ne legyen hosszabb egy előadás sem. A regisztrációs díj 9500,- Ft, nyugdíjasoknak ingyenes. Vendégek csak a tiszteletbeli tagok lesznek.

**Kemény professzor úr** javasolja, hogy legyen két olyan előadás, amely a bőr immunrendszerével foglalkozik. Az egyik ilyen előadásra Gyulai Rollandot, a másikkra Koreck Ildikót javasolja.

**Kárpáti professzor nő** szerint a budapesti Bőrkinikán tapasztaltak alapján *kedvezőtlen a bőrgyógyászati autoimmun kórkepek felismerése és kezelése, lehetne továbbképző előadásokat szervezni e témában is.*

**Farkas professzor nő** javaslata egy olyan előadás, mely a lézeres beavatkozásokkal kapcsolatos megoldásokra ad nagyobb betekintést. Baló professzor úr témajavaslata a phlebológia és a lábszárfehély.

**Horváth professzor úr** kéri a vezetőséget, hogy szeptember 26-ig küldjék el számára a javasolt továbbképző előadásokat.

*A vezetőség a beszámolót egyhangúlag elfogadta.*

### 5. napirendi pont:

**Beszámoló a DDG berlini kongresszusáról (2003).**

*Prof. Dr. Farkas Beatrix*

**Prof. Dr. Farkas Beatrix** elmondja, hogy a kongresszus egyórás kérésrel kezdődött, 11 magyar előadás hangzott el. Összességében sikeres volt a kongresszus.

A 2004-es DUDG konferencia Pécsen kerül megrendezésre, augusztus 27-29. között. Kéri a vezetőséget aktív részvételre, és az MDT anyagi támogatását is, ugyanis a DUDG magyar kasszájában nincs pénz. A kongresszus idejére a szállodai helyek és a futballpálya természetesen le vannak foglalva. Szeretné, ha a kongresszus ideje alatt lenne egy olyan lézerekurzus, amely oklevelet ad. Berlinben úgy döntöttek, hogy nemcsak a német, hanem más német anyanyelvű (osztrákok, svájciak) kollégák is kapnának meghívót. A résztvevők várható létszáma 300-350 fő. Jogi problémák miatt még

nincs eldöntve, hogy a németeknek, osztrákoknak ingyenes lesz-e a részvétel.

**Horváth professzor úr** szeretne egy előzetes költségvetést látni a kongresszusról, így könnyebben tud mérlegelni a támogatás mértékéről.

**Kemény professzor úr** javasolja, hogy a futballpálya ügyében a szervezők keressék meg a Novartist, ugyanis Lillafüreden is ők állták a futballpálya minden költségét. Ezen kívül más, német gyógy-szergyártó cégeket lenne érdemes megkeresni.

**Prof. Dr. Baló J. Mátyás** felajánlja a Fekete Zoltán Alapítvány anyagi segítségét (500 eFt). *A segítséget a vezetőség, két ellenszavazattal, elfogadta.* Török professzor úr javasolja, hogy gesztusként a németek felé valami legyen ingyenes. Baló főorvos úr elmondja, hogy csak a magyaroknak kellene részvételi díjat fizetni, a németeknek nem.

**Horváth professzor úr:** a kiindulási összeg tehát a Fekete Zoltán Alapítvány támogatása és a magyar résztvevők részvételi díja.

### 6. napirendi pont:

**Az MDT új, pszicho-dermatológiai munkacsoportja létrehozásának terve.**

*Prof. Dr. Török László*

**Török László professzor úr** elmondja a vezetőség tagjainak a munkacsoport létrehozásának előzményeit. Egyre nagyobb a szerepe a pszichoszomatikus szemléletmódnak a bőrgyógyászatban is. A munkacsoporthoz csatlakoznának bőrgyógyászok, pszichoterapeuták, távlati célja a munkacsoportnak, hogy más nemzetközi munkacsoportokhoz csatlakozzanak. Az új munkacsoport szeretne a Nagygyűlésen önálló (2 órás) programként megjelenni, melynek alkalmával bejelentenek megalakulásukat. Azt tapasztalja, hogy már van érdeklődés a munkájuk iránt. Török professzor úr a pszicho-dermatológiai munkacsoport létrehozásához kéri a vezetőség támogatását.

*A vezetőség Török professzor úr javaslatát elfogadta, a támogatást megadta.*

**Prof. Dr. Horváth Attila** szerint lehetőség van egy ilyen munkacsoport megalakulására, de a két órát soknak tartja. Javasolja, hogy a munkacsoport alakuljon meg egy óra alatt.

**Schneider Imre professzor** javasolja, hogy a két óra legyen meg-bontva. A vezetőség ezt jó megoldásnak tartja. A szervezők megvizsgálják a lehetőségeket.

**Juhász főtítkárról** javasolja, hogy legyen az egyik orvos-továbbképző előadás témája a pszicho-dermatológia, ez szolgálna mintegy kedvező felvezetésül a többi előadást tartalmazó blokkhoz.

### 7. napirendi pont:

**Az MDT Honlap tervezett angol nyelvű bővítéséről.**

*Dr. Juhász István*

**Juhász főtítkárról** Kemény professzor úr kérdésére elmondja, hogy továbbra is a Marsnet maradt az MDT internetes szolgáltatója. Ám nem nagyon vannak különbségek, a szolgáltatás színvonala viszont hosszú távon jó. Tervezi hírlevél rendszeres megjelentetését. Hamarosan megkezdte működését a honlap angol nyelvű oldala, melyet folyamatosan fog megtölteni információval. Sajnos az egyetemi klinikák még mindig nem küldték be az osztályok történetét, így sajnos foghíjas a történeti rész. Kéri további osztályok történetét magyarul, amelyet az MDT fordít le.

**Baló főorvos úr** kérdezi, hogy a Roche most is finanszírozza-e a honlapot?

**Kemény professzor úr** szerint a Roche egyszeri befizetése a honlap indításakor 2 évre szólt, ez pedig már letelt.

*A beszámolót a vezetőség egyhangúlag elfogadta.*

### 8. napirendi pont:

**Felterjesztések tiszteletbeli tagságra, egyebek**

**Prof. Dr. Horváth Attila** az MDT tiszteletbeli tagjának terjeszti föl a csehországi Prof. Dr. Jana Hercogova-t és a romániai Prof. Dr.



Dan Forsea-t. A vezetőség titkos szavazásának eredménye: Prof. Dr. Hercegovna 18 igen és 1 nem szavazat, Prof. Dr. Forsea 15 igen és 4 nem szavazat. Így mindketten az MDT tiszteletbeli tagjai lettek, a kitüntetést a Nagygyűlésen fogják megkapni.

**Horváth professzor úr:** Új könyvelője van az MDT-nek, a korábbi könyvelés anyagát átvizsgálja törvényességi szempontból. Könyveléstechnikai problémákat okozhatnak a számla ellenében történő kifizetések. Professzor úr szerint mérlegelni kell, hogy az MDT a jelenlegi anyagi helyzetben ne fizessen költségtérítést a szerkesztőknek és a cikkíróknak. Kéri a vezetőség hozzájárulását, hogy felfüggesztesse a számla ellenében történő költségtérítést, míg a pénzügyi vizsgálat nem rendeződik. Javasolja, hogy mostantól ezt a gyakorlatot szüntesse meg a Magyar Dermatológiai Társulat, és később – a pénzügyi vizsgálat befejezése után, és ha anyagilag a Társulat megengedheti – minden hivatalosan működik, a Társulat szerződést kössön a cikkírókkal és a fizetendő adók és járulékok ezután a szerzőket terheljék.

**Juhász főtitkár úr** javasolja, hogy az állandó főszerkesztő és szerkesztő is kapjon fizetést, vagy vállalkozással szerződjön az MDT-vel, ezt az alapszabály nem tiltja.

**Prof. Dr. Temesvári Erzsébet** főszerkesztő asszony elmondja,

hogy a szerkesztővel együtt, az MDT vezetősége által megszavazott, számla ellenében kapott költségtérítést nem veszik igénybe. A Szemlében folyamatos a cikkihiány, pedig a Magyar Dermatológiai Társulatnak a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle hirdetéseiből van a biztos bevétele: az idén az ez ideig megjelent számokból a következő bruttó bevételek jelentkeztek:

1. szám:	3 106 250,- Ft
2. szám:	3 193 750,- Ft
3. szám:	2 479 000,- Ft
4. szám:	2 306 250,- Ft

A vezetőség elfogadta a számla ellenében történő költségtérítések átmeneti felfüggesztését.

**Horváth Attila elnök úr** megköszöni a jelenlévőknek a részvételt, az ülést berekeszti.

Debrecen, 2003. november 14.

Dr. Juhász István  
főtitkár



## KONGRESSZUSI NAPTÁR 2004

### AZ MDT RENDEZVÉNYEI

#### EADV 2004. Spring Symposium

2004. április 29.–május 1.

Helyszín: Budapesti Kongresszusi Központ

Információ: Prof. Dr. Horváth Attila, SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, 1085 Mária u. 41.

Tel.: 1/266-04-65, 5727, 5753, 5772

Fax: 1/267-69-74

Sipos Alíz, MOTESZ,

1051 Budapest, Nádor u. 36.

Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56

Fax: 1/302-56-10

Website: www.motesz.hu

#### EADV Spring Symposium Satellite Meeting Skin immunology – Progress in Melanoma

2004. május 2-3.

Helyszín: Lillafüred, Palota Szálló

Információ: Prof. Dr. Hunyadi János

DE OEC Bőrklínika, 4012 Debrecen,

Nagyerdei krt. 98.

Tel.: 52/432-282, 52/442-204

Fax: 52/414632

Sipos Alíz, MOTESZ,

1051 Budapest, Nádor u. 36.

Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56

Fax: 1/302-56-10

Website: www.motesz.hu

#### Az Magyar Dermatológiai Társulat

##### Gyermekbőrgyógyászati szekciójának kongresszusa

2004. június 4.

Helyszín: Budapest

Információ: Dr. Szalai Zsuzsanna, Heim Pál Kórház

Bőrgyógyászati Osztály H-1089 Budapest, Üllői út 86.

Tel./fax: 1/459-92-20

Convention Budapest Kft.

1086 Budapest, Szeszgyár u. 6/A.

Tel.: 1/216-34-21, 216-11-21

Fax: 1/456-08-88

E-mail: kbagdi@convention.hu,

Kbagdi@mail.datanet.hu

Website: www.convention.hu

#### Német –Magyar Dermatológiai Társulat Kongresszusa

2004. augusztus 27-29.

Helyszín: Pécs, Bőrgyógyászati Klinika

Információ: Prof. Dr. Farkas Beatrix

PTE ÁOK Bőrgyógyászati, Nemibetegségek és

Onkodermatológiai Klinika, 7624 Pécs,

Kodály Z. u. 20.

Tel: 72/ 535-815

Fax: 72/ 535-811

E-mail: beatrix.farkas@aok.pte.hu

Prof. Dr. Max Hundeiker

Münstr, Immelmannstr. 300

D-48157 Münster-Handorf

E-mail: max@hundeiker.de

#### Magyar Dermatológiai Társulat

##### Orvoskozmetológiai Kongresszusa

2004. szeptember 23-25.

Helyszín: DEOEC ÁOK Elméleti Tömb

Információ: Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Kuhnyár Ágnes

DEOEC Bőrklínika, 4012 Debrecen,

Nagyerdei krt. 98.

Tel.: 52/432-282, 52/442-204

Fax: 52/414-632

Sipos Alíz, MOTESZ,

1051 Budapest, Nádor u. 36.

Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56

Fax: 1/302-56-10

Website: www.motesz.hu

#### Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlése

2004. december 9-11.

Helyszín: Budapest, Nagyvárud téri Elméleti Tömb

Információ: Prof. Dr. Horváth Attila, SE Bőr-, Nemikórtani

és Bőronkológiai Klinika, 1085 Mária u. 41.

Tel.: 1/266-04-65, 5727, 5753, 5772

Fax: 1/267-69-74

Sipos Alíz, MOTESZ,

1051 Budapest, Nádor u. 36.

Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56

Fax: 1/302-56-10

Website: www.motesz.hu

### FONTOSABB HAZAI RENDEZVÉNYEK

#### Magyar STD Társaság 9. Nagygyűlése

2004. október 15-16.

Helyszín: Nyíregyháza

#### Szent István Kórház tudományos ülése

2004. november 12.

Helyszín: Budapest

Bővebb információ később várható

### JELENTŐSEBB KÜLFÖLDI RENDEZVÉNYEK

#### 65th Annual SID Meeting

2004. április 28.–május 1.

Helyszín: Providence, Rhode Island, USA

Society for Investigative Dermatology

820 West Superior Avenue, 7th Floor

Cleveland, OH 4413-1800 USA

Tel.: 216-579-9300

Fax: 216-579-9333

E-mail: sid@sidnet.org

Website: www.sidnet.org

#### 34th Annual ESDR Meeting

2004. szeptember 9-11.

Helyszín: Bécs, Ausztria

Információ:

AIMS International Congress Services Mariannengasse 32

c/o ESDR Congress

1090 Wien, AUSTRIA

Tel.: +43 1 402 77 55 – 97/-38

Fax: +43 1 402 77 31

E-mail: esdr2004@ahr-aims.com

www.esdr.org



**25th Annual Meeting of the ISDS  
(International Society for Dermatologic Surgery)**  
2004. október 6-10.  
Helyszín: Barcelona, Spanyolország  
Információ:  
Contact: Cati Aurell  
Tel.: 34-932-064-646  
Fax: 34-932-049-732  
E-mail: cati.aurell@mccann.es

**Conference on Sexually Transmitted Infections**  
2004. október 7-9.  
Helyszín: Island of Myconos, Görögország  
(Organized by the European Branch of the IUSTI)

**13th EADV Congress**  
2004. november 17-21.  
Helyszín: Firenze, Olaszország  
Congress President: Torello M. Lotti  
Fax: +39 0572 912280  
E-mail: president@eadv2004.org

**Alpok-Adria Tudományos Tanácskozás**  
2004. november 26-28.  
Helyszín: Bécs

**3rd EADV Spring Symposium**  
2005. május  
Helyszín: Szófia, Bulgária  
Congress President: Nikolai Tsankov  
AlexanderÚs University Hospital,  
Dept. of Dermatology and Venereology  
1, St. Georgi Sofiiski Str., 1431, Sofia  
Bulgaria  
Tel./fax: +359 2 9522774

**8th Congress of the European Society of  
Paediatric Dermatology**  
2005. május 13-15.  
Helyszín: Budapest  
Információ: Convention Budapest Kft.  
1086 Budapest, Szeszgyár u. 6/A.  
Tel.: 1/216-34-21, 216-11-21  
Fax: 1/456-08-88  
E-mail: kbagdi@convention.hu,  
Kbagdi@mail.datanet.hu  
Website: www.convention.hu

**14th EADV Congress**  
2005. október 12-15.  
Helyszín: London, UK  
(Skin and Sexual Health)  
Congress Secretariat:  
19 Fitzroy Square London W1T 6EH, UK  
Tel.: (020) 7383 0266  
Fax: (020) 7388 5263  
E-mail: eadv64bad.org.uk  
Website: www.eadv2005.com

**4th EADV Spring Symposium**  
2006. tavasz  
Helyszín: Finnország

**15th EADV Congress**  
2006. október 4-7.  
Helyszín: Rodosz, Görögország

**21th Word Congress of Dermatology**  
2007. október 1-5.  
Helyszín: Buenos Aires, Argentína  
Információ: www.dermato2007.org

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