10. OLOMOUCKÁ DERMATOLOGICKÁ KONFERENCE, 23. BŘEZNA 2007

Dermatolog. praxi 2007; 2: 90–92

IMIQUIMOD – novinka v topické imunomodulaci

MUDr. M. Koudelková
Astellas Pharma s.r.o.

Zcela novou a revoluční metodou v dermatologii představuje léčba imiquimodem. Imiquimod je derivátem imidazochinolinu a je řazen do nové skupiny modifikátorů imunitní reakce. Vykazuje významné antivirové a antitumorózní účinky. Tyto účinky imiquimodu nejsou přímé, ale jsou dány stimulací imunitního systému kůže. Mechanizmus účinku imiquimodu: imiquimod se váže na toll like receptory (TLR), a to na sedmý podtyp tohoto receptoru (TLR-7) na imunitních buňkách kůže. Po vazbě imiquimodu na TLR-7 dochází k aktivaci tohoto receptoru s následnou indukcí transkripčního faktoru NF-κB a následnou produkcí prozánětlivých cytokinů (IFNα, IFNγ, TNFα, IL-1, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12), které jsou zodpovědny za komplexní antivirový a antitumorózní účinek.

Imiquimod je dostupný v 5% krému (Aldara™) a je určen pro topickou léčbu:

- Zevních genitálních a perianálních vegetací – condylomata acuminata u dospělých.
- Malých povrchových bazocelulárních karcinomů u dospělých.
- Klinicky typických, nehyperkeratotických, nehypertrofických aktinických keratóz v oblasti obličeje nebo kštice.

Frekvence nanášení a trvání léčby Aldara krémem se liší podle indikace.

SAPHO syndrom

MUDr. M. Bienová, Ph.D.[1], prim. MUDr. R. Kučerová, Ph.D.[1], MUDr. M. Žurek[2]
[1]Klinika chorob kožních a pohlavních FN a LF UP Olomouc, [2]III. interní klinika FN a LF UP Olomouc

SAPHO syndrom poprvé popsal Chamot a kol. v r. 1987. Akronym SAPHO zahrnuje: Synovitis, Acne, Pustulosis, Hyperostosis, Osteitis. Onemocnění začíná nejčastěji v dětském věku nebo v období dospívání.

Autoři popisují případ 16letého pacienta, u kterého se ve 14 letech věku objevila závažná forma abscedující akné v obličeji, na krku a na zádech, s následným jizvením. Spádově byl systémově léčen erytromycinem bez většího efektu. V 16 letech byl chlapec vyšetřován na Dětské klinice FNO pro difúzní svalové a kloubní bolesti a omezení hybnosti páteře a dolních končetin, kterým předcházela několikadenní zvýšená teplota. Laboratorní vyšetření prokázalo známky zánětu (FW 105/hod., CRP 38 mg/l). MR byla diagnostikována osteitida levého kyčelního kloubu a obratlů Th_{10} – Th_{12}. Po stanovení diagnózy SAPHO syndromu byl pacient předán k další léčbě na Kliniku chorob kožních a pohlavních FNO. Byla zavedena celková terapie isotretinoinem v úvodní dávce 20 mg/den v kombinaci s Prednisonem v dávce 30 mg/den. Současně pacient užíval nesteroidní antiflogistika (NSA), indikovaná revmatologem pro bolesti kloubů a svalů, pravidelně absolvoval rehabilitační cvičení. Prednison byl v průběhu 5 týdnů postupně vysazen, po 4 měsících byla ukončena léčba NSA, léčba isotretinoinem pokračovala. Po 2 měsících léčby došlo k výrazné regresi akné a po 4 měsících i k odeznění kloubních potíží. V průběhu léčby byl zaznamenán pokles laboratorních známek zánětu. V současné době pacient dokončuje léčbu isotretinoinem v udržovací dávce 10 mg/den. Dosažení celkové kumulativní dávky 120 mg/kg tělesné hmotnosti by mělo zabránit případnému relapsu onemocnění.

SAPHO syndrom vyžaduje mezioborovou spolupráci dermatologa, revmatologa, pediatra a fyzioterapeuta.

Erythema nodosum a colitis ulcerosa, erythema nodosum při nepoznané TBC vnitřních orgánů

MUDr. J. Černá, prim. MUDr. L. Drlík, MUDr. V. Poštulková-Tylšarová
Kožní oddělení – Šumperská nemocnice

Autoři uvádějí dvě kazuistiky. V první popisují případ 41leté pacientky, u níž se počátek potíží objevil po návratu z dovolené z Černé Hory. Dominovala slabost, malátnost, bolesti břicha, průjmy, navíc vznik erythema nodosum crurum. V laboratorních vyšetřeních zjištěna sideropenická anemie, leukocytóza, elevace CRP, pozitivita stolice na OK, při kolonoskopickém vyšetření nález ulcerózní kolitidy. Po nasazení Salofalku, Medazolu, Prednisonu došlo k regresi kožních projevů a zklidnění gastrointestinálních potíží.

Ve druhém případě šlo o 77letého pacienta, který v r. 1946 prodělal TBC plic, v únoru 2006 byl přijat na kožní odd. Šumperské nemocnice s projevy erythema nodosum crurum, otokem pravého lýtka, lymfadenopatií na levé straně krku. Den před přijetím bylo provedeno plicní vyšetření, kde závěr: stp. TBC plic, CHOPN II. stupně, stp. TEN – s následnou bronchopneumonií. V průběhu hospitalizace vyloučena event. malignita, dále byl předán do péče ORL ambulance. CT vyšetření krku prokázalo zvětšené uzliny, některé se známkami kolikvace, exstirpace z uzliny byla provedena až v dubnu, neboť pacient byl v mezidobí opakovaně hospitalizován na urologickém odd. s hematurií. Histologie – granulomatózně nekrotizující lymfadenitida, kultivačně zjištěna pozitivita na BK. Pacient byl odeslán do léčebny v Jevíčku.

Karcinogenita yperitu

prim. MUDr. J. Šternberský, CSc.
Dermatovenerologické oddělení Krajské nemocnice T. Bati a.s., Zlín

Yperit-dichlordiethylsulfid (zpuchýřující bojová látka) byla v 60. až 80. letech používána v koncentraci 0,05% ve vazelíně k lokální léčbě psoriázy, jak v magistraliter přípravcích, tak v originální masti Psoriasin ung (SSSR). Informace o významné kancerogenitě se objevily až začátkem 80. let, přesto se používal až do r. 1990, kdy byl jeho dovoz zrušen.

Na souboru 7 pacientů (5 mužů a 2 žen) s psoriázou, léčených v minulosti yperitovými externy a se zjištěnými následnými kožními spinaliomy, byla demonstrována latence kožní kancerogenity yperitu s odstupem 6–30 let od zahájení léčby. Nejkratší latence vzniku spinaliomu byla 6 let od zahájení aplikace yperitu a to v inverzní lokalizaci u 2 pacientů. Delší latence 15 až 30 let byla především u mnohočetných spinaliomů a bazaliomů na kůži hrudníku a končetin u ostatních pacientů, u nichž dosahovala četnost pozitivních histologických nálezů (spinaliomů, bazaliomů, M. Bowen) 20 až 25 nálezů u jednotlivce.

U 1 ženy a 1 muže došlo k úmrtí na základní onemocnění – spinaliom s metastázami.

Byla diskutována synergie kancerogenity s jinými potencionálními kancerogeny, používanými v léčbě psoriázy (UV záření, arsen, dehet a imunosupresiva).

V prevenci pozdních komplikací léčby yperitem s možnou infaustní prognózou byla zdůrazněna nutnost dispenzarizace pacientů takto dříve léčených, včetně cílené inspekce inverzních lokalit s včasnými excizemi suspektních lézí. U této skupiny pacientů lze předpokládat i vyšší riziko pro event. volbu další léčby psoriázy biologiky.

Kombinovaná léčba onychomykóz

MUDr. R. Litvik, prim. MUDr. Y. Vantuchová
Kožní oddělení – FN Ostrava

20–25 % pacientů s onychomykózou špatně nebo vůbec nereagují na systémovou terapii antimykotiky (Scher, 2003). Analýzou non-respondence na systémová antimykotika byla určena skupina pacientů, kteří vykazují jeden nebo více faktorů, které se podílejí na non-respondenci k systémovému antimykotiku: (I.)

subunguální hyperkeratóza nad 2 mm, (II.) více než 50 % postižené nehtové ploténky, (III.) laterální typ onychomykózy, (IV.) postižení matrix, (V.) přítomnost yellow spike či dermatofytomu (Roberts, 1998), (VI.) onycholýza. Skupina non-respondérů na systémová antimykotika by měla být účinně léčena kombinovanou terapií, která se dle prof. Barana (Cannes, France) nazývá primary triple therapy a zahrnuje použití: (I.) systémového antimykotika, (II.) topického antimykotika ve formě laku a (III.) abraze nehtové ploténky. Kombinovanou terapií systémového a lokálního antimykotika rozšiřujeme antifungální spektrum antifungálních látek, působíme vícestupňovou blokádu biosyntézy fungálního ergosterolu, zvyšujeme fungicidní aktivitu při snížené koncentraci antimykotické substance, snižujeme dobu podávání systémového antimykotika a tím redukujeme výskyt možných nežádoucích účinků, zvyšujeme tak bezpečnost a toleranci léčby a redukujeme procento relapsů a tím zvyšujeme procento kompletního vyléčení. Kombinovaná terapie onychomykóz vychází ze strategie dual drug penetration (Hey, 2001): kdy se topické antimykotikum v laku dostává do nehtové ploténky z povrchu nehtu a systémové antimykotikum se dostává do nehtové ploténky z nehtového lůžka, abraze nehtové ploténky pak redukuje fungální nálož v nehtové ploténce a zlepšuje penetraci lokálního antimykotika do nehtové ploténky. V přehledném sdělení chceme posluchače seznámit s kombinovanou terapií onychomykóz ve dvou základních režimech: (I.) amorolfin 5 % a 250 mg/die terbinafinu a (II.) amorolfin 5 % a 200 mg/die itrakonazolu.

Kontaktní přecitlivělost na externa u pacientů s bércovými vředy

doc. MUDr. M. Viktorinová, CSc.,
MUDr. J. Dobešová, MUDr. L. Zbrožková
Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Zevní léčba bércových vředů spočívá ve vyčištění jejich spodiny a v následné aplikaci zevních léků na podporu tvorby granulační tkáně a epitelizace, současně je nutné ošetřovat jejich okolí. Dlouhodobá aplikace extern různého složení bývá poměrně častou příčinou senzibilizace na účinné látky nebo jejich vehikula a vzniku kontaktní alergické dermatitidy.

Cílem práce bylo zjistit incidenci kontaktní přecitlivělosti u pacientů s bércovými vředy, kteří byli hospitalizováni na kožní klinice v průběhu 5 let. Ze zdravotnické dokumentace byly vypsány výsledky epikutánních rutinních testů (23 látek) a „testů s dalšími externy používanými u pacientů s bércovými vředy".

V období od 1. 1. 2001 do 31. 12. 2005 bylo hospitalizováno 166 pacientů s bércovými vředy, u kterých byly provedeny epikutánní testy. Soubor pacientů tvořilo 107 žen a 59 mužů, průměrný věk byl 66,6 (27–89) let. Alespoň na jednu látku bylo senzibilizováno 85 pacientů (51,2 %). Podle frekvence senzibilizace byly nejvýznamnější peruánský balzám (31,3 %), lanolin (16,3 %), parfémy (15,7 %) a směs parabenů (7,8 %), v menším procentu pix, chamomilla, kalafuna, clioquinol, sulfathiazol, nikl, chloramfenikol a neomycin.

V souboru pacientů s bércovými vředy byla prokázána častá kontaktní přecitlivělost na léčiva, vehikula i pomocné látky dermatologických extern, které se používají k léčbě bércových vředů a jejich okolí. Znalost kontaktní přecitlivělosti je důležitá pro volbu vhodného externa, protože zabrání vzniku kontaktní alergické dermatitidy a prodloužení doby léčby.

Multiformní erytém – polyetiologické onemocnění

MUDr. M. Tichý, Ph.D., MUDr. I. Karlová
Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Erythema multiforme (EM) je polyetiologické onemocnění, charakteristické několika klinickými formami. Nejčastěji je rozlišováno 5 různých variant onemocnění. Jedná se o klasickou minor formu (Hebra), major formu, dále Stevens-Johnsonův syndrom (SJS), Stevens-Johnsonův syndrom/toxickou epidermální nekrolýzu (SJS/TEN) a konečně o nejzávažnější variantu – toxickou epidermální nekrolýzu (TEN).

Klinické příznaky těžkých forem EM se často překrývají. Klasifikace na jednotlivé subtypy (SJS, SJS/TEN, TEN) je založena zejména na rozsahu postižení kůže puchýřnatými lézemi a na rozsahu slizničního postižení.

Infekční etiologie je zpravidla prokazována u lehčích forem EM typu minor a major formy, u dětí však velmi často i u těžkých forem EM. Nejčastěji se na jejich vzniku podílí infekce herpes simplex a mycoplasma pneumoniae, vzácnější je koincidence s dalšími infekcemi. U těžkých forem EM u dospělých je nutno myslet především na lékovou etiologii. Teoreticky může být příčinou EM kterýkoliv preparát. Mezi nejrizikovější patří z krátkodobě podávaných medikamentů trimethoprim-sulfamethoxazol, sulfonamidy, aminopeniciliny a chinolony, z dlouhodobě podávaných léků zejména antiepileptika carbamazepin, phenytoin a phenobarbital. Přesný mechanizmus patogeneze těchto reakcí není znám, ale obecně se předpokládá II. cytotoxický typ přecitlivělosti.

Význam vyšetření markeru S100 u maligního melanomu

MUDr. P. Beneš[1], M. Kapustová[2], doc. MUDr. D. Ditrichová, CSc.[3], MUDr. M. Tichý, Ph.D.[3], MUDr. J. Hirňák[4]
[1]Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc, [2]Oddělení klinické biochemie LF UP a FN Olomouc, [3]Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc, [4]Oddělení plastické a estetické chirurgie LF UP a FN Olomouc

Nízkomolekulární protein dimerického charakteru S100 je exprimován v lidském těle především astrogliálními buňkami, ale také melanomy. Výhodný biologický poločas 30–90 minut je využíván při sledování poškození mozku. Patří do skupiny proteinů vážících vápník. V současné době je známo již 21 příslušníků rodiny S100.

Marker S100 je využíván při sledování průběhu onemocnění maligním melanomem. Bylo zjištěno, že exprese tohoto markeru je přímo úměrná stupni malignity. Obecně tedy platí, že pokles hodnoty S100B v séru ukazuje na remisi onemocnění a vzestup naopak progresi. Je popsáno, že stanovení S100 je využitelné v některých případech také k diferenciální diagnostice vyšetřovaných metastáz. Vzhledem k poměrně krátké době od určení diagnózy do výskytu metastáz může být stanovení S100 významným vodítkem léčby. Pro screening a diagnostiku se neužívá. Senzitivita při metastatickém onemocnění je vysoká – až 80 %. Hodnoty před primární terapií mají vysokou prognostickou výtěžnost. Pozitivní hodnoty lze nalézt i u mozkových maligních nádorů ektodermálního původu.

Vyšetření se stanovuje sendvičovou metodou firmy ROCHE na analyzátoru ELECSYS. Soubor sledovaných pacientů je kolem 500 a stanoveno 1800 vyšetření.

Souhrn: Sérový diagnostický marker S100 může být použit při sledování a rozhodování o léčbě pacientů s maligním melanomem (stanovení proteinu S100 není vhodné pro diagnostiku).

Monitorování úspěšnosti léčby: Detekuje opětovný výskyt onemocnění ve stadiích II–IV. Zvýšení hladin může upozornit na recidivu onemocnění dříve než zobrazovací metody. Snížení hladin odráží příznivý dopad léčby.

Včasná diagnostika metastáz: Na metastázy nás může marker S100 upozornit dříve, než se začnou klinicky manifestovat.

U pacientů s maligním melanomem, zvláště pak ve stadiu II, III a IV indikuje sérová hladina S100 progresi onemocnění. Stanovení proteinu S100 není vhodné pro primární diagnostiku maligního melanomu.

Ušlechtilé kovy a orální kontaktní alergie

MUDr. J. Dobešová, doc. MUDr. D. Ditrichová, CSc.
Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Základem pro většinu dnes vyráběných tzv. fixních neboli pevných zubních náhrad jsou kovové slitiny. Lepí se napevno na zbytky původního chrupu jako „korunky" nebo „můstky". Kovové konstrukce umělých korunek a můstků jsou buď zcela překryty materiálem, který imituje vlastnosti přirozeného zu-

bu nebo jsou tímto materiálem kryty jen na viditelné ploše. V některých případech se však zejména z prostorových důvodů zhotovují korunky pouze z kovu. Z estetických důvodů se celokovové náhrady aplikují jen v zadních částech chrupu.

Dnes se k výrobě kovových konstrukcí používají převážně slitiny z ušlechtilých kovů, které v agresivním prostředí dutiny ústní splňují přísné požadavky dentální medicíny – zdravotní nezávadnost, biokompatibilitu, odolnost proti korozi, chemickou inertnost a nízkou hmotnost. Mezi ušlechtilé kovy řadíme platinovou skupinu kovů (platina, paladium, iridium event. rubidium, rhodium) a zlato. Z hlediska stomatologie se mezi ušlechtilé kovy nepočítá stříbro, které v dutině ústní koroduje, ale bývá součástí ušlechtilých slitin stejně jako měď, zinek a indium. Všechny tyto kovy mohou být zdrojem kontaktní alergie v dutině ústní, která se může projevovat dyskomfortem dutiny ústní nebo objektivními změnami na sliznici dutiny ústní. K potvrzení příčinné souvislosti těchto projevů s ušlechtilými kovy v dutině ústní slouží epikutánní testy a následně dobrá klinická odezva na odstranění identifikovaného alergenu.

Nejčastějším alergenem z ušlechtilých kovů je zlato a paladium. Pozitivní epikutánní test na zlato je poměrně častý, aniž by byl relevantní klinickému obrazu. Proto jeho hodnocení ve vztahu ke klinickým potížím musí být prováděno velmi citlivě a v širších souvislostech ve spolupráci se stomatology.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NR/8379-3

Exacerbace kontaktní alergické dermatitidy po celkovém požití alergenu

MUDr. I. Karlová, doc. MUDr. M. Viktorinová, CSc., MUDr. M. Bienová, Ph.D.
Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Kontaktní alergická dermatitida (KAD) je vyvolaná opakovanou expozicí kůže přecitlivělého jedince kontaktnímu alergenu. Po celkovém požití alergenu může dojít u již senzibilizované osoby k reaktivaci KAD, tzv. hematogenní alergické kontaktní dermatitidě.

Nejčastějším typem reakce je lokální exacerbace v místě primární KAD nebo dyshidrotický ekzém rukou. Může se projevit i jako generalizovaný makulopapulózní exantém či multiformní erytém.

Nejčastější příčinou jsou zejména sulfonamidy, perorální antidiabetika chemicky blízká sulfonamidům a některá sulfonamidová diuretika. Tyto látky mohou vyvolat hematogenní alergickou kontaktní dermatitidu u osob senzibilizovaných deriváty kyseliny paraaminobenzoové (parafenylendiamin, sluneční filtry odvozené od kyseliny paraaminobenzoové a jejích esterů, parabeny, některá lokální anestetika).

U osob přecitlivělých na kovy, zejména na nikl, může dojít k rozvoji dyshidrotického ekzému rukou po požití potravin s obsahem tohoto kovu. U pacientů alergických na peruánský balzám či vonné substance může obsah aromatických látek v potravinách vyvolat exacerbaci KAD.

Je uveden případ ženy primárně senzibilizované na vonné substance. Po požití aromatizovaného čaje s obsahem skořicového aldehydu došlo k velmi výrazné exacerbaci KAD na obličeji. V druhém případě vyvolalo pití Coca-Coly opakovaně exacerbaci KAD na rukou chlapce primárně přecitlivělého na peruánský balzám.

Erythema annulare centrifugum

MUDr. J. Urbánek
Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Erythema annulare centrifugum (EAC) zahrnuje skupinu erytémů s typickým klinickým obrazem anulárních a gyrátních ložisek s centrifugálním šířením, u kterých nejsou přítomny klinické rysy typické u erythema chronicum migrans, erythema gyratum repens a erythema marginatum rheumaticum. Projevy u EAC jsou považovány za reakci kůže na různé podněty (malignity, infekce, infestace parazity, autoimunitní onemocnění, léky apod.), v mnoha případech však etiologie zůstává neobjasněna. Podle klinického a mikroskopického obrazu se rozlišuje povrchová a hluboká forma EAC.

Případ pozvolna progredující hluboké formy EAC je demonstrován u 50leté ženy, která trpí subjektivně asymptomatickými projevy onemocnění přibližně 2 roky.

Karcinom Merkelových buněk

prim. MUDr. Y. Vantuchová[1], MUDr. I. Vejrová[1], MUDr. R. Čuřík[2]
[1]Kožní oddělení FN Ostrava
[2]Oddělení patologie FN Ostrava

Karcinom Merkelových buněk (MCC, Merkel Cell Carcinoma,) je neuroendokrinní nádor s agresivním biologickým chováním. Incidence MCC je 0,44 případů na 100 000 obyvatel, pětileté přežití pacientů nepřesahuje 65 %.

Primární nádor se nejčastěji vyskytuje u pacientů starších 60 let, více u mužů, je lokalizován převážně na končetinách, hlavě a krku. Rizikovými faktory jsou věk, solární expozice a imunosupresivní stavy po orgánových transplantacích a při léčbě AIDS.

V diferenciální diagnostice je nutno odlišit lymfomy, amelanotický melanom a kožní metastázy malobuněčného karcinomu plic.

Stadium I je charakterizováno lokalizovanými projevy onemocnění, stadium II je klasifikováno při postižení regionálních lymfatických uzlin, u stadia III jsou přítomny metastatické projevy. V histopatologickém nálezu je při imunohistochemickém vyšetření specifickým markerem Merkelových buněk pozitivita cytokeratinu 20.

Primární léčbou je radikální excize nádoru s exstirpací a ultramikrostagingovým zpracováním sentinelové uzliny. Při její pozitivitě je pak indikována regionální lymfadenektomie a adjuvantní lokoregionální radioterapie.

Riziko relapsu nádoru je třikrát vyšší u pacientů s prokázaným lymfogenním šířením. MCC je nádor radiosenzitivní, chemoterapie je indikována při rekurenci nemoci jako léčba paliativní.

Prezentujeme kazuistiky dvou pacientů s karcinomem Merkelových buněk. Oba pacienti se léčili s hematologickým onkologickým onemocněním s imunosupresivní léčbou. U obou pacientů došlo po primární excizi k časné recidivě. První pacient zemřel 5 měsíců po stanovení diagnózy na generalizaci onemocnění, druhá pacientka podstoupila během 4 měsíců opakované chirurgické exstirpace lokální a regionální recidivy. Plánovaná adjuvantní radioterapie byla odložena z důvodu podezření na metastatické postižení mozku.

Atypický obraz kožního lymfomu

MUDr. Z. Poláčková, MUDr. M. Tichý, Ph.D.
Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Mycosis fungoides (MF) je periferní T-buněčný lymfom s nízkým stupněm malignity a primárně kožní manifestací. Onemocnění je chronické, s pomalou progresí v několika stadiích (premykotické, infiltrativní a tumorózní), po letech se manifestuje v mízních uzlinách a někdy i ve vnitřních orgánech. Diagnózu stanovíme na základě klinického a především histopatologického obrazu. Terapeuticky se v prvním stadiu využívá především UV záření, postupně pak PUVA, radioterapie a celková léčba cytostatiky. Autoři prezentují méně typický obraz MF. Pacientka (83 let), od konce léta 2005 ložisko nad horním rtem vlevo, subjektivně asymptomatické, při vyšetření v únoru 2006 klinicky rosaceiformní, ordinován zevně entizol-leniens. V květnu spálení sluncem. V září progrese ložiska na levou tvář a kontaktní dermatitida po měsíčkové masti. Další progrese v říjnu, kdy teprve svolila s provedením probatorní excize, uzavřeno jako folikulotropní forma MF. V listopadu základní laboratorní vyšetření s negativním nálezem a zahájena fototerapie UVA od 1 min, maximální dávka ale jen 4 min, v ní se pokračuje. Na noc aplikován Locoid krém. Stav je stabilizován, nové projevy se netvoří, výbled ložiska i zmírnění infiltrátu. Intenzivnější terapie není možná, pacientka nespolupracuje.

doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.
doc. MUDr. Marie Viktorinová, CSc.
Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
e-mail: dagmar.ditrichova@fnol.cz,
marie.viktorinova@fnol.cz