

XI. OLOMOUCKÁ DERMATOLOGICKÁ KONFERENCE, 14. BŘEZNA 2008

Dermatol. praxi 2008; 2(2): 104–106

NARŮSTAJÍCÍ POČET KOMPLIKOVANÝCH PŘÍPADŮ KAPAVKY – KAZUISTIKY

MUDr. R. Strnadel

II. dermatovenerologická klinika FN Brno

Na narůstajícím počtu komplikovaných případů kapavky se podílí jednak to, že se na tuto diagnostiku v řadě medicínských oborů příliš nemyslí, a také skutečnost, že řada zdravotníků nemá úplné povědomí o správné diagnostice tohoto onemocnění. Dalším faktorem je zvýšený počet na ATB polyrezistentních kmenů kapavky.

Díky tomu, že onemocnění není někdy včas rozpoznáno, může uplynout delší doba od vzniklých prvních příznaků u pacienta do stanovení diagnózy a mohou nastat nejen komplikace, ale pacienti jsou zbytečně vyšetřováni nákladnými zobrazovacími metodami, což je neekonomické a co horší, jsou vystavováni mnohdy i invazivním vyšetřením a intervenčním postupům, které jsou pro pacienta zatěžující a nesou další zbytečná rizika.

Některé příklady výše uvedených faktů jsou vidět v kazuistikách čtyř pacientů:

1. Pacient s gonorrhoickou uretritidou, prostatitidou a proctitidou, který prošel pěti lékařskými specializacemi, než byla stanovena diagnóza.
2. Pacientka s kapavčitou endometritidou polyrezistentní k ATB.
3. Pacientka s polyrezistentní gonorrhoeou lokalizovanou genitálně i extragenitálně.
4. Pacientka hospitalizovaná k vyloučení chirurgické příčiny bolesti břicha.

VYUŽITÍ DERMATOSKOPIE U ZÁNĚTLIVÝCH DERMATÓZ

MUDr. L. Drlík¹, doc. MUDr. L. Pock, CSc.²,MUDr. T. Fikrle, Ph.D.³¹Kožní oddělení Šumperské nemocnice²Dermatovenerologická klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce, Praha³Dermatovenerologická klinika v Plzni

Dermatoskopie představuje základní diagnostickou metodu v diferenciální diagnostice pigmentových kožních lézí a má zásadní význam včasné diagnostice maligního melanomu. Dokáže lépe nežli běžné klinické vyšetření odlišit maligní léze od benigních a má význam v monitorování méně suspektních kožních lézí,

kde není při prvním vyšetření jednoznačná indikace k chirurgickému řešení. Existuje velmi rozsáhlá literatura týkající se tohoto hlavního zaměření dermatoskopie, nicméně v posledních několika letech se nachází také další uplatnění pro dermatoskopická vyšetření.

Autoři referují o svých praktických zkušenostech i o poznatcích z literatury při vyšetřování zejména zánětlivých dermatóz. Popisují základní morfologické znaky, které byly v literatuře u těchto nemocí popsány, a jejich význam pro diagnostické závěry. Jedná se zejména o psoriázu, lichen planus, granulomatózní onemocnění, dále také scabies, systémová onemocnění pojiva a další chorobné stavy. V mnoha případech může být dermatoskopické vyšetření rozhodující v určení diagnózy, v dalších přináší podstatné rozšíření dermatoskopické ikonografie. V oblasti systémových onemocnění pojiva použití dermatoskopie neohrožuje konkurovat kapilarskopii prováděné specializovanou technikou, nicméně orientační vyšetření suspektních pacientů touto jednoduchou a rozšířenou metodou je jistě cenné.

SYNDROM UREMICKÉ GANGRÉNY

MUDr. J. Šternberský, CSc.

Kožní oddělení Krajské nemocnice

T. Bati a. s., Zlín

Tento závažný syndrom (končící v 60–80 % letálně) je tvořen výskytem četných bolestivých kožních nekrotů u nemocných s chronickou renální insuficiencí a kalcifikující arteriopatí. Onemocnění se objevuje především u dlouhodobě dialyzovaných, kdy se na kůži končetin či trupu objevují indurace či retikulární livedo s rychlým přechodem v bolestivé nekrózy. Příčinou je kalcifikace medie arteriál s tvorbou trombů a následným vývojem ischemické nekrózy kůže a podkoží s druhotnou superinfekcí a septickými komplikacemi. Patogeneze je komplexní, vyvolaná opakovanými dialýzami, které vedou k narušení kalciumfosfátového metabolismu a rozvoji sekundární hyperparatyreózy. Ta vede ke vzniku ektopických kalcifikací měkkých tkání a tepen. V novější literatuře je již obecněji pojmenováván jako syndrom kalcifylaxe. Dříve vzácný syndrom (poprvé popsán v r. 1898) je nyní při rostoucích počtech dialyzovaných popisován častěji. Diagnostické jsou (kromě přítomnosti kožních nekrotů) zvýšené hladiny parathormonu a rentgenologicky prokazatelné kalcifikace měkkých tkání a kalcifikace končetinových cév.

Terapie je málo úspěšná, je popisován efekt paratyreoidektomie. V ošetřování defektů je nezbytná antibiotická terapie, protože velmi častou komplikací je rozvoj sekundární letální sepse.

Popsán případ vlastního pozorování syndromu uremické gangrény u 65letého muže s chronickou intersticiální nefritidou na bázi dnavé nefropatie, který byl 5 let na dialyzační léčbě. Na dermatologii byl poprvé ošetřen v posledním roce pro vznik četných bolestivých indurací na obou DK, které se během měsíce vyvíjejí v hluboké nekrózy. Pro poměrně rychlý rozvoj a četnost projevů uvažováno o vaskulitidě a dif. dg. o syndromu uremické gangrény. Sérologie autoprotilátek byla negativní. Podezření na kalcifylaxi potvrzeno jak zvýšenou hladinou parathormonu (trojnásobek horní hranice normy), tak rentgenologicky mohutnými periartikulárními kalcifikacemi kolem obou kloubů kyčelních, kolem kloubu kolenního i ramenního, dále mnohočetnými kalcifikacemi ve stěnách cév všech končetin. Přes intenzivní léčbu antibiotiky i infuze alprostadilu nekrózy progredují s krutými bolestmi. V závěrečné fázi uvažováno i o amputaci, ale pro rizikovitost výkonu tato neprovedena a nemocný posléze umírá na srdeční selhání. K exitu došlo do 6 měsíců po vzniku nekrotů.

INFEKCE HHV 6, 7, 8

POHLEDEM INFEKTOLOGA

MUDr. P. Širůček

Klinika infekčního lékařství FN Ostrava

První přednáška pojednává v úvodu stručně o historii, synonymech, etymologii **6. dětské nemoci** (1., 2., 3., 5. nemoc). Dále bude zmíněn zdroj této infekce, způsob přenosu, sezónnost, vstupní brána resp. inkubační doba. Důraz ve sdělení je položen na klinický obraz, diagnostiku (klinickou i virologickou), diferenciální rozvahu (imitace nejrůznějších alergií), komplikace, léčbu a prognózu.

Druhá krátká přednáška uvádí kazuistiku 7leté dívky se **syndromem APEC** resp. pozorování obdobného onemocnění u dospělé ženy (fotodokumentováno).

INFEKCE HHV 6, 7, 8

POHLEDEM DERMATOLOGA

MUDr. R. Litvik, MUDr. Y. Vantuchová, Ph.D.

Kožní oddělení FN Ostrava

V přednášce chceme posluchače seznámit s exantémy, na kterých se etiopatogeneticky podílí lidské herpesviry typu 6, 7 a 8 (HHV-6, 7, 8).

Exanthema subitum (roseola infantum) je akutním, virovým onemocněním dětí s prodromálním horečkou trvající 3 dny, s jejím poklesem se objeví růžový, makulopapulózní exantém (pseudorubeola). Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1870 Meigsem a Pepperem jako roseola aestiva, roseola autumnalis. V roce 1988 Yamanishi identifikoval původce onemocnění HHV-6.

Asymetrický periflexurní exantém dětského věku (APEC syndrom) je charakterizován mikropapulózním exantém začínajícím asymetricky v axile či jiné flexuře a poté s centrifugálním šířením na ostatní partie trupu i kontralaterální flexuru (70 % případů). Primární morfu je malá, erytematózní papule s bělavým halo. Etiopatogeneticky se zvažuje role HHV-7.

Role HHV-7 je také zvažována u pityriasis rosea, běžného papuloskvamózního onemocnění, které bylo poprvé popsáno v roce 1860 Gibertem.

HHV-8 je kauzálním agens Kaposiho sarkomu. Vztah mezi Kaposiho sarkomem a HHV-8 byl objasněn v roce 1994 Changem. V klinickém obraze Kaposiho sarkomu rozlišujeme 4 základní podtypy: I. klasickou, II. endemickou, III. epidemickou a IV. iatrogeně navozenou formu Kaposiho sarkomu.

UPLATNĚNÍ A VYUŽITÍ PROPIONIBAKTERIÍ A STAFYLOKOKŮ U ACNE VULGARIS

MUDr. Y. Lovečková, Ph.D.¹,
doc. MUDr. M. Viktorinová, CSc.²,
Mgr. P. Sauer, Ph.D.¹,
doc. MUDr. D. Koukalová, CSc.¹

¹ Ústav mikrobiologie LF UP a FN Olomouc

² Klinika chorob kožních a pohlavních
LF UP a FN Olomouc

Soubor 51 pacientů s vážnějšími formami acne vulgaris byl podroben opakovanému klinickému i laboratornímu vyšetření ve stanovených intervalech. Podle typu aplikované celkové terapie byli pacienti rozděleni do dvou skupin, jedna byla léčena systémovými tetracyklinovými antibiotiky, druhá perorální celobuněčnou vakcínou.

Ve výsledcích kulturačních vyšetření hnisu z aknézních eflorescencí (n = 125) nebyl zaznamenán významný rozdíl mezi oběma skupinami léčených. Nejčastěji byly vykultivovány koaguláza-negativní stafylokoky (KNS, 91 %) a propionibakterie (78 %). Z nich pak byly většinou zachyceny druhy *Staphylococcus epidermidis* (80 %) a *Propionibacterium acnes* (92 %). Nejfrekventnější se však jednalo o současný záchyt propionibakterií a stafylokoků z jednoho vzorku.

U všech izolátů byla provedena druhová identifikace a stanovení antibiogramu. Rezistence k antibiotikům se vyskytla především u KNS, konkrétně k erytromycinu, klindamycinu, penicilinu a tetracyk-

linu. *Staphylococcus aureus* byl izolován pouze ve 13 případech, přitom nebyla zaznamenána rezistence k oxacilinu ani jiné odchylky od běžného antibiogramu. Z propionibakterií byla většina rezistentních k metronidazolu. Během antibioterapie byl zjištěn statisticky významný nárůst rezistence KNS k tetracyklinu (o 40 %, p = 0,025) a klindamycinu (o 46 %, p = 0,005).

Dále byly pulzní gelovou elektroforézou porovnány profily DNA *Staphylococcus epidermidis* se shodnou biochemickou aktivitou a antibiogramem (n = 29), získané od jednoho pacienta v časových odstupech. U těchto 12 případů byla zjištěna shoda v 50 %.

U izolovaných KNS byl proveden i záchyt faktorů virulence a následné porovnání s kmeny získanými od zdravých osob. Významný rozdíl byl zaznamenán v produkci lipázy, kdy izoláty od pacientů ji produkovaly v 91 %, zatímco od zdravých pouze v 35 %.

Průkaz vybraných faktorů virulence byl proveden také u kultur *Staphylococcus aureus* (PCR detekcí genů pro Pantonnův-Valentinův leukocidin (PVL), TSST-1 a enterotoxin A, fenotypově tvorba lipázy). Gen pro PVL byl zjištěn u 23 % (n = 3), lipázu produkovalo 92 %.

Analýzou sérologických výsledků nebyla zjištěna signifikantní dynamika titru protilátek při použití antigenů vakcinačních kmenů a jejich směsi v žádné skupině pacientů. Biochemická a imunologická vyšetření rovněž nevykazovala významné změny.

Velmi dobrý a dobrý terapeutický efekt byl zaznamenán u všech nemocných léčených vakcínou (100 %), ve skupině s antibiotiky pak v 88 %. Statistická analýza však neprokázala mezi použitými léčebnými metodami signifikantní rozdíl.

Rovněž statistický rozbor výsledků kožních testů nepotvrdil významnost rozdílů časných a pozdních reakcí mezi použitými antigeny, jednotlivými časovými intervaly kontrolních vyšetření ani mezi oběma skupinami pacientů.

Oba způsoby celkové léčby závažných forem akné shodně prokázaly porovnatelné a dobré výsledky. Vakcinoterapie však má nesporné výhody spočívající v možnosti dlouhodobého a bezpečného užívání, které zabrání opětovnému zhoršování onemocnění, častému po ukončení léčby antibiotiky. Navíc při aplikaci vakcíny nedochází k nárůstu rezistence, jako je tomu při systémové antibioterapii.

Podporováno výzkumným záměrem
MSM 6198959223.

KNUCKLE PADS (KAZUISTIKY)

MUDr. M. Bienová, Ph.D.,
MUDr. R. Kučerová, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních
FN a LF UP Olomouc

Knuckle pads (KP) jsou benigní, asymptomatické, ohraničené, tuhé papuly, noduly nebo plaky

barvy kůže, lokalizované na kůži na dorzální straně metakarpofalangeálních a interfalangeálních kloubů. KP jsou idiopatické, geneticky podmíněné, bez předchozího traumatu. Je popsána asociace s autozomálně dominantní palmoplantární keratodermií s/bez ichtyosis vulgaris. Pacienti s Dupuytrenovou kontrakturou jsou v populaci postiženi 4x častěji.

V typických případech pacienti nemají žádné symptomy, ale vzácně mohou pociťovat bolestivost nebo potíže s funkcí ruky včetně psaní. Většinu pacientů projevy vadí z důvodů kosmetických.

Pseudo-knuckle pads je označení pro sekundární KP, přičemž v anamnéze jsou často zjištěná opakovaná traumata ve vztahu ke sportu nebo k zaměstnání. Postiženi bývají boxeři, pracovníci drůbežáren nebo psychicky alterované osoby, které si projevy způsobují automanipulací.

Léčba není příliš účinná. Je doporučována intralezionální aplikace kortikosteroidů ke zmenšení projevů. Aplikace keratolytik pomáhá projevy změkčit a v některých případech i redukovat, z dalších léčebných možností jsou v literatuře uvedeny radioterapie a kryoterapie CO₂. U pseudo-knuckle pads mohou být léze zlepšeny eliminací mechanické traumatizace. Autorky popisují klinické případy knuckle pads i pseudo-knuckle pads.

PROFESIONÁLNÍ DERMATITIDA A ATOPICKÝ EKZÉM

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

Problematika atopického ekzému ve vztahu k profesionální dermatitidě (alergické kontaktní nebo iritační) se může posuzovat ve dvou rovinách. Zásadní je otázka zařazení pacienta s atopickým ekzémem do pracovního prostředí, zvážit všechny relativní i absolutní kontraindikace. Velmi často nevhodně zvolené pracovní prostředí vyvolá masivní exacerbaci dosud mírné formy atopického ekzému a zhorší trvale sociálně ekonomické postavení pacienta. Jindy na atopický ekzém, nevhodně zařazený do prostředí s látkami alergické nebo iritační povahy, nasedne profesionální kontaktní iritační nebo alergická dermatitida. V literatuře se uvádí, že až 60 % profesionálních ekzémů rukou je na atopickém podkladě.

V ambulanci pro posuzování kožních nemocí z povolání FN v Olomouci autorka retrospektivně vyhodnotila výskyt profesionálních kontaktních dermatitid rukou ve vztahu k atopické dermatitidě ve dvou 10letých obdobích v různých ekonomických podmínkách. V období let 1997–2007 bylo nahlášeno celkem 363 profesionálních kontaktních dermatitid, z nichž 16 % se diagnostikovalo u pacientů,

kteří měli buď anamnesticky, v rodině nebo aktuálně sami klinické projevy atopického ekzému. Nejčastěji to byla alergická dermatitida rukou po kontaktu se solemi chromu, niklu a antioxidanty gumy. Poměrně velkou skupinu tvořili pacienti s prokázanou alergií na epoxidy a chladící kapaliny. V období 1981–1990 bylo nahlášeno 410 profesionálních dermatitid a jen 5,1 % z nich bylo na atopické bázi. Nejčastěji byl identifikován jako alergen Thiuram a epoxidy.

Závěr: Atopická dermatitida je rizikovým terémem pro vznik kontaktní profesionální dermatitidy. Profesionální dermatitida často vede ke vzplanutí dosud relativně klidné atopické dermatitidy a k jejímu dlouhodobému přetrvávání, někdy vede až trvalému vyřazení z pracovní činnosti. Je tedy nutné tyto pacienty již od mládí edukovat, soustavně mít jejich léčbu pod kontrolou a citlivě zvažovat jejich pracovní zařazení.

KOŽNÍ PROJEVY U DIABETES MELLITUS

doc. MUDr. M. Viktorinová, CSc.

Klinika chorob kožních a pohlavních

FN a LF UP Olomouc

Kožní komplikace cukrovky jsou nespecifické, postihují během života 25–50 % diabetiků. Podle vztahu k metabolismu glycidů je lze rozdělit na dermatózy, které se objevují většinou při dekompenzaci diabetu a po úpravě glykemií odeznívají (pruritus, kožní infekce, karotenémie), a na dermatózy nespojující s aktuální kompenzací diabetu – kožní projevy diabetické mikroangiopatie, makroangiopatie a neuropatie. Navíc sem patří také kožní projevy související s léčbou cukrovky, např. lipodystrofie při léčbě inzulinem nebo různé kožní polékové reakce.

Přednáška je zaměřena na přehled klinického obrazu různých kožních projevů u pacientů s diabetem.

METODIKA EPIKUTÁNNÍHO TESTOVÁNÍ

MUDr. I. Karlová,

doc. MUDr. D. Ditrichová, CSc.

Klinika chorob kožních a pohlavních

LF UP a FN Olomouc

Epikutánní testy jsou základní vyšetřovací metodou v diagnostice kontaktní alergické dermatitidy.

Principem metody je aplikace alergenu ve správné koncentraci na klinicky zdravou kůži. Nejčastější alergeny jsou obsaženy ve standardní sadě. Složení alergenů této sady je aktuálně upravováno. V posledních letech byla Evropská standardní sada rozšířena o lokální kortikosteroidy budesonide, ti-xocortol-21-pivalat a o konzervační látku methyl-di-bromoglutaronitril. Od 1. 3. 2008 byly přidány další 2 alergeny – parfém Lyrall a směs vůní Fragrance mix II, současně došlo ke změně názvu na Evropskou základní sadu („European Baseline Series“).

Hodnocení epikutánních testů se provádí za 48, 72 a 96 hodin. Je nutno odlišit reakci alergickou a iritační, které se liší morfologií a dynamikou. Mezi speciální iritační reakce řadíme např. toxickou reakci na soli kovů nebo tzv. „mýdlový efekt“.

V praxi se můžeme setkat s výsledky falešně pozitivními a falešně negativními, jejichž nejčastější příčinou je nedodržení zásad pro provádění epikutánních testů. Jako klinicky relevantní je hodnocena pozitivní alergická reakce, která souhlasí s anamnézou a klinickým obrazem kontaktní alergické dermatitidy.

SOUČASNÉ MOŽNOSTI TERAPIE PEDIKULÓZY

MUDr. Z. Poláčková¹, Mgr. J. Bokůvková²

¹**Klinika chorob kožních a pohlavních**

LF UP a FN Olomouc

²**Lékárna FN Olomouc**

Pedikulóza je časté onemocnění dětských kolektivů a bezdomovců. Příčinou je veš lidská, *Pediculus humanus*. Patří do řádu hemimetabolického hmyzu phthiraptera, podřád anoplura. U nás je známo 26 druhů vši. Vývoj probíhá nedokonalou proměnou – vajíčko, larva prodávající tři instary, dospělec.

Prvním klinickým projevem bývá svědění, zjistíme hnidy, vši, někdy impetiginizaci.

Současná terapie používá chemické insekticidy netoxické pro člověka a mechanicky působící olejové preparáty.

Výčet dostupných přípravků: Diffusil H forte sprej, Parasidose šampon, Pedicul Hermal, Hedrin roztok, Itax lotio, Paranit sprej, Pedicap OL, Capissan šampon, Deparol masážní olej, Quit Nits, Všivén, Barnys effective, Neomoxan lotio, Quassia vlasový krém.

Aplikace většinou na suché vlasy, rozetřít, vhodná je okluze. Působení 5 minut až 2 hodiny. Nutné je několikrát opakovat, aplikace nejméně po dobu 2–3 týdnů a ošetřit všechny členy rodiny. Léčba ale není vždy dodržena pro finanční náročnost, nutnost opakování a častý výskyt v sociálně slabších vrstvách obyvatel.

PRVNÍ ZKUŠENOSTI S LÉČBOU TĚŽKÝCH FOREM PSORIÁZY ETANERCEPTEM

MUDr. M. Tichý, Ph.D.,

doc. MUDr. D. Ditrichová, CSc.

Klinika chorob kožních a pohlavních

LF UP a FN Olomouc

Centrum pro biologickou léčbu

FN Olomouc

Etanercept (Enbrel) je selektivní imunosupresivum ze skupiny anti TNF (tumor necrosis factor) biologických preparátů. Jde o solubilní dimerický fúzaný protein, který vzniká spojením extracelulární vazebné domény TNF alfa p75 s Fc oblastí lidského IgG1. Mechanismus účinku spočívá v kompetitivní inhibici TNF alfa vazbou na jeho povrchové buněčné receptory, vytvoření biologicky neaktivního TNF a oslabení jeho prozánětlivého účinku. Komplex TNF alfa/etanercept neváže komplement, a proto nevede k lýze buňky a rozpadu granulomů. Enbrel má léčebné využití kromě revmatologických indikací i v dermatologii, kde se používá pro léčbu těžkých forem psoriázy. Předkládáme vlastní zkušenosti s terapií psoriázy etanerceptem na souboru pacientů.

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

e-mail: marie.viktorinova@fnol.cz