

24. kongres EADV v Kodani (7.–11. 10. 2015)

doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.

Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN v Hradci Králové

Úvod

Již 24. kongres EADV proběhl v r. 2015 v Kodani a zúčastnilo se jej okolo 12 tisíc návštěvníků prakticky z celého světa. Odborný program byl velmi pečlivě sesazen komisí EADV na základě přísných kritérií, příbuzná témata byla řazena za sebou ve stejných přednáškových sálech. Řečníci byli vybíráni podle hodnocení z předchozích kongresů, dle impakt faktoru svých publikací, popř. podle abstrakt jejich sdělení, která velmi příznivě zapůsobila na recenzenty. V podvečer se konala sympozia farmaceutických firem: nebyla však uváděna v oficiálním odborném programu a bylo na firmách, zda rozešlou či rozdají zvláštní pozvánky.

Některé odborné poznatky

Atopický ekzém

Prof. Flohr (UK) se pokusil vyřešit velmi ožehavou otázku etiopatogeneze atopického ekzému z pohledu možných preventivních opatření pre- a postnatálně. Za rozhodující považuje vliv zevního prostředí (90%), protože vrozený defekt filaggrinu má kolem 10% populace. V takto zatížených rodinách se má začít ihned po narození aplikovat bariérové krémy, aby nedocházelo k průniku alergenů přes narušenou kožní bariéru a ke vzniku alergie. Zde citoval několik studií (např. BEEP studii), kde včasná aplikace krémů na kůži kojenců zřejmě v 32% zabránila dalšímu rozvoji atopického ekzému (neměla však žádný vliv na senzibilizaci na vaječný bílek). Také velmi kriticky rozebíral doporučení kojít 6 měsíců. Studie neukázaly výhodu plného kojení déle

než 3 měsíce. Velký důraz kladl na složení GIT flóry u budoucí matky během těhotenství – pro imunologickou toleranci se ukázal např. vhodný pobyt na farmě s mnohými domácími zvířaty, dokonce i expozice parazitům. Naopak užívání antibiotik během těhotenství má nepříznivý vliv, dokonce doporučuje 1. trimestr probiotickou profylaxi (s vyváženým zastoupením lactobacila a bifidobakterií). Správné vzdělávání budoucích maminek a poté další spolupráci s celou rodinou („atopické školy“) považuje za důležitou.

Prof. Gutermuth (Dánsko) se zabýval testováním u atopiků. U 6–7 letých se atopie projevuje v 21,5% (přitom je v nižším věku vysoký podíl ekzematiků), u 13–14letých je prevalence atopie 26,4% s vyšším podílem rinokonjunktivity a astmatu – to ostatně odpovídá tzv. „atopickému pochodu“. Potravinová alergie se u těžkého ekzému vyskytuje ve 100% a působí jako spouštěč. Doporučuje eliminační dietu. Kožní prick testy (SPT) provádí u dětí mladších 5 let jen výjimečně, atopické epikutánní testy (APT) slouží ke zjišťování alergie IV. typu. Zvýšený TEWL svědčí pro porušenou kožní bariéru (a zřejmě defektní filaggrin) a je rizikovým faktorem pro další rozvoj alergie.

Prof. Czarniecka-Operacz (Polsko) řešila použití lokální protizánětlivé léčby u atopického ekzému. Lokální steroidy mají řadu nežádoucích účinků: atrofie, stříe, pomalé hojení ran, teleangiektázie, purpura, růžovka a akné, periorální dermatitida. Tzv. „finger tip“ (FT) znamená asi 1 cm vytlačené masti z tubičky na bříško prstu – na ruku je potřeba 1 FT, na přední či zadní plochu trupu 7 FT. Doporučuje intermitentní léčbu menších dětí tzv. „wet-wrap“ (ce-

Obr. 1. Cesta ke kongresu



lotělové namazání s překrytím vlhkou a horní suchou přiléhající textilií), které dokáže zesílit účinek lokální léčby a udržet hydrataci. Druhým významným lékem jsou calcineurinové inhibitory – pimecrolimus a tacrolimus, které nedoporučuje před 2 roky věku. Pimecrolimus doporučuje k léčbě ekzému kolem očí a na krku; tacrolimus považuje za silnější (i s větší možností nežádoucích účinků), vhodná je v klinickém stadiu proaktivní léčba (2x týdně po 4 měsíce). Zmínila také v minulosti velmi diskutované riziko lymfomu. Nyní se přepracovávají guidelines pro léčbu atopického ekzému pod záštitou EDF.

Obr. 2. Mořská víla



Prof. Wolf (Rakousko) podal přehled o fototerapii atopického ekzému. Z celého spektra metod považuje za nejúčinnější UVB 311 nm a UVA1 ve středních dávkách. Tak jako dosažení PASI 75 u lupénky fototerapií je běžný požadavek, u atopického ekzému SCORAD 75 je mnohem obtížnější. Protokol UVB 311 nm začíná 0,5–0,7 MED s frekvencí 2–5×/týden a stoupáním o 0,1 J/cm² na následné ozáření. Fototerapie trvá zpravidla 4–8 týdnů. UVA1 protokol počítá s fototerapií 3× týdně po dobu 8 týdnů, začíná na 10 J/cm² a zvyšuje po 10 J/cm² (ne každé ozáření). Oba typy fototerapie lze použít u dětí a těhotných. Protokol PUVA je podobný jako u lupénky, úvodní fototesty jsou nutné. Koupelovou PUVu pro složitost příliš nedoporučuje. Fotoferézu lze použít na erytrodermické stavy (i když ne s velkým úspěchem). Mimo obvyklých nežádoucích účinků hrozí vyšší incidence eczema herpe-

ticatum. Vyskytlo se i doporučení k suberytémové dlouhodobé fototerapii k ovlivnění subklinického zánětu.

Kontaktní alergie

Dr. Thyssen (Dánsko) se zabýval kožní barierou, která je závislá na správné funkci filaggrinu. Filaggrin zajišťuje architekturu rohové vrstvy, její hydrataci, odolnost vůči niklu, také UV-fotoprotekci (přes t-UCA: trans-urokanovou kyselinu). V dánské populaci je 10 % lidí nositelem mutace filaggrinu (u homozygotní formy je filaggrin nefunkční, u heterozygotní formy jen částečně). Klinicky se to projevuje suchostí kůže, hyperlinearitou, výskytem keratosis pilaris. Při mutaci filaggrinu je nárůst incidence kontaktní alergie na nikel. Používání piercingu u osob s mutací filaggrinu má pak zvýšené riziko vzniku alergie na nikel. Také u atopických ekzematiků s mutací filaggrinu je zvýšená penetrace látek do kůže.

Dr. Rustemayer (Nizozemí) se velmi podrobně zabýval alergií na kovové implantáty, které jsou pro tělo xenogenním materiálem, korodují a jejich povrch může být abrádován. Uvolněný kov stimuluje toll-like receptory (TLR), které nasmartují imunologickou odpověď. Protéza může působit 3 složkami – kovem (Fe, Ni, Cr, Pa, Ti), cementem (metakrylát, akcelerátory, inhibitory v závislosti na teplotě) a povrchovou úpravou – povlakem (polyetylen, keramika). Výskyt alergie na Ni je u testovaných nejvyšší (kolem 17 %), spolu s ostatními kovy převyšuje 20 % pozitivit kontaktní přecitlivělosti. Zlato a titan mají nízkou (< 1%) alergogenní potenci, monoalergie na palladium (Pa) je řídká, častěji reaguje zkříženě s niklem. Častá alergie (1 %) bývá po ortopedických protézách – po 3 týdnech se objevuje bolestivost, ekzém (nejvíce po Ni, Co, Cr). Více než 90 % lidí po 50. roce věku má nějakou zubní protézu a 15–20 % z nich nějaké potíže. Bývají lichenoidní reakce, gingivitida, stomatitida, také

cheilitida, perorální dermatitida, popř. burning syndrom (až 40 %). K vyšetření jednotlivých případů se dá použít elektronová mikroskopie (obsah kovů a kompozice protézy), kostní scan, CRP, hluboká biopsie (s histologickou analýzou zánětlivé reakce). Alergologické vyšetření se provádí na 6 kovů. „Preventivní“ testování se obecně nedoporučuje, pouze u osob s pozitivní anamnézou. Pro alergické osoby se dají použít protézy ze Zirconia, z keramických a kompozitních materiálů.

Dr. Isakssonová (Švédsko) uvedla přecitlivělost na kortikosteroidy – po lokální aplikaci, po inhalačním podání i systémovém požití (vznikne pruritus až bolest, otok obličeje s normální okolní kůží). Podle zkřížené alergie rozdělila kortikosteroidy do 3 skupin: 1. A + D₂ + budesonid (nemetylované, nehalogenované), 2. B + acetonid (halogenované), 3. C + D₁ (halogenované, C₁₆ metylované).

Dr. Opstrup (Dánsko) představil chlorhexidin. Původně jako antimalarikum, pak dezinficiens, od r. 1962 se používá k prezervaci kosmetik (pozitivní reakce vychází až u 2 % testovaných). Může být I. typ alergické reakce, dokonce i anafylaxe – nedoporučuje se používat na sliznici. Chlorhexidin může být zodpovědný až za 5–10 % perioperačních alergických příhod – na stomatologii, při katetrizaci i močové (urinální gel), při ošetření rány (týká se i personálu). K vyšetření se používají prick a i. d. testy, test uvolnění histaminu. Varuje před reexpozicí, protože chlorhexidin je velmi rozšířenou a používanou látkou.

Závěr

Podzimní kongres EADV je každoročně největší akcí EADV a je také hlavním zdrojem příjmů této organizace. Je mu věnována velká pozornost s důrazem na pečlivou přípravu. Přitom se nyní stále více zaměřuje na spolupráci s národními dermatologickými společnostmi a sbližování v naší odbornosti.