

XV. olomoucká dermatologická konference

16. března 2012 – abstrakta

Dermatol. praxi 2012; 6(2): 106–108

Současný pohled na trombofilní rizika

Mgr. L. Slavík, Ph.D.,
doc. MUDr. V. Krčová, CSc.,
MUDr. A. Hluší, Ph.D., MUDr. J.
Procházková, Mgr. J. Úlehlová
Hemato-onkologická klinika
FN Olomouc

V současné době je doporučeno vyšetření rizika trombofilie při rekurentních či život ohrožujících trombotických příhodách v žilním řečišti do 45 let věku, při pozitivní rodinné anamnéze, vzniku trombózy v netypické lokalizaci a u žen rovněž při opakovaných potratech či porodech mrtvých plodů. Při dodržení indikace u těchto kritérií prokazujeme některé z dosud známých trombofilních rizik u 60% pacientů s neprovokovanou TEN.

Vyšetřování trombofilních stavů v současné době může zahrnovat vyšetření nejfrekventnějších a nejzávažnějších trombofilních markerů dle relativního rizika manifestace tromboembolické nemoci (viz tabulka).

Relativní rizika trombofilních stavů se u pacientů dále navyšují získanými trombofilními faktory mezi něž patří i léčba estrogeny a provokujícími faktory (např. operace, úrazy, imobilizace delší než 3 dny).

Pro interpretaci závažnosti jednotlivých trombofilních stavů je třeba vždy zvážit veškerá rizika trombofilie a získaných trombofilních faktorů, což následně vede k navržení optimální strategie antitrombotické prevence.

Ze znalosti trombofilního stavu profitují osoby, u nichž jeho přítomnost ovlivní způsob či délku trombotické profylaxe, což jsou zejména ženy užívající či zvažující užívání hormonální antikoncepce či substituční terapie estrogeny.

Podpořeno grantem LF-2012-007.

Moderní zevní terapie psoriázy ve světě a u nás

doc. MUDr. D. Ditrichová, CSc.
Klinika chorob kožních
a pohlavních LF UP a FNOL

Psoriáza je zánětlivé onemocnění kůže s multifaktoriální etiopatogenezí, genetickou predispozicí a rysy autoimunity. Její celoživotní

Tabulka Vyšetření trombofilních markerů dle relativního rizika manifestace tromboembolické nemoci

Trombofilie	Prevalence		Relativní riziko
	Zdraví	VTE	
Antitrombin	0,02 %	2–3 %	10–20
Deficience proteinu C	0,3 %	2,5–3 %	7–10
Deficience proteinu S	0,3 %	?	7–10
Heterozygotní faktor V Leiden	5–6 %	20–40 %	3–8
Heterozygotní protrombin 20210A	2 %	8–9 %	2–3
Zvýšená aktivita faktoru VIII	10 %	25–40 %	?
Hyperhomocysteinemie	5–10 %	18 %	1,2
Lupus antikoagulans	?	10–15 %	11

průběh s remisemi a exacerbacemi vyžaduje dlouhodobý léčebný plán. Cílem léčby je převedení manifestní formy lupénky do formy subklinické. Pilířem léčby zůstává léčba zevní. U mírné a středně těžké formy onemocnění představují externa léčbu hlavní a nezastupitelnou, u těžkých forem jsou léčbou doplňující.

Od objevu kortikosteroidů v 50. letech minulého století byla průlomem ve výzkumu nové topické léčby analoga vitaminu D3, která cíleně zasahuje do patogenetických dějů lupénky – hyperproliferace a poruchy diferenciacie epidermis. Jejich kombinace se silným kortikosteroidem má navíc účinky protizánětlivé a imunosupresivní. Fixní kombinace derivátu vitaminu D a kortikosteroidu představuje v Americe i v Německu nejužívanější lokální léčbu lupénky v posledních letech. Jejich jednoduchá aplikace 1x/den a vysoká účinnost v kombinaci s bezpečností i při dlouhodobém použití jsou předpokladem vysoké compliance pacientů s chronickou lupénkou. Po počáteční každodenní terapii lze přejít na ošetření obden a komfortní víkendovou léčbu, podle potřeby doplňovanou o emolienty a keratolytika. V kontextu s americkými a evropskými doporučenými postupy v zevní léčbě lupénky ČDS ČLS JEP připravuje k publikaci guidelines pro léčbu ložiskové lupénky v České republice.

Změny papilárních linií u kožních onemocnění

MUDr. J. Urbánek¹, Ing. M. Doležel²,
doc. Ing. M. Dražanský, Ph.D.²

¹Klinika chorob kožních
a pohlavních FNOL

²Ústav inteligentních systémů, Fakulta informačních technologií, VUT Brno

Papilární linie jsou souvisle vyvýšené reliéfy na prstech, dlaních a chodidlech. Jsou odvozeny od uspořádání papilárního koria, které vybíhají proti čepům epidermis. Smysl papilárních linií není dosud zcela objasněn, zřejmě souvisí s hmatovou a úchopovou funkcí končetin. Struktura papilárních linií se vytváří během fetálního období, během života jedince i přes změnu rozměrů zůstává stejná. Papilární linie se tvarují do stálých obrazců, tzv. dermatoglyfů, které jsou u každého člověka charakteristické, což má význam při určování identity jedince.

Identifikace osob pomocí zjištění struktury dermatoglyfů na prstech (otisků prstů) se používá nejen ve forenzní oblasti, ale v současné době se stále více využívá i v různých bezpečnostních systémech, např. u biometrických cestovních pasů, výpočetní techniky nebo u identifikace osob při vstupu do objektů.

Pro snímání otisků prstů jsou významná některá kožní onemocnění, která postihují ruce a mohou tak negativně ovlivnit otisk prstu nebo proces jeho získání. V přednášce jsou prezentována tato kožní onemocnění a změny papilárních linií, které mohou být těmito onemocněními způsobeny.

Diagnostický a terapeutický přístup k lymfomatoidní papulóze

prim. MUDr. Eva Jašková
Kožní oddělení, SN v Opavě

Lymfomatoidní papulóza (LP) je onemocnění popsal poprvé v roce 1968 Macaulay. Jde o spontánně se odhojující výsevy papulózních erupcí s histologicky maligním obrazem, ale benigním klinickým průběhem, nicméně nám toto onemocnění signalizuje zvýšenou pravděpodobnost vzniku lymfoidních i nelymfoidních malignit. V přednášce je probrána pravděpodobnost přechodu jednotlivých typů LP do Mycosis fungoides, Hodgkinova lymfomu nebo Ki-1 lymfomu a autor se zamýšlí nad formou dlouhodobého sledování. Terapie samotné LP pak mnohdy není nutná, jen při četném výsevu připadá v úvahu PUVA terapie či nízké dávkovaný metotrexát, u méně četných výsevů pak kortikoidy topicky, intralezionálně gamma interferon, popisován je také dobrý efekt u fotodynamické terapie a aplikace 5% imiquimod krému. Na závěr jsou pak uvedeny 2 kazuistiky pacientek s LP.

Brunsting – Perry pemphigoid

prim. MUDr. L. Drlík¹, MUDr. L. Slezáková¹, doc. MUDr. L. Pock, CSc.²

¹Dermatovenerologické oddělení, Šumperská nemocnice a. s.

²Dermatovenerologická klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce, Praha

Autoři popisují klinický případ pacienta, který trpí několik roků zvýšenou vulnerabilitou pokožky temene hlavy s tvorbou diskrétních čirých puchýřů, které ale bývají zachyceny jen výjimečně. Současně se v dutině ústní vyskytují vícečetné erodované plošky. Stanovení diagnózy bylo poměrně obtížné pro necharakteristický klinický a zpočátku i histologický nálezn. Uvedené projevy mohou činit značné diferenciálně diagnostické těžkosti. Bývají zaměňovány za erozivní pustulózní dermatitidu skalpu, pyodermii nebo solární alteraci pokožky. Léčebně se uplatňují zejména lokální a celkově podávané kortikosteroidy. Vzácně se vyskytující onemocnění je variantou jizvícího pemphigoidu, literární zmínky jsou řídké. Až ve 30% případů může být tato nozologická jednotka spojena s maligním onemocněním, pacienty je tedy třeba důsledně vyšetřit a dispenzarizovat.

Anthralin v léčbě areátní alopecie

MUDr. M. Bienová, Ph.D.,
prim. MUDr. R. Kučerová, Ph.D.
Klinika chorob kožních
a pohlavních LF UP a FNOL

Alopecia areata (AA) je nejizvící ložisková ztráta vlasů vyskytující se v kterémkoliv věku. V etiologii se uplatňuje více faktorů, hlavní roli

hraje autoimunita, je předpokládána i polygenní dědičnost. Spouštěcím mechanismem u AA může být onemocnění štítné žlázy, stres, virová nebo bakteriální infekce či jiná zátěž organizmu. V závažných případech může dojít ke ztrátě všech terminálních vlasů ve kštici (alopecia totalis) nebo k výpadku veškerého ochlupení na těle (alopecia universalis).

Průběh areátní alopecie je nepředvídatelný a toto onemocnění může mít negativní psychosociální dopad na každodenní život postiženého jedince. V prezentaci jsou uvedeny současné možnosti terapie. Výsledný léčebný efekt je velmi individuální a ve všech případech nejistý, proto je nutné hledat další alternativy léčby, přičemž jednou z variant je i lokální terapie anthralinem.

Anthralin je syntetický derivát polyaromatického uhlovodíku antracenu, i když původně pochází z přírodního zdroje – dřeva jihoamerického stromu Andira araroba. V léčbě psoriázy se používá téměř 100 let. U areátní alopecie je využíváno iritačního potenciálu anthralinu. Přesný mechanismus účinku zatím není zcela objasněn, ale předpokládá se, že zánětlivá iritační reakce pokožky hlavy vede k produkci cytokinů, které způsobí vycestování lymfocytů mimo oblast vlasového váčku a tím může přejít vlasový folikul do anagenní fáze růstového cyklu vlasu.

Ve formě stručných kazuistik je prezentován léčebný účinek anthralinu v kombinaci s minoxidilem u několika pacientů s rezistentní formou areátní alopecie.

Difencypron v léčbě alopecia areata

prim. MUDr. L. Drlík
Dermatovenerologické oddělení,
Šumperská nemocnice a. s.

V přednášce jsou shrnuty teoretické znalosti senzibilizační léčby těžkých případů alopecia areata. V 90. letech byl volen dinitrochlorbenzen, který i přes dobré výsledky musel být pro zjištěnou mutagenitu opuštěn. V posledním roce jsou na Dermatovenerologickém oddělení Šumperské nemocnice a. s. léčeni pacienti, na základě zkušeností Kožní kliniky Královské Vinohrady, difencypronem. Jedná se o malý soubor nejtěžších případů konfluující a totální alopecie v dlouhodobé péči spádových pracovišť. Předcházející léčba – intralezionální a lokální kortikosteroidy, PUVA. Efekty senzibilizační léčby difencypronem jsou i u této vybrané skupiny refrakterních případů velmi dobré, v souladu s literárními údaji. Léčba je pacienty dobře tolerována, doprovodné ekzémové reakce bývají jen omezené a snadno

zvládnutelné. V přednášce jsou uvedeny také konkrétní kazuistiky a dokumentovány předběžné výsledky práce.

Novinky v legislativě a hlášení STD

MUDr. Z. Poláčková
Klinika chorob kožních
a pohlavních FNOL

Od 1. 4. 2012 platí Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb.

Současně platí některé prováděcí vyhlášky: Vyhláška 275/2010 Sb. o systému epidemiologické bdělosti, Vyhláška 195/2005 Sb. o předcházení a šíření infekčních nemocí a Vyhláška 386/2007 Sb. o poskytování dispenzární péče.

Podle těchto zákonných ustanovení má pacient s STD právo na volbu pracoviště, kde bude léčen a dispenzarizován. Tohoto práva pozbývají osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, zabezpečovací detence, v zařízení pro zajištění cizinců nebo přijímacím středisku.

Pro onemocnění syfilis je stanovena povinná léčba při hospitalizaci na lůžkovém odd., není nutný souhlas pacienta.

Hlášení STD a dispenzarizaci provádí dermatovenerolog. Platí formulář SEVT 017 2 „Hlášení pohlavní nemoci“. V něm je nutno přesně vyznačit laboratorní vyšetření, která byla pozitivní. Hlášení je povinné pro AIDS/HIV, chlamydiové pohlavně přenosné nemoci, gonoreu a syfilis. Pro onemocnění syfilis je nutný průkaz protilátek proti *T. pallidum* ve třídě IgM.

Za porušení povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků se nepovažuje: předávání informací nezbytných pro zajištění návaznosti zdravotních služeb, zproštění mlčenlivosti pacientem, sdělování údajů pro potřeby trestního, občanskoprávního, rozhodčího a správního řízení.

TCF a terapie psoriázy

MUDr. M. Tichý, Ph.D.
Klinika chorob kožních a pohlavních
LF UP a FNOL

Terapeutické metody užívané v léčbě psoriázy zaznamenaly v posledních letech zásadní změny zejména z pohledu zavedení biologických preparátů. Díky moderním způsobům systémové léčby je v dnešní době možné kontrolovat průběh i těch nejtěžších forem onemocnění. Základním kamenem terapie psoriázy však stále zůstává léčba zevní. Přibližně 70% případů se řadí k tzv. mírné formě psoriázy, která většinou

není indikována k systémové terapii. Na druhé straně i pacienti léčení systémově jsou ve většině případů současně léčení zevními preparáty, protože remise navozená celkovou léčbou je zřídka kompletní.

Možnosti zevní léčby psoriázy učinily v poslední době pokrok zejména díky vývoji preparátů označovaných zkratkou TCF (two compound formulation). Jde o unikátní přípravky, které díky specifickému výrobnímu postupu vytvářejí fixní kombinaci dvou velmi účinných látek v léčbě psoriázy – silného kortikosteroidu a analoga vitamínu D. Konkrétně se jedná o betamethason dipropionát a calcipotriol. Rozsáhlými studiemi bylo prokázáno, že tato kombinace je výrazně efektivnější oproti monoterapii kortikoidními externy nebo analogy vitamínu D a současně se díky jednorázové denní aplikaci značně zvyšuje compliance pacientů. Lze říci, že TCF dnes patří k nejúčinnějším metodám v zevní léčbě psoriázy a jsou vhodné jak k monoterapii, tak v kombinovaných léčebných režimech. Na trhu jsou v České republice k dispozici preparáty Daivobet mast a Xamiol gel, určený k léčbě psoriázy křtice.

Kontaktní alergie na kortikosteroidní externa

MUDr. I. Karlová
Klinika chorob kožních a pohlavních
LF UP a FNOL

Kortikoidní externa jsou nedílnou součástí zevní terapie v dermatologii.

První alergická reakce na hydrocortison byla popsána v r. 1959.

Klinicky se přecitlivělost na kortikoidy projevuje jako kontaktní alergická dermatitida nereagující nebo zhoršující se při zevní terapii externy s obsahem kortikoidů. Z hlediska alergického se kortikoidy rozdělují do 4 tříd. Mezi sloučeninami zařazenými do jedné třídy bývá zjišťována přecitlivělost 6–7× častěji než mezi sloučeninami různých tříd.

K průkazu přecitlivělosti na kortikoidní externa se používají epikutánní testy.

V evropské základní sadě epikutánních testů se vyskytují 2 vyhledávací markery. Tixokortolpivalát 1 % ve vazelině je vyhledávací marker při senzibilizaci na kortikoidy třídy A, budesonid

0,1 % ve vazelině je vyhledávací marker při alergii na kortikoidy třídy B a D.

Při prokázané přecitlivělosti je vhodné přerušit léčbu kortikoidními externy. Pokud léčbu nelze přerušit, je nezbytné volit preparát z jiné alergologické třídy.

Raynaudův fenomén

MUDr. J. Šternberský
Klinika chorob kožních a pohlavních
LF UP a FNOL

Raynaudův fenomén je stav charakterizovaný epizodickými reverzibilními spazmy malých cév na prstech končetin, vyprovokovaný chladem nebo stresem. Projevuje se záchvatovitou bledostí konečků prstů, s bolestí a následnou reaktivní hyperemií. Kromě toho, že projevy Raynaudova fenoménu (RF) pacienty limitují v každodenní činnosti, mohou také předcházet vzniku daleko závažnějšího onemocnění, jakým je např. skupina nemocí pojiva v rámci tzv. sekundárního RF. RF se díky své dobře viditelné symptomatologii a anamnéze diagnostikuje často, ale většinou se při určení diagnózy spoléháme pouze na anamnestická data, která nemusí být vždy validní a RF může být tedy zaměněn za jiné poruchy akrálního prokrvení. Proto je nutné při podezření na toto onemocnění pacienty důkladně vyšetřit.

Základem pro správnou diagnostiku RF je vyšetření termovizní kamerou a kapilaroskopem. Kombinace těchto dvou vyšetřovacích metod je unikátní v celé ČR právě na naší klinice, kde se diagnostice RF věnujeme již po desítky let. Výhodou je také možnost dalšího dovyšetření s navazující terapií RF díky naší dobré spolupráci s klinikami pracovního lékařství, cévní chirurgie, revmatologie a KAR FN Olomouc.

Program prevence kožních malignit u pacientů po transplantaci ledvin

MUDr. R. Kopová
Klinika chorob kožních a pohlavních
a pohlavních FNOL

Pacienti po transplantaci solidního orgánu nebo kmenových buněk krvetvorby mají větší pravděpodobnost vzniku kožních prekanceróz a nádorů než běžná populace. Příčinou je

nutnost celoživotní imunosupresivní terapie. Prevence vzniku kožních nádorů patří k hlavním cílům v posttransplantační medicíně, proto každý pacient, který transplantaci prodělal, by měl být pravidelně vyšetřen kožním lékařem. Na naší klinice vyšetřujeme v pravidelných intervalech pacienty po transplantaci ledviny s cílem časně detekovat kožní prekancerózy a nádory. V případě zjištění patologických nádorových změn je cílem změna strategie imunosupresivní léčby ve spolupráci s nefrologem. Kromě běžně užívaných imunosupresiv, jako jsou inhibitory kalcineurinu nebo mykofenolát mofetil, jsou k dispozici preparáty s prokázanou protinádorovou aktivitou, které jsou indikovány právě u této skupiny nemocných.

Erythema exsudativum multiforme

MUDr. A. Krnáčová
Klinika chorob kožních a pohlavních FNOL

Erythema multiforme (EM) je relativně častá akutní dermatóza multifaktoriální etiologie s charakteristickými symetrickými terčovitými projevy se sklonem k recidivám. Odlišují se dvě formy onemocnění: minor a major. Projevy vznikají nejčastěji v souvislosti s infekcí herpes simplex, která předchází výsevu o 1–2 týdny a je přítomna až u 80 % nemocných s recidivujícím exantémem. Méně častými provokujícími faktory je infekce mykoplazmová nebo streptokoková. Zatímco infekce jsou nejčastější příčinou minor forem, léky (např. sulfonamidy, antiepileptika, nesteroidní antirevmatika) způsobují major formy a těžké bulózní formy.

Kazuistické sdělení popisuje případ 22leté ženy, která byla přijata k dovyšetření pro výsev vezikul dishydrotického charakteru ve dlaních, na těle s terčovitými ložisky a na sliznici dutiny ústní s přítomností drobných zkalených vezikul na zarudlé spodině. Stav byl na základě anamnézy, klinického obrazu a průběhu hodnocen jako multiformní erytém v.s. parainfekční etiologie, méně pravd. polékové (cefuroxim). K verifikaci diagnózy byla provedena kožní biopsie, jejíž výsledek podpořil klin. dg. erythema multiforme. Průběh hospitalizace byl bez komplikací, při zevní terapii a celkové terapii acyklovirem (Zovirax tbl 800 mg 5 × 1) došlo k pozvolné regresi kožního nálezu.