

Felhívás

Mint ismeretes, ebben az évben a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetősége az Alapszabály szerint megújításra kerül. Alulírott, mint a Jelölő Bizottság elnöke, felhívást teszek közzé minden kedves érdeklődő társasági tag részére, hogy amennyiben szükségét érzi, éljen jogával, hogy a vezetőségbe jelöltet állít. A jelenlegi vezetőség ülésén meghatározta a megválasztandók számát és funkcióját. A legtöbb szavazatot kapott jelöltek kerülnek listára, akiknek megválasztásáról titkos szavazással Nyíregyházán a közgyűlés fog dönteni. A jelölést kérem lehetőleg elektronikus úton címemre (titkar@erseb.sote.hu), vagy a 1122 Budapest, Városmajor u. 68. címre megküldeni.

Kollegiális üdvözléssel:

Dr. Nemes Attila egyetemi tanár

Nyíregyházi Angiológiai Napok A MAÉT és a MACIRT III. Közös Kongresszusa

A kongresszus helyszíne és időpontja:

Hotel Korona, 4400 Nyíregyháza, Dózsa György út 1.

<http://www.korona-hotel.hu>

2007. október 10-12.

A kongresszus témakörei:

- A tünetmentes érbetegségek kardiovaszkuláris prevenciója.
- Az érbetegségek konzervatív kezelése.
- A vénás betegségek konzervatív és intervenciós kezelése.
- Carotis TEA, versus PTA.
- Az aorto-iliacalis erek érsebészeti és intervenciós kezelése.
- Az infragenuális elzáródások érsebészeti, versus intervenciós kezelése.
- Non-vaszkuláris intervenciók.

**Részletes információk folyóiratunk
132-133. oldalán.**

The Hungarian Journal of Vascular Diseases

*Scientific Journal of the Hungarian Society
for Angiology and Vascular Surgery
and of the Cardiovascular
and Interventional Radiological Society
of Hungary*

Contents Vol. XIV. No. 3. 2007.

Diseases of arteries

*Gábor Simó M. D., Gábor Darabos M. D.,
István Mogán M. D.:*

**HYBRID ILIOFEMORAL RECONSTRUCTION –
OPERATIVE TECHNIQUE
AND EARLY RESULTS107**

Diseases of veins

*David Kachlík M. D. PhD.,
Václav Báča M. D., Petr Fára M. D.,
Prof. Alois Lametschwandner M. D. rer. nat.,
Prof. Bernd Minnich M. D. rer. nat.,
Bohuslav Sosna M. D.,
Prof. Josef Stingl M. D. PhD.,
Prof. Zbyněk Straka M. D. PhD.,
Assoc. Prof. Marek Šetina M. D. PhD.,
Mgr. Vladimír Musil*

**ANATOMY OF THE VASA VASORUM
OF THE GREAT SAPHENOUS VEIN
IN NORMAL AND PATHOLOGICAL
CONDITIONS117**

Postgraduate studies

Imre Bihari M. D.:
**FIRST EXPERIENCES
WITH THE LASER OPERATION125**

ÉRBETEGSÉGEK • THE HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint a Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság tudományos folyóirata
Scientific Journal of the Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery
and of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Hungary
FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE • ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsinič Csaba, dr. Hüttl Kálmán,
dr. Jámor Gyula, dr. Lázár István, dr. Mátyás Lajos, dr. Nagy Endre, dr. Entz László
Rovatvezetők: Artériák: dr. Nemes Attila • Vénák: dr. Menyhei Gábor • Endovaszkuláris beavatkozások: dr. Kollár Lajos
Alaptudományok: dr. Monos Emil • Haemorheológia: dr. Pécsváradai Zoltán • Belgyógyászat: dr. Meskó Éva
Radiológia: dr. Battyáni István • Gyermekkori érbetegségek: dr. Tasnádi Géza

Kiadja az ANGIOLÓGIAI Kft. Felelős kiadó: az ANGIOLÓGIAI Kft. ügyvezető igazgatója.
Szerkesztőség címe: 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44. Tel./Fax: 3345-468.
Tervezőszerkesztő: dr. Sébor József • Nyomdai munkák: Black Print Kft.

Az egészséges lábakért!

ELASTOFIT®

EGÉSZSÉGVÉDŐ HARISNYA ÉS
HARISNYANADRÁG TERMÉKCSALÁD



Az ELASTOFIT rugalmas kompressziós egészségvédő harisnyák a láb betegségeinek kialakulását megakadályozzák illetve késleltetik, ezért használatuk a mindennapi életben nélkülözhetetlen.

Az ELASTOFIT rugalmas kompressziós egészségvédő harisnyák az orvosi előírásoknak megfelelően tervezett szorítóerőt fejtik ki a lábra, és elősegítik a láb ereiben az ideális vérkeringést.

Az ELASTOFIT harisnyák a megelőzést szolgálják. A lábat a végsőkig igénybe vesszük, és ez

- a láb gyors elfáradásához ("elnehezüléséhez"),
- lábfájáshoz,
- a láb megbetegedéséhez,
- visszértágulatok kialakulásához vezet.

A vádliban jelentkező fájdalmak, görcsök, a boka megdagadása és az első visszerek megjelenése figyelmeztetés, hogy lábunknak segítségre van szüksége. A Pharmatextil Kft. ELASTOFIT harisnyái ezt a segítséget nyújtják Önnek.

Az Elastofit harisnyákat ajánlott viselni:

- sok mozgást igénylő munkát végzőknek (fodrász, felszolgáló, egészségügyi dolgozó, kereskedő, postás, stb)
- sport és szabadidős tevékenységekhez (futás, sí, tenisz, stb)
- terhes kismamáknak különösen ajánlott a várandósság 5-6. hónapjától kezdve, mert ezzel a terhesség miatti visszértágulatok mintegy 70%-ban megelőzhetők.

Gondoljon egészségére, viseljen ELASTOFIT rugalmas kompressziós egészségvédő harisnyát!

Gyártja és forgalmazza: Pharmatextil Kft

1116 Budapest, Fonyód u. 2.

Tel: (+36-1) 208 - 01 95 Fax: (+36-1) 208 - 01 97

Web: www.pharmatextil.hu

E-mail: pharmatx@pharmatextil.hu



Kapható a gyógyászati segédeszköz boltokban és a gyógyszerárakban.

 **Pharmatextil**

Az arteria carotis extracranialis szakaszának aneurysmáiról – electiv és rupturált aneurysma-esetünk kapcsán

DR. LITAUSZKY KRISZTINA, DR. TÓTH CSABA, DR. BODNÁR FRUZZSINA,
DR. MAGYAR TÜNDE, DR. PAPP LÁSZLÓ

ÖSSZEFOGLALÁS

Az arteria carotis extracranialis aneurysmái ritkák: az arterioscleroticus, okkluzív megbetegedésekhez képest előfordulási arányuk 0,4-1% (1, 2).

Felismerésük az érsebészetben, angiológiában kevésbé jártas kollégák számára nem mindig egyértelmű, téves diagnózisuk pedig fatális következményekkel is járhat.

A szerzők bemutatják egy éven belül operált két carotis aneurysma-esetüket, és az irodalom áttekintésével felhívják a figyelmet a diagnosztikai nehézségekre és a kezelési alternatívákra.

KULCSSZAVAK

arteria carotis, extracranialis aneurysma, diagnózis, kezelési lehetőségek

EXTRACRANIAL ANEURYSMS OF THE CAROTID ARTERY BASED ON THE EXPERIENCE OF TWO OPERATED CASES

*Krisztina Litauszky M. D., Csaba Tóth M. D.,
Fruzzsina Bodnár M. D., Tünde Magyar M. D.,
László Papp M. D.*

Extracranial aneurysms of the carotid artery are uncommon: their incidence, compared to that of atherosclerotic occlusive disease is about 0.4-1% (1, 2).

Diagnosis of these aneurysms can initially be problematic for those with no experience in angiology or vascular surgery, while their misdiagnosis can prove fatal.

Authors present their two carotid aneurysm cases operated within one year, then, with the review of the relevant literature draw attention to the diagnostic difficulties and treatment alternatives for extracranial carotid artery aneurysms.

KEY WORDS

carotid artery, extracranial aneurysms, diagnosis, treatment alternatives

Bevezetés

Az arteria carotis extracranialis aneurysmái ritkák, előfordulásuk az arterioscleroticus, okkluzív elváltozásokhoz viszonyítva 0,4-1% (1, 2).

Lokalizációjukat tekintve a leggyakoribbak a carotis bifurcatiót érintő aneurysmák, ezt követik a csak a carotis internára, végül a carotis externára lokalizálódó tárgulatok (3, 4).

Mint minden aneurysma esetében, a carotisokra lokalizálódóknál is valódi és álaneurysmákról beszélhetünk.

Etiológiájuk alapján a carotis aneurysmák többféle eredetűek lehetnek:

- *Atherosclerosis.* Az atheroscleroticus eredetű aneurysmák többnyire valódi aneurysmák és az extracranialis carotis-aneurysmák 70-75%-a tartozik ebbe a csoportba (1,5).

- *Dissectio.* A dissectio talaján kialakult aneurysmák alapvető, dissectiót kiváltó faktora lehet természetes, vagy iatrogen trauma, előbbinél külön fel kell hívjuk a figyelmet az autóbaleseteknél gyakran bekövetkező visszacsapásos (whiplash) sérülésekre, míg a iatrogén trauma esetében az artérián végzett korábbi manipuláció lehet felelős.

- *Trauma.* Tompa, vagy esetenként áthatoló trauma tehető felelőssé, utóbbi esetben nem ritkán arterio-venosus fistula is kialakulhat.

- *Irradiációs trauma:* post-irradiációs aneurysma.

- *Infectio:* septicaemia, vagy nyaki, illetve pharyngealis fertőzések közvetlen terjedése állhat a háttérben.

- *Kötőszöveti gyengeség* (fibromuscularis dysplasia (FMD), cystás media-necrosis, Marfan-syndroma, Ehlers-Danlos syndroma).

- *Véleszületett* (6).

- *Korábbi sebészeti beavatkozás a carotisokon:* varratvonalból kialakuló álaneurysma.

Esetismertetés

1. beteg: H. J. 66 éves férfibeteg sürgősséggel került a DEOEC Neurológiai Klinikára, szédülés, hányinger, látászavar és beszédzavar miatt. CT vizsgálat cerebellárisan és a törzsdúcok területén írt le lacunaris infarctusokat. A carotis UH, melynek elvégzése a klinikán rutinszerű, a bal oldali carotis bifurcatio és az interna jelentős tágulatát írta le, inhomogén szerkezetű thrombussal. Szignifikáns stenosis nem volt észlelhető, az ellenoldalon az arteria carotis communison 10%-os stenosiszt detektáltak. Érebeszeti konzílium után CT angiográfia történt, mely a bal oldali carotis bulbus 28 mm-es tágulatát mutatta, kaliberingadozó lumennel (legkisebb átmérő 5 mm). Az azonos oldali vena jugularis interna kompressziója is egyértelműen látható volt (**1, 2. ábra**).

Tekintettel a kivizsgálást közvetlenül megelőző tünetekre, a plakk és a thrombus inhomogenitására, a további embóliaveszélyre, a neurológus konzíliáriussal egyetértésben műtétet végeztünk.



1. ábra. Kontraszt CT, keresztmetszeti kép.
Fig. 1. Contrast CT, cross-section.



2. ábra. Kontraszt CT, sagittalis sík:
jól látható az aneurysma kiterjedése
és elhelyezkedése
a környező képletekhez viszonyítva
Fig. 2. Contrast CT, longitudinal section:
the size of the aneurysm, its position and relation
to the surrounding tissues is clearly visible.



3. ábra. Az aneurysma az a. carotis communis, interna és externa kiproparálása után.
Fig. 3. The aneurysm and the common, external and internal carotid artery following preparation.



4. ábra. A megnyitott aneurysma.
Fig. 4. The aneurysm is opened.



5. ábra. Jól látható a n. vagus és az el nem távolított aneurysmafal.
Fig. 5. The vagal nerve and the non-removed wall of the aneurysm are clearly visible.

A műtét az Érsebészeti Tanszéken elfogadott gyakorlat szerint intratracheális narcosisban történt (3-5. ábra). Az aneurysmát resecaltuk, és a folytonosság-hiányt 6 mm-es PTFE interpositum beültetésével szüntettük meg, a graft distalis végét hosszú nyelvként kialakítva az a. carotis communis-externa átmeneten kialakult defektus zárására (6-7. ábra). Az aneurysma-zsák leginkább postero-laterális irányba növekedett, a nervus vagust annak felületén találtuk, azzal szinte „összesülve”, így az idegsérülést elkerülendő, az aneurysma ezen szakaszát nem távolítottuk el. Az aneurysmát részben szervült, részben morzsalékony, emboliaveszélyes thrombus töltötte ki, mely a 3. ábrán, az aneurysma nervus vagushoz tapadó, nem resecalt részének belső felszínén jól megfigyelhető.

A műtét során shuntöt, tekintettel a pulzáló visszavérzésre az interna-csonkból, nem használtunk. Zavartalan postoperatív szak után a beteget neurológiailag intakt állapotban, szövödménymentesen, a postoperatív 4. napon otthonába engedjük.

2. beteg: P. M. 68 éves férfibeteg a Neurológiai Klinika érintésével került Tanszékünkre. A beteg a nyak jobb oldalán felvételét néhány nappal megelőzően fájdalmas pulzáló terimére lett figyelmes. Sürgős CT angiográfia a j.o. carotis villában ülő aneurysmát mutatott, paravasatum egyértelmű jelei nélkül (8-9. ábra), bár utóbbit a carotis ultrahang vizsgálat felvetette.

A beteg állapota stabil volt, légzési, nyelési nehezítettséget nem észlelt, így a műtétet sürgősséggel, de a nappali programban végeztük el, tapasztalt, érse-

bészetben jártas anaesthesiológus és műtői team bevonásával. A műtét során a carotis-oszlás elülső falának teljes hiányát okozó aneurysma rupturát és 4x3 cm álaneurysmát találtunk, thrombussal kitöltve (10-11. ábra). Technikai nehézségek miatt a műtét során az a. carotis interna leköttése is felmerült (12. ábra), de végül, tekintettel a preoperatív intakt interna-keringésre, a. carotis communis-a. carotis interna interpositumot ültettünk be, az externát pedig a PTFE graftba szájazzattuk (13-14. ábra). Pulzáló interna-visszavérzés miatt shuntöt nem használtunk.

A beteg a műtőasztalon neurológiai deficit nélkül ébredt, de félórával a műtét után az ITO-n hemiplegiássá vált, tiszta tudattal. A klinikai tünetek embolizációra utaltak, melyet CT és neurológus konzílium is megerősített (forrás: carotis?, aorta?, szívüregi thrombus+pitvarfibrilláció?).

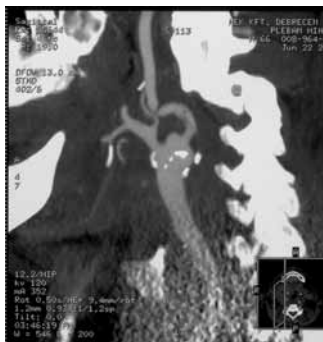
A beteg állapota 24 óra után jelentősen javult, 1 héttel a műtét után érintett felső végtagját használni tudta, lábát mozgatta, ágy szélére kiültethető volt. Rehabilitációs intézetbe átadását megszerveztük, amikor a postoperatív 11. napon a nyakon pulzáló haematoma jelent meg. Bár carotis Doppler UH aktív vérzést nem igazolt, csak az ipsilaterális ACI elzáródását, műtési feltárás során a beszájazzatott arteria carotis externa-graft anastomosis disruptióját találtuk, melyet később a tenyésztés alapján diagnosztizált Pseudomonas fertőzéssel magyaráztunk. A műtét után a beteg stroke-tünetei rosszabbodtak, rehabilitációra alkalmatlanná vált, állapota ápolási intézményben történő elhelyezést indokolt.



6. ábra. Az elkészült interpositum-carotis interna anastomosis.
Fig. 6. The performed anastomosis of the prosthesis and the internal carotid artery.



7. ábra. A keringés felengedése után a működő interpositum.
Fig. 7. The working prosthesis after declamping.



8. ábra. Kontraszt CT, sagittális sík.
Fig. 8. Contrast CT, longitudinal section.



9. ábra. CT angiogram – jobb oldali carotis communis-interna átmenet aneurysma.
Fig. 9. CT angiogram – aneurysm at the junction of the internal and common carotid artery.

Megbeszélés

Az extracranialis carotis-aneurysmák ritkaságuknak megfelelő súllyal szerepelnek érsebészeti tankönyveinkben. Anélkül, hogy jelentőségüket túlértékelnék, szerzők szeretnék a felhívni a figyelmet néhány olyan faktorra, melyek ismerete és szem előtt tartása a beteg esélyeit pozitívan befolyásolja.

Tünetek

A carotis aneurysmák a teljes tünetmentességtől a stroke-ig, illetve akut életveszélyt jelentő vérzésig terjedő skálán, változó tüneteket okozhatnak. A tünetmentes aneurysmák fájdalomtalan, pulzáló terimeként észlelhetők a nyakon.

A tüneteket három csoportra oszthatjuk: neurológiai, nyomási és vérzéses tünetek. A neurológiai eltérések lehet-



10. ábra. A rupturált aneurysma az a. carotis interna kiperarálása előtt.
Fig. 10. Ruptured aneurysm before the preparation of the internal carotid artery.



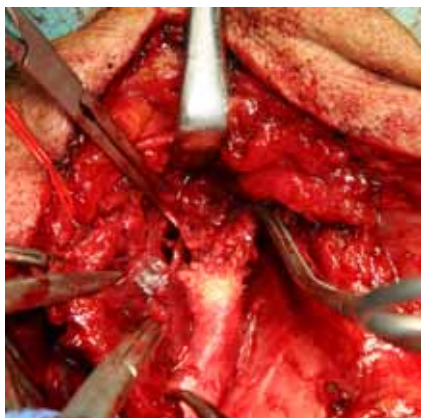
11. ábra. Az aneurysma-üregből eltávolított thrombus.
Fig. 11. Thrombus from inside the aneurysm.

nek centrálisak és perifériásak. A centrális tünetek az egészen enyhe, másodpercekig, percekig tartó TIA-tól a definitív stroke-ig terjednek. A tünetek az aneurysma-zsák növekedésével járó fali, illetve haemodinamikai változások következményei: fali thrombusképződés, turbulens áramlás és az ebből származó embolizáció. Az embolizáció már kisméretű aneurysmák esetében is jelen lehet. A neurológiai tünetek összefüggést mutathatnak az aneurysma nagyságával, a plakk és az esetleges fali thrombus szerkezetével (szervült? morzsálékony), valamint az intracranialis keringés anatómiai sajátosságaival (Willis-kör) és annak kompenzáló mechanizmusaival. Ezek tárgyalása túlmutat ezen közlemény keretein.

A nyomási tünetek főleg az aneurysma növekedésével függenek össze, ezek megnyilvánulhatnak vénás keringési zavar tüneteivel (fejfájás, az arcfél vénáinak telítettsége) vagy perifériás neurológiai eltérések, dysphonia, dysphagia formájában, melyeket az agyidegek nyaki szakaszának kompressziója okozhat.

A vérzéses tünetekkel kapcsolatban néhány dologra szeretnénk felhívni a figyelmet. Közlekedési balesetek során, főleg olyan balesetek szenvedő alanyai esetében, ahol a sérült gépjárművébe hátulról ütközik egy másik, és a sérült a nyak visszacsapódásos sérülését szenved el, esetenként tünetmentes nyaki dissectio alakulhat ki, és az elvékonyodott artéria-fal relatíve gyors aneurysma-képződéshez vezethet (7, 8), és az így meggyengült fal (sokszor gyakorlatilag adventitia) könnyen vezethet drámai vérzéshez. Ennek kivédésére szerzők javasolják a visszacsapódásos nyaksérülést szenvedett sérültek rutinszerű carotis-ultrahang vizsgálatát, ilyen irányú tünetmentesség esetén is.

Post-irradiációs aneurysmák szintén okozhatnak váratlan, életet veszélyeztető vérzést. Ennél is fontosabb azonban annak ismerete, hogy a fertőzőes eredetű, mycoticus carotis-aneurysmák, éppen a fertőzőes tünetek (láz, esetleg erythema, ESR) megléte miatt a megtévesztésig hasonlíthatnak nyaki vagy pharyngealis abscessushoz. A carotis bifurcatio aneurysmái általában a bőrfelszín felé terjednek, így előbb adnak egyértelmű tüneteket, de a carotis



12. ábra. Az „anatómiai“ viszonyok: a kép jobb oldalán látható kirekesztő az a. carotis externán, a bal felső sarokban lévő az a. carotis internán. A bifurcatio elülső fala gyakorlatilag megsemmisült a ruptura során.
Fig. 12. Anatomical relations: the clamp is on the external carotid artery on the right and on the internal carotid artery in the upper left hand corner. The front wall of the bifurcation has disappeared during the rupture.



13. ábra. Az a. carotis interna-graft anastomosis elkészült.
Fig. 13. The anastomosis between the graft and the internal carotid artery is performed.



14. ábra. A beültetett a. carotis communis-interna interpositum, az a. carotis externa beszájzattatásával (jobb oldali varratsor).
Fig. 14. The prosthesis is implanted between the common and internal carotid artery with an opening to the external carotid artery (suture line on the right).

internára lokalizálódó, vagy arra is ráterjedő aneurysmák a posterolateralis pharynxra gyakorolhatnak compressiót, és könnyen összetéveszthetők peritonsillaris vagy pharyngealis abscessussal. Ezeknek a feltételezett abscessusoknak a szájuégen keresztüli punkciója könnyen fatális lehet. Szerzők minden pulzáló nyaki terime kivizsgálásánál javasolják a carotis ultrahang és CT vagy MR igénybevételét, és csak ezek negativitása (aneurysma tekintetében) esetén javasolnak bármilyen invazív beavatkozást a terime ellátására.

Kezelési taktika

Egyértelmű carotis aneurysma vagy álaneurysma esetén az etiológia is befolyásolhatja a választandó terápiás megoldást. Arterioscleroticus aneurysmák esetén előnyben részesítjük a sebészi megoldást, míg korábban irradiált vagy operált nyak (megelőző műtét az érintett carotison) esetén az endovascularis megoldás kerül előtérbe, amennyiben technikailag kivitelezhetőnek látszik. A dissectio talaján kialakult aneurysmák tünetmentesség esetén rendszeres ultrahangos követést igényelnek, kivéve, ha technikailag könnyű endovascularis beavatkozással az aneurysma korai stádiumban megoldható. Folyamatos növekedést mutató dissectio talaján kialakult aneurysma esetén 20-25 mm nagyság elérésekor, vagy az első tünetek jelentkezése után műtét javasolt.

Műtéti technika

Az arterioscleroticus aneurysmák esetében sok esetben előfordul az interna elongatioja, így az aneurysma resec-

tiója és az interna rövidítése egy ülésben megoldható. Steril, nem mycoticus aneurysma esetében PTFE és véna interpositum is használható, mycoticus aneurysma esetén a DEOEC Érsebészeti Tanszék munkatársai egyértelműen a véna interpositum mellett döntenek, lehetőség szerinti preoperatív ultrahangos 'mapping' után. A vena saphena magna szegmentumot olyan helyről érdemes eltávolítani, ahol annak átmérője legalább 4-5 mm, de a véna nem varicosusan tágult.

Steril aneurysma műtétekor, felnőttkor előtt különös tekintettel kell lenni a véna interpositum használatára, vagy ha ez nem lehetséges, az aktuálisan szükségesnél valamivel hosszabb PTFE interpositum beültetésére, hogy az a további növekedéssel lépést tartson (9).

Ideális esetben az aneurysma resectiója után az anatómiai viszonyok helyreállíthatók az arteria carotis communis - carotis interna közötti interpositum beültetésével, a carotis externa szükség szerinti beszájzattatásával. Azokban az esetekben, amikor erre nincs lehetőség (fertőzött környezet - biztonságosan nem varrható artériák, vagy akut vérzés), életmentés céljából előtérbe kerül az érintett oldali carotisok lekötése. Ez, bár szerencsés esetben komolyabb morbiditás nélkül megmentheti a beteget, csak ultimum refugium lehet, ismerve a 30-60% stroke- és 50% körüli mortalitási arányt (10). Második betegünkél technikai nehézségekkel kellett szembesülnünk, mivel a carotis bifurcatio elülső fala gyakorlatilag megsemmisült a ruptura során, és az interna valamint az externa distalis

csontjának felkeresése az agyszövet ischaemiás tolerabilitását meghaladó időt vett igénybe. Ekkor, mivel az interna csontból pulzáló visszavérzést kaptunk, felmerült a carotis lekötése, de később ettől elálltunk. (Retrospektíve, a carotis lekötésével a postoperatív embolizációtól megkímélhettük volna a beteget, de a fentebb részletezett (10) morbiditási adatok ismeretében a lekötés nem tűnt ideális megoldásnak.)

Az intraoperatív shunt használata vitatott kérdés. Többen javasolják a rutin shunthasználatot, arra hivatkozva, hogy az aneurysma resectioja jóval több időt vesz igénybe, mint az egyszerű carotis endarterectomia, míg mások aneurysma esetében is a szelektív shuntolás mellett voksolnak (3). Szerzők véleménye az utóbbival egyezik, melyet két esetünk is igazol: mindkét beteg műtétét (rupturált carotis aneurysma resectioja után is) neurológiai deficit nélkül sikerült befejezni és a beteget az intenzív osztályra továbbítani.

További kérdés, mely szót érdemel: az operatőr személye. Szerzők véleménye az, hogy a carotis aneurysma resectioját a carotis-sebészetben jártas, azt rendszeresen művelő érsebész végezze. A nemzetközi ajánlások havi 2, évi 24 esetben határozzák meg a kívánatos minimális carotis műtétszámot, mellyel szerzők egyetértenek. Véleményünk szerint, még rupturált aneurysma vagy ál-aneurysma esetében is jobb esélyekkel indul a beteg a műtétnél, ha gyors intubálás (trachea compressio megelőzésére) és szedálás után a beteget rohamkocsival a carotis sebészetben jártas intézménybe/érsebészhez továbbítják, mint ha egy kis esetszámú intézményben, tapasztalatlan sebész által, a carotis sebészetben járatlan műtői személyzet segítségével kerül műtétre.

Endovascularis kezelés

Az extracranialis carotis aneurysmák endovascularis kezelése nem tekinthető rutin beavatkozásnak jelenleg. Az irodalom is relatíve kevés beavatkozásról számol be (11). Általánosságban elmondható, hogy a carotis stenosis kezelésénél rutinszerű térhálós fém stent beültetésével ellentétben az aneurysmák kezelésénél csak a stent-graft beültetés elfogadható, az aneurysmát bélelő, nagy embolizációveszélyt magában hordozó thrombus kirekesztésére. Ezen beavatkozás jelenleg relatíve magas szövődmenyrátával jár, de a koponyaalaphoz közel ülő, sebészileg nehezen elérhető aneurysmák, vagy általános rizikófaktorok miatt „inoperabilis” aneurysma esetében alternatívaként szóba jön.

Köszönetnyilvánítás

Szerzők köszönetet mondanak *Törös Imrének*, a DEOEC Sebészeti Intézet számítógép-technikusának az intraoperatív fotózás és az illusztrációk elkészítése során nyújtott segítségéért.

Irodalom

1. *Painter, T. A, Hertzner, N. R., Beven, E. G., O'Hara, P. J.:* Extracranial carotid aneurysms: report of six cases and review of the literature. *J. Vasc. Surg.* 2:312-8. (1985)
2. *Osset, E., Roche, Ph., Magnan P. E., Branchereau, A.:* Surgical Management of extracranial carotid aneurysms. *Cardiovasc. Surg.* 2:567-72. (1994)
3. *Goldstone, J.:* Aneurysms of the extracranial carotid artery. In: *Vascular Surgery.* Ed.: Rutherford RB. WB Saunders, Philadelphia-London-Sydney-Toronto. 2000. 1843-54.
4. *Alexander, E., Jr., Wigser, S. M., Davis, C. H.:* Bilateral extracranial aneurysms of the internal carotid artery. *J Neurosurg.* 25:437. (1966)
5. *Zwolak, R. M., Whitehouse, W. M., Knake, J. E. et al.:* Atherosclerotic extracranial carotid artery aneurysms. *J Vasc. Surg.* 1:415. (1984)
6. *Hammon, J. W. Jr., Silver, D., Young, W. F. Jr.:* Congenital aneurysm of the extracranial carotid arteries. *Ann. Surg.* 176: 777. (1972)
7. *Welling, R. E., Kakkasseril, J. S., Peschiera, J.:* Pseudoaneurysm of the cervical internal carotid artery secondary to blunt trauma. *J. Trauma.* 25: 1108-11. (1985)
8. *Stonebridge, P. A., Clason, A. E., Jenkins, A. M.:* Traumatic aneurysm of the extracranial internal carotid artery due to hyperextension of the neck. *Eur. J. Vasc. Surg.* 4: 423-6. (1990)
9. *Çinar, B., Fazliogullari, O., Goksel, O.:* True aneurysm of extracranial internal carotid artery in a 10-year-old. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 32: 386-8. (2006)
10. *Brackett, C. E. Jr.:* The complications of carotid artery ligation in the neck. *J. Neurosurg.* 10:91-7. (1953)
11. *Hacein-Bey, L., Connolly, E. S. Jr., Duong, H.:* Treatment of inoperable carotid aneurysms with endovascular occlusion after extracranial-intracranial bypass surgery. *Neurosurgery.* 41:1225-31. (1997)

Dr. Litauszky Krisztina
DEOEC Érsebészeti Tanszék
4012 Debrecen, Pf. 27.

Nagy, lágyéktáji perigraft cysta

DR. BARTOS GÁBOR, DR. MARKOVICS GABRIELLA, DR. FÓRIZS ZOLTÁN

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők aortobifemorális bypass műtét után négy évvel később, eleinte lassan, majd egyre inkább gyorsuló ütemben növekvő, ugyanakkor csaknem tünetmentesen kialakult, szokatlanul nagy, lágyéktáji perigraft cysta esetét ismertetik, amely differenciál-diagnosztikai, patogenetikai és hisztológiai problémákat vetett fel.

Ismertetik a kórismézés módszereit és gondolatmenetét.

Bár az elváltozás kóreredete utólag egyértelműen már nem tisztázható, sorra tárgyalják a számba vehető lehetőségeket, amelyeket kizárásos alapon nagyrészt el kellett vetniük. Ismertetik a saját és a patológus konziliárius lényegében egybevágó patogenetikai feltevését. E szerint a cysta növekedésében helyi mechanikai tényezők által kiváltott idült gyulladásnak lehetett fő szerepe.

Szintén nehezen magyarázható a szokványos cystafal szövettani szerkezetétől merőben eltérő hisztológiai kép, amely inkább az ér pótló struktúrák, vagy az álaneurysmák szerkezetére és sejtjeire emlékeztetett, annak ellenére, hogy a kórtörténet alapján kizárható volt a keringés a képletben.

Ismertetik saját feltevésüket, amely szerint a cysta fenekén elhelyezkedő, fordított U-alakú, működő protéziskacs által keltett, közvetett pulzációs ingerek formatív hatására, amelyek a képlet üregét feszesen kitöltő, folyékony bennék közvetítésével érték el a cysta falát, keletkezhetett a sajátos szövettani szerkezet.

Leírják a patológus fentiekől eltérő feltevését is, amely szerint valamely érfalmaradvány lehet a szokatlan szövettani szerkezet forrása.

Bár a betegséget eredetileg 1983-ban észlelték, s időközben már elveszett az immun-hisztokémiai vizs-

LARGE INGUINAL PERIGRAFT CYST

Gábor Bartos M. D.,
Gabriella Markovics M. D., Zoltán Fórizs M. D.

A case of an unusually large inguinal perigraft cyst is reported which developed over 4 years following an aorto-bifemoral bypass and grew at first slowly, later quickly, but remained nearly symptomless. This case brings up various differential-diagnostic, pathogenetic and histological issues.

The way of thinking and methods of the diagnostic course are described.

Though it is impossible to clear up the origin of the mass any more, the various possibilities were considered one after the other; yet, following a thorough analysis, most of them had to be discarded. The surgeons and the pathologist essentially agreed with the assumption concerning the pathogenesis: accordingly, a chronic inflammation caused by local mechanical factors could be the main constituent in the growing of the cyst.

The histological picture is also difficult to explain, as it is totally different from the usual appearance of the cystic wall. This resembles the structure of arterial substitutes or that of pseudoaneurysms, in spite of the fact that any circulation in the cyst can be counted out on the basis of case history.

Their own supposition is as follows: the origin of the special histological structure could be the indirect pulse stimuli produced by the functioning, reversed U-shaped prosthetic part, which is lying on the bottom of the cyst, transmitted to the cystic wall by the fluid tightly filling up the cavity.

In contrast to the above-mentioned theory, there is another opinion on the pathologist's side: a remnant of arterial wall could be the source of the unusual histological structure.

gálatok lehetősége, amelyek több, függőben maradt kérdést esetleg tisztázhattak volna, a történet egyedisége, problematikus volta miatt, s mert az irodalomban azóta sem találtak hasonlót, a szerzők mégis bemutatónak gondolják esetüket.

KULCSSZAVAK

szokatlanul nagy perigráft cysta, problémás pathogenesis, speciális szövettani szerkezet

Bevezetés

A beültetett érprotézisek, így a subinguinalisan bevarrt bifurkációs protézisszár nem fertőzőes eredetű szövődeményei közül a perigráft haematoma, seroma és a cysta elég ritkán fordulnak elő. Az irodalomban többféle elmélet található keletkezésükről. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11). A modern stentgraftok bevezetése óta kiderült, hogy ilyen szövődemények ezeknél is megjelenhetnek, bár keletkezési mechanizmusuk más lehet, mint a szokványos graftok esetében. (12, 13, 14, 15). Nálunk 2001 óta végeznek ilyen műtéteket (16). A magyar szerzők tudósításai még nem foglalkoztak ilyen szövődeményekkel. (17, 18, 19).

Az esettanulmány érműtétet követő szokatlan késői szövődeményt ismertet, amely három szempontból is érdeklődésre tarthat számot:

1. Diagnózis, differenciál diagnózis.
2. A jelenség patogenezeise.
3. A szövettani kép.

Bár a beteget már 1983-ban operáltuk, és esetét elő is adtuk az 1983. évi Miskolci Angiológiai Napokon (20), az írásbeli közlés időszerűsége változatlan, mivel sem a hazai, sem a rendelkezésünkre álló tágabb irodalomban azóta sem találtunk ilyet. Bizonyos körülmények miatt a dokumentáció mai szemmel nem tökéletes, és utólag már több fontos momentum sajnos tisztázhatatlan, de az eset érdekessége még így is kétségtelen.

Esetismertetés

Kórházi kezelésünk idején, 1983-ban a 65 éves férfi jókora kétököllyi, bal lágyéki terimével jelentkezik.

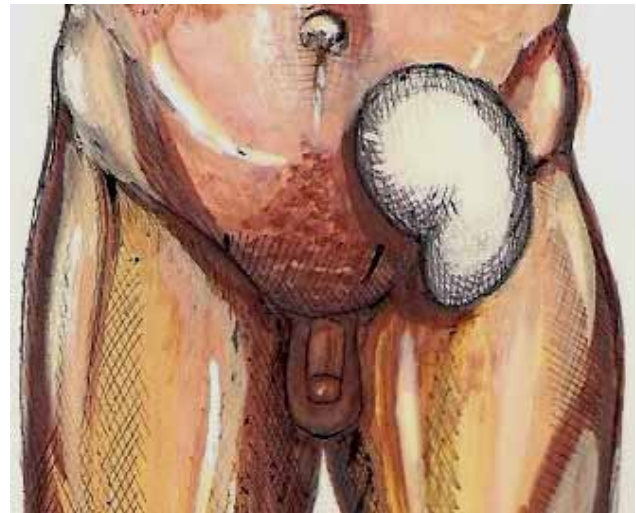
Előző betegségeiből: a köves epehólyag eltávolítása 1962-ben. Hasfali sérvműtét 1964-ben. Utána két évig tartó fonalgennyedések, majd újabb hasfali sérvképződés. 1967 óta inzulinos cukorbeteg.

Jelen betegség: más intézetben, 1978-ban aorto-bifemorális bypass műtét. Zavartalan körlefolys. Emissio a kilencedik napon. Járási távolsága korlátlaná vált. A műtéti sebek területén semmi rendkívülit nem tapasztalt.

Négy évvel később, 1982 tavaszán, hirtelen mozdulat közben „pattanást” érzett a bal lágyékában. Ezt követően ujjbegynyi, fájdalomtalan, visszahelyezhető terime jelent meg a hosszanti műtéti heg és a lágyékhajlat találkozási pontján. Néhány hónap múlva, emelés után, a terime gyorsan növekedni kezdett és visszahelyezhetetlenné vált.

The patient was observed originally in 1983. Therefore the possibility of histochemical investigations, which could have cleared up numerous unanswered questions, has been lost. Nevertheless, the authors believe that, due to the unique, problematic story and as no similar case could be found in the literature, it is worth demonstrating this case-report.

KEY WORDS



1. ábra. A makroszkópos kép.
(Az eredeti fénykép-felvételek nem sikerültek.)
Fig. 1. Macroscopic picture of the case.
(Original photos were unsuccessful.)

Az egyre növekvő elváltozást mind a beteg, mind a területi sebészeti szakrendelés sérvnek vélte, annál is inkább, mivel felhasában is nagy, gyermekfejnyi hasfali sérve volt. A beteg elmondta, hogy amíg a felső sérve komoly diszkomfortérzést okoz, a lágyéki terime semmi panasszal nem jár, csupán újabban nagysága miatt a mozgásában korlátozza. Ezért is jelentkezik műtetre. Székürítési panasza nincs. Járási távolsága is korlátlan.

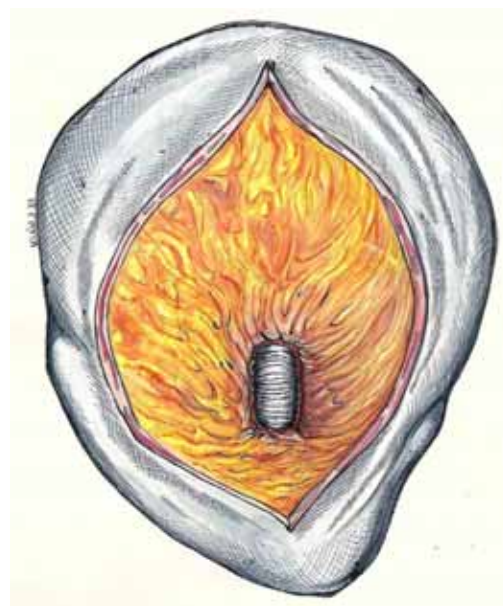
Fizikális leletéből: jókora kétököllyi terime, amely kétharmad részével a bal lágyékhajlat felett, egyharmadával alatta helyezkedik el és magába foglalja a bal protézisszár bevarrásakor ejtett metszés hosszanti hegét. A terime alsó része kissé visszanyomható, de a nyomás megszűntetésekor ismét azonnal előbóltosul (1. ábra).

A fedő bőr jól elmozgatható gyulladás jelei nélkül. Az elváltozás fájdalomtalan, felszíne sima, tapintata rugalmas. Kopogtatáskor tompulat. Hallgatózással sem surranást, sem bélhangot nem hallunk. Az elváltozás nem pulzál, de alatta a combon tapintható a verőér lüktetése. Mindkét végtagon tapintható az ATP és az ADP pulzusa.

Egyéb vizsgálatokból: natív röntgen felvételen kis gázárnyékok a terimében. Kontrasztanyagot bélvizsgálattal (bélpassage, irrigoscopia) viszont egyértelműen kizárható belek jelenléte az elváltozásban. B-scan ultra-



2. ábra. Balról az eltávolított s kiürített tömlő, jobbról a kenőcsös, sárga cystalátalom.
Fig. 2. On the left is the removed and evacuated cyst wall, on the right the paste-like filling material.



3. ábra. A megnyitott cystosus képlet, a citromsárga, kenőcsös bennékel és a tömlő fenekén a csupasz protéziskacsal.
Fig. 3. The opened cyst with lemon yellow, paste-like filling material with the naked loop of the prosthesis at the bottom of the cyst.

szonográfiával folyadékgyülemre jellemző kép. Doppler vizsgálattal sem keringés, sem turbulencia nem detektálható. Ugyanakkor jó keringés és Doppler index regisztrálható mindkét ATP és ADP felett. Angiográfiába a beteg nem egyezett bele.

A kivizsgálás eredményét összegezve szokatlan elhelyezkedésű és nagyságú, folyadéktartalmú cysta véleményezhető.

Műtéti leletéből: A feltárásnál kiderül, hogy a terime nagyrészt a külső ferde hasizom bonyéja alatt helyezkedik el, amelyből a subinguinalis régióba eső rész az anulus inguinalis externust kitágítva lelóg a subcutisba. Maga a cystosus terime vastag, kötőszövetes falú, pattanásig feszülő. A képlet nem pulzál, de ha rányomunk, rajta keresztül enyhén érezhető a bal graftszár lüktetése.

Preparálás közben a képlet megnyílik és erős nyomással folyadék fröccsen ki belőle. További 1250 ml zavaros, sárgás folyadékot szívunk le, amely a mikrobiológiai vizsgálatnál sterilnek bizonyult. A tömlő mélyebb részén citromsárga, kenőcsös masszát találunk. A tömlő belső felcsíne részben sima, fénylő, részben egyenetlen, sárgás elszíneződésű. (2 ábra).

Az üreg fenekén szabadon fekszik a kötött érprotézis néhány centiméteres szakasza, amely fordított U-alakban, kissé meghajolva kiemelkedik a tömlő alapjából és jól lüktet. E graftrészlet textílfala csupasz. Hiányzik róla a külső kötőszövetes boríték (3. ábra). Vér-, vagy savószivárgás a hézagokon keresztül nem észlelhető.

Ezt a graftrészletet a rezekált tömlő maradványainak megkettőzésével fedjük. A hasfalat és az inguinalis sérvkaput zárjuk.

Szövetteni vizsgálat: a hisztológiai kép újraértékeléséhez kikértük Kádár A., illetve korábban Östör G. szakvéleményét. A szövetteni értékelés lehetőségét szegényíti, hogy jelenleg csak a korabeli metszetekből készült fotódokumentáció áll rendelkezésre. Az eredeti blokkok már elvesztek, így elveszett az immunhisztokémiai vizsgálatok lehetősége, amelyek sok mindent pontosabban tisztázhattak volna. A meglévő anyag a szövetteni kép lényegét tekintve azonban még így megfelelő.

A cystafalból számos kimetszés történt. A kiértékelés során valamennyi kimetszésből azonos, vagy igen hasonló képet láttunk.

A cysta falát háromrétegű kötőszövet építi fel. A belső réteg sejtdús, vascularizált, a középső réteg kollagénrostos, a külső réteg laza rostos kötőszövetből áll (4. ábra).

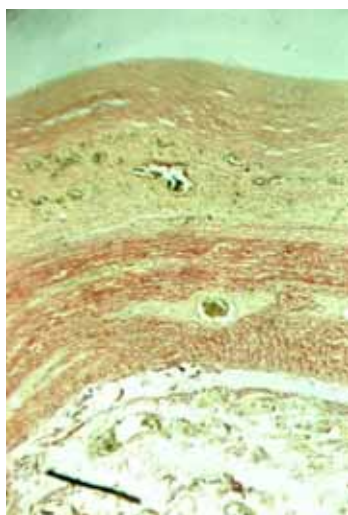
A cysta felszínét nagyrészt egyrétegű ellapulult sejtsor borítja. A felszínhez közeli rész, amely tömöttebb, simaizom sejteket, a mélyebben fekvő rész, amely lazább, érdekes, habos plazmájú sejteket tartalmaz (5. ábra).

A középső réteg jobban vascularizált területén még bőségesebben láthatók simaizom sejtek többféle festéssel is (6., 7. ábra). Kádár szerint rekanalizált thrombus, intimaproliferáció.

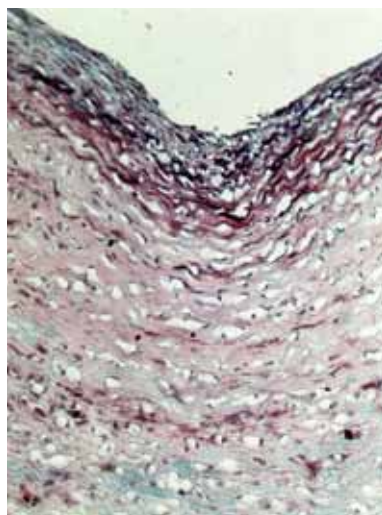
Ugyanezen a területen erős elasztikus rostlemez is kimutatható (8. ábra).

Mindezek mellett a kórfolyamat eredetére vonatkozóan igen fontosnak tűnik a vastartalmú, phagocytá sejtek, a siderocyták kimutathatósága is (9. ábra). (Lásd még a megbeszélésben.)

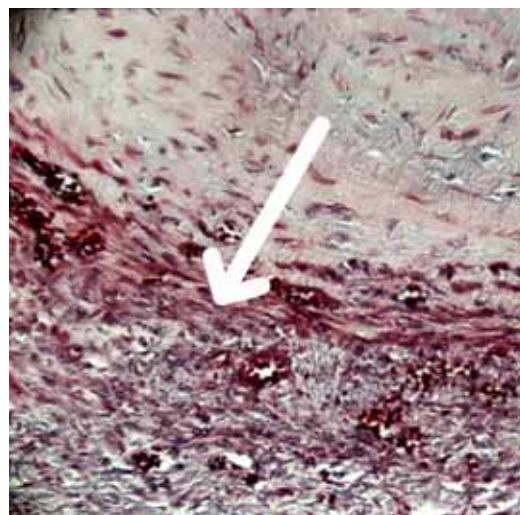
Kórlefolyás, későbbi megfigyelések: a beteg szövödménymentesen meggyógyult. Óvatosságból csak a 14.



4. ábra. Átnézeti kép.
Fig. 4. Transparent slide of the cyst wall.



5. ábra. A felszínen ellapult egyrétegű sejtsor. A felszín alatti rétegben simaizom sejtek. Mélyebben emellett habos plazmájú makrophagok láthatók.
Fig. 5. There is a flattened one cell layer on the surface. Smooth muscle cells are in the next layer beneath. In the depths macrophages with foamed plasm can be seen.



6. ábra. Simaizom sejtek a cystafal középső, vascularizált rétegében.
Fig. 6. Smooth muscle cells in the middle vascularised layer of the cyst wall.

napon bocsátottuk el pp. gyógyult sebbel, zavartalan végtagkeringéssel, korlátlan járási távolsággal.

Három hónap múlva elvégeztük a nagy, recidív hasfali sérvének rekonstrukcióját 25x30 cm-es magyar poliészter hálóval.

A beteg állapotát tíz évig követtük. Állapota, perifériás keringése végig megtartott volt. Recidiva sem a cystaműtét, sem hasfali hálóplasztika területén nem jelentkezett.

Megbeszélés

Az eset egyik érdekessége a kórismezés volt. Az elváltozás kialakulása, megjelenési formája eleinte megtévesztésig lágyéksérvre hasonlított. A beteg által észlelt „pattanásnál” repedt ki a sérvkapu, s a terime alsó vége átlépve az anulus inguinalis externuson direkt sérvként jelentkezett. Röviddel ezután tovább növekedve előboltosította, elvékonyította az első hasfalat, amely itt anatómiailag eleve gyenge, hiszen csak a fascia transversából és a külső ferde hasizom bonyójából áll, s külsőleg megjelenő képletté alakult. Alaposabb vizsgálattal azonban el kellett vetni a sérv-teóriát.

Bár a kórelőzmény és lokalizáció alapján felmerülhetett volna, de a pulzáció hiánya miatt eleve kizárható volt az álaneurysma is.

Ugyancsak a kórelőzmény és a teljes tünetmentesség alapján nem lehetett szó korai, hatalmas perigráft haematomáról sem. Nem lehetett késői, a beültetés után négy év elmúltával, a protézisfal degradációs hibájából,

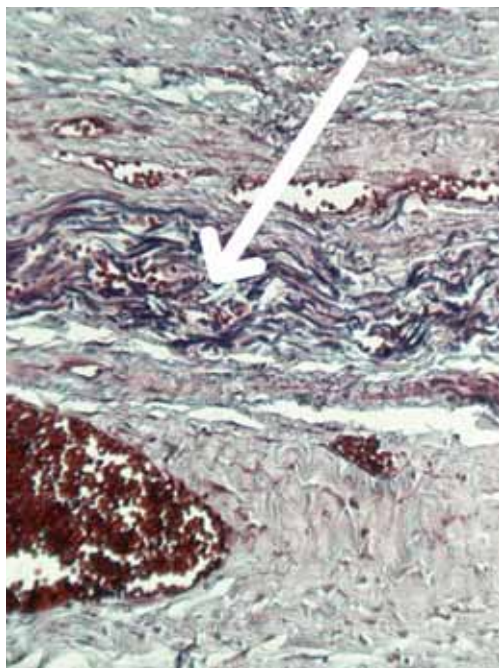
hirtelen keletkezett, extra nagy perigráft haematoma sem a heveny történet (hirtelen feszítő fájdalom, bőralatti suffusio, stb.), illetve a heveny vérvesztés hiánya miatt.

Nem lehetett az utolsó hónapokban keletkezett, szintén protézishibából eredő, többszörös, kisebb, transmuralis vérzések talaján kialakult, késői perigráft haematoma sem, amely esetleg magyarázhatta volna a fokozatos és egyre gyorsuló növekedést viszonylagos tünetszegénység mellett. De ennyire tünetmentesen ez sem következhetett be. E felfevés elleni utólagos, döntő bizonyíték a műtéti lelet. Ha a fenti elképzelés helyes lett volna, akkor a műtétnél különböző korú és különböző mértékben szervült vérömlenyt találtunk volna. Ezzel szemben a műtétnél látott, ugyan vérből származó, de már teljesen átalakult cystatartalom létrejöttéhez biztosan több időre volt szükség, mint az elváltozás végső növekedésének néhány hónapja.

Így maradt az eleinte észrevétlenül, lassan, később egyre gyorsabban növekedő, folyadék tartalmú cysta kórisméje, amely igazolódott is.

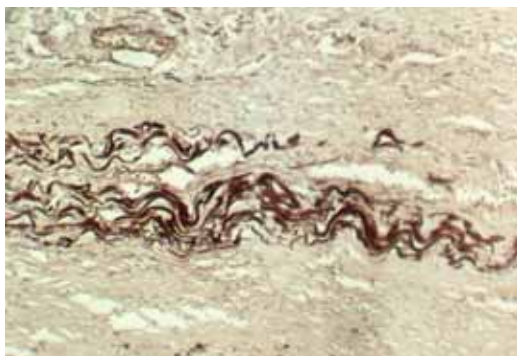
Problematikus volt a patogenezis is. Az ugyan bizonyos, hogy a cysta korai, latensen maradt perigráft haematomából keletkezett. Erre utal a jellegzetes sárga folyadék és citromsárga, kenőcsös cystatartalom. Ugyancsak haematoma eredetre utal a vaspigment tartalmú phagocyták, a siderocyták jelenléte a szövettani képen.

De hogy ez a haematoma eredetileg mekkora volt, nem tudhatjuk pontosan. Nem lehetett jelentéktelenül kicsi, mert akkor hegyszövet képződése mellett teljesen felszívó-



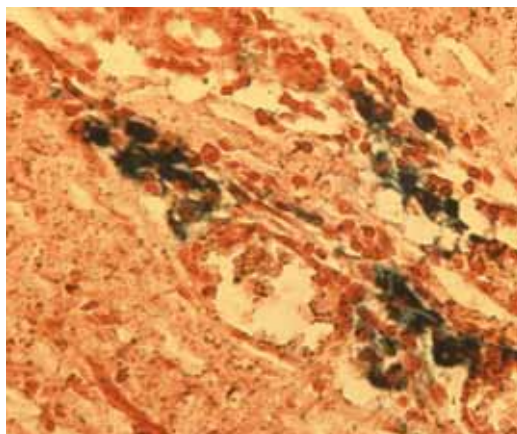
7. ábra. Simaizom sejtek a tömlőfal jobban erekelt rétegében.

Fig. 7. Smooth muscle cells in the better vascularised layer of the cyst wall.



8. ábra. Rugalmas rostok a fal középső rétegében.

Fig. 8. Elastic fibres in the middle layer of the cyst wall.



9. ábra. Siderocyták a tömlőfalban.

Fig. 9. Siderocytes in the wall of the cyst.

dott volna. Nem lehetett túl nagy sem, mert akkor sokkal korábban észrevették volna. Saját érpfőtési kísérleteinkben azt láttuk, körülbelül jókora diónyi perigraftr vérömlenyél kezdődhet az a méret, amely évek múlva sem tud fel szívódni (21).

A kórtörténet alapján tehát eleve kizárt, hogy a haematoma eredetileg jelentős méretű lett volna. De akkor hogyan, mitől növekedett ekkorára ez az elváltozás? Ezt biztosan nem tudhatjuk.

Lehetséges, hogy a gyorsuló folyadékszaporulat krónikus gyulladás következménye, amelyet a lágyéktáji mozgások irritáló hatása okozott. Talán szerepe volt a cysta fenekén lévő graftrészlet pulzációjának is. Esetleg jelentősége lehet annak is, hogy mindez olyan területen történt, ahol a graftrészlet bevarrásokor megsértett, fontos nyirokközpont helyezkedik el.

Kádár erről a kérdéstről így vélekedik: „...Feltehető, hogy egy, az implantációt követően kialakult, kis méretű vérzéses eredetű szeróma repedt meg és indult gyors növekedésnek. A fal négy év alatt már kialakult és a megeröltetési trauma hatására berepedhetett, a ciszta a szövetnedv-beáramlás révén viszonylag gyorsan megnagyobbodott...” (22).

Az eset harmadik érdekessége, hogy a cysta fala szövettanilag egyáltalán nem hasonlított a szokványos cystafalhoz. Szerkezeti felépítése inkább az artériafal hármas rétegződését utánozta: sejtűs neointima, rostos neomedia, laza kötőszövetes neoadventitia. A látott sejteket tekintve is inkább az érpfőtő-struktúrák, illetve az ál-aneurysmák falában megfigyelhető képre emlékeztetett. Nevezetesen érfalspecifikus szövetelemeket, (simaizom

sejtek, rugalmas rostok), illetve habos plazmájú sejteket tartalmazott. A kórtörténetből azonban egyértelműen kitűnik, a cysta nem működhetett érpfőtőként, s az ál-aneurysma lehetősége is kizárható. A szövettani leltre ezért biztos magyarázatunk nincs. Az alábbiakban mégis megkíséreljük a látottak értelmezését.

Kísérletes és klinikai adatok igazolják, hogy a működő érpfőtő struktúrákban, azok átépülése, vagy beépülése során, endothel, simaizom sejtek és rugalmas rostok jelennek meg nemcsak kísérleti állatokban, például kutya, sertés, hanem emberben is. Ezen elemek mennyisége és minősége függ az áramlási viszonyoktól, az érpfőtő struktúráktól, a beteg korától, biológiai állapotától (23, 24, 25, 26). Mindezeket maguk is megfigyeltük kísérleteinkben és egyes klinikai eseteinknél. (27, 28).

Magyar szerzők közül Jellinek és Gyurkó munkáiból tudjuk, hogy az érspecifikus szövetelemek kialakulásában leginkább a pulzációnak van szerepe (29,30).

Bár a cystában keringés, turbulencia bizonyos, hogy sohasem volt, s a képlet tapinthatóan, erősen nem is pulzált, a cysta belső falát mégis érték pulzációs ingerek, amelyek a cysta fenekén lévő, fordított U-alakú graftrészletből kiindulva a feszes folyadékgyülem közvetítésével érték el a cysta falát. (Ezt a feltevést alátámasztja az az észlelésünk is, hogy a fizikális vizsgálatnál lenyomva a képletet, az érezhetően átvette a graftrészlet ütközését.) Ezek a pulzációs ingerek nyilván gyengék voltak, de mégis elégségesek a specifikus szövetelemek képződésének indukálásához. Cystánk így tulajdonképpen egyedí, speciális modellnek tekinthető a fent említett érfali regenerációs morfofenetikai törvényszerűség illusztrálására.

Kádár erről némiképpen másként vélekedik: „A kis szeróma falába a disztális érszakaszról évek alatt benőhetett egy elasztikus lemezeket is tartalmazó simaizom-kötőszövet réteg, ami szerintem csak úgy képzelhető el, hogy ott volt, maradt valami érfalmaradvány. Az elasztikus lemezek nagyon kiérették és vastagok, valójában pulzáció és funkció kellett a kialakulásukhoz. Lehet, hogy a «nagyvonalúan» ráhagyott eredeti érfal túlnyúló maradványai? Érspecificus szövetelemek csak érmaradványból alakulhattak ki, de változatlanul úgy gondolom, hogy egy érdarabot látunk, vagy aneurysma részletet vagy a beépült protézisből egy részletet, például neointimát médiát és neoadventiciát. Nem kizárható, de ehhez a «nyersanyagot» a disztális érszakasz adhatta...” (22).

Említésre méltó még a fentebb leírt, nagyszámú, habos plazmájú sejt jelenléte a cystafalban. Ilyen, lipoidokat tartalmazó sejteket korábbi érprotetikai kísérleteinkben látunk az azokban megjelenő degeneratív jelenségek kapcsán (31). Itt is lehetnek fali degeneráció jelei, de Kádár szerint esetleg a szintén lipoid tartalmú cystabennék eltávolításában lehetett szerepük (22).

Nyilvánvaló, hogy mind a patogenetikai, mind a hisztológiai kérdések tisztázásában messze előbbre juthattunk volna immun-hisztikémiai vizsgálatokkal, de mint említettük, ezek lehetősége sajnos elveszett. Mindez azonban nem változtat az eset egyedi, érdekes, problematikus, tehát bemutatásra méltó voltán.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők e helyen mondanak köszönetet *prof. dr. Kádár Annának* a szövettani anyag átvizsgálásáért, s az ezzel kapcsolatos szakvéleményéért.

Ugyancsak itt köszönik meg *dr. Östör Gabriella* patológus főorvos munkájukhoz nyújtott segítségét.

Itt is tisztelettel emlékeznek meg a néhai *dr. Rajkovits Károly* patológus főorvos közreműködéséről, aki az eredeti szövettani feldolgozást végezte.

Irodalom

1. *Ahn, S. S., Machleder H. I., Gupta R., Moore W. S.:* Perigraft seroma: clinical, histologic, and serologic correlates. *Am. J. Surg.* 154: 173-8. (1987).
2. *Arya, N. O., Kane, H. F., Hannon, R. J., Lee, B. Soong, C. V.:* Endoleak and endotension following open abdominal aortic aneurysm repair: a report of two cases. *Ann. Vasc. Surg.* 19: 431-433. (2005.)
3. *Cuff, R. F., Thomas, J. H.:* Recurrent symptomatic aortic sac seroma after open abdominal aortic aneurysm repair. *J. Vasc. Surg.* 41: 1058-1060 (2005.)
4. *Itoh, H., Onitsuka, S.:* Fenestration of perigraft seroma after open repair of abdominal aortic aneurysm: reporting two cases *Jpn. Coll. Angiol.* 47: 179-183 (2007.)
5. *Lewis, P., Wolfe, J. H. N.:* Lymphatic fistula and perigraft seroma. *Brit. J. Surg.* 80: 410-411 (1993.)
6. *McShannic, J. R., O'Hara, P. J.:* Management of femoral lymphatic complications following synthetic lower extremity revascularization: early and late results. *Vasc. Endovasc. Surg.* 31: 6, 703-711 (1997.)
7. *Paes, E., F., Vollmar, J., Mohr, W., Hamann, H., Brecht-Krauss, D.:* Perigraft reaction: incompatibility of synthetic vascular grafts? New aspects on clinical manifestation, pathogenesis and therapy. *World J. Surg.* 12: 50-75. (1988).
8. *Papp R., Weber Gy.:* Femoropoplitealis áthidalás PTFE grafftal perigraft reakció huszonhat évvel a beültetés után. *Érbetegségek* 13: 135-138. (2006).
9. *Shiyya, N., Kuniyama, T., Matsuzaki, K., Sugik, T.:* Spontaneous perigraft hematoma suggesting transgraft hemorrhage seven years after thoracic aortic replacement with a Dacron graft. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 30: 402-4. (2006).
10. *Thoo, C. H., Bourke, B. M., May, J.:* Symptomatic sac enlargement and rupture due to seroma after open abdominal aortic aneurysm repair with polytetrafluoroethylene graft: Implications for endovascular repair and endotension. *J. Vasc. Surg.* 40: 1089-94 (2004.)
11. *Williams, G. M.:* The management of massive ultrafiltration distending the aneurysm sac after abdominal aortic aneurysm repair with a polytetrafluoroethylene aortobiiliac graft. *J. Vasc. Surg.* 28: 551-555. (1998).
12. *Sömjén, M. G., Pond, F., Last, G. C.:* Endovascularis műteteink eredményei: computer tomográffal végzett követés. *Érbetegségek* 11: 83-89. (2004.)
13. *Naoki, T., Takao, O., Makoto, S., Hisano, T., Yuka, N.:* Perigraft seroma after endovascular repair of the abdominal aortic aneurysm. *Jpn. Soc. Cardiovasc. Surg.* 32: 285-287 (2003.)
14. *Kato, N., Shimono, T., Hirano, T., Mizumoto, T., Suzuki, T., Ishida, M., Fujii, H., Yada, I., Takeda, M.:* Aneurysm expansion after stent-graft placement in the absence of endoleak aneurysm. expansion after stent-graft placement in the absence of endoleak. *J. Vasc. Intervent. Rad.* 13: 321-326. (2002.)
15. *White, G. H.:* Endoleak and endotension: definition, classification and current concepts. In: *Endoleaks and endotension.* Keith F.J. and Baum R.A. 25-45. Marcel and Decher, 2003.
16. *Kollár L., Kasza G., Menyhei G., Rozsos I., Varga Zs., Grexa E., Horváth L.:* AAA új műtéti megoldása: stentraft. *Érbetegségek* 8: 49-54. (2001.)
17. *Menyhei G., Kollár L., Kasza G., Hardi P., Verzár Zs., Grexa E.:* Infrarenalis aorta aneurysma kezelésére alkalmazott endovascularis és nyitott műtétek eredményeinek összehasonlítása. *Érbetegségek* 13: 15-20. (2006.)
18. *Nemes A., Dzsiniich Cs., Hüttl V., Acsády Gy.:* Az érsebészet új fejezete: az aorta aneurysmák endoluminalis „stentgraft” kezelése. *Orv. Hetil.* 41: 2075-2083. (2004.)

19. *Mátyás L., Juhász Gy., Lázár I.*: Akut tüneteket okozó aorta aneurysma endovascularis kirekesztése (absztrakt). *Magy. Sebész.* 58: 267 (2005.)
20. *Bartos G., Fórizs Z.*: Diagnosztikus problémát okozó késői szövődmény aorto-bifemoralis bypass után. *Miskolci Angiológiai Napok, Miskolc, 1983. május 26-28.*
21. *Bartos G., Karmos V., Szöllőssy L.*: Problems of alloplastic vascular repair II. (Porosity of synthetic vascular prostheses). *Acta Chir. Acad. Sci. Hung.* 6: 119. (1965).
22. *Kádár A.*: Személyes közlés. Bp. 2007.
23. *David, H., Hackensellner, H., Wolf, W.*: Submikroskopische Untersuchungen an der Neointima in Kunststoffprothesen beim Hund. *Ztsch. Path.* 72: 548. (1963).
24. *Jellinek, H., Csillag, I., Kádár, A.*: Feinstrukturelle Untersuchungen bei der Anwendung von Kunststoffgefäßen. *Acta Chir. Acad. Sci. Hung.* 4: 257-261. (1963).
25. *Kraft-Kinz, J.*: Problem der Einheilung synthetischer Arterienprothesen beim Menschen. *Langenbeck's Arch. Klin. Chir.* 303: 123. (1963).
26. *Wesolowsky, S. A., Fries, C. C., Hennigar, G., Fox, L. M., Sayer, P. N., Sauvage, L. R.*: Factors contributing to long-term failures in human prosthetic grafts. *J. Cardiovasc. Surg.* 5: 544. (1964).
27. *Bartos G.*: Occurrence of specific tissue elements several years after alloplastic vascular repair. *Acta Morph. Acad. Sci. Hung.* 16: 295. (1968).
28. *Bartos G.*: A magyarországi kísérletes érprotetika az ötvenes-hetvenes években. (I. rész) *Érbetegségek* 10: 17. (2003).
29. *Csillag I., Jellinek H., Novák J.*: A new method of restoring defects in the wall of great abdominal veins. *Acta Morph. Acad. Sci. Hung.* 3: 149. (1953).
30. *Gyurkó Gy., Ladányi P., Bornemisza Gy.*: Role of haemodynamic factors in the incorporation of synthetic arterial prostheses. *Acta Chir. Acad. Sci. Hung.* 9: 441-447. (1968).
31. *Bartos G., Szöllőssy L.*: Problems of alloplastic vascular repair III. (Connection between the porosity and the degenerative changes of the neointima). *Acta Morph. Acad. Sci. Hung.* 15: 245. (1967).

Dr. Bartos Gábor
elérhetőség

A hazai phlebológia átalakulása Tíz éves a Szklerotizálók Klubja

DR. BIHARI IMRE, DR. MENYHEI GÁBOR, DR. SÁNDOR TAMÁS

ÖSSZEFOGLALÁS

A hazai phlebológia átalakulása arra a 10 évre esett, amelyben a Szklerotizálók Klubja működött. A klub 1997. május 9-én alakult meg. Ebben az időszakban forradalmi változások zajlottak a phlebológiában, illetve a korábbi újdonságok ekkor terjedtek el hazánkban (Doppler vizsgálat, képképző ultrahang diagnosztika, hab scleroterápia, esztétikai igényű varicectomia, transcutan lézer kezelés, intravasculáris lézer-műtét, rádiófrekvenciás coagulátor, CEAP osztályozás, leukocytá elmélet, kis molekulású heparinok, ambulans mélyvéna thrombózis kezelés, új ulcus kötszerek). Ezen kívül az egészségügyet érintő politikai, társadalmi, gazdasági változás is a phlebológia felé terelte mind a kollégák mind a betegek figyelmét. Mindezen folyamatok az eddig jó testvér módjára együtt futó artériás és vénás szakmákat eltávolodásra kényszerítette. Míg az előbbi kórházi-állami feladat maradt, addig az utóbbi hangsúlya a magán rendelőkbe tevődött át. Ezért a MAÉT vezetősége úgy döntött, hogy a hazai phlebológiai tevékenység összefogása céljából a társaság phlebológiai szekcióját újjászervezi. A Szklerotizálók Klubja, amelynek érdeklődése már eddig is jóval meghaladta a szkleroterápia témakörét, a továbbiakban ennek keretén belül, Vénás Fórum néven folytatja működését.

KULCSSZAVAK

phlebológia, fejlődés, Magyarország

CHANGES IN PHELEBOLOGY IN HUNGARY 10 YEARS OF THE SCLEROTHERAPY CLUB

Imre Bihari M. D.

Gábor Menyhei M. D., Tamás Sándor M. D.

There have been many changes in phlebology since the Sclerotherapy Club was first set up. Founded on 9 May 1997, the changes in this period were partly in phlebology itself and partly as a result of earlier changes being introduced into Hungary (Doppler examination, picture-making ultrasound diagnostics, foam sclerotherapy, aesthetic varicectomy, transcutaneous laser treatment, intravascular laser treatment, radio frequency coagulator, CEAP classification, leukocyte theory, low molecular weight heparin, ambulatory treatment of deep venous thrombosis, new dressings for crural ulcers). Changes in society, politics and the economy which had an impact on the health service also heightened the interest of both colleagues and patients in the subject. However, these processes also created a gulf between two fields that had traditionally been closely linked together, arterial disciplines and phlebology. The former is nowadays mainly carried out in state hospitals and the latter has moved into the private sector. For these reasons the leaders of MAÉT decided to reorganise the Phlebological Section in order to keep Hungarian phlebological activity more closely under their scrutiny. The Sclerotherapy Club, which has dealt with the whole range of the phlebological issues, will continue its work as the Venous Forum within this section.

KEYWORDS

phlebology, development, Hungary



1. ábra. Beszélgetés a Klub szünetében, Hunyi László és Sándor Tamás az előtérben.
Fig. 1. Chatting in the break of the Sclerotherapy Club (László Hunyi and Tamás Sándor are in front).

A Szklerotizálók Klubja 10 éve, 1997. május 9-én alakult meg. Az első meghívó az Érbetegségek 1997. évi 1. számában arra invitált, hogy a szkleroterápiával foglalkozók, vagy ez iránt érdeklődők, a Gellért Szálló Dohányzó termébe látogassanak el, ahol tapasztalatcserén vehetnek részt. A megjelentek egyetlen kerek asztalt ültek körül, ami nosztalgikusan hangzik a jelenlegi, csaknem százfős, élénken érdeklődő és a vitákban nagy aktivitást mutató hallgatóságához képest. A Klub összejövetelére mindenki, aki azon már legalább egyszer megjelent, névre szóló meghívót kap – jelenleg 240-en. A kezdeti célok: a szövődmények, elsősorban a mélyvéna thrombosis elkerülése, az egyedül dolgozó szklerotizőrök számára tapasztalatcsere és továbbképzés megteremtése – változatlanok. Ami a klub életében az évek során jelentősen változott, az a téma kiterjedésének. Az eltelt 10 év során 21 rendezvény volt, az ezeken tartott mintegy 66 előadás a phlebológia teljes spektrumát és a határterületeket (érmalformációk, lymphológia, haemostaseológia, mikrocirkuláció, beleegyező nyilatkozat, praxis-építés, stb.) is felölelte. Ennek megfelelően a találkozók nevét Phlebológusok és Szklerotizálók Klubjára változtattuk. Kitűnő előadókat hallhattunk, a teljesség igénye nélkül sorolunk fel néhányat: prof. Daróczy Judit, prof. Tasnádi Géza, prof. Dzsini Csaba, prof. Domján Gyula, Menyhei Gábor, Pécsvárad Zsolt, Rozsos István, Szokoly Miklós, Vallus Gábor, Sándor Tamás és Szabó Péter. Elismert külföldi előadók is megtisztelték rendezvényünket: Ph. Coleridge-Smith, M. Schadeck, S. Ricci, A. Cavezzi, G. Somjen, M. Watkins, J.-Ch. Wollman, Z. Várady és F. Zernoviczky.

Hazánkban a phlebológia korábban nem váltott ki ekkor érdeklődést – mi lehet a változás oka? Úgy gondoljuk két fontos tényezőt kell figyelembe vennünk:

1. A phlebológia forradalmi változása, amely egyrészt ebben az évtizedben zajlott, másrészt a korábbi eredmények hazánkba ebben az időszakban gyűrűztek be. A



2. ábra. Külföldi előadók 2003-ban Budapesten, balról jobbra: Stefano Ricci, Bihari Imre, Michel Schadeck, Philip Coleridge-Smith, Attilio Cavezzi.
Fig. 2. Foreign lecturers in Budapest (from left to right: Stefano Ricci, Imre Bihari, Michel Schadeck, Philip Coleridge-Smith and Attilio Cavezzi).

Klub többnyire ezekkel a témákkal foglalkozott. Mik is voltak ezek?

a./ Mint neve is mutatja, a Klub kezdetben a szkleroterápiára koncentrált, ugyanis ekkor vett nagyobb lendületet ennek hazai alkalmazása, vagyis egyre többen voltak kíváncsiak a módszerre, az eredményekre és az esetleges buktatókra. Külföldön ebben az időszakban már újabb előrelépés, a hab alkalmazása került előtérbe. Ezzel az injekciós kezelés nemcsak a műtét kiegészítője, hanem annak méltó vetélytársa lett.

b./ A varicectomia megváltozott, a korábbi egyik cél a crossectomia elterjesztése lezárult, a másik cél, az esztétikai igényű varicectomia végzése ebben az időszakban vált általánossá. A klasszikus műtét különböző módosításai a mai napig vonzzák az érdeklődőket. A fejlődés alapján a ma jelentkező recidív varixos betegek egy-egy feltűnő, vagy alig látható hegekkel tarkított lábáról meg lehet mondani, hogy mikor és milyen felkészültséggel operálták.

c./ Átalakult a diagnosztika: túlléptünk a fizikális vizsgálat egyeduralmán, Fórizs és Hetényi ekkor megjelent időtálló, magas színvonalú könyve, a Doppler diagnosztika elméletét és gyakorlatát minden érdeklődő számára hozzáférhetővé tette. Ma a Doppler vizsgálat a diagnosztikának csak egyik eleme – a másik a képalkotó ultrahang vizsgálat. A kettő kombinációja, a duplex eljárás a leginformatívabb. A jelenlegi cél az, hogy minden phlebológiát művelő kolléga saját maga végezze ezeket a vizsgálatokat. A Klub ehhez részben az ismeretek közvetítésével, részben a műszer-beszerzési lehetőségek felkutatásával, jelentős segítséget nyújtott.

d./ Új technikai eszközök segítik az eredményesebb kezelést. Elsősorban a lézerre gondolhatunk. Ennek egyik alkalmazási lehetősége a seprű erek bőrön keresztül



3. ábra. Klubunk rendszeres résztvevője Várady Zoltán prof., aki Frankfurti Kongresszusának látogatását többek számára lehetővé tette (balról jobbra: Rácz Anikó, Bakos Ilona, Bihari Imre, Várady Zoltán prof., Szabó Tamás, Baricza Sarolta, Böhm Zoltán és Hunyadi János prof.).

Fig. 3. A regular participant of our Club, prof. Zoltán Várady, who has helped several colleagues take part in the Frankfurt conferences (from left to right: Anikó Rácz, Ilona Bakos, Imre Bihari, prof. Zoltán Várady, Tamás Szabó, Sarolta Baricza, Zoltán Böhm, prof. János Hunyadi).

végzett lézeres szklerotizációja, másik alkalmazása a saphena törzsekbe bejuttatott fényvezető szállal történő hegesítés. Hasonló felhasználási lehetősége van a rádiófrekvenciás koagulátornak is. Ezekről az eszközöktől reméljük, hogy kevesebb nyom marad vissza és gyorsabb a gyógyulás, mint a műtét vagy a szkleroterápia során. Az eredmények egyelőre még nagyon változatosak, az elterjedés legfőbb akadálya a műszerek magas költsége.

e./ Az elméleti háttér megváltozásában két fontos eredményt kell megemlíteni: a CEAP osztályozást és a patogenezis leukocita elméletét. A CEAP osztályozás egyöntetű és jól megalapozott besorolást tesz lehetővé minden klinikai esetben. Ezáltal a phlebológusok közös nyelvet beszélnek, így az eseteírások olvasása és a statisztikák értékelése egyöntetűvé vált. A leukocita elmélet mind a varicositas, mind az ulcus cruris kialakulás tekintetében a korábbiaknál jobb magyarázattal szolgál.

f./ Új gyógyszer, a kismolekulasúlyú heparinok megjelenése, megváltoztatta a trombózis profilaxisát és kezelését. Az ambuláns trombózis kezelés mindennapi hozzáállásunkat gyökeresen átalakította. Ide tartozik a thrombophylia jelentőségének széleskörű megismerése is.

g./ Új, hatásos ulcus cruris kötszerek jelentek meg. Ezekkel elsősorban a Magyar Sebkezelő Társaság foglalkozott, a phlebológusok is többnyire ennek kongresszusán fejtették ki véleményüket.



4. ábra. Menyhei Gábor előadást tart a Klubban.
Fig. 4. Gábor Menyhei lecturing to the Club.



5. ábra. Visegrád 2006: zsúfolt előadóterem szinkron-tolmácsolással.

Fig. 5. Visegrád 2006: crowded lecture hall with simultaneous translation.

2. Másik fontos szempont a politikai, társadalmi, gazdasági változás, amely ennek a magánpraxisban kitűnően végezhető szakágnak az intézményen kívüli gyakorlását lehetővé tette és támogatta. Ennek jelentőségére a nyugati államokban, Franciaországban és Németországban már 50 éve önállóan működő phlebológiai társaságok utalnak. Milyen változtatások történtek hazánkban? A magánvállalkozás támogatása, az állami egészségügy leépítése és átstrukturálása, ennek keretén belül az ambuláns és egynapos sebészet előtérbe helyezése. És a változások még nem értek véget. Ebben a helyzetben egy egészségügyi magánvállalkozás eddig biztos menedék volt, ezt sokan felismerték és ennek keretében végezték phlebológiai rendelésüket.

Változást tapasztalhattunk a betegek részéről is. A visszérműtét kapcsán már nem a korábbi 6 hetes betegáramlás, hanem ezzel ellentétesen, a munkavégzést érintetlenül hagyó beavatkozások igénye merült fel. Továbbá a munkavállalóknak ma már nemcsak a munkájukat, hanem önmagukat is el kell adniuk, vagyis a munkaerőpiacon a külső megjelenés is szempont lett. A betegeket mindezen szempontok az ambuláns, illetve egynapos sebészet és az esztétikai tekintetben igényesebb megoldások felé terelték.

A phlebológia fent említett tudományos, gyakorlati és szakma-politikai változásai érdekes folyamatot indítottak el a szakmákon belül. Hazánkban évtizedeken keresztül a legnagyobb phlebológiai aktivitás a MAÉT, illetve elődje, a Magyar Angiológiai Társaság keretében, elsősorban az érsebészek közreműködésével folyt. Kétségtelen, hogy a Magyar Dermatológiai, valamint a Belgyógyászati Társaság is foglalkozott phlebológiával, de ezen aktivitások mennyisége és súlya elmaradt a MAÉT-étől. A MAÉT fő profilja az artériák diagnosztikája, sebészi és konzervatív kezelése volt. Ez a MAÉT tagok szakirányú érdeklődése tekintetében annyit jelentett, hogy ugyanazok a kollégák, akik artériákkal foglalkoztak, másodsorban többkevesebb phlebológiai tevékenységet is kifejtettek. A MAÉT Phlebológiai Szekciója azokat gyűjtötte össze, akik



6. ábra. Visegrád 2006: Gianni Belcaro prof. kérdésekre válaszol (balról jobbra: Vallus Gábor, Landi Anna, Nadas Iván).

Fig. 6. Visegrád 2006: prof. Gianni Belcaro answers questions (from left to right: Gábor Vallus, Anna Landi, Iván Nadas).

elsősorban a phlebológiának szentelték figyelmüket, ennek összejövetelein 4-6 fő jelent meg. Változás az utóbbi egy évtizedben következett be, amikor is az artériák és vénák diagnosztikájának és kezelésének gyakorlata megújult és ugyanakkor egymástól eltávolodott. A phlebológia mind kiterjedésében, mind mélységében nagyobb lett és teljes odafigyelést kívánt, és az említett phlebológiai szakmai és egészségpolitikai változások nyomására mind több kolléga a varicositas kezelést, egyéb tevékenységének rovására előtérbe helyezte. Tették ezt azért is, mert a phlebológia már annyira kinőtte magát, hogy ez mind minőségében mind mennyiségében teljes embert kívánt. A phlebológia elválásának folyamata itt nem állt meg. A vénás betegségek kezelése az egészségügy átrendeződése során egyre inkább luxuscikké változott, míg az artériás betegek ellátása kötelező állami feladat maradt. Emiatt az artériákkal foglalkozók a HBCS, az ágyszám gondok és finanszírozás (paraszolvencia) légkörében élnek, míg a phlebológusok a praxisépítés, az önálló finanszírozás és az adózás gondjaival küszködnek. Mások a módszerek, a finanszírozás, a gondok, a kívánalmak, és mindezek miatt a közös érdeklődés területe leszűkül.

Az áttekintett időszakban nemcsak a Szklerotizálók Klubja rendezvényei, hanem egyes cégek önálló összejövetelei, továbbképző tanfolyamai is hozzájárultak a hazai phlebológia élénkítéséhez és fejlődéséhez. A teljesség igénye nélkül az alábbiakat említjük meg: Jelentősége és mérete alapján a Novartis Hungaria Kft. Consumer Health csoportjának, a hazai vezető phlebológusokkal karöltve, 2006. májusában Visegrádon szervezett nemzetközi meetingjét kell kiemelnünk. Az összejöveteleken a vendéglátó ország képviselőin kívül legnagyobb számban lengyel, kisebb létszámmal Iseh és szlovák küldöttség, összesen 160 kolléga vett részt. Kiemelt vendégelőadó Gianni Belcaro professzor volt. Az összejöveteleken az egyes országok nemzetközileg is elismert képviselőinek magas szintű előadásai, a kitűnően szervezett társasági prog-



7. ábra. Visegrád 2006: az előadások után a résztvevők lovagi tornát láthattak.

Fig. 7. Visegrád 2006: following the presentations colleagues participated in a jousting tournament.

ramok, valamint a cég bőkezű szponzorálása következtében, rendkívül sikeres volt. Lapunk is segítette a szervezést, és komoly erőfeszítéseket tett a színvonalas előadások teljes terjedelmű megjelentetéséért (2006/suppl/1).

Az Aethoxysklerolt képviselő Repharma cég rendszeresen szervez szkleroterápiát oktató tanfolyamokat, ennek segítségével már sokan sajátították el a szükséges ismereteket és építettek fel sikeres praxisokat.

A hazai phlebológia legstabilabb résztvevője, szponzora és szimpózium szervezője a Servier Hungária Kft. Színvonalas összejövetelei minden esetben kulturált tapasztalatcserére adnak alkalmat.

A fent leírt események és változások ismeretében merült fel a gondolat, hogy a phlebológiával önállóan, különböző magánrendelőkben foglalkozó kollégák támogatására és továbbképzésére egy klubnál aktívabb, fajsúlyosabb és szervezettebb testületre van szükség. A MAÉT vezetőségének segítségével újraélesztettük a Phlebológiai Szekciót, amelynek keretében az eddig Klub néven működő vitafórumot Vénás Fórumra kereszteltük, ezt változatlanul a Klub életre hívója, Bihari Imre vezeti. Úgy tervezzük, hogy ez az aktív eszmecsere céljait szolgáló összejövétel a továbbiakban állásfoglalásokkal, ajánlásokkal, tanácsokkal, módszertani leírásokkal is segíteni fogja az egyedül dolgozó phlebológusokat. A MAÉT Phlebológiai Szekciója országos szinten irányítja és hangolja majd össze a rendezvényeket, továbbképzéseket, tanulmányokat. Ennek élére a MAÉT vezetősége Menyhei Gábort választotta, akit munkájában egy újonnan választott szekció-vezetőség támogat: Bihari Imre, Dobozy Enikő, Pécsvárad Zsolt, Sándor Tamás és Vallus Gábor. További segítséget jelent két tapasztalt tanácsadó bevonása a munkába Acsády és Dzsinih professzorok személyében. A különböző rendezvények programjáról és az összejövetelek eredményeiről, ajánlásairól lapunk hasábjain minden érdeklődőt értesítünk.

A Vénás Fórum (vagyis a korábbi Szklerotizálók Klubja) következő, félévenkénti rendszeres találkozója 2008. március 28-án lesz. Erre egy kiemelkedő, nemzetközi előadói gárdát sikerült meghívni (ld. külön lapon).

Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki mindazon cégeknek, akik anyagi támogatásukkal a Szklerotizálók Klubja ingyenes látogatását lehetővé tették, mindenek előtt azoknak, akik szinte minden összejöveteleken jelen voltak: a Servier Hungáriai Kft.-nek, a Novartis Hungária Kft. Consumer Health csoportjának, a Pharmatextil Kft.-nek és a Repharma Kft.-nek. Kérjük, továbbra is támogassák a hazai phlebológiát.

Irodalom

1. *Bihari I.*: Visszérbetegség és kezelése. Á+B kiadó, Budapest, 2004.
2. *Förizs Z., Hetényi A.*: Angiológiai Doppler-diagnosztika. Springer Hungarica, Budapest, Berlin, Heidelberg, 1995.
3. *Hetényi A.*: Az alsó végtag krónikus vénás elégtelenségének klasszifikációja és a súlyosság mértékének megállapítása. *Érbetegségek*, 3(1):21-24. (1996.)
4. *Hunyadi J., Bihari I., Landi A., Cervenák L., Rugonvalvy K. Sz.*: Krónikus vénás elégtelenség és ulcus cruris. *Érbetegségek*, 11:123-133. (2004.)
5. *Sándor T.*: Kis molekulásúlyú heparinok – az első 12 év. *Érbetegségek*, 6:37-44. (1999.)
6. *Sándor T.*: A gyulladás jelentősége a krónikus vénás elégtelenség és a varicosus vénák kialakulásában. *Érbetegségek*, 14:91-95. (2007.)

Dr. Bihari Imre

1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.

Díjkiosztás

Folyóiratunk díjait a Nyíregyházi Angiológiai Napokon ismét kiosztottuk. Az értékelésre a folyóirat Szerkesztő Bizottságán kívül a MAÉT és a MACIRT vezetőit kértük fel. Legjobb Publikációért-díjban az alábbi cikkek első szerzői részesültek:

Kereszturi G., Mikola J., Berek P.: Az atherosclerosis korai felismerése és rizikósűrítés a Közép-Dunántúlon. A mobil érdiagnosztika. *Érbetegségek*, 13:71-76. (2006)

Kékesi V., Merkely B., Juhász-Nagy S.: Az endothelin coronária hatás jellemzői myocardialis ischaemiában:kísérletes vizsgálatok. *Érbetegségek*, 14: 57-61. (2007)

Menyhei G., Kollár L., Kasza G., Hardi. P, Verzár Zs., Grexa E.: Infrarenalis aorta aneurysma kezelésére alkalmazott endovascularis és nyitott műtétek eredményeinek összehasonlítása. *Érbetegségek*, 13:15-20. (2006)

Pécsvárady Zs.: Perifériás artériás betegség (PAB) és a komplex kardiovaszkuláris prevenció. *Érbetegségek*, 14. 77-86. (2007)

Veres K., Szomják E., Kerekes Gy., Dér H., Szerdahelyi Sz., Tumpek J., Szegedi Gy., Soltész P.: Foszfolipid ellenes antitestek alsó végtagi perifériás érbetegségekben. *Érbetegségek*, 13:21-26. (2006)

A díjak odaítélésénél a korábbi követelményeken kívül, a hazai publikációk idézését is fontos szempontként vettük figyelembe. Nem először észrevételezzük, hogy egyes szerzők talán tudatosan, talán figyelmetlenségből a hazai kollégák értékes munkáit rendre mellőzik. Fontosnak tartjuk, hogy a témába illő, arra érdemes hazai cikkek, könyvek idézésre kerüljenek. Ez annyit jelent, hogy elismerjük és értékeljük az itthoni, nehezebb körülmények között alkotott eredményeket, vagyis ez saját teljesítményeink megbecsülése, más esetben lebecsülése. A díjak odaítélésénél tehát előnyben részesítettük a hazai munkákat idéző cikkeket. A jelen értékelés során úgy gondoltuk, hogy egy-egy cikk végén az idézhető közleményeknek legalább 20%-a legyen itthoni munka. Konkrétan, az alsó határt három citátumban határoztuk meg. Ezt azonban a lehető legtagább módon értékeltük, vagyis az önidézést, hazai szerző külföldön megjelent cikkét, sőt még külföldi szerző itthoni folyóiratban publikált munkáját is elfogadtuk. A következő díjkiosztás során nem annyira a hazai szerzőség értelmezésének szűkítését, mint inkább az arányszám növelését tartjuk kívánatosnak.

Odaítélésre került folyóiratunk Fődíja is. Ezt most *Tasnádi Géza* professzor kapta, aki évtizedek óta töretlen lendülettel, mind hazai, mind nemzetközi viszonylatban

kimagasló alkotó munkát végez. Köszönjük, hogy munkásságának jelentős részét folyóiratunkban is megismerhettük. Az *Érbetegségek*ben összesen 12 cikke jelent meg, ebből 8-nak első szerzője. A grémium legutóbbi munkáját is nagyra értékelte: *Tasnádi G., Dzsinih Cs., Jámbor Gy.:* Artéria aneurysmák gyermekkorban. *Érbetegségek*, 13:47-52. (2006).

Ezúton is köszönjük a díjazottak értékes publikációit, amelyekkel lapunk szakmai színvonalát jelentősen emelték, és várjuk további cikkeiket.

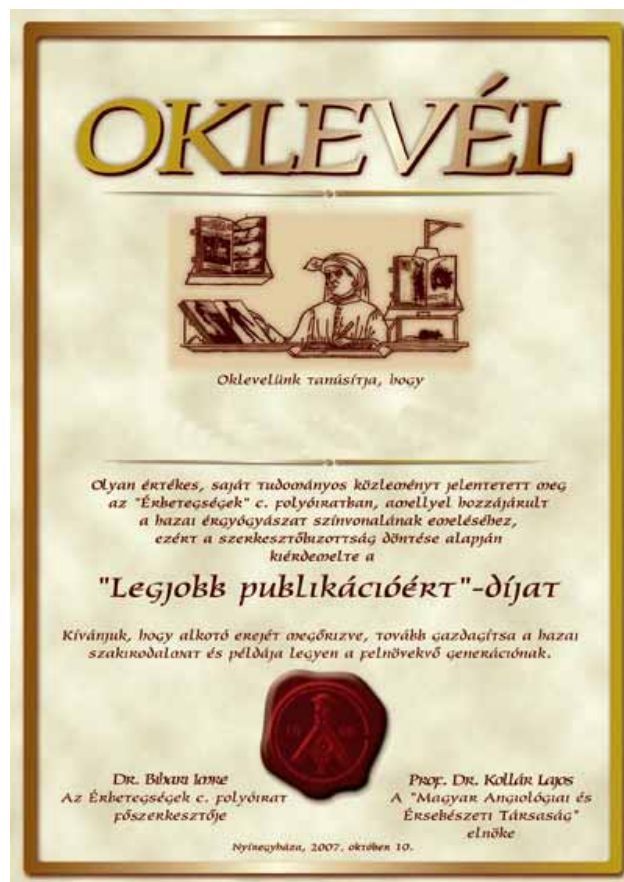
Akiket érdekelnek a díj odaítélés feltételei, illetve kíváncsiak a korábbi díjazottakra, azoknak az alábbi irodalomjegyzékben adunk lehetőséget ezek felidézésére.

Irodalom

A „Legjobb Publikációért”-díj. *Érbetegségek*, 8:1345-138. (2001)

A „Legjobb Publikációért”-díj nyertesei. *Érbetegségek* 10:89. (2003)

Folyóiratunk Nagydíja. *Érbetegségek*, 12:127-129. (2005)



A Legjobb Publikációért-díj oklevele.

Érbetegségek, XIV. évfolyam 4. szám, 2007/4.