

Dermatologie

PRO PRAXI

Suppl. A
2011

www.solen.cz
ISSN 1803-8956
ROČNÍK 5

Abstrakta

III. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI

8. dubna 2011, Olomouc

POŘADATELÉ

Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc,
Solen, s.r.o.

ODBORNÝ GARANT A KOORDINÁTOR

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Veronika Ješátková

tel.: 582 396 038

mob.: 777 557 415

e-mail: jesatkova@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Michaela Majerová

tel.: 585 242 502

mob.: 777 557 426

e-mail: majerova@solen.cz

zajištění výstavních ploch:

Mgr. Kristina Šafářová

tel.: 585 204 334

mob.: 724 984 452

e-mail: safarova@solen.cz

Olomouc, 8. 4. 2011
NH OLOMOUC CONGRESS

Účast na akci je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK
ohodnocena 7 kredity pro lékaře a 4 kredity pro sestry.

DERMATOLOGIE PRO PRAXI – III. konference dermatologie pro praxi

Citační zkratka: Dermatol. praxi; 5(Suppl. A). **ISSN:** 1803-8956

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, www.sedlaczech.cz, tel.: +420 724 984 451

Časopis je excerpován do Bibliographia Medica Českoslovacca
a je zařazen na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR.

PROGRAM KONFERENCE

Odborný garant a koordinátor: **doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.**

9.00–9.05 Zahájení

9.05–10.05 CHOROBY NEHTŮ A VLASŮ

MUDr. Renata Kučerová, Ph.D., MUDr. Martina Bienová, Ph.D.

- **Onemocnění vlasů I – stavba a fyziologie vlasu, androgenetická alopecie a ostatní typy difuzního řídnutí vlasů** – R. Kučerová
- **Onemocnění vlasů II – alopecia areata, jizvící alopecie** – M. Bienová
- **Onemocnění nehtů** – H. Korandová

10.05–10.25 Přestávka

10.25–11.45 DERMATOONKOLOGIE

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.

- **Rizikové faktory a prevence maligního melanomu** – J. Hercogová, L. Vrbová
- **Kožní karcinomy** – M. Tichý
- **PDT v dermatologické praxi** – J. Bartoňová, K. Ettler
- **Fotosenzitivita jako rizikový faktor kožních malignit** – D. Ditrichová

11.45–13.15 Polední pauza

13.15–14.35 EKZÉM – DERMATITIDA (KLINIKA A LÉČBA)

doc. MUDr. Eliška Dastychová, CSc.

- **Klinický obraz a možnosti terapie atopického ekzému** – E. Dastychová
- **Klinický obraz a terapie seboroické dermatitidy** – M. Viktorinová
- **Mikrobiální ekzém** – I. Karlová
- **Nová generace prostředků pro zevní terapii ekzémových onemocnění** – J. Záhejský

14.35–14.55 Přestávka

14.55–15.55 BLOK KAZUISTIK MLADÝCH DERMATOVENEROLOGŮ

MUDr. Lucie Růžičková Jarešová

- **Folliculitis decalvans capillitii** – J. Zímová
- **Fotoalergická dermatitida indukovaná fenofibrátem** – J. Šternberský
- **Basalioma terebrans** – R. Kopová
- **Benigní kožní virové bradavice** – L. Růžičková Jarešová
- **Kožní nádory** – A. Štukavcová

15.55–16.10 Losování ankety, vyhodnocení nejlepší kazuistiky

CHOROBY NEHTŮ A VLASŮ

MUDr. Renata Kučerová, Ph.D., MUDr. Martina Bienová, Ph.D. / 9.05–10.05

Onemocnění nehtů

MUDr. Helena Korandová, CSc.

Kožní ordinace, Olomouc

Úvodem přednášky bude zopakována anatomie, fyziologie a biochemie nehtové jednotky.

Souhrnně bude podán přehled moderních vyšetřovacích metod umožňujících přesnější stanovení diagnózy nebo příčiny nehtového postižení.

V další části přednášky bude podán přehled klinických obrazů patologie nehtové jednotky. Zaměřena bude na patologii konfigurace nehtové ploténky, nehtového povrchu a přilehlých měkkých tkání. Samostatně budou zmíněna postižení paronychia, modifikace konzistence nehtové ploténky a její pigmentové abnormality.

Z pohledu dermatologa bude důležitý i přehled specifických dermatóz, onychomykóz a nemykotických infekčních onemocnění (HIV infekce), ale i vztah k systémovým a genetickým postižením.

Nezanedbatelný je i význam vlivu léků na nehtovou ploténku (retinoidy, psoraleny a fotoonycholýza).

Zdůrazněno bude i ovlivnění nehtového aparátu nádorovými změnami, vliv profesionality a kosmetických procedur na nehtovou ploténku, problematika podiatrie, dětského a stařeckého věku.

Závěrem budou zhodnoceny dopady správné diagnostiky nehtových potíží pro praxi, a to nejen v rámci dermatologie, ale i skutečnost, že změny

na nehtovém aparátu mohou být symptomem celkových závažných onemocnění, či komplikací systémové terapie, staví dermatologa do pozice odborníka, který může být významnou měrou nápomocen i jiným medicínským oborům.

Přednáška bude provázená bohatou názornou fotodokumentací a doložena některými klinickými případy z vlastní praxe.

Onemocnění vlasů I – stavba a fyziologie vlasu, androgenetická alopecie a ostatní typy difuzního řídnutí vlasů

MUDr. Renata Kučerová, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních

LF UP a FN, Olomouc

Vlas vzniká ve vlasovém folikulu procesem rohovění v epitelální matrix bulbu. Nejdůležitější vazivovou částí folikulu je dermální papila s cévami, která se mění v závislosti na vlasovém cyklu. Významnou oblastí folikulu pro regeneraci vlasu je tzv. „bulge“ (výduť) s kmenovými buňkami.

Každý vlasový folikul křtice má svůj vlastní cyklus. Růstové stadium, tzv. anagenní fáze, trvá 2–7 let a nachází se v ní cca 80 % a více vlasů. Asi 1 % vlasů je v přechodné, katagenní fázi, která trvá asi jen 2 týdny. Ostatní vlasy (do 20 %) jsou v klidové, telogenní fázi, trávící 2–4 měsíce. Denně normálně vypadne cca 50–100 telogenních vlasů, které jsou opět nahrazeny anagenními vlasy. Padání vlasů – defluvium (též effluvium) – je proces, jehož výsledným stavem může být pleš (lysivost, alopecie).

Canespor® 1x denně



Komfortní léčba mykóz

Aplikace 1x denně

Účinná látka bifonazolum

Canespor 1x denně KRÉM

- vhodný k léčbě kožní mykózy (plísň) nohou, zvláště mezi prsty
- vhodný pro suchou a šupící se kůži

Canespor 1x denně ROZTOK

- vhodný k aplikaci do vlasů, ochlupených částí těla a meziprstních prostor
- vhodný pro mokvající ložiska

Délka léčby Canespor 1x denně krémem nebo roztokem je obvykle 2–4 týdny.

Canespor 1x denně SADA NA NEHTY

- účinná léčba onychomykózy (plísň nehtů)
- **postup léčby:** 1. fáze: Aplikace nehtové sady dle závažnosti infekce 7–14 dní.

- 2. fáze: Po odstranění zasažené vrstvy nehtu pokračuje léčba s Canespor 1x denně krémem nebo roztokem po dobu cca 4 týdnů.

Kompletní doba léčby trvá přibližně 6 týdnů.

Zkrácená informace o přípravku Canespor 1x denně krém, Canespor 1x denně roztok a Canespor 1x denně sada na nehty. **Název:** Canespor 1x denně krém, Canespor 1x denně roztok, Canespor 1x denně sada na nehty. **Složení:** 100 g krému, 100 g roztoku a 100 g masti obsahuje 1 g bifonazolum. Sada na nehty navíc obsahuje urea 40 g. Seznam pomocných látek naleznete v úplném znění Souhrnných informací o přípravku. **Indikace:** **Canespor 1x denně krém a roztok:** Kožní mykózy tinea pedum, tinea manuum, tinea corporis, tinea inguinalis, pityriasis versicolor, povrchové kandidózy, erythrasma. **Canespor 1x denně sada na nehty:** Atraumatické odstranění nehtů na rukou a na nohou při léčbě mykotických infekcí se současnou antimykotickou účinností. **Dávkování a způsob podání:** **Canespor 1x denně krém:** Nanášej se na postižená místa v tenké vrstvě 1x denně. **Canespor 1x denně roztok:** Několik kapek (asi 3 kapky) obvykle stačí k ošetření plochy velikosti dlaně ruky. Lehce se vetře do kůže 1x denně nejlépe večer před spaním. Průměrná délka léčby: mykózy nohou, mykózy meziprstí – 3 týdny, mykózy trupu, rukou a kožních záhybů – 2 až 3 týdny, pityriasis versicolor, erythrasma – 2 týdny, povrchové kožní kandidózy – 2 až 4 týdny. Je nutné pokračovat v léčbě ještě 1–2 týdny po vymizení příznaků. **Canespor 1x denně sada na nehty:** Mast se nanáší na postižený nehet v tenké vrstvě 1x denně a přepelí se vodotěsnou náplastí. Po 24 hodinách se náplast sejme, nehet se namočí asi na 10 minut do horké vody a změkklá vrstva se oskrábe přiloženou škrabkou. Po osušení se znovu nanese mast a nehet překryje náplastí. Aplikuje se do úplného odstranění napadeného nehtu (přibližně 2 týdny). Poté se pokračuje v léčbě nehtového lůžka Canespor krémem po dobu 4 týdnů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k bifonazolu nebo k pomocným látkám obsažených v přípravku. **Zvláštní upozornění:** Pacienti s anamnézou hypersenzitivních reakcí na fungicidní látky odvozené od imidazolu musí používat produkty obsahující bifonazol s opatrností. U kojenců a dětí do 3 let smí být přípravek Canespor 1x denně podáván jen pod lékařským dohledem. **Interakce:** Nejsou známy. **Těhotenství a kojení:** V prvních 3 měsících těhotenství a během kojení lze používat bifonazol pouze po lékařském zvážení rizik a přínosů léčby. Během kojení nemá být bifonazol aplikován na hrudní oblast. **Nežádoucí účinky:** **Lokální reakce po podání:** Bolest a periferní edém v místě aplikace. **Poruchy kůže a podkoží:** Kontaktní dermatitida (zčervenání, olupování), alergická dermatitida, erytém, zarudnutí kůže, svědění, vyrážka, ekzém, suchá pokožka, dráždění pokožky, macerace pokožky, pocit pálení pokožky. Tyto nežádoucí účinky jsou reverzibilní, po ukončení léčby odezní. **Doba použitelnosti:** **Canespor 1x denně krém a roztok:** 5 let. **Canespor 1x denně sada na nehty:** 3 roky. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C v dobře uzavřené tubě nebo lahvičce. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer s.r.o., Praha, Česká republika. **Registrační číslo:** **Canespor 1x denně krém:** 26/155/85-C. **Canespor 1x denně roztok:** 26/156/85-C. **Canespor 1x denně sada na nehty:** 26/221/92-C. **Datum revize textu:** **Canespor 1x denně krém:** 27. 10. 2010. **Canespor 1x denně roztok:** 11. 8. 2010. **Canespor 1x denně sada na nehty:** 30. 7. 2008. Canespor 1x denně krém, Canespor 1x denně roztok a Canespor 1x denně sada na nehty jsou volně prodejné léky a nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznáme s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.



Balení: 15 g.

KOŽNÍ PLÍSEŇ



Balení: 15 ml.

PLÍSEŇ NEHTŮ



Balení: mast 10 g, 15 vodotěsných náplastí, 1 škrabka na nehty, dávkovač masti.



Diagnostika se opírá o podrobnou anamnézu, laboratorní vyšetření krve a další metody, např. trakční test, fototrichogram, trichoskopie, mikroskopické vyšetření vlasu, eventuálně histologie.

V zásadě se rozlišují dva typy ztráty vlasů – difuzní defluvium, nebo ložisková alopecie (viz Onemocnění vlasů II).

Difuzní vypadávání vlasů je způsobeno různými faktory, které zasahují do vlasového cyklu. Při zásahu silné noxy do anagenní fáze vzniká masivní, tzv. anagen-dystrofické defluvium, např. po chemoterapii, ionizujícím záření, otravě těžkými kovy apod. Při působení mírnější noxy vzniká telogenní defluvium, a to buďto akutní forma (přechodné padání vlasů po horečnatém onemocnění, těžké operaci aj.), nebo chronická forma (trvání > 6 měsíců), mající řadu příčin (např. deficit stopových prvků, onemocnění štítné žlázy, vážné choroby jater, ledvin, pankreatu, užívání některých léků). U primárního chronického telogenního defluvia nelze specifickou vyvolávající příčinu určit. Specifickým a také nejčastějším typem telogenního effluvia je androgenetická alopecie (AGA), která běžně postihuje velkou část mužské, ale i ženské populace. Roli zde hrají faktory genetické, věkové a hormonální – zejména metabolismus androgenů ve vlasovém folikulu, což vede k postupné miniaturizaci až zániku vlasového folikulu a k typickému prořídnutí zejména v koutech a na temeni. U žen s AGA je závislost na androgenech méně zřejmá, proto se v poslední době prosazuje název „female pattern hair loss“.

Léčba všech alopecií je založena dle možnosti na odstranění vyvolávající příčiny, pokud je zřejmá. U déle trvajícího telogenního defluvia, vč. AGA, je základem zevní léčby minoxidil,

systémová léčba AGA je zaměřena na ovlivnění metabolismu androgenů.

Vzhledem k negativnímu dopadu ztráty vlasů na psychiku, zejména u žen, je potřeba této problematice věnovat náležitou pozornost jak v diagnostice, tak v léčbě.

Onemocnění vlasů II – alopecia areata, jizvící alopecie

MUDr. Martina Bienová, Ph.D.

**Klinika chorob kožních a pohlavních
LF UP a FN, Olomouc**

Alopecia areata (AA) je nejizvící ložisková ztráta vlasů vyskytující se v kterémkoliv věku. V etiologii se uplatňuje více faktorů, hlavní roli hraje autoimunita, ale je předpokládána i polygenní dědičnost. Spouštěcím mechanismem u AA může být onemocnění štítné žlázy, stres, virová nebo bakteriální infekce či jiná zátěž organismu. V závažných případech může dojít ke ztrátě všech terminálních vlasů ve kštici (alopecia totalis) nebo k výpadku veškerého ochlupení na těle (alopecia universalis). Zvláštní formou je tzv. ophiáza, kdy chybí vlasy v zátylku a retroaurikulárně. Tyto formy mívají horší prognózu. V prezentaci jsou uvedena doporučená vyšetření u pacientů s AA a jsou zmíněny současné léčebné možnosti. Průběh areátní alopecie je nepředvídatelný a toto onemocnění může mít negativní psychosociální dopad na každodenní život postiženého jedince.

Pro jizvící alopecie je charakteristická ireverzibilní ztráta vlasů na podkladě trvalého zániku vlasových folikulů. Z etiologického hlediska dělíme alopecie na primární a sekundární. U primární jizvící alopecie (PCA) je zánětlivý destruktivní proces zaměřen přímo na vlasový folikul. Existuje

hypotéza, že zánět ničí kmenové buňky a mazovou žlázu v horní části folikulu, čímž je znemožněna jeho regenerace a dochází k trvalé alopecii. U sekundárních jizvivých alopecií je destrukce vlasového folikulu způsobena nefolikulárně namířeným patologickým procesem. Jde o výsledek postižení tkáně infekcí, popálením, nádory apod. V prezentaci je uvedena klasifikace PCA dle typu zánětlivého infiltrátu v histologickém vyšetření kožní excize (Olsen, et al., 2003) a jsou stručně

popsány jednotlivé klinické jednotky. V přehledu jsou zmíněny i sekundární jizviví alopecie (SCA).

Stanovení diagnózy PCA je mnohdy problematické a určující význam má histologické vyšetření, které je nutné posuzovat v korelaci s klinickým nálezem a s průběhem onemocnění. Ve všech případech jsou jizviví alopecie těžko léčitelné. Avšak včasná diagnóza a nasazení vhodné cílené terapie mohou zabránit další progresi permanentní ztráty vlasů.

DERMATOONKOLOGIE

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc. / 10.25–11.45

Rizikové faktory a prevence maligního melanomu

MUDr. Lucie Vrbová,

prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc.

Dermatovenerologická klinika

2. LF UK a FN Na Bulovce, Praha

Kožní zhoubné nádory jsou nejčastějšími maligními onemocněními na světě. V České republice byly tyto nádory v roce 2007 diagnostikovány u 19 525 nemocných, tj. tvořily téměř čtvrtinu všech zhoubných nádorů. Incidence kožních zhoubných nádorů trvale roste, a to v České republice od roku 1977 do roku 2007 více než čtyřikrát.

Od roku 2001 probíhá každý rok akce pod názvem Evropský den melanomu, v rámci které již bylo vyšetřeno přes 45 tisíc lidí. Výsledky z této kampaně z posledních let poukazují na to, že nejohroženější skupinou jsou lidé ve věku od 50 let. Česká republika je celosvětově na 9. místě ve

výskytu melanomu u mužů a na 19. místě u žen. Nejvýznamnějšími rizikovými faktory pro vznik těchto karcinomů je zejména vliv UV záření (až v 90 % případů), u malé části nemocných genetické vady. Nejvíce rizikovými skupinami pro vznik těchto zhoubných nádorů jsou nemocní se sníženou imunitou, tj. pacienti na trvalé a dlouhodobé imunosupresivní terapii, dále osoby s nízkými fototypy, s mnohočetnými pigmentovými a dysplastickými névy. Vzhledem k tomu, že 50 % kumulativní dávky ultrafialového záření dostanou děti a mládež do 19 let a že zejména spálení na slunci v dětství hraje roli v etiopatogenezi melanomu, jsou děti další rizikovou skupinou.

Maligní melanom je jedno z nejzávažnějších onemocnění kůže, při kterém je primární prevence a edukace populace jedním z nejdůležitějších opatření. Incidence maligního melanomu získává prvenství v rychlosti šíření se v populaci.

Při léčbě maligního melanomu je rozhodující včasná diagnostika. Optimální by bylo aktivní

vyhledávání osob s rizikovými faktory pro jeho vznik. Je třeba mít na paměti, že rakovina kůže se rozvíjí několik let a vyléčit ji je možné jen na počátku. Pokud se rakovina rozšíří do celého těla, je smrt nezvratná.

Kožní karcinomy

MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních

LF UP a FN, Olomouc

Nádorová onemocnění kůže se řadí z hlediska potencionálního ohrožení zdraví a života nemocných k jedné z nejzávažnějších skupin chorob v dermatologii. Kožní karcinomy představují nejpočetnější skupinu maligních kožních nádorů. Pomineme-li relativně vzácně se vyskytující adnexální karcinomy nebo Merkelův karcinom, pak klíčové zastoupení mají v této skupině malignit nádory vycházející ze struktur epidermis, resp. rohovějícího dlaždicového epitelu.

Maligní epidermální nádory představují nejčastější skupinu maligních kožních novotvarů a jejich stoupající incidence znamená závažný zdravotnický problém. Vůbec nejčastějším zhoubným nádorem kůže je bazocelulární karcinom. I přes nízkou mortalitu je problematika maligních epidermálních nádorů vysoce aktuální, a to zejména s ohledem na vysokou frekvenci jejich výskytu a riziko závažných komplikací, které mohou postiženým jedincům způsobovat. Při dobré znalosti etiopatogeneze, rizikových faktorů, klinického a histologického obrazu a konečně aktuálních terapeutických postupů lze cílenou primární a sekundární prevencí účinně eliminovat pokročilá stadia epidermálních nádorů a rizika z nich plynoucí.

PDT v dermatologické praxi

MUDr. Jiřina Bartoňová,

doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.

Klinika nemocí kožních a pohlavních

FN a LF UK, Hradec Králové

Fotodynamická léčba (PDT) představuje fotodestrukcí kožních nádorů intenzivním viditelným světlem (600–800 nm) po předchozí (poměrně selektivní) fotosenzibilizaci derivátem hematoporphyrinu. Jako prekurzor fotosenzibilizátoru se v dermatologii používá kyselina 5-aminolevulová (ALA) nebo její metyl-ester (MAL: v ČR je registrován Metvix® creme). K výhodám PDT patří selektivita, kosmetický výsledek, k nevýhodám hlavně vysoká cena metody, časová náročnost a bolestivost pro pacienta.

I když PDT je indikována pro povrchové nádorové afekce (zejména v oblasti obličeje a krku) jako aktinická keratóza, rozsáhlý bazaliom a m. Bowen, lze ji využít i pro některé dermatózy. Ložiska psoriázy, bradavice, m. Darieri, mycosis fungoides. Použití u psoriázy však zatím nepředčít standardní fototerapii UVB 311 nm, naopak je pro bolestivost špatně snášena.

Slibné se zdá mezioborové použití: např. PDT těžké aktinické cheilitidy může předejít vermiliektomii (lip-shaving), nebo PDT kraurosis vulvae může zabránit trvalému zmražení vulvektomií. PDT lze navíc mnohokrát opakovat i kombinovat s jiným léčebnými metodami (např. kryoterapií).

Nedocenitelnou službu může poskytnout fotodynamická diagnostika (PDD): detekce fluorescence akumulovaného protoporphyrinu po ozáření Woodovým světlem určí rozsah kožního nádoru, jehož klinické ohraničení není zřetelné

a umožní tak kompletní odstranění nádorové tkáně nebo posouzení úspěšnosti zákroku.

Některá pracoviště korektivní dermatologie začínají využívat PDT k fotorejuvenaci kůže.

Fotosenzitivita jako rizikový faktor kožních malignit

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.

Klinika chorob kožních a pohlavních

LF UP a FN, Olomouc

Podle literárních údajů zhruba 15 000 látek v životním prostředí vykazuje fotosenzitivní potenciál a může vést k vystupňovaným kožním reakcím na sluneční záření. Rostoucí výskyt patologických reakcí na ultrafialové záření je dáván do souvislosti jednak s nárůstem spotřeby léků a chemizací života v nejširším slova smyslu, jednak s rostoucími expozicemi solárního záření. Rozsáhlá skupina fotoaktivních látek zahrnuje kromě léčiv nejrůznější kosmetické a dezinfekční prostředky, umělá sladidla a potravinová aditiva, rostlinné substance, barviva v textiliích aj. Nově je zdůrazňován význam psoralenů a jiných furokumarinů v dietě (zvláště citrusové ovoce) z hlediska jejich možných fototoxických a fotokarcinogenních účinků.

Nežádoucí kožní změny vyvolané interakcí záření a fotoaktivních látek jsou na subcelulární úrovni zapříčiněny složitými fotochemickými mechanismy spojenými s tvorbou volných radikálů a reaktivních kyslíkových druhů, které vedou k poškození nukleových kyselin, buněčných mebrán a organel. Tyto reakce se spolu podílí na dalších negativních účincích solární radiace, jejichž výsledkem je předčasné stárnutí kůže a zvýšené riziko vývoje bazocelulárního a spinocelulárního karcinomu, případně maligního melanomu. Vzhledem k trvale rostoucí incidenci těchto kožních malignit je přínosem komplexní fotobiologické vyšetření, které objektivně vyhodnocuje individuální kožní citlivost na sluneční záření. Kromě stanovení kožního fototypu a pigmentového komplexu zahrnuje především vytestování minimální erytémové dávky. Jako zdroj ultrafialového záření je využívána xenonová lampa s polychromatickým zářením (solární simulátor) nebo MED-tester (SAALMANN) pro UVB oblast elektromagnetického spektra. Jednoduché stanovení prahového erytému je východiskem pro zavedení dostatečně účinné fotoprotekce s cílem snížení rizika negativních účinků slunečního záření včetně karcinogeneze.

EKZÉM – DERMATITIDA (KLINIKA A LÉČBA)

doc. MUDr. Eliška Dastychová, CSc. / 13.15–14.35

Klinický obraz a možnosti terapie atopického ekzému

doc. MUDr. Eliška Dastychová, CSc.

Dermatologická klinika

LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Atopický ekzém je chronické či recidivující zánětlivé onemocnění s výrazným svěděním, klinický obraz se mění v průběhu života. Charakteristické je strukturální a funkční poškození kožní bariéry se sníženou hydratací a zvýšenou iritabilitou. Incidence se pohybuje v evropské populaci od 0,5 do 1 %, nejvyšší je v kojeneckém věku, postupně se snižuje. Podmínkou vývinu onemocnění jsou genetické predispozice a spouštěcí faktory. Geneticky je určena kvalita kožní bariéry i schopnost senzibilizace. Rozlišujeme 2 formy – extrinzickou, která je spojena se senzibilizací a tvorbou IgE protilátek a formu intrinzickou bez senzibilizace. U nejtěžších forem se uvažuje o senzibilizaci na autoantigeny – proteiny keratinocytů. Imunologicky se jedná o smíšený typ přecitlivělosti, tj. I. typ (časný) a IV. typ (opožděný) dle Coombse a Gella. Průkaz alergenů – prick testy a vyšetření specifických IgE protilátek (I. typ přecitlivělosti), atopické epikutánní testy (IV. typ přecitlivělosti). Ke spouštěcím faktorům náleží iritace zevními vlivy (klimatické, pracovní činnosti), tření oděvem, významné jsou faktory psychogenní – stres, u extrinzických forem specifické alergie. Klinicky probíhá ve třech fázích.

Pro fázi kojeneckou jsou charakteristické formy exsudativní, ve fázi dětské a dospívajících ubývá exsudace (nejčastější forma eczema flexurarum). V dospělosti má klinicky spíše chronický charakter. Možné jsou i formy atypické. Ke komplikacím atopického ekzému náleží impetiginizace, herpetikace a kontaktní senzibilizace (nejčastěji na nikl). V terapii je využívána především lokální terapie, která postačí na lehčí formy, u závažných forem je využívána kromě terapie lokální i systémová. Základem lokální terapie jsou emolienca (zlepšení funkčních vlastností kožní bariéry – zvýšení hydratace), z účinných látek jsou používána antiseptika, antibiotika, antimykotika a protizánětlivě působící lokální kortikosteroidy (i kombinované s antibiotiky, antimykotiky, ureou, kyselinou salicylovou). Při terapii lokálními kortikosteroidy je vhodné dodržovat určitá pravidla s ohledem na možné nežádoucí účinky dlouhodobé lokální terapie – aplikace 1x denně, intervalová terapie, sestupná terapie. Lze využít také lokální makrolidy – pimecrolimus k léčbě mírně nebo středně závažných forem a tacrolimus pro středně závažné až těžké formy. V systémové terapii se využívají antihistaminika, antibiotika, virustatika, kortikosteroidy, imunosupresiva (nejčastěji Cyklosporin), případně inhibitory leukotrienů a další. Využívá se i fototerapie s vybranými spektry UV záření (UVB, UVA, úzké spektrum UVB a další). Významné je pracovní zařazení bez mechanické a chemické iritace. V diagnostice

a léčbě atopického ekzému je vhodná spolupráce dermatovenerologa, alergologa, imunologa, mikrobiologa a psychologa.

Klinický obraz a terapie seboroické dermatitidy

doc. MUDr. Marie Viktorinová, CSc.

**Klinika chorob kožních a pohlavních
LF UP a FN, Olomouc**

Seboroická dermatida je chronická recidivující dermatóza charakterizovaná erytémem a šupinami v lokalitách s větším výskytem mazových žláz – kštice, obličej, horní část trupu a také v intertriginózních lokalitách. V etiopatogenezi se uplatňuje pomnožení lipofilních kvasinek rodu *Mallasezia* (*Pityrosporum ovale*), predisponujícím faktorem je zvýšená aktivita mazových žláz podmíněná hormonálně (androgeny). Vzhledem k různým klinickým formám u kojenců i v dospělosti může být diagnostika seboroické dermatitidy obtížná. V kojeneckém věku je nutné odlišit především atopickou dermatitidu, u dospělých pacientů při lokalizaci ve kšticí psoriázu.

Mezi klasické antiseboroika patří keratolytika (resorcin, síra, kyselina salicylová), deriváty dehtu a kortikosteroidní externa. V současnosti se k léčbě seboroické dermatitidy dospělých používají především lokální antimykotika, která jsou k dispozici v různých lékových formách včetně šamponů – bifonazol, cyklopiroxolamin, ketokonazol, terbinafin aj. U výraznějších zánětlivých forem krátkodobě slabě a středně účinná kortikosteroidní externa nebo kombinované přípravky, např. Imacort crm. Na šupinatá nezápřítlivá ložiska je vhodný olej s kyselinou salicylovou a sírou.

Mikrobiální ekzém

MUDr. Iva Karlová,

doc. MUDr. Marie Viktorinová, CSc.

**Klinika chorob kožních a pohlavních
LF UP a FN, Olomouc**

Mikrobiální ekzém vzniká druhotně v okolí chronických infikovaných ran, bérkových vředů, píštěl v důsledku senzibilizace na mikrobiální antigeny, především *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes*. Onemocnění je charakterizováno chronickým průběhem s častými exacerbacemi.

V klinickém obraze dominuje polymorfie projevů, v akutní fázi jsou typické papuly a papulovezikuly na erytematózní spodině, v chronické fázi převažují ložiska erytematoskvamózní.

Projevy se mohou rozšířit i na ostatní části těla ve formě idového výsevu, tzv. mikrobidu. Za zvláštní formu mikrobiálního ekzému je považován ekzém numulární, který je charakterizovaný tvorbou okrouhlých ložisek velikosti mince zejména na extenzorových plochách končetin.

V terapii se doporučují kortikoidní externa v kombinaci s antimikrobiálními látkami, při generalizaci projevů je nezbytné podání antibiotik celkově. V prevenci recidiv se používají s velmi dobrým efektem mikrobiální vakcíny.

Nová generace prostředků pro zevní terapii ekzémových onemocnění

emer. prof. MUDr. Jiří Záhejský, DrSc.

**I. dermatovenerologická klinika
FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno**

Nová generace těchto bariéroprotektivních prostředků je založena na mikroemulzích

složených z mikronizovaných zásypů vpravených v podmínkách vysokotlaké homogenizace do vhodně upravených lipoidních „nosičů“, kde se na rozhraní tukové a vodní fáze vytváří předěl nikoliv z obvyklých emulgátorů, ale mikročástek anorganických hmot (zinku a talku).

Aplikace takovéto mikroemulze po nanesení na kůži vytváří „náhradní bariéru“, která omezí nadměrný výdej vody (vysušování kožního povrchu), omezí svědění a vytvoří vhodné podmínky pro průběh regenerace poškozených struktur a funkcí pokožky (omezení prů-

niku látek ze zevního prostředí – primárních dráždivel, alergenů).

První přípravek tohoto typu byl vyvinut a vyroben pod názvem 2DERM krém v laboratoři firmy For Life v Brně, schválen Státním zdravotním ústavem pro aplikaci na kůži a v současné době probíhá patentové řízení.

Zprávy z dermatologických pracovišť o zkušenostech s aplikací u ekzematózních stavů a jiných zánětlivých projevů na kůži jsou velmi příznivé.

Dá se předpokládat rozšíření indikací pro použití v oboru kosmetiky a dermatologie.

BLOK KAZUISTIK MLADÝCH DERMATOVENEROLOGŮ

MUDr. Lucie Růžicková Jarešová / 14.55–15.55

Folliculitis decalvans capillitii

MUDr. Jana Zímová

**Kožní ambulance, Vítkovická nemocnice a. s.,
Ostrava – Vítkovice**

První případ folliculitis decalvans popsal Quinquaud v roce 1888. Podle North American Hair Research Society z roku 2001 se řadí toto onemocnění mezi primární neutrofilní jizvící alopecie. Nemoc postihuje mladé lidi a dospělé středního věku obou pohlaví, více však muže. Patogeneze je neznámá, častá je ale izolace *Staphylococcus aureus* z folikulárně vázaných pustul. Choroba je trvale progresivní a často recidivuje po přerušení antibiotické léčby. Autorka blíže prezentuje své zkušenosti

s touto klinickou jednotkou na konkrétním případě z praxe.

Fotoalergická dermatitida indukovaná fenofibrátem

MUDr. Jan Šternberský

MUDr. Iva Karlová

**Klinika chorob kožních a pohlavních
LF UP a FN, Olomouc**

Fotoalergická dermatitida je charakterizována kvalitativně změněnou citlivostí kůže vůči světelnému záření na podkladě alterace imunitních procesů. K této alteraci dochází vzájemnou interakcí světelného záření a specifického fotoalergenu za předchozí senzibilizace jedince.

Fotoalergen se do organismu dostává kontaktem s kůží, perorálně nebo parenterálně a způsobí fotosenzibilizaci. Při následném ozáření dochází v oblastech kůže vystavených světlu ke vzniku kožní reakce charakteru erytémových ložisek, nežírdka i s výsevem papulovezikulek.

Vlastní kazuistika dokumentuje vznik kožních projevů charakteru splývajících erytémových ložisek lokalizovaných striktně v oblastech kůže vystavených UV záření u 44leté pacientky. Vzniku kožních projevů předcházela nově zavedená terapie alopurinolem, fenofibrátem a perindoprilem. Pro výrazné klinické projevy zvažována diagnóza fotoalergické dermatitidy indukované některými z výše uvedených léků. Provedenými foto-patch testy byla prokázána pozitivní reakce na fenofibrát, tedy potvrzena fotoalergická dermatitida indukovaná fenofibrátem. Vysazením fenofibrátu, důslednou fotoprotekcí a zavedenou terapií antihistaminiky a topickou kortikoidní terapií došlo k regresi kožních potíží.

Fotoalergická dermatitida je často nepřesně diagnostikovanou chorobou pro obtížné odlišení fotoalergické, fototoxické a solární dermatitidy. Díky možnosti provedení foto-patch testů jsme schopni tato jednotlivá onemocnění diferencovat.

Basalioma terebrans

MUDr. Renata Kopová

Klinika chorob kožních a pohlavních

LF UP a FN, Olomouc

Basalioma terebrans je agresivní klinikou variantou bazocelulárního karcinomu a je známkou lokálně pokročilého procesu. Tumorózní léze jsou lokalizovány nejčastěji v nazolabiálních rýhách,

mediálním očním koutku a na ušním boltci. Nádor se vyznačuje výraznou lokální progresí a způsobuje významné destrukce infiltrací do okolních tkání. Postihuje měkké tkáně, kost i chrupavku, v některých případech se může šířit i do nosních průduchů, vedlejších nosních dutin, lebky. V pokročilé fázi nádorového procesu může zasahovat i nervy, velké cévy, event. mozek. I když je bazaliom považován za tumor s dobrou prognózou, jeho agresivnější subtypy mohou být terapeuticky obtížně zvládnutelné a mohou vést k závažným komplikacím, případně až k úmrtí pacienta.

Kazuistika popisuje případ 78letého pacienta, kterému byl v r. 2006 excidován a histologicky potvrzen invazivní bazaliom v oblasti kořene nosu. Od té doby byl pacient ještě čtyřikrát operován pro recidivu, histologicky vždy verifikován invazivní bazaliom. Excize prováděné na spádovém chirurgickém pracovišti byly dle dokumentace kompletní. Při kontrole v prosinci 2009 byl lokální nález bez patologie, ale v únoru 2010 došlo opět k recidivě v oblasti jizvy. V březnu a dubnu za hospitalizace na klinice plastické chirurgie byla provedena etapovitá radikální resekce, včetně vnitřních koutků očních víček a nosních kůstek. I přes tento radikální výkon se nepodařilo tumor odstranit beze zbytku, při histologickém vyšetření nádor dosahoval do okrajů excize. Navrhovanou superradikální excizi s enukleací obou bulbů pacient odmítl, stav byl tedy řešen náhradou kožního krytu dermoepidermálním štěpem. V prosinci 2010 došlo opět ke klinické recidivě, histologicky byl opět verifikován invazivní bazaliom. Pacient je nadále v péči kliniky plastické chirurgie, ORL kliniky, onkologické, oční i naší kliniky, další terapeutické možnosti jsou však výrazně limitovány.

Benigní kožní virové bradavice

MUDr. Lucie Růžičková Jarešová
Dermatovenerologické oddělení,
FN Motol, Praha

Benigní virové kožní bradavice patří mezi nejčastější virová onemocnění kůže dětí a mladistvých. Jsou způsobeny lidskými papilomaviry (HPV). HPV patří mezi DNA viry a jsou přísně specifické k hostiteli. Jejich incidence celosvětově vzrůstá, četnost bradavic je ale neznámá. Vyskytují se přibližně u 7–12 % obyvatelstva. Dvakrát častěji se vyskytují u bílé rasy. Muži a ženy jsou postiženi 1:1. HPV viry způsobují tumory, hyperplazii kůže a sliznic. Zdrojem infekce bývají oloupané epitelie, keratinocyty. Přenos je možný kontaktem, autoinokulací nebo inokulací infikovaných kožních šupin. Inkubační doba je 1–20 měsíců. Produktivní infekce vzniká pouze v plně diferencovaných keratinocytech, epiteliálních buňkách. V nezralých buňkách bazálních vrstev kůže a sliznic mohou přetrvávat viry i několik měsíců a způsobují latentní průběh infekce. Ve sdělení je popisován případ 30letého muže. Od roku 2000 byl sledován a léčen pro verukózní projevy na prstech DK, ploškách s postupným rozšířením na dlaně, prsty a jiné části těla. Zlepšení nastalo v roce 2004 při kombinované celkové a lokální terapii.

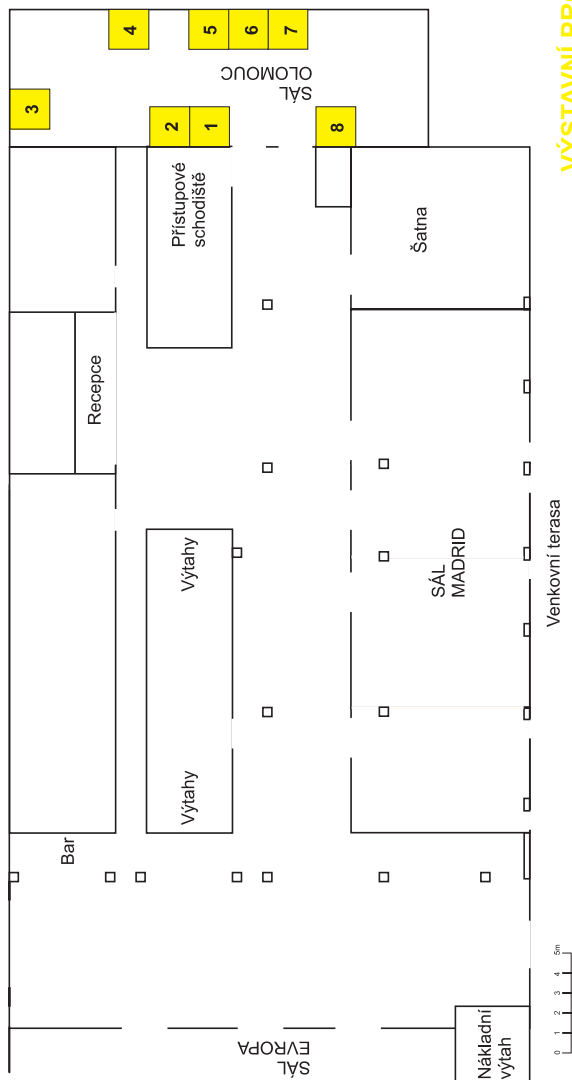
Kožní nádory

MUDr. Alena Štukavcová
Kožní ambulance,
Uherskohradištská nemocnice, a.s.

Kožní nádory se vyskytují nejčastěji ze všech zhoubných nádorů. Převážná část z nich se objevuje v druhé polovině života populace. V některých případech (genetické zatížení, imunosuprese...) není výjimkou jejich výskyt v mladším věku. Zhoubné kožní nádory zahrnují jednak melanomové a nemeelanomové epiteliální karcinomy (bazocelulární, spinocelulární) a další maligní nádory dle buněk, z kterých vychází. Platí, že čím dříve je nádor zjištěn a odstraněn, tím větší je pravděpodobnost trvalého uzdravení. Počáteční změny povrchu a barvy kůže jsou důležité signály, které nás upozorňují na možnost výskytu prekanceróz či karcinomů a neměly by uniknout naší pozornosti. Dispenzarizace, edukace a compliance rizikového pacienta nám umožní včasné zachycení těchto patologií.

Záměrem autorky je ukázat ikonografii případů jednotlivých typů nádorů a zajímavé netypické případy z ambulantní praxe a jejich následné řešení.

III. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI NH Olomouc Congress, 8. 4. 2011



VÝSTAVNÍ PROSTORY

- 1 EWOPHARMA, spol. s r.o.
- 2 SPIRIG Eastern a.s.
- 3 Maxdorf s.r.o.
- 4 MARK DISTRI, spol. s r.o.
- 5 Syncare Plus, s.r.o.
- 6 PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.
- 7 BAYER s.r.o.
- 8 FOR LIFE spol. s r.o.

POŘADATELÉ

- Klinika chorob kožních a pohlavních FN Olomouc
- Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

**III. KONFERENCE
DERMATOLOGIE PRO PRAXI**

8. dubna 2011, Olomouc

PARTNEŘI

BAYER s.r.o.

EWOPHARMA, spol. s.r.o.

MARK DISTRI, spol. s r.o.

FOR LIFE spol. s r.o.

PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.

SPIRIG Eastern a.s.

Syncare Plus, s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



**POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE**