

XIV. olomoucká dermatologická konference

18. března 2011 – Abstrakta

Dermatol. praxi 2011; 5(2): 109–111

Komplikace po injektabilních výplních v estetické dermatologii

MUDr. R. Litvik^{1,2}, MUDr. M. Paciorek¹,
MUDr. Y. Vantuchová, Ph.D.¹

¹Kožní oddělení

Fakultní nemocnice Ostrava

²Centrum plastické chirurgie a chirurgie
ruky Fakultní nemocnice Ostrava

Kožní implantáty se v dermatologii a estetické chirurgii používají již desítky let k výplním vrásek, korekci atrofických jizev, k augmentaci či mezoterapii. Kožní implantáty se rozdělují podle charakteru degradace na odbouratelné a neodbouratelné, podle původu na přírodní a syntetické nebo podle doby trvání efektu. Princip účinku je založen na injekční aplikaci implantátu do kůže. V přehledném sdělení chceme posluchače seznámit s implantáty, se kterými se mohou ve své praxi setkat, a s nežádoucími účinky spojenými s jejich aplikací.

Chirurgické řešení komplikací po injektabilních výplních

MUDr. M. Paciorek¹, MUDr. R. Litvik^{1,2},
MUDr. B. Vřeský¹

¹Centrum plastické chirurgie a chirurgie
ruky Fakultní nemocnice Ostrava

²Kožní oddělení

Fakultní nemocnice Ostrava

Na základě literární rešerše podáváme přehled a rozdělení aktuálně používaných injektabilních výplní a metaanalytické zhodnocení četnosti výskytu jejich komplikací s následným navržením jejich chirurgického řešení. Autoři na jednotlivých kazuistikách prezentují vlastní výsledky chirurgické korekce komplikací po aplikaci jednotlivých výplňových materiálů.

Akarodermatitidy – téma stále aktuální

MUDr. L. Drlík

Dermatovenerologické oddělení,
Šumperská nemocnice a. s.

Akarodermatitidy tvoří velmi zajímavou oblast dermatologie. Diagnostika onemocnění může být v běžném ambulantním provozu velmi obtížná, klinické projevy mnohdy činí značné

diferenciálně diagnostické obtíže. Autor popisuje řadu konkrétních případů. U některých z nich pomohly k řešení až epidemiologické souvislosti při hospitalizaci postižených pacientů. Je zdůrazněna spolupráce s erudovanými parazitology a veterinárními lékaři.

Maligní melanom – kazuistika

MUDr. D. Kubicová

Dermatologické centrum, Olomouc

Případ 85leté pacientky s rozsáhlými ložisky tumorózní krvácející tkáně levé dolní končetiny, léčena asi čtyři měsíce pro syndrom diabetické nohy LDK, poté pro dg. erysipel crur. I. sin. přeložena na infekční oddělení, opakovaně překládána na různá pracoviště pro komplikace základních interních onemocnění, heparinizována. Po provedení probatorní excize histologicky verifikován maligní melanom LDK v pokročilém stadiu. Nemocná po stanovení diagnózy MM vyšetřena na Onkologické klinice FN OL, kde byla navržena další vyšetření a indikována symptomatická amputace LDK, pacientka ale exitovala pro komplikace základních interních onemocnění.

Maligní melanom je jedním z nejzhoubnějších kožních nádorů, na který bychom měli myslet v diferenciální diagnostice pigmentových projevů a nepodceňovat riziko jeho vzniku. Kožní nádory obecně představují nejčastější maligní onemocnění a tvoří rozsáhlou a pestrskou skupinu chorob s různým průběhem a prognózou.

Stručný přehled palmoplantárních keratóz

MUDr. Z. Poláčková

Klinika chorob kožních
a pohlavních FN Olomouc

Jde o poruchu rohování s nadměrnou keratinizací, danou geneticky. Histologicky nacházíme masivní hyperkeratózu, fokálně parakeratózu, akantózu a papilomatózu.

Keratosis palmoplantis diffusa circumscripta – autozomálně dominantní, začátek v útlém dětství, symetrická keratóza na celých dlaních i ploskách ostře ohraničená, léčba keratolytiky.

Keratosis palmoplantis transgrediens – autozomálně recesivní, postupná progresie od prvních týdnů života, keratózy nejprve na dlaních

a ploskách, pak celé ruce, předloktí i bérce. Léčba keratolytiky a celkovými retinoidy.

Keratosis palmoplantis diffusa progresiva – autozomálně dominantní, progresie od 1. do 4. dekády života, od 6. dekády regrese. Postiženy dlaně, plosky, pak i hřbety rukou a nohou, lokty, kolena, kotníky, paty. Léčba keratolytiky a systémovými retinoidy.

Keratosis palmoplantis striata – autozomálně dominantní, manifestace během prvních 20 let života, pruhovité keratózy na dlaních a prstech s bolestivostí, léčba celkové retinoidy, keratolytika.

Keratosis palmoplantis punctata – autozomálně dominantní, od druhého decenia, papuly s rohovinovými perlami palmoplantárně, někdy i zánětlivé změny. Léčba retinoidy, keratolytika.

Syndromy spojené s palmoplantárními keratózami – syndrom Vohwinkel, Papillon-Lefevre, Huriez, Howel-Evans.

Léčebné trendy u psoriázy křtice

MUDr. M. Tichý, Ph.D.,

doc. MUDr. D. Ditrichová, CSc.

Klinika chorob kožních

a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Psoriáza patří k nejčastějším zánětlivým dermatózám postihujícím vlasovou část hlavy. Podle literárních údajů má až 80% nemocných trpících psoriázou postiženou oblast křtice. V diferenciální diagnostice je nutné odlišit především projevy seboroické dermatitidy, což může být v některých případech s izolovaným postižením pokožky hlavy poměrně obtížné. Specifikem této lokality je dobrá přístupnost zraku okolí pacienta a s tím související pocitu méněcennosti a vyřazení ze společnosti. Současné léčebné metody umožňují významně snížit vliv psoriázy křtice na kvalitu života nemocných. Zevní terapeutické postupy jsou pilířem léčby psoriázy. Systémová léčba je rezervována pro těžké formy onemocnění s generalizovaným postižením, vcelku vzácně je indikována pouze při izolovaném postižení křtice a obličeje. I u pacientů léčených systémovou terapií se však často nepodaří navodit kompletní remisi psoriázy. Jednou z lokalit, kde reziduální projevy onemocnění často přetrvávají, je právě křtice. Tyto stavy řešíme podpurnou zevní terapií. Principy zevní terapie křtice jsou v podstatě identické u pacientů léčených systémovou terapií nebo pouze lokálně.

Předmětem prezentace je přehled přípravků a zevních léčebných metod v současnosti dostupných v terapii tohoto chronického, a pro pacienty velmi nepříjemného, onemocnění.

Vyšetřovací postup u pacientek s difúzním vypadáváním vlasů

MUDr. R. Kučerová, Ph.D.,

MUDr. M. Bienová, Ph.D.

Klinika chorob kožních

a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Nadměrné difúzní vypadávání vlasů (defluvium, effluvium) vedoucí k prořídnutí nebo alopecii je pro většinu žen velice stresující. Pro správnou diagnostiku těchto poruch je potřeba vycházet z fyziologie vlasového cyklu, kdy každý vlasový folikul křtice má svůj vlastní cyklus (anagen, katagen, telogen). Denně běžně vypadne až 100 telogenních vlasů, které jsou opět nahrazeny anagenními vlasy.

Diagnostika difúzního padání vlasů se opírá o podrobnou anamnézu, laboratorní vyšetření (zaměřené mj. na hladiny stopových prvků a hormonů) a řadu testů, jejichž cílem je v první řadě kvantifikovat skutečnou ztrátu vlasů a určit typ padajících, resp. vytažených vlasů (např. pomocí trakčního testu). Uvedený postup, někdy ještě doplněný o další vyšetření (fototrichogram, trichoskopie, eventuálně mikroskopické vyšetření vlasu a histologie) obvykle umožní stanovit, zda se jedná o defluvium telogenní (akutní nebo chronickou formu), nebo anagen-dystrofické, případně o tzv. alopecia areata incognita (tj. difúzní formu alopecia areata). Určení typu defluvia je zásadní pro stanovení vhodné léčby. Přesto, že difúzní řídnutí vlasů bývá mnohdy ze strany lékaře považováno pouze za „kosmetický“ problém, je potřeba věnovat mu náležitou pozornost, protože padání vlasů může být mnohdy signálem závažnější celkové poruchy. Navíc má téměř vždy významný negativní dopad na psychiku postižených, a to i v těch případech, kdy pacientka je jinak celkově zdravá, např. u chronického telogenního defluvia nebo androgenetické alopecie.

Strategie biologické léčby psoriázy z hlediska bezpečnosti u některých komplikovanějších případů

MUDr. M. Tichý, Ph.D.,

doc. MUDr. D. Ditrichová, CSc.

Klinika chorob kožních

a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Léčba pacientů s těžkými formami psoriázy je někdy komplikována přidruženými

chorobami. Toto omezení se týká zejména léčby systémové, a to jak konvenční, tak biologické. Spektrum kontraindikací pro nasazení biologické léčby je poměrně široké, značná část je však tvořena kontraindikacemi relativními. Jedná se o situace, kdy zavedení terapie není po zvážení poměru přínosu a rizika pro pacienta zcela vyloučené, ale je nutná zvýšená opatrnost a důsledná dispenzarizace nemocných. Do této kategorie se řadí i některé komplikace infekční, konkrétně problematika hepatitid a tbc infekce. Situace, za kterých je možné biologickou léčbu u pacientů s těmito infekcemi nasadit, a kdy je naopak tato terapie absolutně kontraindikována, jsou předmětem uvedeného sdělení.

Kontaktní alergie v materiálech zdravotnických pomůcek

MUDr. I. Karlová

Klinika chorob kožních

a pohlavních LF UP a FN Olomouc

V materiálech používaných ve zdravotnictví se mohou vyskytnout četné alergie, jejichž působení jsou vystaveni jak zdravotníci pracovníci, tak pacienti.

V běžně používaných latexových rukavicích je přítomen latex, který může vyvolat reakce prvního typu přecitlivělosti (kontaktní kopřivku, alergickou rinitidu, astma).

Jako akcelerátory vulkanizace pryže a antioxidanty jsou v latexových rukavicích používány thiuramové substance a mercaptobenzotiazoly, které jsou nejčastěji zodpovědné za kontaktní alergickou dermatitidu způsobenou jednorázovými rukavicemi u zdravotnických pracovníků.

U ortopedických pacientů, kterým jsou aplikovány statické či dynamické kovové implantáty, může docházet ke kontaktním alergickým reakcím na kovy v nich obsažené, zejména na nikl. U pacientů, u kterých je plánovaná aplikace nějakého kovového materiálu a kteří anamnesticky udávají kontaktní alergii na kovy, je vhodné před plánovanou ortopedickou operací provést epikutánní testy a prokázanou alergií případně zohlednit při výběru materiálu implantátu.

Ve stomických pomůckách, naslouchadlech, brýlích, protézách, se z látek, které mohou vyvolat kontaktní alergii, objevují nejčastěji epoxidové a akrylátové pryskyřice, kovy či alergen pryže.

Z dentálních materiálů mají nejvyšší senzibilizační potenciál kovy a akrylátové pryskyřice.

Vitiligo – přehled a léčba

MUDr. M. Bienová, Ph.D.,

MUDr. R. Kučerová, Ph.D.

Klinika chorob kožních

a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Vitiligo je získaná ztráta pigmentu s tvorbou depigmentovaných ložisek různé velikosti a tvaru na kůži, mukokutánních přechodech i sliznicích. Postihuje 1–4% populace a jeho průběh je nepředvídatelný, obvykle pomalu progresivní, ale je možná i spontánní repigmentace.

Etiopatogeneticky je vitiligo považováno za autoimunitní onemocnění s tvorbou autoprotilátek a specifických T-lymfocytů proti melanocyům. Dále existuje teorie autoagresivní, která považuje za příčinu onemocnění vznik toxických meziproductů při melanogenezi, proti kterým nemají melanocy ochranné antioxidantní mechanismy, a tak dochází k jejich autodestrukci. Familiární výskyt lze zjistit asi ve třetině případů, přičemž je předpokládána polygenní dědičnost. Současně s vitiligem jsou asociována další autoimunitní onemocnění, zejména tyreopatie a perniciózní anémie.

Z hlediska zvažování vhodnosti léčby je důležité určit, zda jde o segmentální, nesegmentální nebo smíšený typ vitiliga. Před zahájením terapie je nutná edukace pacienta o charakteru onemocnění a o možnostech léčby, která je dlouhodobá, časově náročná a s nejistým výsledkem.

V prezentaci jsou zmíněna doporučená vyšetření a v přehledu léčebné možnosti vitiliga. Přestože je toto onemocnění benigního charakteru, může mít negativní psychosociální dopad na každodenní život a interpersonální vztahy a zejména u dospívajících jedinců může zhoršovat kvalitu života. Cílem dermatologa je najít optimální léčebný postup pro daného pacienta při řešení tohoto problému.

Paraneoplastická dermatomyozitida – kazuistika

MUDr. J. Šternberský,

MUDr. M. Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních

a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Dermatomyozitidu řadíme mezi chronická autoimunitní onemocnění pojiva s primárním postižením svalů a kůže. Onemocnění je pravděpodobně způsobeno reakcí specifické protilátky nebo imunokomplexovou reakcí namířenou proti vaskulární komponentě endomyzia. Tato

autoimunitní reakce může být spuštěna infekcí (viry, bakterie, parazité) – nejčastěji zmiňována je infekce virem Cocksackie B. UV záření a léky jsou další možné spouštěcí faktory. Kolem 20–25 % případů dermatomyozitidy je spojováno s výskytem nádorového onemocnění.

Vlastní kazuistika dokumentuje vznik typických klinických projevů dermatomyozitidy u 64leté ženy s anamnézou ovarálního karcinomu. Pacientka byla pravidelně sledována onkologem a gynekologem bez známek relapsu onemocnění. Klinické podezření na dermatomyozitidu bylo potvrzeno laboratorně (elevace sval. enzymů), svalovou biopsií a EMG vyšetřením. Další podrobné vyšetření (PET/CT) prokázalo relaps základního onemocnění. Nyní je pacientka v péči onkologa.

Úzká vazba mezi nádorovým onemocněním a dermatomyozitidou je podporována na jedné straně ústupem projevů dermatomyozitidy při úspěšné terapii malignity a na druhé straně vznikem projevů dermatomyozitidy při relapsu nádorového onemocnění. Vzhledem k tomu, že paraneoplastická dermatomyozitida představuje až 1/4 všech případů dermatomyozitidy, je nutné u všech případů provedení komplexního vyšetření včetně onkologického screeningu. Nejčastěji diagnostikovanými nádory spojenými s dermatomyozitidou jsou u mužů nádory plic s GIT, u žen nádory prsu a vaječníků.

Současné možnosti terapie keloidních jizev

MUDr. J. Urbánek

**Klinika chorob kožních
a pohlavních FN Olomouc**

Keloidy jsou benigní vazivové tumory vznikající obvykle u predisponovaných osob v souvislosti s traumatizací kůže, po chirurgických zákrocích nebo na základě jiných kožních lézí. Na rozdíl od hypertrofických jizev přesahují přes původní ložisko, nemají tendenci ke spontánní regresi a jsou často spojeny s bolestivostí nebo svěděním. Predilekčním místem vzniku je oblast přední plochy hrudníku, tváří, ramen a horních končetin. Vyšší výskyt keloidů je sledován u tmavších ras, mladších osob, významná je i familiární dispozice.

Terapie keloidních jizev bývá obtížná převážně z důvodu častých rekurencí. Obvykle spočívá v kombinaci různých postupů, ke kterým patří chirurgické zákroky, kryoterapie, radioterapie, použití silikonových krytí, tlakových obvazů, laserů či intralezionální aplikace kortikosteroidů a dalších látek.

V přednášce jsou popsány současné možnosti léčby i prevence vzniku keloidních jizev se zaměřením na nejčastěji používané postupy.

Syndrom horní duté žíly – kazuistika

MUDr. K. Libigerová,

MUDr. J. Šternberský

**Klinika chorob kožních
a pohlavních FN Olomouc**

Syndrom horní duté žíly je skupina symptomů, které vznikají z důvodu sníženého průtoku krve horní dutou žílou do pravé síně. Příčiny syndromu horní duté žíly mohou být maligní i benigní. Téměř 95 % případů je však důsledkem zhoubného onemocnění. Syndrom horní duté žíly je charakterizován otokem obličeje, krku nebo horních končetin s viditelnou dilatací žil na krku či na hrudníku. Častým příznakem bývá dušnost, kašel aj. Léčba syndromu je závislá na etiologii obstrukce a závažnosti klinických obtíží.

Kazuistické sdělení prezentuje případ 30leté pacientky, primárně léčené na naší klinice pro generalizovaný alergický exantém po penicilinovém ATB, ordinovaném pro susp. respirační infekci horních cest dýchacích. Vzhledem k následnému rozvoji výrazného edematózního prosáknutí lokality obličeje a krku bylo u pacientky v rámci komplexního vyšetřování provedeno rtg vyšetření plic, které prokázalo asymetrické rozšíření středního mediastina doprava. CT vyšetřením byl popsán expanzivní proces vysoce suspektní jako lymfom. Pacientka byla následně přeložena na Hemato-onkologickou kliniku FN OL, kde byla diagnóza potvrzena. U nemocné se jedná o B-difuzní velkobuněčný lymfom (CD 20+), aktuálně probíhá terapie rituximabem.

Pyoderma gangrenosum – kazuistika

MUDr. A. Krnáčová

**Klinika chorob kožních
a pohlavních FN Olomouc**

Pyoderma gangrenosum je vzácná, ulcerózní dermatóza charakteristického klinického vzhledu, s nespecifickým histologickým nálezem, často se sdruženým výskytem řady systémových chorob a možným postižením jiných orgánů sterilními neutrofilními infiltráty. Nejčastěji se vyskytuje při proctocolitis ulcerosa, ileitis terminalis, revmatoidní artritidě a hematologických onemocněních. Méně často provází spondylartropatie, jaterní onemocnění, aplikaci léků nebo chirurgické zákroky. Nemoc je po-

važována za systémové onemocnění, které je řazeno do skupiny tzv. neutrofilních dermatóz. Kazuistické sdělení popisuje případ 22leté ženy, která byla přijata pro recidivující vícečetné ulcerace v distální části obou bérců, nereagující na zvyklou konzervativní terapii. Laboratorně byly ukazatele akutního zánětu relativně nízké. Bylo provedeno vyšetření žilního systému s negativním výsledkem a kultivace stěru prokazující jen běžnou komenzální flóru. Histologické vyšetření z biopsie kožního defektu podpořilo klinické podezření na pyoderma gangrenosum. V laboratorních nálezech byla potvrzena již dříve zjištěná pozitivita lupus antikoagulans. U pacientky byla zavedena terapie kortikosteroidy (Medrol 64 mg p. o. pro die s postupným snižováním), po konzultaci s internistou a hematologem byla pacientka profylakticky zajištěna nízkomolekulárními hepariny vzhledem k přítomnosti trombofilního stavu (dosud bez klinické manifestace flebotrombózy). Lokálně byly do defektů aplikovány antiseptické masti. Při zavedené zevní a celkové léčbě došlo k vyčištění spodiny defektů, navození granulace a epitelizace z okolí. V současné době je dávka Medrolu snížena na 16 mg, je přítomen pouze reziduální drobný defekt na levém bérci, který je granulující a dobře epitelizuje z okrajů, okolí je klidné, nové projevy se netvoří.

Zdravotní systém na Kubě

MUDr. R. Kopová

**Klinika chorob kožních
a pohlavních FN Olomouc**

Kubánská republika je největší ostrovní stát Karibiku. Od roku 1965 je zde jedinou povolenou politickou stranou Komunistická strana Kuby. V zemi funguje socialistický model zdravotnictví, což znamená, že všechna zdravotnická zařízení jsou majetkem státu a zdravotnické služby se poskytují bezplatně. Přestože je Kuba po Haiti druhým nejchudším státem Latinské Ameriky a životní úroveň většiny Kubánců je dost nízká, v ukazatelích zdravotní péče jako je střední délka života nebo kojenecká úmrtnost nezaostává za státy Evropské unie nebo USA. Na 1 000 obyvatel připadá téměř 6 lékařů, což je téměř dvakrát tolik co v České republice. Důraz je kladen na primární a preventivní péči, povinné očkování, péči o matku a dítě, osvětu obyvatel, geografickou dostupnost zdravotnických zařízení. S jistotou dávkou nadsázky se tedy dá říci, že zdravotní stav kubánské populace je srovnatelný s vyspělými zeměmi, při nesrovnatelně nižším rozpočtu. Ale kdo byl někdy na Kubě, ten ví, že je to země, kde není nic tak, jak to vypadá ...