

Fogeltávolítást követően visszamaradt szöveti defektus ellátása

Három eset ismertetése

Marton Rita dr. ■ Martin Anna dr.
Lemperger Szandra ■ Windisch Péter dr.

Semmelweis Egyetem, Fogorvos-tudományi Kar, Parodontológiai Klinika, Budapest

Kiterjedt gyulladással körülvett fog eltávolítását követően gyakran jelentős lágy- és keményszöveti defektus marad vissza. Ezt tovább súlyosbítja, ha a foghúzás után a fogmedret – alveolust – magára hagyjuk. A szövetek így még jobban összeesnek, és a terület alkalmatlanná válik implantátum behelyezésére. Az esztétikai régióban hídpótlás sem hozza meg a várt eredményt.

A bemutatásra kerülő esetekkel azt szeretnénk demonstrálni, hogy fogeltávolítást követően elvégzett alveolusprezerváció lehetővé teszi implantátum behelyezését, valamint megfelelő esztétikai eredményt biztosít még frontális területen is.

CBCT-felvételeket készítettünk a fogeltávolítást követő alveolusprezerváció előtt és a beavatkozást követő hatodik–nyolcadik hónapban. Vertikális és területméréseket végeztünk, illetve összehasonlítottuk pre- és posztoperatív értékeiket.

Az implantátum mindhárom esetben beültethető volt, valamint jelentős buccalis csontnövekedést (4,24 mm, 6,22 mm, 9,57 mm) és területnövekedést (129%, 145%, 167%) tapasztaltunk mindegyik esetben.

Az alveolusprezerváció megfelelő terápiát biztosít a fogeltávolítást követően visszamaradó nagy szövethiány komplett rekonstrukciójában.

Orv Hetil. 2017; 158(31): 1228–1235.

Kulcsszavak: fogeltávolítás, rekonstruktív sebészi terápia, alveoláris reszorpció, alveolusprezerváció

Treating tissue defects following tooth removal

Three case reports

Following tooth removal, three dimensional hard- and soft-tissue loss take place. Spontaneous healing makes the defect more severe and results in collapsing tissues. Implant placement is not feasible. In the aesthetic zone even fixed partial dentures will not deliver the expected result.

Our aim was to demonstrate that only ridge preservation enables implant placement and also provides excellent aesthetic result even at frontal areas.

CBCT was made before and 6–8 months after ridge preservation. Vertical and socket area measurements were carried out and compared in pre-, and postoperative images.

Implant placement was feasible in all three cases; furthermore favourable buccal bone (4.24 mm, 6.22 mm, 9.57 mm) and area growth (129%, 145%, 167%) were measured.

Ridge preservation provides appropriate therapy for complete reconstruction of tissues after tooth removal.

Keywords: tooth removal, reconstructive surgical procedures, alveolar bone loss, alveolar ridge preservation

Marton R, Martin A, Lemperger Sz, Windisch P. [Treating tissue defects following tooth removal. Three case reports]. Orv Hetil. 2017; 158(31): 1228–1235.

(Beérkezett: 2017. május 16.; elfogadva: 2017. június 15.)

Rövidítés

CBCT = (cone beam computed tomography) cone beam komputertomográfia; EDS = (extraction defect sounding) extrakciós alveolus klasszifikáció

A páciens súlyos fogászati panasz esetén gyakran már visszafordíthatatlan gyulladással, reménytelen prognózisú foggal érkezik a rendelőbe. A fog eltávolítása számára súlyos traumát jelenthet. Kezelésének sikerességét azonban csak a tökéletesen helyreállított esztétikumában látja, különösen felső frontfogak esetén.

Előrehaladott fogágybetegség vagy kiterjedt endodontális folyamat, esetleg trauma okozhatja a fogeltávolítás szükségét.

Már egyetlen fog elvesztése is jelentős kemény- és lágyszövetvesztéssel jár. A magára hagyott alveolus felére csökkenhet az orovestibularis dimenzióban [1]. A hiány midbuccalisra a legkifejezettebb. Egyes kutatások szerint ezen csontredukció kétharmada már az első három hónap során végbemegy [2–5].

Nagy volumenvesztés miatt bármilyen protetikai ellátás nehezített, különösen a frontrégióban, ahol az esztétikai elvárások elsődlegesebbek. A foghiányt hagyományosan hídpótlással láthatjuk el, ez azonban csak a fogat pótolja. A hiányzó kemény- és lágyszöveteket műínyel helyettesíthetjük, amely esztétikailag nehezen fogadható el, különösen magas mosolyvonal esetén.

Napjainkban egyre nagyobb teret nyer az implantológiai ellátás. Az implantátumbeültetés alapvető feltétele a megfelelő mennyiségű és minőségű csontvolumen. Ez már egy vékony implantátum esetén is minimum 6 mm gerincszélességet feltételez a horizontális dimenzióban [6].

Ennek hiányában előtérbe kerülnek különböző augmentációs beavatkozások, amelyek meglehetősen technikaszenzitívek, és eredményességük erősen függ az operáló orvos felkészültségétől. Nagyobb csontvesztés esetén új műtéti (donor) terület feltárása is szükséges lehet, amely a páciens számára gyakran megterhelő.

Sikeres csontpótlást követően az implantátum bár behelyezhető, azonban sokszor csak további szimultán augmentáció biztosít elégséges csontmennyiséget, amely az esztétikai követelményekkel is összhangban van.

Az implantátum körüli kemény- és lágyszöveteknek is pontosan kell követnie a szomszédos fogak parodontiumát. Ezért az ideálisra helyreállított csontkontúrát továbbá lágyszövetplasztikák egészíthetik ki.

Harmonikus helyreállítás esztétikai zónában általában csak műtétek sorozatával, hosszú gyógyulási idő alatt érhető el. Ez a páciens, valamint a nem e területen dolgozó fogorvos számára is érthetően túlzásnak tűnik.

A fent említett nehézségek miatt előtérbe kerülnek olyan műtéti eljárások (alveoluszervációk), amelyek az extrakciót követő korai szöveti lebomlás megakadályozását célozzák [7]. Több alveoluszervációs technika ismert, amelyek mindegyike külön-külön jobb eredményt mutat, mintha az alveolust magára hagynánk

[8–10]. Az irodalom azonban nem egyértelmű a tekintetben, hogy melyik technika a legalkalmasabb [11–14]. Legelterjedtebb az alveolus xenograftal való feltöltése [15–17]. A gyakran teljesen hiányzó buccalis fal miatt a csontpótló partikulák helyben maradása kérdéses. Továbbá tisztázatlan, hogy az így keletkezett keményszövet valódi csont-e.

Célunk eseteinkkel azt demonstrálni, hogy az alább bemutatásra kerülő alveoluszerváció önmagában lehetővé teszi implantátum behelyezését, elkerülve a nagyobb augmentációt, lágyszövetplasztikákat. Ezáltal a beavatkozások mennyiségének, méretének és invazivitásának csökkenése a páciens számára is kedvezőbb.

Módszer

Eseteinkben reménytelen prognózisú felső frontfogak helyreállítását vizsgáltuk. A fogak előrehaladott endodontális eredetű gyulladás és jelentős szövethiány miatt kerültek eltávolításra. Az EDS (extraction defect sounding) -klasszifikáció az extrakciós alveolusokat négy csoportra osztja, és jól kiszámítható kezelési alternatívát ajánl [18]. Eseteink során egyforma, EDS 4-es defektusokat kezeltünk, amelyeknél jelentős volt a szöveti károsodás. A klasszifikáció ajánlása szerint vékony és vastag biotípus esetén is az esztétikai helyreállítás csak több lépésben valósulhat meg.

Alveoluszerváció előtt CBCT-felvételen kiindulási méréseket végeztünk, és a defektusokat három dimenzióban elemeztük. Az eltávolítandó fog középvonalában, az orovestibularis síkban mértük a buccalis és palatinalis csont magasságát, valamint a metszetben megjelenő csont területét (OsiriX Lite, Bernex, Svájc).

Fogeltávolítást követően 0–6 héttel alveoluszervációt végeztünk (első műtét).

Hat–nyolc hónap gyógyulás után ismételt CBCT-felvétel készült. Méréseinket azonos beállítással végeztük el.

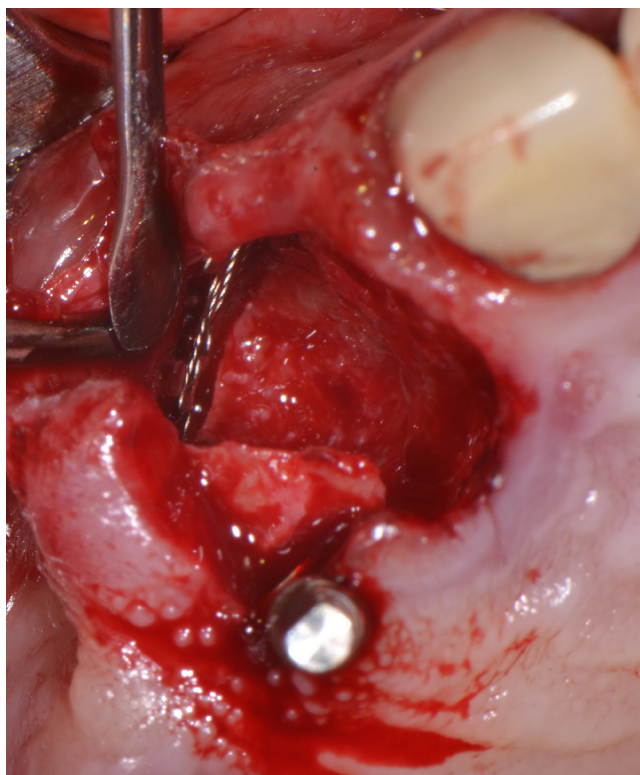
Az alveoluszervációt követő szövetérés után rögtön implantátumbehelyezés történt szükség szerint minimális kontúragmentációval (második műtét), végül az implantátumok felszabadítása (harmadik műtét).

A sebészi ellátás lépései

Első műtét – alveoluszerváció

Az általunk alkalmazott alveoluszervációs technika lényege a buccalis csontfal rekonstrukciója membránok segítségével (*1. ábra*). Ezzel az alveolusban kialakuló vérögnek védett, megnövelt helyet teremtve a gyógyulásra.

Az extrakciós üreg felől a buccalis oldalon teljes vastag lebenyt preparálunk a mucogingivalis határvonalig. Ezt követően kollaterálisan két, 8–10 mm hosszúságú vertikális segédmetszést ejtünk a legközelebbi intakt papillák csúcsától 3 mm távolságra. Alagúttechnikával, félvastagon haladunk tovább a mucosa rétegei között, ezáltal a



1. ábra | A buccalis csonthiányt pótló merev titánmembrán (Sanatmetal), amely a lágyszövet beszüppedését is megakadályozza

mucogingivalis junctiótól apicalisabban kétrétegű lebenyt kapunk.

Subperiostalisán, az alveolus coronalis szélének megfelelően, egy formatartó, nem felszívódó, speciális titánmembránt (Sanatmetal, Eger, Magyarország) adaptáltunk a buccalis oldalra, majd azt titánpinekkal (Frios Membrane Tacks, Dentsply Implants, Mölndal, Svédország) rögzítettük. Szintén subperiostalisán a már rögzített titánmembrán fölé egy lassan felszívódó membránt (Soft Cortical Lamina, TecnoSS, Torino, Olaszország) fűztünk be. Ezt követően közvetlenül a nyálkahártya alá, suprapariostalisán, Mucodermet (Botiss Biomaterials GmbH, Berlin, Németország) helyeztünk, majd 5/0-s horizontális matracöltésekkel erősítettük a nyálkahártyához. Az üregbe felszívódó kollagénszivacsot helyeztünk (Lyostipt, B. Braun Melsungen AG, Tuttlingen, Németország), és az orificiumnál 5/0-s nem felszívódó varrattal közelítettük a sebszéleket. Kollaterális segédmetszéseket 6/0-s nem felszívódó varratokkal, per primam zártuk.

Az esetek többségében a foghiányt adhezív technikával ragasztott Maryland híddal pótoltuk, egy esetben implantátumokon, valamint a műtét folyamán behelyezett ideiglenes implantátumon elhorgonyzott fémkerámia hídpótlást alakítottunk ki ideiglenes megoldásként.

A páciensek szisztémás antibiotikum-terápiában (Augmentin Duo 1000 mg kétszer/nap, GlaxoSmithKline, Bentford, UK vagy Dalacin C 300 mg háromszor/nap,

Pfizer, New York, Amerikai Egyesült Államok) részesültek hét vagy négy napig, valamint fájdalomtól függően nem szteroid gyulladáscsökkentőt írtunk fel számukra (Cataflam, Novartis, Basel, Svájc). Varratszedésig a terület fogkefével való tisztítása nem volt megengedett, helyette 0,2%-os klórhexidintartalmú (Curasept 220, Curaden, Svájc) szájöblögetőt ajánlottunk használatra kétszer egy nap. A varratokat a beavatkozást követő 10–14. napon távolítottuk el. Varratszedést követően a terület mechanikai tisztítására ultrapuha fogkefét és rolltechnika alkalmazását ajánlottuk, majd fokozatos visszatérést a mindennapi szájhigiénés rutinhoz.

Második műtét – implantátumbehelyezés

Re-entry műtét során eltávolításra kerültek a rögzítő szegek és a titánmembrán is. Mindhárom páciensnél megfelelő mennyiségű csont áll rendelkezésre az implantátumok navigált behelyezéséhez augmentáció nélkül. A fűrásból nyert saját csont mennyisége elegendő volt a minimális buccalis nyaki hiány korrekciójára, sőt egy esetben erre sem volt szükség.

Harmadik műtét – implantátumok felszabadítása

Átlagosan öt hónap gyógyulási időt követően implantátumfelszabadítás történt. A kívánt lágyszöveti profil kialakítása után implantátumokon elhorgonyzott fogpótlások kerültek átadásra.

Esetbemutatók

Első beteg

A 46 éves nőbeteg a 11-es fog problémájával jelentkezett klinikánkon. Anamnézisében kezelést befolyásoló tényező nem szerepelt. Elmondása szerint fogát évekkel ezelőtt gyökerkezelték. Körülbelül négy-öt hónapja alkalmanként a fog külső oldalán megjelenő elváltozás miatt jelentkezett fogorvosánál. Radiológiai vizsgálat alapján a diagnózis 11 periodontitis apicalis et lateralis chronica (2. A–B ábra). Mivel a fog a szakma szabályainak megfelelő gyökértöméssel volt ellátva, annak eltávolítása és a fent leírt alveolusprezervációs technika elvégzése mellett döntöttünk (3. ábra). Az első műtét eredménye már lehetővé tette az implantátum beültetését, amelyre nyolc hónap múlva navigáltan került sor a titánmembrán egyidejű eltávolításával. Öt hónap gyógyulási időt követően implantátumfelszabadítást végeztünk kiegészítő nyálkahártya-augmentáció nélkül. Egyedi ínformázást követően lenyomatvétele, egyéni fej kialakítása és fémmentes, ragasztott korona átadása történt (4. A–B ábra).



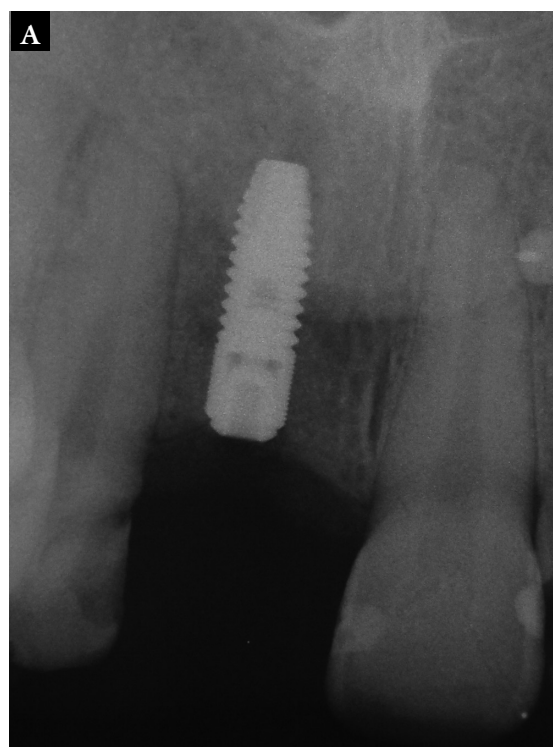
2. ábra | A A radiológiai képen látható a periapicalis és lateralis elváltozás.
B Klinikai kép a korona és csap eltávolítását követően. A lágyszöveti kontúr még részben megtartott

Második beteg

A 30 éves férfi beteg a 22-es fog eltávolítását követően jelentkezett rendelésünkön. Fogászati anamnézisében korábbi trauma okán endodonciai ellátás, koronahosszszabítás és csapos műcsonkra készített korona szerepel. Kontroll-röntgenfelvétel alapján periodontitis apicalis chronica diagnózisát állították fel. A fogat reszekálták, azonban a posztoperatív szakasz nem volt zavartalan. A műtött területen lévő lágyszövet per primam sebzárás ellenére kinyílt, a területről folyamatosan seropurulens váladék ürült, és záródásra körülbelül két hétig nem mutatott hajlandóságot. Ekkor a fog eltávolítása mellett



3. ábra | Subperiostealisan adaptált, előre preformált, nem felszívódó titánmembrán (Sanatmetal), amely a hiányzó gerincívet, a buccalis csontot rekonstruálja



4. ábra | A Intraoperatív radiológiai felvétel a regenerálódott csontról és az implantátumról. B Ideális lágyszöveti viszonyokkal az esztétikus pótlás

A fogeltávolítás során egyértelművé vált, hogy késleltetett implantáció nem kivitelezhető a nagy kemény- és lágyszöveti hiány miatt. A 21-es és 23-as fogak olyan közel vannak egymáshoz, hogy kiterjedtebb csontpótlás is nagy kihívás a klinikus számára, és az eredmény nem teljesen kiszámítható.

A fogeltávolítást követő hatodik héten alveolusprezervációt végeztünk a fent leírt módon. Nyolc hónap gyógyulási idő után az implantátum kontúraugmentáció nélkül behelyezhető volt. Az implantátumot CT-sablon segítségével ültettük be. Öt hónap múlva implantátumfelszabadítás történt. Egyedi ínformázást követően egyéni fej és korona készült csavaros rögzítéssel.

Harmadik beteg

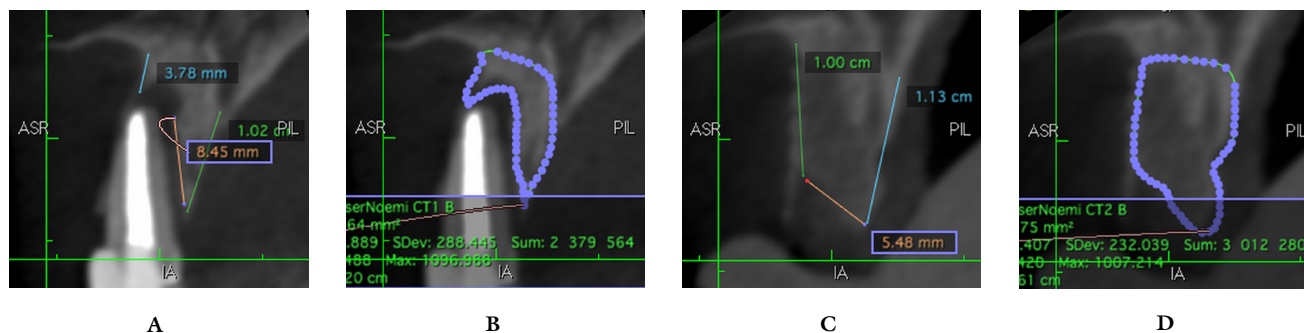
A páciens generalizált krónikus parodontitis miatt került felvételre. Jobb felső szemfog buccalis oldalán fistulanyílás volt, amelyből pus ürült. Az 13-as és 18-as fogakon elhorgonyzott fémkerámia hídpótlás és a 13-as fogban lévő üvegszálcsap eltávolítását követően egyértelmű volt, hogy a fog vertikálisan frakturált. A buccalis tasakmélység 10 mm volt, amely alapján a buccalis csontfal teljes hiányát feltételeztük. A fog eltávolításával egy időben alveolusprezervációt végeztünk (1. ábra). A gyógyulás idejére átmenetileg ideiglenes implantátumon elhorgonyzott pótlást készítettünk. A gyógyulást és szövetérést követően CBCT-vel igazolhatóan elegendő mennyiségű és minőségű csont áll rendelkezésre az implantátumbeültetéshez. A fent leírt lépések szerint implantátumbeültetés, majd -felszabadítás és protetikai ellátás történt.

Eredmények

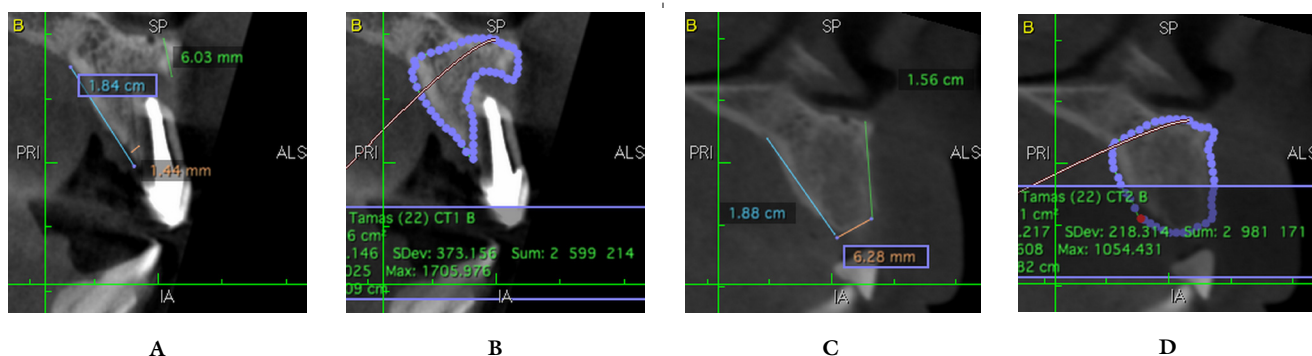
A kiindulási kemény- és lágyszöveti defektust (EDS 4) sikerült a leírt műtéti technikával úgy helyreállítani, hogy szövetérést követően az implantátum homogén saját csontba került beültetésre augmentáció nélkül. A kiindulási CBCT-felvételhez képest a prezervációval kezelt terület csontvolumene, valamint a midbuccalis átmetszetben mért vertikális csonttávó drámai javulást mutat mindegyik esetben (1. táblázat, 5–7. A–D ábra). Az implantátumok nemcsak a rendelkezésre álló csontminimum megléte miatt voltak beültethetőek, hanem a csontvolumenkontúrja is elegendő volt ahhoz, hogy jó esztétikai eredményt és szöveti stabilitást biztosítson hosszú távon.

1. táblázat | Radiológiai mérések CBCT alapján, vertikális és területadatok, eredmények

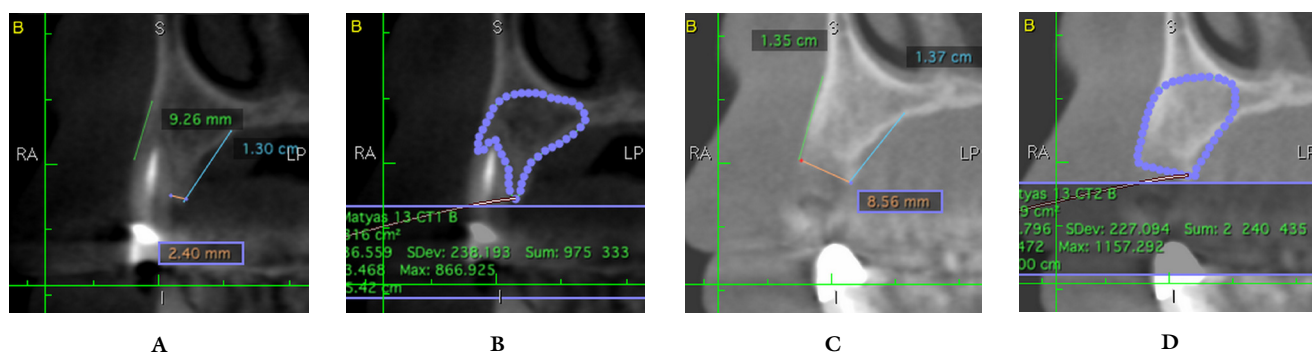
	Preoperatív CBCT			Posztoperatív CBCT			Radiológiai változás		
	Midbuccal (mm)	Midpalatinal (mm)	Terület (mm ²)	Midbuccal (mm)	Midpalatinal (mm)	Terület (mm ²)	Δmidbuccal (mm)	Δmidpalatinal (mm)	Δterület (%)
1. eset	3,78	10,2	53,17	10,0	11,3	77,07	6,22	1,1	145
2. eset	6,03	18,4	140,60	15,6	18,8	237,11	9,57	0,4	169
3. eset	9,26	13,0	131,62	13,5	13,7	169,88	4,24	0,7	129



5. ábra | Az első beteg CBCT-kiértékelése orovestibularis metszetben. A Preoperatív felvétel, a reménytelen foggal. B A csontdefektus területi számítása. C Posztoperatív felvétel, buccalis és palatinalis nyereségmérés. D A rekonstruált gerinc területének számítása



6. ábra | A második beteg radiológiai kiértékelése. A–B Preoperatív és C–D posztoperatív felvételek



7. ábra | A harmadik beteg CBCT-felvételei A–B kiinduláskor és C–D az implantáció előtt

Megbeszélés

A természetes csontlebonlás következtében a gyógyulás folyamán magára hagyott alveolus alkalmatlanná válhat implantátum beültetésére. Esetenként a nagy szöveti destrukció miatt hagyományos hídfogpótlás sem hozza meg a kívánt esztétikai eredményt. További lehetőségként nagyobb kemény- és lágszöveti augmentációk segítik csak az implantációt, amelyek a páciens és az operátor számára is megterhelőek. Ennek elkerülését célozza az alveolus megőrzésére irányuló „alveolusprezerváció”. Az általunk használt technika egy olyan minimálisan invazív műtét, amely során az alveolus belsejét csak véralvadék tölti ki, amit kollagénszivaccsal stabilizálunk. A zavartalan sebgyógyulást a buccalis oldalon rögzített membránok biztosítják. Jelen esetekben fennálló nagy buccalis és approximális csonthiány miatt egy speciális, formatartó, nem felszívódó membránt választottunk, hogy merevebben fedje, kiemelje és alátámassza a buccalis volumenhiány miatt beesett területet. A titánmembrán fölé befűzött, lassan felszívódó membrán tartotta meg a titán integritását, elkerülve a nyálkahártya elvékonyodását. Membránok biztosították a sebgyógyulást, védve a fogeltávolítás után kialakult koagulomot. Így a vérrögéből kialakult csont minősége teljesen kiszámíthatóvá válik és mennyisége is megfelelő. Valószínűnek tart-

juk, hogy nagyobb defektus esetén egy formatartó, nem felszívódó membrán extravolumens képes adni a kezelt területen.

Következtetés

Kijelenthetjük, hogy titánmembránnal végzett alveolusprezerváció megfelelő terápiát biztosít, különösen nagy kiterjedésű, parodontalis és/vagy endodontalis defektusok szöveti rekonstrukciójában, ahol jelentős buccalis szövetkárosodás figyelhető meg. Ennek jövőbeni szerepe nem elhanyagolható az augmentációs beavatkozások számának csökkentésében.

Anyagi támogatás: A cikkben megjelenő színes ábrák nyomtatását a Sanatmetal cég támogatta.

Szerzői munkamegosztás: M. R., M. A.: Adatfeldolgozás, a kézirat megszövegezése. L. Sz.: Adatfeldolgozás. W. P.: A hipotézis kidolgozása, sebészi ellátás, a kézirat megszövegezése. A cikk végleges változatát mind a négy szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdeklőségek: A műtő orvos (Prof. Dr. Windisch Péter) részt vett az adott termék kifejlesztésében, a terméket a Sanatmetal cégtől felhasználásra kapta.

Irodalom

- [1] Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, et al. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: A clinical and radiographic 12-month prospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2003; 23: 313–323.
- [2] Atwood DA. Postextraction changes in the adult mandible as illustrated by microradiographs of midsagittal section and serial cephalometric roentgenograms. *J Prosthet Dent.* 1963, 13: 810–824.
- [3] Atwood DA, Coy WA. Clinical, cephalometric, and densitometric study of reduction of residual ridges. *J Prosthet Dent.* 1971; 26: 280–295.
- [4] Johnson K. A study of the dimensional changes occurring in the maxilla following tooth extraction. *Aust Dent J.* 1969; 14: 241–244.
- [5] Nemcovsky CE, Serfaty V. Alveolar ridge preservation following extraction of maxillary anterior teeth. Report on 23 consecutive cases. *J Periodontol.* 1996; 67: 390–395.
- [6] Nevins M, Camelo M, De Paoli S, et al. A study of the fate of the buccal wall of extraction sockets of teeth with prominent roots. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2006; 26: 19–29.
- [7] Barone A, Aldini NN, Fini M, et al. Xenograft versus extraction alone for ridge preservation after tooth removal: A clinical and histomorphometric study. *J Periodontol.* 2008; 79: 1370–1377.
- [8] Lekovic V, Kenney EB, Weinlaender M, et al. A bone regenerative approach to alveolar ridge maintenance following tooth extraction. Report of 10 cases. *J Periodontol.* 1997; 68: 563–570.
- [9] Lekovic V, Camargo PM, Klokkevold PR, et al. Preservation of alveolar bone in extraction sockets using bioabsorbable membranes. *J Periodontol.* 1998; 69: 1044–1049.
- [10] Camargo PM, Lekovic V, Carnio J, et al. Alveolar bone preservation following tooth extraction: a perspective of clinical trials utilizing osseous grafting and guided bone regeneration. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2004; 16: 9–18.
- [11] Horváth A, Mardas N, Mezzomo LA, et al. Alveolar ridge preservation. A systematic review. *Clin Oral Investig.* 2013; 17: 341–363.
- [12] Mardas N, Chadha V, Donos N. Alveolar ridge preservation with guided bone regeneration and a synthetic bone substitute or a bovine-derived xenograft: A randomized, controlled clinical trial. *Clin Oral Implants Res.* 2010; 21: 688–698.
- [13] Mardas N, D’Aiuto F, Mezzomo L, et al. Radiographic alveolar bone changes following ridge preservation with two different biomaterials. *Clin Oral Implants Res.* 2011; 22: 416–423.
- [14] Barone A, Toti P, Quaranta A, et al. Clinical and histological changes after ridge preservation with two xenografts: preliminary results from a multicentre randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2017; 44: 204–214.
- [15] Darby I, Chen S, De Poi, R. Ridge preservation: What is it and when should it be considered. *Aust Dent J.* 2008; 53: 11–21.
- [16] Darby I, Chen ST, Buser D. Ridge preservation techniques for implant therapy. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009; 24(Suppl): 260–271.
- [17] Froum S, Cho SC, Rosenberg E, et al. Histological comparison of healing extraction sockets implanted with bioactive glass or demineralized freeze-dried bone allograft: A pilot study. *J Periodontol.* 2002; 73: 94–102.
- [18] Caplanis N, Lozada JL, Kan JY. Extraction defect assessment, classification, and management. *J Calif Dent Assoc.* 2005; 33: 853–863.

(Windisch Péter dr.,
Budapest, Szentkirályi u. 47., 1088
 e-mail: peter.windisch@gmail.com)

„*Ignoti nulla cupido.*” (Ovidius)
 (Nem vágyunk arra, amit nem ismerünk.)