

XIII. olomoucká dermatologická konference

12. března 2010 – Abstrakta

LICHENOIDNÍ EROZE V DUTINĚ ÚSTNÍ

MUDr. K. Libigerová, MUDr. A. Krnáčová
Kožní oddělení VN Olomouc

Lichenoidní změny v dutině ústní mohou vznikat v místě kontaktu sliznice s dentálním materiálem použitým k ošetření či náhradě zubu. Mechanismus vzniku těchto afekcí může být různý. Vyvolat je může přecitlivělost kontaktního typu, mechanická iritace přiléhajícího okrsku ústní sliznice nebo chemicko-toxické dráždění. Lichenoidní změny dutiny ústní mají relativně uniformní vzhled a lokalizaci. Objevují se na bukalní a labiální sliznici jako zarudnutí, obklopující bělavé plošky a někdy i jako eroze. Subjektivně pacient pociťuje palčivost a bolestivost. Samotná medikamentózní léčba nemá nikdy dostatečný a trvalý léčebný efekt. Materiál, o němž se domníváme, že je příčinou vzniku lichenoidních změn, je třeba odstranit a nahradit materiálem jiného chemického složení. Při podezření na alergickou reakci je žádoucí kompletní alergologické vyšetření včetně epikutánních testů. V rámci diferenciální diagnózy je přínosem histologické vyšetření slizniční biopsie.

Prezentovaná kazuistika popisuje případ 61leté ženy s tříletou anamnézou palčivé stomatitidy, provázené silně bolestivými lichenoidními erozemi v dutině ústní. Na našem pracovišti bylo provedeno komplexní vyšetření včetně epikutánních testů s dentální sadou. Toto vyšetření prokázalo kontaktní přecitlivělost na nikl sulfát a epoxy resin. Celková kortikoidní terapie vedla ke zhojení stávajících erozí v dutině ústní. U pacientky je plánována kompletní výměna zubní náhrady.

ANALÝZA TRANSPLANTAČNÍHO REGISTRU FN OLOMOUC Z HLEDISKA VÝSKYTU KOŽNÍCH MALIGNIT

MUDr. L. Kalinová¹, MUDr. L. Vavříková²,
MUDr. K. Krejčí, Ph.D.³,
doc. MUDr. P. Bachleda, CSc.¹

¹II. chirurgická klinika FNOL

²Klinika chorob kožních a pohlavních FNOL

³III. interní klinika FNOL

Transplantace ledvin je metodou volby terapie renálního selhání u vybrané skupiny popula-

ce. V posledních dekáдах došlo ke značnému zlepšení krátkodobých výsledků transplantací, z dlouhodobého hlediska je však osud transplantovaných ledvin i jejich příjemců nejistý. Vedle kardiovaskulárních chorob jsou u nemocných s funkčním štěpem stále častěji diagnostikována nádorová onemocnění. Kožní nádory představují nejčastější formu nově vzniklých nádorů po transplantaci ledviny. Z literatury je známo, že se u transplantovaných objevují o desetiletí dříve než u jejich vrstevníků bez imunosuprese a liší se také svým chováním. Tuto skutečnost jsme potvrdili podrobnou analýzou dat transplantčního centra Olomouc. Ze 611 pacientů, kteří postoupili transplantaci ledviny v letech 1986–2008, jsme výskyt kožního nádoru zjistili v celkem 59 případech. U 56 (9,16%) nemocných se jednalo o nemelanomový kožní karcinom (NMSC), 3 (0,5%) pacienti byli léčeni pro maligní melanom (MM), v jednom případě (0,16%) byl diagnostikován Merkelův karcinom. Kaposiho sarkom se v našem souboru pacientů po transplantaci nevyskytl. V příspěvku prezentujeme srovnání našich výsledků s údaji z literatury a také porovnání s obecnou populací České republiky, kde pro NMSC prokazujeme vyšší nepřímo věkově standardizovanou incidenci (SIR) a vyšší rekurenci nádorů ve skupině transplantovaných pacientů. Záchyt Merkelova karcinomu je navíc pojat jako kazuistika pacienta s nápadně rychlou progresí onemocnění. Sumarizaci faktů v závěru sdělíme a apelujeme na diskuzi ohledně screeningu kožních nádorů v populaci transplantovaných nemocných.

TRAUMATICKÁ PANNIKULITIDA PRSU

MUDr. L. Drlík¹, MUDr. P. Čejka²

¹Dermatovenerologické oddělení,
Šumperská nemocnice a.s.

²Oddělení patologie,
Šumperská nemocnice a.s.

Autoři popisují případ pacientky, u které se během několikahodinového bezvědomí tlakem na prs vyvinul zánět imitující abscedující flegmónu či zánětlivý karcinom prsu. Léčba antibiotiky nebyla úspěšná. Opakované histologické vyšetření vyloučilo maligní proces. Rychlý efekt s úplným vyléčením přinesla kombinova-

ná léčba celkově podávanými kortikosteroidy společně s antimikrobiálním chemoterapeutikem.

CHLAMYDIOVÉ INFEKCE Z POHLEDU MIKROBIOLOGA

MUDr. L. Pukowietz
Oddělení klinické mikrobiologie,
Nemocnice Hranice

Etiologickým agens humánních chlamydiových infekcí jsou tři druhy bakteriálních intracelulárních parazitů. *Chlamydia pneumoniae* způsobující převážně infekce horních i dolních cest dýchacích, *Chlamydia trachomatis* jako původce urogenitálních infekcí a vůbec nejčastěji sexuálně přenosných onemocnění v rozvinutých zemích a *Chlamydia psittaci* jako primárně zoogení patogen s přenosem na člověka.

Chlamydie jsou charakteristické svým ojedinělým vývojovým cyklem, který se uskutečňuje celý intracelulárně v hostitelské buňce. Ve vývojovém cyklu se objevují dvě formy. Infekční elementární tělíska a retikulární tělíska, které mají schopnost se množit. Důsledkem tohoto vývojového cyklu je vyrazení obranných mechanismů napadené buňky, což umožňuje chlamydiím perzistovat v organismu.

Všechny chlamydie mají společný lipopolysacharidový antigen (LPS) a každá vlastní druhový membránový protein (MOMP). V laboratorní diagnostice se uplatňuje přímý průkaz ze sekretů kultivací, detekcí antigenu a detekcí úseků nukleové kyseliny a nepřímý průkaz protilátek ze séra. Fázi infekce stanovujeme na základě positivity IgA, IgM a IgG protilátek. Konfirmaci imunoblotem rozlišujeme mezi jednotlivými druhy chlamydií a fází infekce. Shrnutí poznatků o patogenезi chlamydií, laboratorní diagnostické možnosti, klinický stav pacienta do komplexního celku, vede k objektivnímu zhodnocení stavu pacienta. Pouze takový přístup má šanci na úspěšnou terapii.

TULAREMIE – POPIS PŘÍPADU

MUDr. J. Šternberský, CSc.
Dermatovenerologické oddělení
KN TB Zlín

Popsán případ typické ulceroglandulární kožní formy tularemie u 55letého muže,

který byl na podzim r. 2009 odeslán na kožní ambulanci s alergickým exantémem po klaritromycinu. Při vyšetření byl, kromě atypického exantému po těle, přítomen na palci pravé ruky primární afekt a uzlinový syndrom v pravé axile. Sérologie protilátek, včetně vzestupného titru, potvrdila klinické podezření na tularémii. Exantém po těle hodnocen jako tularémid – toxemická fáze tularémie. Zájíc jako zdroj nákazy byl pacientem přiznán až po cíleném nátlaku. Hospitalizace s léčbou kombinací Gentamycinu 240 mg pro die a Doxycyclinu 200 mg pro die, po dobu 14 dnů, vedla ke zhojení bez fistulace uzliny. Demonstrován průběh s klinickým obrazem a morfologií exantému během léčby.

STRUČNÝ PŘEHLED BAKTERIÁLNÍCH KOŽNÍCH INFEKcí DĚTSKÉHO VĚKU

MUDr. Z. Poláčková

Klinika chorob kožních
a pohlavních FNOL

Impetigo – nejběžnější, infekce stafylokoková a streptokoková, snadné šíření, terapie zevními ATB.

Ecthyma – hluboká ulcerující pyodermie nejčastěji na DKK, původcem jsou nejčastěji streptokoky A, léčba celkovými a zevními ATB.

Folikulitida – stafylokoky ve vlasovém folikulu, léčba zevními ATB, při chronickém průběhu vakcína.

Furunkl a karbunkl – stafylokoková infekce pronikající do hloubky folikulu s progresí do okolí, léčba Saloxylem, Ichtexylem, event. celkovými ATB dle lokalizace a rozsahu.

Erysipel – akutní streptokoková infekce kůže a podkoží, výrazné celkové příznaky, terapie celkovými ATB.

Perianální streptokoková dermatitida – streptokoky A, povrchový infekt, léčba zevními ATB.

Puchýřnatá daktylitida – beta-hemolytický streptokok, projevem je bolestivá bula s erytémem na prstech, léčba zevní ATB.

Nekrotizující fasciitida – difúzní hluboký infekt kůže s rychlým přechodem do hlubokých struktur se vznikem nekrózy, výraznou bolestivostí a celkovými příznaky až sepsí, parenterální terapie vysokými dávkami ATB, incize, nekrektomie.

Meningokokemie – původce *Neisseria meningitidis*, kožním projevem jsou petechie na kůži i sliznicích, ale i urtiky, akrocyanóza až buly a nekrózy, nejčastěji na trupu a DKK, léčba parenterálním PNC.

Stafylokokový Lyellův syndrom – toxiny zlatého stafylokoky vyvolávají epidermolýzu bez postižení sliznic, terapie při hospitalizaci – parenterální ATB, intenzivní zevní ošetření jako u popálenin.

Erytrazma – přemnožení *Corynebacterium minutissimum* v intertrigách, léčba antibakteriálními externy.

Trichomycosis axillaris – přemnožení *Corynebacterium tenuis*, léčba zvýšenou hygienou.

Keratoma sulcatum – povrchová korynebakteriální infekce se vznikem macerované rohoviny na ploškách v místech tlaku, léčba erytromycinovými roztoky.

Lymeská borrelióza – původce *Borrelia burgdorferi*, kožním projevem je erythema chronicum migrans, léčba celkovými ATB – do 8 let věku amoxicilin, nad 8 let věku doxycyklin.

ADALIMUMAB A JEHO PŘÍNOS U TĚŽKÝCH FOREM PSORIÁZY

MUDr. M. Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních
a pohlavních LF UP a FNOL

Psoriáza je chronická zánětlivá dermatóza s variabilním genetickým podkladem, v jejíž etiopatogenezi sehrávají klíčovou roli imunologické mechanismy specifické i nespecifické imunity. Produkce různých prozánětlivých cytokinů je podstatou klinických projevů u psoriázy. Obdobný patogenetický mechanismus se podílí na vzniku některých chronických kloubních zánětlivých onemocnění a u nespecifických střevních zánětů, ale má pravděpodobně významnou úlohu i u dalších komorbidit, zejména u chorob metabolického syndromu. Tuto skutečnost dokumentuje výrazně vyšší mortalita pacientů s těžkými formami psoriázy na kardiiovaskulární onemocnění oproti ostatní populaci. Na psoriázu je tedy nutné pohlížet jako na systémové onemocnění, kdy včasná a cílená terapie těžkých forem této choroby může příznivě ovlivnit i vývoj zmíněných komorbidit.

Nejcílenější léčbou je v současné době terapie biologickými preparáty, které zasahují cíleně do patogenetických mechanismů těchto imunitně podmíněných onemocnění. Adalimumab je jedním ze čtyř biologik, která jsou aktuálně pro léčbu těžkých forem psoriázy k dispozici. Jedná se o rekombinantní plně humanizovanou monoklonální protilátku IgG1 specifickou proti TNF alfa (tumor necrosis factor). Prezentována je stručná charakteristika přípravku a jeho praktické využití.

KONTAKTNÍ KOPŘIVKA PROFESIONÁLNÍ ETIOLOGIE

MUDr. I. Karlová,

doc. MUDr. M. Viktorinová, CSc.

Klinika chorob kožních
a pohlavních LF UP a FNOL

Kontaktní kopřivka se projevuje začervénáním a rozvojem kopřivkových pomfů v místě kontaktu kůže s určitou látkou. Podle mechanismu vzniku se dělí kontaktní kopřivky na imunologické a neimunologické. Imunologický typ kopřivek je zprostředkovaný IgE protilátkami. U neimunologických kontaktních kopřivek vyvolávající substance působí buď jako histaminoliberátor, nebo se uplatňuje přímý účinek urtikariogenních látek.

Je prezentován případ pacientky, učnice v kožedělném průmyslu, u které docházelo pravidelně při práci s vepřovou přírodní kůží ke vzniku urtikariálních pomfů na volárních plochách obou předloktí. Projevy vznikaly asi půl hodiny po kontaktu s vepřovicí a přetrvávaly 2 hodiny po ukončení práce.

Pacientka byla kompletně vyšetřena. Epikutánní testy byly negativní. Výrazně pozitivní byl test vetřením s vepřovicí, do půl hodiny došlo ke vzniku pruhovitých pomfů na volární ploše vyšetřovaného předloktí a následně k rozvoji generalizované urtikárie.

GENERALIZOVANÝ PRURITUS JAKO PROJEV PARAZITÁRNÍHO ONEMOCNĚNÍ

MUDr. J. Dobešová

Klinika chorob kožních
a pohlavních FNOL

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Svědění je nepříjemný pocit, který je vyvolán podprahovým drážděním receptorů pro bolest. Je to nejčastější subjektivní projev, který doprovází celou řadu kožních onemocnění, ale vyskytuje se i bez objektivních změn na kůži. Podněty mohou být ze zevního i vnitřního prostředí. Z hlediska diferenciální diagnostiky je problematictější generalizovaný pruritus, který může signalizovat jak závažné onemocnění, tak může být i projevem banální choroby. Pruritus často doprovází parazitární onemocnění. K jeho odhalení vede důkladná anamnéza a následně pak velmi jednoduché a relativně levné vyšetření, které se bohužel v dnešní době zcela přehlíží. Příkladem může být i naše kazuistika. Mladá žena, trápící se generalizovaným pruritem, byla 2 roky v péči praktického lékaře a prošla řadou

dermatologických, alergologických, interních, chirurgických a gynekologických pracovišť. Opakovaná biochemická ani ultrazvuková vyšetření příčinu svědění neobjasnila. Náročná symptomatická terapie včetně celkové léčby kortikosteroidy byla rovněž bez efektu.

Před hospitalizací na psychiatrickém oddělení ji „zachránilo“ banální vyšetření stolice, které nikdo z vyšetřujících lékařů nedoporučil. Adekvátní terapie odhalené teniázy pacientku zbavila potíží, které jí nesmírně komplikovaly soukromý i společenský život.

Parazitární onemocnění jsou rozšířena po celém světě, ve větší míře se vyskytují v hygienicky méně vyspělých zemích. Nicméně nesmíme na ně zapomínat ani u nás, protože jednou z možností zavlečení infekce k nám je nejen zvýšená migrace osob právě z těchto zemí, ale i konzumace veterinárně neprovořeného masa.

TRICHOSKOPIE V DIAGNOSTICE ALOPECIÍ

MUDr. R. Kučerová, Ph.D.,

MUDr. M. Bienová, Ph.D.

Klinika chorob kožních

a pohlavních LF UP a FNOL

Od r. 1993, kdy byly pomocí trichoskopie (dermatoskopie vlasů a skalpu) popsány poprvé „white dots“ u jizvící alopecie (Kossard a Zagarrela), nabývá tato metoda na významu v diferenciální diagnostice alopecií. Trichoskopii lze provádět orientačně ručním dermatoskopem (zvětšení 10–20×), nebo přesněji digitálním dermatoskopem (zvětšení obvykle 20–70×). Ten umožňuje podrobnější zhodnocení změn, ale také archivaci dat v digitální podobě. Pomocí speciálního softwaru lze hodnotit různé parametry, např. poměr anagenů/telogenů, hustotu, rychlost růstu nebo průměr vlasového stvolu.

Trichoskopickým vyšetřením se hodnotí jednak vlasový stvol (počet vlasů v pilosebaceózní

jednotce; typ vlasu – terminální, vellus; abnormity tvaru – ulámané vlasy, monilethrix, pili anulati aj.), dále ústí vlasových folikulů (normální nebo tzv. „dots“ – white, yellow, black) a konečně abnormity pokožky hlavy (hyperpigmentace, deskvamace aj.).

Ve sdělení je pozornost věnována trichoskopickým nálezům charakteristickým pro androgenetickou, areátní a jizvící alopecii, které jsou v praxi nejčastější.

Dále jsou prezentovány první vlastní praktické zkušenosti (včetně pořizování fototrichogramů) s digitálním dermatoskopem vybaveným softwarem microDerm Hair, který byl na pracoviště pořízen v rámci grantového projektu. Výzkumný záměr, jehož spoluřešitelem je i naše pracoviště, se týká polymorfismu genu pro androgenový receptor u benigní prostatické hyperplazie, karcinomu prostaty a androgenetické alopecie.

ZÁCHVATOVITÝ FLUSH PŘI SYNDROMU KARCINOIDU

MUDr. L. Vavříková¹, MUDr. I. Karlová¹,

doc. MUDr. Z. Fryšák, CSc.²

¹Klinika chorob kožních

a pohlavních LF UP a FNOL

²III. interní klinika LF UP a FNOL

Flush je typický příznak syndromu karcinoidu charakterizovaný záchvatovitým erytémem podmíněným vazodilatací ve tváři, šíji a horní oblasti trupu. Je vyvolán vazoaktivními aminy produkovanými neuroendokrinním tumorem – karcinoidem. Součástí karcinoidového syndromu jsou gastrointestinální projevy jako průjem, bolesti břicha, příznaky střevní obstrukce, dále tachykardie, bronchokonstrikce, hypotenze. V našem případě se jedná o 59letou ženu, u které se objevoval záchvatovitý flush po dobu několika let, ojediněle byl provázen palpitacemi. U pacientky se nevyskytovaly jiné celkové obtíže. Po podrobném vyšetření a za pomoci zobrazo-

vacích metod (fuze CT a octeroscanu) byly detekovány metastázy karcinoidu v oblasti pravého laloku jater a na rozhraní horního a středního mezogastria bez zobrazení primárního ložiska. Byla zahájena hormonální terapie analogy somatostatinu, při které dochází ke zmírnění symptomů flushu. Pacientka je nadále sledovaná v endokrinologické poradně III. interní kliniky.

INFRAČERVENÁ TERMOGRAFIE V DERMATOLOGII

MUDr. J. Šternberský, MUDr. J. Urbánek

Klinika chorob kožních

a pohlavních FNOL

Infračervená (IČ) termografie se zabývá analýzou rozložení teplotního pole na povrchu tělesa. Její princip je založen na detekci tepelného záření povrchu měřeného objektu – v našem případě povrchu lidského těla. Termovizní kamera pracuje bezkontaktně, jedná se o neinvazivní a pro pacienty naprosto bezpečnou vyšetřovací metodu.

IČ termografie je důležitou diagnostickou metodou zejména u poruch prokrvení horních a dolních končetin (Raynaudův fenomén). Tyto poruchy se vyskytují zejména v rámci závažných systémových onemocnění pojiva, dále také u profesně vzniklých vazoneuróz a v neposlední řadě také u útlakových syndromů (např. syndrom horní hrudní apertury, skalenový syndrom apod.). Vyšetření umožňuje objektivizovat poruchy prokrvení a monitorovat stav před léčbou a po léčbě (např. po sympatektomii). Kromě termografické verifikace Raynaudova fenoménu plánujeme využít IČ termografii v rámci komplexní diagnostiky kožních nádorů, event. k objektivizaci poruch prokrvení u syndromu diabetické nohy nebo ischemické choroby dolních končetin.

Cílem sdělení je především seznámit ambulantní lékaře s indikacemi, kdy lze využít toto superspecializované vyšetření k rozšíření diagnostických možností i pro dermatologii.