

VI. kongres slovenských a českých dermatovenerológov Bratislava, 3.–5. 6. 2010

ALERGOLÓGIA A PROFESIONÁLNE DERMATÓZY

VYMIZNÚ U NÁS PROFESIONÁLNE DERMATÓZY SKUTOČNE?

Fetisovová Ž.¹, Klimentová G.¹, Urbanček S.²,
Vrtíková E.³

¹Dermatovenerologická klinika JLFUK a MFN, Martin,

²Dermatovenerologická klinika SZU, FNPs F. D. Roosevelt, Banská Bystrica,

³Kožné oddelenie NsP Nitra, SR

Za ostatných 20 rokov zaznamenávame v SR výrazný pokles hlásených chorôb z povolania.

Údaje zdravotníckej štatistiky chorôb z povolania v SR potvrdzujú pokles hlásených chorôb z povolania v ostatnej dekáde takmer o polovicu. Kým v rr. 1990–99 bolo v SR hlásených 7475 prípadoch chorôb z povolania v roce 2000–2008 to bolo len 4804 prípadov. Ešte výraznejší pokles zaznamenávame u hlásených profesionálnych dermatóz a profesionálnych kožných infekčných ochorení. V r. 1990–99 bolo hlásených 1258 profesionálnych dermatóz v rr. 2000–2008 už len 438 prípadov. U kožných profesionálnych infekčných ochorení pokles z 2184 prípadov na 360 prípadov hlásených v rr. 2000–2008.

Autori analyzujú príčiny profesionálnych dermatóz v Stredoslovenskom regióne (kraje Žilina a Banská Bystrica), výsledky uvádzajú v grafoch a tabuľkach. Najčastejšimi sú dermatózy z ropných výrobkov, gumeny a gumárenských chemikalií a dermatózy z chrómu. Z profesionálnych kožných infekčných ochorení prevažujú infekčné hrbole dojčov.

Autori uvažujú o možných príčinách výrazného poklesu profesionálnych dermatóz (kontaktných a alergických dermatitíd), kým v bežnej dermatologickej praxi výskyt týchto ochorení má skôr vzostupnú tendenciu.

VZÁCNY PRÍPAD ALERGICKEJ BLEFAROKONJUNKTIVITÍDY VYVOLANEJ DORZOLAMIDOM V OČNÝCH KVAPKÁCH

Urbanček S.¹, Hazuchová H.²

¹Dermatovenerologická a ²Očná klinika, FNPs F.D. Roosevelt
B. Bystrica, SR

Úvod: Lokálne antiglaukomatiká sú heterogénnou chemickou skupinou liekov, pozostávajúcou z 5 podskupín: beta-blokátory, antagonisti alfa-2 adrenergných receptorov, deriváty prostaglandínov, cholinergiká, a inhibítory karboanhydrázy Veľmi zriedka môžu byť vyvolávateľom kontaktnej alergie. Autori uvádzajú vzácny prípad alergickej blefarokonjunktivitídy vyvolanej inhibítormi karboanhydrázy, dorzolamidom.

Klinický prípad: 58-ročná pacientka s bilaterálnym glaukómom bola liečená 2 roky kvapkami s obsahom dorzolamidu (Trusopt®, MSD, France). Dva mesiace pred dermatologickým vyšetrením vznikla marginálna blefari-tída a konjunktivítída. Predchádzajúce dermatologické vyšetrenia záverovali okulárnu rosaceu, resp. iritačnú dermatitídú. Lokálna liečba mometazónom ung viedla k parciálnemu zlepšeniu aplikácia lokálneho metronidazolu a kyseliny fusidovej nebola účinná. Pacientka udávala výrazné obmedzenie denných aktivít v dôsledku ochorenia.

Epikutánne testovanie rutinnou európskou sadou a špeciálnymi sadami konzervačných látok, vehikúl a emulgátorov a oftalmologik boli negatívne. Bola zaznamenaná pozitívita kvapiek Trusopt v sériových riedeniach 1-10-50% po 48 a 72 hodinách. Následná zmena liečby na prostaglandínový preparát Xalatan viedla k vymiznutiu prejavov v priebehu jedného týždňa.

Záver: Autori opisujú vzácny prípad kontaktnej alergie na dorzolamid vzniknutej dva roky po začatí terapie. V literatúre bolo uvedených iba niekoľko ojedinelých prípadov alergických reakcií na uvedený preparát. Nevyhnutnou súčasťou je vylúčenie precitlivenosti na pomocné látky. Autori upozorňujú na fakt, že ochorenie môže byť mylné diagnostikované. Diskutovaný je alergénny potenciál antiglaukomatík.

URTICARIA-ANAMNÉZA JE DÔLEŽITÁ

Červenková D.

Imunoderma s.r.o., Bratislava, SR

Chronická urticária (CU) patrí medzi 20 najčastejších kožných ochorení. Približne 80 % CU ostáva neobjasnených. Snahou terapeutickej stratégie všetkých ochorení, nielen CU je odhalenie príčiny, a liečba vyvolávajúceho stimulu.

Kazuistika 29 ročnej pacientky, s topírnou, 6 rokov

trvajúcou urticáriou na celkovej liečbe rôznymi antihistamíkami, kortikosteroidmi aj cyklosporínom potvrdzuje, že podrobňa anamnéza môže odhaliť príčinu a cielená terapia výrazne zlepší kvalitu života pacientky.

NIKEL – VÝZNAMNÝ KONTAKTNÝ ALERGÉN

Nemšovská J., Šimaljaková M..

Dermatovenerologická klinika FNPs a LFUK, Bratislava, SR

Nikel patrí medzi najčastejšie kontaktné alergény predovšetkým v ženskej populácii. Vzhľadom na jeho ubikvitárny výskyt má ekzém ním vyvolaný často chronický alebo exacerbujúci priebeh. Hlavným zdrojom niklu v našom okolí je bižutéria a predmety každodennej potreby, lebo za účelom zušľachtenia je pridávaný do mnohých iných kovov, tvorí tak prímes príp. znečistenie prakticky väčšiny kovov. Je obsiahnutý vo viacerých potravínach, cigaretovom dymе ale aj v pôde či pitnej vode. V prednáške je vyhodnotený výskyt precitlivenosti na nikel u pacientov testovaných v alergologickej ambulancii Dermatovenerologickej kliniky FNPs a LFUK v Bratislave v rokoch 2005–2009.

HISTOPATOLÓGIA KOŽE

ZDROJE PROBLÉMOV PRI BIOPTICKOM HODNOTENÍ KOŽNÝCH EXCÍZIÍ

Adamicová K.^{1,3}, Fetisovová Ž.²

¹Ústav patologickej anatómie JLFUK a MFN, Martin,

²Dermatovenerologická klinika JLFUK a MFN, Martin,

³Histopatológia a.s., Bratislava, SR

Bioptická diagnostika na úrovni súčasných poznatkov vyžaduje interaktívnu diskusiu medzi klinikom a patológom. Kompletný a korektný diagnostický záver sa začína rozhodnutím ošetrujúceho lekára pre bioptické vyšetrenie. Aktívna komunikácia medzi dvoma odborníkmi šetrí čas vyšetrenia, materiálne náklady a často rozhoduje aj o diagnostickom náleze.

Autorky analyzujú najčastejšie problémy pri odbere a zasielaní materiálu z klinických pracovísk, venujú pozornosť problematike výberu lézie, vyplňovania sprivedných lístkov, zvláštnu pozornosť venujú fixácií biopsíí a ďalším technickým odporúčaniam pre úspešné bioptické spracovanie materiálov.

Fixácia každého tkaniva vrátane excízií z kože vo fixatíve bola v posledných rokoch na niektorých pracoviskách patológie vystriedaná požiadavkou na dodávanie nefixovaného tkaniva. Bolo to najmä v tých prípadoch, keď klinikom suponovaná diagnóza predpokladala vyšetriť dôkaz

niektorých enzymov (KF, NE, ANAE a pod.) v kryorezoch. V priebehu 90. rokov došlo postupne k implementácii nových technológií a to prietokovo-cytometrickej, resp. molekulo-biologickej a genetickej analýze bioptického materiálu. Z tohto dôvodu vystala otázka, či ma patológ vyžadovať dodanie fixovaného alebo nefixovaného materiálu.

V prípade veľkej vzdialenosťi medzi klinickými ambulantnými alebo lôžkovými zariadeniami, na ktorých sa odoberá materiál a miestnym pracoviskom patológie, kedy hrozí autolytické poškodenie, je žiaduce tkanivo bezprostredne po odbere vložiť do fixatíva. To isté platí aj pre zariadenia, ktoré odosielajú extirpované tkanivo poštou alebo iným spôsobom.

Dôveryhodná spolupráca klinika a patológa, rešpektovanie dohovorov kolegov pri oprávnených požiadavkách na spracovanie vyšetrovaného materiálu je *conditio sine qua non* pre úspešné stanovenie histopatologickej diagnózy.

KOŽNÍ MALIGNÍ TUMORY U BROOKEHO-SPIEGLEROVY SYNDROMU

Kacerovská D.^{1,2}, Vaněček T.^{1,2}, Michal M.^{1,2}, Kazakov D. ^{1,2}

¹Šíkľuv patologický ústav, Fakultní nemocnice a Lékařská Fakulta UK v Plzni, ČR

²Bioptická laboratoř s.r.o., Plzeň, ČR

Brookeův-Spieglerův syndrom (BSS) je autozomálne dominantní dědičné onemocnění charakterizované výskytem mnohočetných spiradenomů, cylindromů, spiradeno-cylindromů a trichoepiteliomů na kůži. Autoři popisují případy maligního zvratu těchto tumorů u pacientů s BSS se zaměřením se na histopatologické nálezy.

Práce byla podpořena grantovým projektem IGA MZ ČR (NS9734).

MOŽNOSTI MOLEKULÁRNĚ-GENETICKÉ DIAGNOSTIKY ICHTYÓZ V NAŠICH LABORATORÍCH

Němcová J.^{1,2}, Szép Z.²

¹Bioptická laboratoř s.r.o. Plzeň, ČR,

²Cytopathos, spol. s.r.o. Bratislava, SR

Ichyózy patří mezi závažné genodermatózy s poruchou rohovéní. Autoři v přednášce prezentují 3 typy ichtyóz: bulónzí kongenitální ichtyoziformní erytrodermii, lamelární ichtyózu a X-recesivní ichtyózu. Úvodem uvádějí klinický a dermatopatologický obraz uvedených klinických jednotek s následnou diskusí o podstatě genetických poruch a o možnostech jejich molekulárně-genetické diagnostiky v laboratořích v Plzni a Bratislavě.

ELEKTRONOVÁ MIKROSKOPIA V DIAGNOSTIKE GENODERMATÓZ

Szép Z., Nyitrayová O.

Cytopathos, spol. s r.o. Bratislava, SR

Elektronová mikroskopie je jedným z málo používaných diagnostických metód v dermatopatológii. Na našom pracovisku máme k dispozícii transmisný elektronový mikroskop, ktorý využívame v diagnostickej dermatopatológii. Autori v prednáške prezentujú 2 prípady genodermatóz, u ktorých bola transmisiu elektronová mikroskopia súčasťou diagnostického procesu.

FOTOBIOLÓGIA A KOREKTÍVNA DERMATOLÓGIA

IMUNOSUPRESIVNÍ LÉČBA A FOTOTERAPIE – CO JE POVOLENKO, CO NE

Ettler K.

Klinika nemocí kožních a pohlavních FN a LF UK, Hradec Králové, ČR

Foto(chemo)terapie predstavuje v dermatologii tradiční léčbu zejména lupénky, atopického ekzému, vitiliga a dalších kožních onemocnění. Mechanizmus účinku zahrnuje protizánětlivé, antiproliferativní a imunosupresivní působení. To je limitováno zejména hloubkou průniku UV záření do kůže. V UV oblasti platí čím delší vlnová délka, tím hlubší průnik. Mimo akutní popálení a provokaci fotodermatóz nutno zvažovat dlouhodobé efekty, jako je fotoimunosuprese, fotokarcinogeneze a aktinické stárnutí.

Zejména u těžké lupénky se používá systémová léčba (cyklosporin A, methotrexat, retinoidy, popř. fumaráty), v poslední době také biologika. Přestože uvedené léčebné možnosti byly koncipovány jako monoterapie (a nadějná, byť drahá biologika postupně vytlačuje časově náročnou fototerapii), ukazuje se, že jejich efektivita nedosahuje někdy očekávanou úroveň. Proto se sahá ke kombinacím, kde je však nutné pečlivě zvážit potenciaci nežádoucích účinků.

Zcela zakázanou kombinací je cyklosporin A + fototerapie a to i následně kvůli synergii v imunosupresi a riziku kožní rakoviny. Methotrexát + fototerapie je možný s obezřetností zejména u atropatické + kožní psoriázy. Retinoidy + fototerapie mohou naopak oslabit fotokancerogenní působení fototerapie, metoda RePUVA dosahuje dokonce PASI 100. Možná je i kombinace fototerapie + fumaráty, ale chybí dostatek zkušeností.

Hlavními terči biologik jsou TNF α a IL-12/23. Zatímco etanercept + fototerapie se začíná v odborné literatuře častěji objevovat, kombinace s ostatními ireverzibilními blokátory TNF α je problematická. Navíc klinické zkušenosti s biologiky nepřesahují 15 let a možná se ještě dočkáme neblahých překvapení. O kombinaci s anti IL12/23 chybí relevantní údaje.

BODY DYSFORMING DISORDER – SYNDROM SEBADEŠTRUKCIE

Holý B., Nejdková A.

*Kožná ambulancia, Fakultná nemocnica s poliklinikou, Žilina,
SR*

Ide o relativne častú poruchu, ale málokedy diagnostikovanú. Pacienti sú zdrojom problémov najmä na ambulanciach korektívnej dermatológie a plastickej chirurgie. V prednáške sa uvádzajú charakteristika ochorenia a nepriaznivý vplyv v sociálnej oblasti. Príklady z klinickej praxe.

NAJNOVŠIE METÓDY REJUVENIZÁCIE

Sochorová R.

*Lekárska kozmetika Life Style, Centrum estetickej a laserovej
dermatológie, Bratislava, SR*

Rejuvenizácia znamená vo všeobecnosti zlepšenie kvality kože, jej regeneráciu na úrovni epidermy a dermy. Ide o urýchlenie vyzrievania a regeneráciu buniek pokožky, ako aj navodenie novotvorby kolagénových a elastických vlákien v zamši. Na omladenie sa používajú rôzne metódy. Zo starších je to chemorejuvenizácia (chemický píeling), mikrodermabrázia (mechanický píeling), mezoterapia (aplikácia vitamínov a hydratačných látok povrchovými vpicmi do epidermy a dermy). Z novších metód sa používajú na rejuvenizáciu tzv. neablatívne teda nezlupovacie metódy ako rádiofrekvencia a intenzívne pulzné svetlo (IPL). Rádiofrekvencia je vhodná na spevnenie kože tváre, krku, ramien, brucha a pod. IPL je vhodné na zjednotenie farebnosti pleti. Tieto ošetrozenia sa musia opakovať. Ablatívne (zlupovacie) metódy sú najúčinnejšie na vyhladenie pleti a zjednotenie jej farebnosti. Patrí sem ošetroenie CO₂ frakcionovaným laserom. Je to intenzívne ošetroenie, po ktorom je povrch kože bodovo spálený, zostávajú ostrovčeky zdravej kože a preto rýchlejšie regeneruje na rozdiel od klasického nefrakcionovaného ošetroenia. Po tomto zákroku sa doporučuje dovolenka cca 3–5 dní. Väčšinou sa robí jedno ošetroenie v rámci rejuvenizácie, na riešenie jaziev, strií sa doporučuje opakovať.

QUO VADIS FLUORESCENCIA?

Hegyi J.

Dermatovenerologická klinika LFUK a FNPsP, Bratislava, SR

Každý rok sa v praxi stretávame z množstvom pacientov a zdá sa, že stále väčšiu časť z nich tvoria pacienti s NMSC (non-melanoma skin cancer). Táto takzvaná bieľa rakovina kože sa vzhľadom na náš spôsob života a na stále panujúci kult opáleného tela stáva veľkým problémom nielen v Austrálii ale aj v našich zemepisných šírkach. Čo sa týka terapie NMSC, v terajšej dobe už disponuje dermatovenerológia relatívne rozsiahlu batériou liečebných možností. Najväčší problém je presná lokalizácia. Hlavné využitie fluorescenčnej diagnostiky v praxi je možnosť presného zobrazenia nedostatočne ohraničených epidermálnych neoplázií. Obecne platí, že ak má ložisko intenzívnu červenú fluorescenciu tak je veľmi pravdepodobné, že sa jedná o tumor, alebo o jeho recidívu. V poslednej dobe bola táto metóda odsunutá do pozadia konfokálnej mikroskopiu a optickou koherenčou mikroskopiu. Avšak jej kvality sú nezanedbateľné. Autor v tejto prehľadovej prednáške prezentuje najnovšie trendy vo fluorescenčnej diagnostike a jej praktickom využití.

POZVANÍ PREDNÁŠAJÚCI

ITCH IN PSORIASIS: UN UPDATE

Szepietowski J.C.

Department of Dermatology, Venereology and Allergology, University of Medicine, Wrocław, Poland, and Institute of Immunology and Experimental Therapy, Polish Academy of Sciences, Wrocław, Poland

Itch is defined as an unpleasant sensation leading to intensive scratching. The prevalence of itch in general population remains uncovered, however one may suggest that itch is present in about 8-9% of the whole population. Itch is the most common symptom in dermatology, accompanying many skin disorders as well as systemic diseases. The first classification of itch was proposed in 2003 and according to this classification itch was divided into the following types: dermal (pruritoceptive), neuropathic, neurogenic, psychogenic and mixt one. Recently, International Forum for the Study of Itch (IFSI) has suggested the two-step clinical classification. Pruritic subjects are classified as those having itch on diseased skin (inflamed skin), those with pruritus on non-diseased skin and those with severe itch manifesting with secondary scratch-lesions. The second step classifies patients to the following categories: dermatologic, systemic, neuropathic/neurologic, psychogenic, mixt and unknown one. Although there are limited literature data both on the frequency and pathogenesis of pruritus in psoriasis pruritus

seems to be an important symptom in psoriatics. In our own survey 80 out of 100 psoriatic patients (80%) suffered from itching. In 81.3% of pruritic subjects itching was limited to psoriatic lesions, however in the remaining ones – 18.7% it involved also the non-lesional skin.

The prevalence and intensity of itching depended on the extend of psoriatic lesions. Clinical severity of psoriasis in pruritic patients (PASI: 19.1 ± 12.8 points) was significantly ($p < 0.004$) increased compared to non-pruritic subjects (PASI: 11.4 ± 9.4 points). Moreover, a significant correlation was found between severity of psoriasis (PASI) and intensity of itching ($p < 0.01$). Nowadays it is widely accepted that neuroimmunological factors play a role in the pathogenesis of psoriasis. This is in agreement with our data documenting significantly higher ($p < 0.0001$) severity of psoriasis (PASI score) in patients who experienced stressful life events (assessed by the Social Readjustment Rating Scale Holmes & Rahe) – 22.8 ± 9.3 points compared to those without stress – 14.0 ± 9.2 points. In our recent publication we showed that prevalence and intensity of pruritus in psoriatic individuals may be influenced by the stress. All patients who experienced heavy or extremely heavy stress within one month before psoriasis exacerbations suffered from pruritus. This was significantly different ($p < 0.05$) when compared to those subjects with no stress. Moreover, we found a significant positive correlation ($p < 0.015$) between intensity of pruritus and severity of stress. As stress could modulate neurogenic inflammation and pruritus perception we clearly documented significantly elevated ($p < 0.05$) plasma level of CGRP in pruritic psoriatics (52 ± 41.2 pg/ml) compared to the healthy individuals (22.9 ± 19.2 pg/ml). This phenomenon was not observed when non-pruritic subjects (39.6 ± 37.1 pg/ml) were compared to the control group. There were no any correlations between pruritus and plasma levels of both substance P, neuropeptide Y and histamine. We also studied correlations between pruritus and quality of life and between pruritus and stigmatization in psoriatics. It was clearly documented that both quality of life and stigmatization depended on the intensity of pruritus. In conclusion, above mentioned data pointed out the importance of pruritus in psoriatic individuals as an itching complex. Moreover, the literature data on this topic was reviewed.

TREATMENT OF CUTANEOUS T-CELL LYMPHOMAS

Vermeer, M.H.

Department of Dermatology, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands

The term “primary cutaneous lymphoma” refers to cutaneous T-cell lymphomas (CTCLs) and cutaneous B-cell lymphomas (CBCLs) that present in the skin with no evidence of extracutaneous disease at the time of diagnosis. Primary cutaneous lymphomas often have a completely

different clinical behavior and prognosis from histologically similar systemic lymphomas, which may involve the skin secondarily, and therefore require different types of treatment. Primary cutaneous lymphomas are included as separate disease entities in the WHO 2008 classification that is now the standard for pathologists and oncologists worldwide. To use this classification clinico-pathological correlation are essential, and therefore an important role is reserved for the dermatologist and pathologist!

The most common type of cutaneous lymphoma is mycosis fungoides (MF). MF is clinically characterized by an indolent course with slow progression (in years to decades) from patches to plaques and tumors. In a minority of patients lymph nodes and visceral organs may become involved in the later stages of the disease. Folliculotropic MF is a variant of MF characterized by the presence of folliculotropic infiltrates, often with sparing of the epidermis. Patients may present with grouped follicular papules, acneiform lesions, indurated plaques, and sometimes tumors, which preferentially involve and are most pronounced in the head and neck area. The skin lesions are often associated with pruritus, alopecia, and sometimes with mucinorrhea.

Primary cutaneous CD30+ lymphoproliferative disorders (LPDs) are the second most common group of CTCLs, accounting for approximately 30% of CTCLs. This group includes primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma (C-ALCL), lymphomatoid papulosis (LyP), and borderline cases. It is now generally accepted that C-ALCL and LyP form a spectrum of disease, and that histologic criteria alone are often insufficient to differentiate between these 2 ends of this spectrum. The clinical appearance and course are used as decisive criteria for the definite diagnosis and choice of treatment.

As long as the disease is confined to the skin, skin-targeted therapies as photo (chemo)-therapy (eg, psoralen plus ultraviolet A [PUVA]), topical application of nitrogen mustard or chlormustine (BCNU), or radiotherapy, including total skin electron beam irradiation, are preferred. Multiagent chemotherapy is generally used in case of unequivocal lymph node or systemic involvement, or in cases with widespread tumor-stage MF refractory to skin-targeted therapies.

Cutaneous T-cell lymphomas (CTCLs) represent a heterogeneous group of neoplasms originating from skin-homing T cells that show considerable variation in clinical presentation, histological appearance, immunophenotype, and prognosis. This review provides a historic overview of the classification of CTCLs from the first description of a patient with mycosis fungoides in 1806 to the recently published WHO-EORTC classification. Practical guidelines for the usage of the WHO-EORTC classification and relevant features of new or newly defined entities such as subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma, extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type, primary cutaneous aggressive CD8-positive cytotoxic T-cell lymphoma, and cutaneous γ/δ T-cell lymphoma are presented. The aim of

this review is to contribute to a better communication between dermatologist and pathologist and in this way to a better diagnosis and classification of CTCLs.

PEDIATRICKÁ DERMATOVENEROLÓGIA

KDY A JAK TLUMIT BOLEST U DĚtí

Bučková H.¹, Pavlíková, J.²

¹Kožní oddělení Pediatrické kliniky FN Brno a LF MU v Brně,

²Ambulance bolesti KDAR FN Brno a LF MU v Brně, ČR

V dětské dermatologii se setkáváme s akutní, chronickou i procedurální bolestí. Opakována bolest u dětí vyvolává hyperexcitaci NMDA receptorů a excitaci aminokyselinových receptorů. Celá kaskáda těchto změn končí vzrůstající senzitivitou k bolesti a zvýšenou úzkostí. Ten-to stav vidíme u dětí s chronickou nebo procedurální bolestí. Konzultace v ambulanci bolesti pozitivně ovlivní kvalitu života u pacientů s chronickými dermatózami.

Příkladem onemocnění s akutní, chronickou i procedurální bolestí jsou pacienti s epidermolysis bullosa congenita (EB). Léčba bolesti u dětí i dospělých s EB zůstává stále velice obtížná. Fyzická bolest se z velké části podílí na celkovém utrpení těchto pacientů. Autor popisuje zkušenosti s léčbou bolesti, kterou v EB centru ČR u pacientů užívají. Zdůrazňuje preventivní opatření, rozebírá zkušenosti s tlumením bolesti u drobných i velkých převazů, včetně užívání opioidů.

Hlavní zásady prevence dětské bolesti:

1. bolest u dítěte poznat
2. dítěti rychle pomoci (rodiče musí být poučení o možnostech)
3. zkrátit bolestivý zážitek na nejkratší dobu
4. důsledné poučení dítěte, co jej čeká a jaké jsou terapeutické plány
5. vyvarovat se výchovných chyb, tzn. neskloznout do extrémně protektivní nebo extrémně "tvrdé" výchovy.

RETINOIDY V DETSKOM VEKU A ICH POUŽITIE V PRAXI DERMATOLÓGA

Martinášková K., Kovalč J., Ševecová M., Reváková, I.

FNsP J.A Reimana, Prešov, SR

Používanie systémových retinoidov v liečbe dermatóz v posledných desaťročiach otvára nové perspektívy. Zvláštnosti detského organizmu narážajú na problémy so systémovou liečbou retinoidmi. Používame ich v liečbe závažných dermatóz s poruchou keratinizácie po dôslednom zvážení vedľajších účinkov.

Autori uvádzajú vlastné skúsenosti s liečbou acitreti-

nom u ťažkých foriem ichtyóz (collodion baby a harlequin fetus, palmoplátnnej keratodermie, psoriázy). Acitretin podávali v dávke 0,5 mg/kg váhy/deň v iniciálnej fáze v intermitentnom podávaní z vitálnej indikácie u genodermatóz a neskôr v intervalej liečbe a 3–6 mesiacov v udržiavacej dávke 0,1–0,3 mg/kg váhy. Izotretinoín použili u závažných foriem akne v dávke 0,75–1,0 mg/kg váhy po dobu 6 mesiacov až 1roka. Pri monitorovaní laboratórnych parametrov a sledovaní možných systémových komplikácií, skeletálnych zmien aj zásahov do rastových faktorov/kostný vek, rastová krvka, metabolizmus Ca, P, celkového prospievania dieťafa. Pri aplikácii intervalovej liečby u závažných dermatóz zaznamenali len minimálne odchýlky v kostnom veku pri zachovaní rastovej krvky. Ostatné parametre laboratórne, aj možné systémové zmeny sa pri uvedených dávkach retinoidov nevyskytli.

Systémová liečba acitretinom u závažných dermatóz detského veku môže byť pri vitálnej indikácii menej riziková a v konečnom dôsledku pri správnom postupe a monitorovaní znamená menšie riziko systémových zmien pri zlepšení kvality života dieťaťa.

NEHOJÍCÍ SE PERIANÁLNÍ LÉZE U 3LETÉHO CHLAPCE

Bartoňová J.

Klinika nemocí kožních a pohlavních FN Hradec Králové, ČR

3letý chlapec byl na naší dětskou ambulanci odeslán z gastroenterologické poradny pro 6 měsíců trvající nehojící se perianální lézi. S těmito projevy byl léčen na kožní ambulanci v místě bydliště antibakteriálními a antimykotickými externy. Stále však docházelo k progresi kožních projevů. Pro bolestivou defekaci byl podrobně vyšetřen v gastroenterologické poradně. V té době defekace probíhala pouze na výzvu 1–2x týdně, stolice byla formovaná bez patologických příměsí, bolesti bříška neměl. Ale začal méně jist. Objektivně perianálně byly zjištěny sytě červené macerované vegetace po celém obvodu konečníku v šíři cca 2 cm. Provedena biopsie, diagnóza stanovena histologicky. Probíhá léčba.

HEMANGIÓMY V KOJENECKOM VEKU

Baloghová, J., Jautová, J.

Klinika dermatovenerologie UPJŠ LF a FN LP, Košice, SR

Hemangiómy v kojeneckom veku patria k najčastejším benígnym tumorom. Väčšina hemangióm regreduje bez liečby, ale 5–10% zexulceruje počas rýchlej rastovej fázy v prvých 6 mesiacoch života. Ulcerácie sprevádzajú bolestivosť, krvácanie, sekundárna infekcia a hojenie jazvami.

Efektívny menežment ulcerujúcich hemangióm zahrňa rôzne terapeutické možnosti. Okrem systémovej terapie je dôležitá aj lokálna liečba práve exulcerovaných

hemangiómov, aby sa predišlo nežiadúcim komplikáciám. Lokálne antibiotiká, pastové externá zabezpečujúce bariérovú ochranu, jemné čistenie a debridement ulcerácií prispievajú k ich hojeniu. Bio-okluzívne hydrokoloidné fólie, absorbujúce neadhezívne fólie a obklady redukujú bolestivosť rán a urýchľujú hojenie.

Autorky prezentujú 3 prípady detí v kojeneckom veku s exulcerovanými hemangiómami, ktoré boli úspešne liečené biookluzívnymi fóliami.

ONKODERMATOLÓGIA

MOHSOVA MIKROGRAFICKÁ CHIRURGIE

Vykutilova S.¹, Pospíšilová A.², Irvine C.², Birnie A.², Cooper A.²

¹ East Kent University Hospitals, UK,

² FN Bohunice, Brno, ČR

Mohsova mikrograficky kontrolovaná excize je postup, při kterém dojde k úplnému odstranění tumorózní tkáně při maximálním zachování okolní zdravé tkáně ve funkčně a kosmeticky exponovaných částech těla u agresivních nebo u rekurentních typů tumorů. Po zhodnocení rizik operace, je tento proces několika stupňový a vyžaduje vysokou erudici lékaře a to nejen v oblasti histopathologie, dermatologie, onkologie, ale i rekonstrukční chirurgie. Tato metoda je jak přístrojově, tak i ekonomicky náročná. Rekurence nádorů je však minimální ve srovnání s konvenčními metodami a proto je celosvětově vysoce uznávanou nejen v oblasti dermatologie.

PRINCÍP PET/CT VYŠETRENIA A PROFIT PRE PACIENTOV S MALÍGNYM MELANÓMOM

Polakovičová J.¹, Havráňková M.¹, Pauliny P.²

¹Národný onkologický ústav,

²BIONT, Bratislava, SR

Pozitronová emisná tomografia je moderná vyšetrovacia metóda, ktorá patrí medzi diagnostické metódy nukleárnej medicíny. V poslednej dobe sa ako senzitívnejšia metóda, skracujúca dobu vyšetrenia využíva PET/CT-vyšetrenie – fúzia dvoch vyšetrovávacích modalít, PET a CT do jedného diagnostického zariadenia. Zvyšuje špecifitu pri detekcii patologických zmien. Je možné porovnávať funkčné a anatomické obrazy.

Indikácie PET/CT-vyšetrenia:

1. Iniciálny staging
2. sledovanie účinku liečby
3. potvrdenie remisie
4. zaznamenanie recidívy a jej rozsahu

Hlavný princíp PET/CT-vyšetrenia je detekcia kumulá-

cie špecifického rádiofarmaka v nádorovom tkanive. Najčastejšie používané rádiofarmakum je 18-fluor-deoxyglukóza, ktorá sa v organizme chová obdobne ako glukóza.

V bunkách so zvýšeným metabolizmom, ako je napr. nádorová bunka je glukóza zvýšene vychytávaná. Po označení tzv. fyziologickým rádionuklidom 18F sa nemení charakter molekuly, pretože atómový polomer fluóru je obdobný ako vodíka. Polčas rozpadu 18F je okolo 110 min., preto sa dá dopravit aj na pracoviská vo väčšej vzdialnosti.

Kvalita PET/CT-vyšetrenia závisí od dostatočnej prípravy pacienta. Tá musí byť koordinovaná ako odosielajúcim lekárom, tak aj príslušným PET/CT-pracoviskom.

Pri diagnóze maligného melanómu má PET/CT význam predovšetkým u pac. v III. štádiu. a IV. štádiu.

Na jednotlivých kazuistikách uvedieme dôvody indikácie a výsledky vyšetrení.

MUIR-TORRE SYNDROM

Kacerovská D.^{1,2}, Kazakov D.^{1,2}, Černá K.^{1,2}, Michal M.^{1,2}

¹Šíkľuv patologický ústav, Fakultná nemocnice a Lékařská Fakulta UK v Plzni,

²Bioptická laboratoř s.r.o., Plzeň, ČR

Muir-Torre syndrom (MTS) je autozomálne dominantné dědičné onemocnení charakterizované kombinací nejméně jednoho kožního nádoru se sebaceózní differenciácií a minimálne jednoho viscerálneho tumoru postihujúcim nejčastěji gastrointestinální (cca 50 %) a urogenitální (cca 25 %) trakt. Stejně tak mnohočetné keratoakantomy vyskytující se zejména u mladých osob na místech chráněných před sluncem jsou kožním příznakem MTS. Kožní léze ve většině případů předchází anebo se vyskytují současně s nádory vnitřních orgánů. Autoři shrnují problematiku tohoto onemocnění se zaměřením se zejména na morfologické kožní nálezy a včasné diagnostiku.

AKTUÁLNY DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÝ POSTUP PRI PODOZRENÍ NA MELANÓM

Dubčeková M.¹, Rybár J.²

¹Dermatovenerologická amb.,

²Chirurgické odd., NsP Medissimo, Bratislava, SR

Úvod: Kožné tumory suspektné z maligného melanómu si vyžadujú správny diagnostický a terapeutický postup. Skorá detekcia a následne terapia sú nevyhnutné a výrazne ovplyvňujú prežívanie a prognózu pacientov.

Ceil: V našej práci sa zameriavame na aktuálne trendy v oblasti detektie a chirurgickej terapie pacientov so suspektným kožným melanómom. Zároveň monitorujeme súčasnú situáciu v tejto oblasti na Slovensku v rámci chi-

rurgického managementu a vyhodnotenie vývoja štandardizácia vyšetrenia sentinelovej uzliny kombinovanou technikou Tc99 a Patent blau na špecializovaných pracoviskách ako aj v neštátnych zariadeniach.

Metódy: Rešerš aktuálnych guidelines v oblasti managementu melanómu v konfrontácii s aktuálnou situáciou managementu maligného melanómu u nás.

Výsledky: Úspešnosť identifikácie melanómu sa vo všeobecnosti pohybuje v rozsahu 65–80 %. Odporúča sa teda vyvarovať širokých excízií pokiaľ nie je k dispozícii definitívne histopatologický záver z dôvodu rizika veľkého defektu u benigných lézii. Pri skorej diagnostike je viac ako 90 % melanómov vyriešených samotnou primárhou excíziou, o to viac je potrebný správny prístup k riešeniu primárnych lézii. Stav regionálnych lymfatických uzlín (LU) je najdôležitejším prognostickým faktorom u pacientov s lokalizovaným malígnym melanómom. Sentinelová biopsia (SNB) je minimálne invazívna metóda, ktorá slúži na určenie stavu týchto uzlín a selekciu pacientov s pozitívnymi LU, ktorí sú kandidátmi na kompletnejšiu disekcii LU. Vo svete sa štandardom stala kombinovaná technika SNB s použitím metylénovej modrej a rádiokoloidu ^{99m}Tc. V našej práci prezentujeme výsledky viacerých pracovísk, ktoré aktuálne používajú značenie sentinelovej uzliny kombinovanou technikou Tc99+PB u pacientov s malígnym melanómom.

Záver: Diagnóza maligného melanómu postihuje čoraz väčšiu časť našej populácie s pomerne vysokou mortalitou. Posledné roky priniesli výrazné rozšírenie a aplikáciu aktuálnych celosvetových postupov a štandardov v chirurgickej, ale aj konzervatívnej terapii maligného melanómu.

Diskusia: Správny chirurgický management bioptizácie kožných lézii suspektných z melanómu ako aj štandardizácie detektie sentinelovej uzliny kombinovanou technikou a multidisciplinárny prístup k tejto problematike sú dobrým príslušom do budúcnosti. Aktuálnou otázkou stále ostáva vytvorenie praktických guidelines v tejto oblasti u nás, rovnako ako v iných krajinách, ktoré by mohli rovnako prispieť k zefektívneniu a zjednoteniu postupov diagnosticko-terapeutických postupov u týchto pacientov.

MLADÍ

DERMATOVENEROLÓGIA

NANOČASTICE, NANOTECHNOLÓGIE

Blaško M.

Dermatovenerologická klinika LFUK a FNPsP, Bratislava, SR

Nanotechnológie sa považujú za synonymum vedecko-technickej revolúcie 21. storočia. Ako nanotechnológie sa obyčajne označuje technický odbor, ktorý sa zaoberá tvorbou a vývojom technológií veľkosti rádovo desiatok nanometrov. Za nanočasticu sa považuje spravidla malý objekt,

ktorého priemer je v rozsahu 1 - 100 nanometrov, teda približne 1/10.000 priemera ľudského vlasu. Ako jeden zo zakladateľov nanotechnológií (avšak nepoužil tento názov) je označovaný Richard Feynman, ktorý základnú myšlienku predstavil na svojej slávnej prednáške nazvanej Tam dole je veľa miesta (There's Plenty of Room at the Bottom), ktorú v roku 1959 predniesol na výročnej schôdzi Americkej spoločnosti fyzikov, ktorá sa konala na Caltechu. Nanotechnológie predstavujú okrem iného technologické postupy, prostredníctvom ktorých zložky krémov nadobúdajú želané vlastnosti. Napríklad zinok je jedným z najlepších blokátorov UV žiarenia. Bežné ochranné krémy obsahujú jeho veľké častice. Nanesená vrstva musí byť preto hrubá, aby bol dosiahnutý účinok. Stáva sa tak neatraktívnu pre spotrebiteľa. Nanotechnologicky rozdrvený zinok je oveľa menší a už tenká vrstva krému dokáže vytvoriť jeho súvislú vrstvu. Krém sa tak stáva tekutejším a priehľadným. Opalovacie krémy sú jedným z mnohých príkladov nanotechnologických výrobkov. Nanočasticie obsahujú aj mnohé dezodoranty, zubné pasty, šampóny, krémy proti vráskam, laky na nechty a iné. Bez ich dôkladného výskumu nie je možné predpokladať, aký vplyv môžu mať na ľudský organizmus. Bezpečnosť je otázka, ktorá od začiatku sprevádza oblasť nanotechnológií. Práve kvôli použitiu nanočastic v medicíne je nevyhnutné pochopiť riziká a vytvoriť prísne regulácie v nanomedicíne. Toxicita nanočastic závisí od toho, z čoho sú vytvorené a od toho, či sa tieto materiály dostanú alebo nedostanú rýchlo do organizmu. Tri najskloňovanejšie hrozby nanotoxicity sú: karcinogenita, mutagenita, genotoxicita. Nemôžeme nemyslieť na to, že nanomateriály môžu nadobúdať nové, nečakané vlastnosti a pri manipulácii s nimi by sme mali byť opatrní.

UMÍME KOMBINOVAT KLASICKOU LÉČBU PSORIÁZY S BIOLOGICKOU ? – KAZUISTIKY

Gkalpakiotis S., Arenberger P., Arenbergerová M.

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK A FNKV, Praha, ČR

Ve 21. storočí je naštěstí několik možností léčby lupénky. Dle rozsahu může být terapie místní (kortikosteroidy, derivaty vitaminu A a D, dechty, atd.) nebo celková (fototerapie, acitretin, cyclosporin, methotrexat). Zcela novou skupinu celkových léčiv tvoří tzv. biologika. Tyto léky zasahují cíleně na molekulární úrovni do patogenetických pochodů vzniku psoriázy. Podávají se i. v. nebo s. c. V ČR jsou doposud registrovány preparáty adalimumab, etanercept, infliximab a ustekinumab. Navíc víme, že psoriáza již není jen povrchová kožní choroba, ale je spojena s řadou komorbidit a terapie by měla být zahájena co nejdříve, abychom zabránili pozdějším nevratným kom-

plikacím. Ale jak klasická léčba, tak i moderní, má své limity a proto je důležité vždy vybrat správného kandidáta. K dosazení nejvyššího efektu je často u těžkých a komplikovaných pacientů biologická léčba kombinována s klasickou celkovou a lokální terapií.

ONYCHOMYKÓZA V ÉRE SYSTÉMOVÝCH ANTIMYKOTÍK – „OKRAJOVÝ“ PROBLÉM?

Kuklová M., Urbanček S.

Dermatovenerologická klinika SZU, FNPsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica, SR

Výskyt mykotických infekcií kože a jej adnexov vykazuje narastajúcu tendenciu. Z ochorení nechtorov tvoria onychomykózy 18–40 % a reprezentujú 30–50 % všetkých dermatomykóz. Onychomykóza nôh predstavuje častejšiu variantu mykotického postihnutia nechtorov, vyskytuje sa hlavne u dospelých, najmä u starších osôb. Medzi najčastejšie vyvolávatele onychomykóz patria *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton interdigitale*, *Epidermophyton floccosum*. V poslednom období sa zvyšuje výskyt mykotických infekcií spôsobených vláknitými hubami rodov *Aspergillus*, *Fusarium*, *Penicillium* a hlavne *Scopulariopsis*. Významnými predispozičnými faktormi vzniku onychomykózy nôh sú najmä cievne poruchy dolných končatín, traumatické a dystrofické zmeny na nechtoch spôsobené napr. tlakom obuví.

Autori sledovali výskyt onychomykózy u hospitalizovaných pacientov s klinickými zmenami nechtorov počas 4 mesiacov, dĺžku trvania ochorenia a zistovali spôsob liečby pacientov. Za obdobie 4 mesiacov bolo mykologicky vyšetrených 52 hospitalizovaných pacientov s klinickými zmenami nechtorov na nohách vo vekovej kategórii 18-87 rokov, kultivačne bolo pozitívnych 23 pacientov. Najčastejšimi identifikovanými pôvodcami v sledovanej skupine boli *Trichophyton rubrum*, *Torulopsis glabrata*. V pozitívnej skupine pacienti udávali pozorovanie zmien nechtorov od 6 mesiacov do 12 rokov, väčšina pacientov netušila, že sa môže u nich jednať o mykotické ochorenie nechtorov, mykologické vyšetrenie v minulosti u nich nebolо realizované. Takmer všetci pacienti boli dlhodobejšie sledovaní na kožnej ambulancii s inou základnou diagnózou (najčastejšie sa jednalo o *ulcus cruris*), pričom v uvedenej skupine bol na onychomykózu v minulosti liečený iba jeden pacient a to iba lokálnym antimykotíkom.

Autori sa snažia poukázať na rozšírenosť mykotickej infekcie nechtorov, jej podceňovanie ako ochorenia a tiež ako závažný zdroj nákazy, absenciu mykologického vyšetrenia u klinicky zmenených nechtorov a taktiež na nedostatočnosť liečenia tohto ochorenia pri dostupnosti celkových antimykotík.

PORUCHY PIGMENTÁCIE A NOVÉ MOŽNOSTI ICH DIAGNOSTIKY.

Petrovajová M., Hegyi V., Kohútová Z., Čárska, N.

Detská dermatovenerologická klinika DFNSP, Bratislava, SR

Farba kože je prísné individuálna, determinujú ju viaceré zložky a rozdiely medzi jedincami sú dané genetickou výbavou. Na farbu kože sa podieľa množstvo melanínu, prekrvnenie (hemoglobin a deoxyhemoglobin), obsah biliрубínu, hydratácia a ďalšie štruktúry kože.

Poruchy pigmentácie sa týkajú melanínovej zložky kože a môžu byť výsledkom abnormálnej migrácie melanocytov z neurálnej lišty v priebehu embryogenézy alebo sú výsledkom porúch získaných počas života. Porucha syntézy melanínu, porucha prenosu melanínu melanozómami na keratinoxy alebo jeho chybnej degradácia a poškodenie melanocytov môžu viesť k abnormalitám pigmentácie kože. Môžu byť imunologickej, ale aj toxickej etiológie. Poruchy pigmentácie delíme na dve veľké skupiny: hypo- a hyperpigmentácie, ďalej ich delíme na lokálne a difúzne, lokalizované alebo ako súčasti syndrómov. Diagnostika porúch pigmentácie je náročná a často nejednoznačná. Pomocou difúznej reflexnej spektrofotometrie sa dá objektívne stanoviť množstvo melanínu na konkrétnom mieste v koži.

Difúzna reflexná spektrofotometria je neinvazívna vyšetrovacia metóda založená na optických vlastnostiach kože (reflektancia a absorbancia) a interakcii opticky aktívnych chromofórov kože s viditeľným svetlom. Výsledkom tejto interakcie je objektívne stanovenie množstva melanínu, jeho zmeny oproti okolitej nepostihnutej koži a oddiferencovanie erytémovej zložky lézie. Na využitie jednotlivých spektrofotometrických meraní bol u nás vyvinutý špeciálny softvér. Pomocou tohto vyšetrenia sa dá eliminovať subjektívnosť hodnotenia pigmentácie rôznymi vyšetrujúcimi, taktiež sa dá objektívne stanoviť úspešnosť terapie – repigmentácia. Na záver budú predstavené jednotlivé kazuistiky porúch pigmentácie s praktickou aplikáciou difúznej reflexnej spektrofotometrie s využitím a jej prínos v dermatológii.

NAŠE SKÚSENOSTI S BIOLOGICKOU LIEČBOU – INFILIXIMAB

Kozub P., Šimaljaková M.

Dermatovenerologická klinika LFUK a FNPs, Bratislava, SR

Na Dermatovenerologickej klinike v Bratislave bolo v období od októbra 2006 do februára 2010 liečených 19 pacientov so psoriázou TNFalfa blokátorom – infliximabom (Remicade). Z toho bolo 14 mužov a 5 žien. Najmladší pacient mal 29 rokov a najstarší 64 rokov. 6 pacientov prešlo na liečbu Remicadom z Raptivy (3x rebound fenomén, 3x switch po stiahnutí Raptivy z obehu), 4 pacienti prešli z Enbrelu (1x non-responder, 3x nedostatočný

efekt), 3 pacienti užívali tesne pred prvou infúziou celkové kortikosteroidy, 1 pacient MTX, 1 pacient Equoral a 3 pacienti mali len lokálnu liečbu.

Sledovali sme dynamiku zmien PASI, DLQI a vedľajšie účinky počas liečby infliximabom v priebehu prvého roku liečby. Priemerné zlepšenie PASI pacientov po 14. týždňoch liečby (indukčná fáza) bolo 82,1 %, čo potvrdzuje výsledky klinických štúdií o veľmi rýchлом nástupe účinku lieku. Priemerný pokles PASI v 54. týždni liečby bol 89,5 %, čo sa výrazne líši od výsledkov štúdií, ktoré poukazujú na mierny pokles účinnosti v 52. týždni liečby. Kvalita života pacientov bola výrazne zlepšená už po 14. týždňoch liečby, čo koreluje so zlepšením lokálneho nálezu. Liečba bola všeobecne dobre tolerovaná. Infúzna reakcia bola dôvodom ukončenia liečby u jednej pacientky, oneskorený typ hypersenzitívnej reakcie taktiež u jednej pacientky. Zvyšovanie hmotnosti bolo najčastejším vedľajším účinkom liečby. Z ďalších to bola folikulítida, otitída, erysipelas, infekt horných aj dolných dýchacích ciest, hnačkovitá stolica.

Naše klinické skúsenosti potvrdzujú, že infliximab je biologikum s veľmi dobrou účinnosťou a dobrým bezpečnostným profilom.

INTENZÍVNE PULZNÉ SVETLO (IPL) V KOREKTÍVNEJ DERMATOLÓGII

Sochor M.

Dermatovenerologická klinika LFUK a FNPs, Bratislava, SR

Intenzívne pulzné svetlo (Intense Pulsed Light – IPL) je oblúbenou a rozšírenou ošetrovacou metódou v korektívnej dermatológií. Z technického hľadiska možno IPL prístroje rozdeliť na 2 skupiny: 1. s nekontrolovaným výbojom, 2. s kontrolovaným výbojom. Napriek tomu, že táto metóda nepatrí medzi najnovšie, stále sa zistujú nové poznatky o princípe jej fungovania. Práve tiež nové informácie odhaľujú potrebu výberu správnych parametrov, o ktorých pojednáva prezentácia.

VARIA

INFLIXIMAB A JEHO MIESTO V LIEČBE KOŽNÝCH OCHORENÍ

Šimaljaková M., Kozub P.

Dermatovenerologická klinika LFUK a FNPs, Bratislava, SR

Úvod: Infliximab je chimérická (myšia 25%/ludská 75%) IgG1 anti TNF monoklonálna protilátka, ktorá má vysokú afinitu a špecifitu pre TNF a je indikovaná na liečbu chronickej ložiskovej psoriázy. Mimo indikačného obmedzenia sa uplatňuje v liečbe ďalších dermatóz.

Ciel: Zhodnotenie indikácií, kontraindikácií a nežiaducích účinkov infliximabu.

Metóda: Dve kazuistiky pacientov s hydadenitis suppurativa liečených infliximabom po neúspešnej liečbe, Roaccutanom, Neotigasonom, antibiotikami a lokálnou liečbou.

Výsledky: V oboch prípadoch sa jednalo o pacientov s rozsiahlym náležom secernujúcich bolestivých uzlov v axilárnej, inguinálnej a submamárnej oblasti. S početnými jazvami a fistulami. Z laboratórnych výsledkov so zvýšenými zápalovými parametrami. Po nasadení liečby Infliximabom sa stav začal rýchle zlepšovať, secernácia ustúpila. S pokračovaním liečby sa pozitívny účinok skracoval. Po nasadení Disulone u jednej pacientky a Neotigasonu u druhého pacienta je stav stabilizovaný s mierou secernáciou bez ďalšieho zlepšovania, s kolísavým priebehom klinického nálezu.

Záver: Infliximab je indikovaný v rámci dermatológie pre chronickú ložiskovú psoriázu. V mimoriadnych prípadoch môže zlepšiť klinický obraz aj iných ochorení, ako napr. hydadenitis suppurativa.

MUŽSKÁ UROGENITÁLNA MYIÁZA

Baranová Z.¹, Nagy V.²

¹Klinika dermatovenerológie,

²Urologická klinika, FNLP a LF UPJŠ, Košice, SR

Myiasis je ochorenie vyjadrujúce infestáciu makroorganizmu larvami hmyzu radu Diptera (dvojkrídlovce). Na našom území žije vyše 6000 druhov dvojkrídlovcov. Z klinického hľadiska sa myiáza delí podľa napadnutých orgánov na kožnú a podkožnú myiázu, myiázu telesných dutín a myiázu postihujúcu duté orgány. Podľa spôsobu postihnutia makroorganizmu sa muchy vyvolávajúce myiázu delia do troch ekologických skupín, a to na obligatórne parazity, fakultatívne parazity a náhodné parazity. S myiázou sa skôr stretávame u ľudí s tažkými psychickými poruchami, u mentálne zaostalých alebo týraných, či nevládných osôb, odkázaných na staroslivosť inými ľuďmi, u závislých od návykových látok, alebo u ľudí s nízkym ekonomickým postavením a s veľmi nízkym hygienickým štandardom, čo dokumentuje aj násprípad.

Popisujeme prípad 43-ročného bezdomovca nájdeného na ulici, ktorý bol záchrannou službou prvej pomoci privezený na Centrálné prijímacie oddelenie FNLP v Košiciach. Pri klinickom vyšetrení zistená rozsiahla nekrotická lézia distálnej časti penisu s pridruženou flegmónou, masívne infestovaná larvami múch. Po aplikovaní indiferentnej masti a následnom mechanickom odstránení zvyškov lariev bola robená parciálna nekrekémia, s dobrou tendenciou k hojeniu vzniknutých defektov. Urogenitálna myiáza obyčajne asociouje so zlou hygienou, zlým zdravotným stavom, obmedzenou pohyblivosťou, urinárnu obstrukciou a ulcerujúcimi léziami v tejto časti tela.

ACITRETÍN – VÝZNAMNÝ PRÍPRAVOK V DERMATOLÓGII

Šimaljaková M.

Dermatovenerologická klinika LFUK a FNsP, Bratislava, SR

Úvod: Acitretín patrí k 2. generácii syntetických retinoidov. ovplyvňuje transkripciu génon pre diferenciáciu a proliferáciu keratinocytov

Ciel: Zdôrazniť rôzne indikačné možnosti acitretínu v dermatológiu, upozorniť na kontraindikácie a nežiaduce účinky.

Metóda: Zhrnutie skúseností s acitretínom vo svetovej a domácej praxi.

Výsledky: Najčastejšou indikáciou pre acitretín je psoriáza. Najlepšie reaguje pustulózna forma psoriázy až do 100%, psoriatická erythrodermia 83 % a chronická forma psoriázy v 76,5%. Acitretín je indikovaný v liečbe Ichthyosis congenita pod obrazom collodion baby v dávke 1 mg/kg/d., u palmoplantárnej keratodermii v dávke 25 mg/d. Ďalšími indikáciami sú Papillon-Lefévre sy, KID sy, morbus Darier, keratosis lichenoides chronica. Zo zápalových dermatóz sa používa v liečbe lichen ruber planus, pustulosis subcornealis, erythema gyratum repens. Ojedinele sa v literatúre nachádzajú zmienky o liečbe nodulo-cystického akné a hydadenitis suppurativa, IgA linerány pemphigus, epidermodysplasia verruciformis. Acitretín sa používa samostatne alebo v kombinácii s lokálnymi a celkovo používanými preparátmi a s UV žiareniom.

Záver: Acitretín má nenahraditeľný význam v liečbe mnohých dermatóz, v patogenéze ktorých hrá jednu zo základných úloh porucha diferenciácie a proliferácie keratinocytov.

SCHNITZLERŮV SYNDROM JAKO VZÁCNÁ PŘÍČINA CHRONICKÉ KOPŘIVKY A NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČBOU ANAKINROU U DVOU PACIENTŮ

Szturz P.¹, Adam Z.¹, Čorbová D.², Neubauer J.³, Prášek J.⁴, Koukalová R.⁵, Řehák Z.⁵, Mayer J.¹

¹Interní hematoonkologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice,

²Dermatovenerologická klinika LF MU a FN Brno,

³Radiologická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno,

⁴Klinika nukleárnej medicíny LF MU a FN Brno,

⁵Oddelení nukleárnej medicíny, PET Centrum Masarykova onkologického Ústavu v Brně, ČR

Schnitzlerův syndrom je vzácné idiopatické onemocnení charakterizované chronickou kopřivkou, přítomností monoklonálneho imunoglobulinu třídy IgM a dalšími znaky. V této kazuistice popisujeme úspěšnou léčbu preparátem anakinra (Kineret) u dvou pacientů sledovaných na naši hematoonkologické klinice. U prvního pacienta, muže narozeného v roce 1944, se ve 45 letech poprvé objevily

kožní projevy ve formě intenzivně svědící kopřivky, jejíž výsev byl doprovázen febriliemi. Dále trpěl bolestmi v oblasti bederní páteře a pánce. Potíže u druhého pacienta, muže narozeného v roce 1963, začaly ve 44 letech a jednalo se rovněž o kopřivku, která byla zcela asymptomatická, nesvědivá. Později se však přidaly prudké záchvaty zimnice a třesavky s bolestmi kostí a klobub, při kterých docházelo k výsevu nových kopřivkovitých morf. Pro nález monoklonálního IgM byli oba pacienti odesláni na naše pracoviště s podezřením na monoklonální gamapatií a po vyloučení jiných diferenciálně diagnostických příčin byla u obou mužů stanovena diagnóza Schnitzlerova syndromu. Terapeuticky jsme využili několik preparátů (kortikoidy, 2-chlorodeoxyadenosin, interferon alfa, cyklosporin, thalidomid, bortezomib) i metodu PUVA, avšak žádný režim neuvedl onemocnění do kompletní remise a léčbu jsme vždy byli po určité době nuteni přerušit buď pro nedostatečný efekt léčby nebo pro její nežádoucí účinky. Jediný lék, který při velmi dobré toleranci minimalizoval příznaky nemoci u obou pacientů, byl anakinra (receptorový antagonist interleukinu 1). Za několik hodin od podání první dávky léku urtičiarní vyrážka zcela vymizela, ostatní obtíže, jako bolesti kostí a teploty, odesněly v řádu dnů spolu s normalizací zánětlivých markerů v krvi. Léčba anakinrou je však trvalá s nutností každodenní podkožní aplikace injekcí.

POSTERY

KAPACITANCIA KOŽE A JEJ VYUŽITIE PRI ANALÝZE HYDRATÁCIE KOŽE A KOŽNÉHO RELIÉFU

Kohútová Z., Hegyi V., Čárska N., Petrovajová M.

Detská dermatovenerologická klinika DFNsP, Bratislava, SR

Meranie kapacitancie kože umožňuje neinvazívnym spôsobom exaktne vizualizovať a kvantifikovať kožný mikrorelief a stav hydratácie kože na základe jej elektrických vlastností. Na našom pracovisku sme v spolupráci s Fakultou matematiky, fyziky a informatiky UK modifikovali technológiu čipu pre snímanie odtlačkov prstov a vyvinuli zariadenie umožňujúce získať grafický obraz kožného povrchu, ktorý významným spôsobom rozširuje existujúce diagnostické a terapeutické postupy pri patologických stavoch ovplyvňujúcich mikrorelief a hydratáciu kože.

Senzor prístroja aktívne sníma kapacitanciu a zachytáva detailné obrazy kože v rozlíšení 50 µm/pixel. Po aplikácii senzora na kožu získame obraz pozostávajúci z 255 stupňov šedej škály, pričom čierna farba reprezentuje veľmi vysokú kapacitanciu a biela veľmi nízku hodnotu kapacitancie kože vo vyšetrovanej lokalite. Šedé stupne výstupného obrazu sú preto tmavšie pod keratinocytmi ako pod kožnými vráskami.

Zámerom pilotnej štúdie, realizovanej na našej klinike, je monitorovanie dynamiky zmien hydratácie kože pomocou merania kapacitancie v priebehu liečby u pacientov s atopickou dermatitídou.

Meranie kapacitancie kože prináša do klinickej dermatovenerológie nové, spoľahlivejšie a objektívnejšie informácie o niektorých topografických a fyzikálno-chemických parametroch kože, poskytuje určitý stupeň prieniku do doposiaľ neobjasnených patofiziologických procesov.

LUPUS ERYTHEMATODES NEONATORUM

Tomšíková I.¹, Čapková Š.², Chrtková J.³

¹Dětská kožní ambulance, Dětská poliklinika FN v Motole, Praha a Dětská kožní ambulance, Dětská nemocnice, Mladá Boleslav,

²Dětská kožní ambulance, Dětská poliklinika FN v Motole, Praha,

³Dětská revmatologická ambulance, Dětská nemocnice, Mladá Boleslav, ČR

Novorozenecký LE je vyvolaný přenosem mateřských autoprotilátek anti-Ro(SSA), anti-La(SSB) ev. anti -U1 RNP. NLE postihuje kůži, srdce, méně často další orgány. Kožní projevy se objevují u 50% dětí s NLE v prvních 12 týdnech života a jsou přechodné. Tvoří se anulární erytematoskamózní ložiska v obličeji, kštici i na trupu, zhoršují se po oslnění. Spontánně ustoupí s vymízením mateřských autoprotilátek. Postižení srdce vzniká již intrauterinně u 15-30% dětí s NLE, může být i letální. Způsobuje kongenitální A-V blok, který je irreverzibilní. Možnými dalšími přechodnými projevy jsou hematologické abnormality a hepatopatie. Matky mohou mít příznaky systémového autoimunitního onemocnění nebo jsou asymptomatické. Nacházíme u nich stejné autoprotilátky jako u dětí. U dítěte s NLE je potřeba sledovat klinický stav, EKG, základní hematologické i biochemické hodnoty. Terapie kožních lézí spočívá ve fotoprotekci a aplikaci lokálních kortikosteroidů. Závažnější A-V blok vyžaduje implantaci pacemakeru. Gravidní matkám s pozitivními anti-Ro(SSA) a anti-La(SSB) autoprotilátkami je nutné opakovat provést fetální echokardiogram k možnosti včasného zachycení srdečního postižení plodu.

Popisujeme případ kojence, kdy se kožní projevy objevily v obličeji začátkem 3. měsíce věku. Byly zjištěny pozitivní autoprotilátky ANA a anti-Ro (SSA). Srdeční postižení dítě nemá, přechodně byla trombocytopenie, která se spontánně upravila poklesem autoprotilátek. Kožní projevy ustoupily v 6 měsících věku. Matka byla již v těhotenství sledována pro silnou pozitivitu stejného typu autoprotilátek a perniciózní anemii. Jiné příznaky systémového autoimunitního onemocnění nemá. Během gravidity byl opakován proveden fetální echokardiogram a byla podávána imunomodulační léčba kortikosteroidy.

KORELÁCIA MEDZI KLASICKÝM A SPEKTROFOTOMETRICKÝM STANOVENÍM MED V PROCESE OPTIMALIZÁCIE UVB FOTOTERAPIE

Čárska N., Hegyi V., Petrovajová M., Kohútová Z.

Detská dermatovenerologická klinika DFNsP, Bratislava, SR

Stanovenie MED u každého pacienta pred a v priebehu UVB fototerapie zohráva dôležitú rolu v terapeutickom procese nielen u detských pacientov. Opakovaným stanovením MED zabezpečujeme optimálnu dávku UVB 311 nm počas celej fototerapie a dosahujeme jej maximálny liečebný efekt cieleným podávaním čo najnižších účinných dávok UV žiarenia, skrátenie trvania celej liečby a minimalizáciu kumulatívnych dávok žiarenia. Pravidelné a opakované sledovanie vývoja MED u toho-ktorého pacienta je podmienkou na optimalizáciu fototerapie.

Pre určenie MED sme testovacím zariadením Dermapal UVB 311 nm, aplikovali rôzne dávky UVB žiarenia na kožu a vygenerovanú reakciu sme po 24 hodinách objektívne a neinvazívne hodnotili difúznou optickou spektrofotometriou. Táto metóda je založená na meraní zmien optickej vlastnosti chromofórov kože. Rýchle, presné a objektívne stanovenie MED touto neinvazívnu metódou je podkladom pre vypracovanie všeobecne použiteľných algoritmov na zistenie optimálnej dávky UVB 311 nm žiarenia. Výsledkom bude poznanie závislostí medzi klasickým a spektrofotometrickým hodnotením erytémovej reakcie v klinickej praxi. Vzhľadom k možným nežiaducim účinkom dlhotrvajúcej fototerapie je jej optimalizácia podkladom pre vypracovanie bezpečnejších schém aplikácie.

ZMĚNY NÁLADY A RIZIKO SEBEVRAŽDY BĚHEM LÉČBY PERORÁLNÍM IZOTRETINOINEM – ČESKÁ STUDIE

Nevoralová Z.¹, Dvořáková D.²

¹Kožní oddělení nemocnice, nemocnice Jihlava,

²Psychiatrická léčebna, Jihlava, ČR

Akné je chronická choroba, která má velmi často významný vliv na kvalitu života pacientů. Izotretinoín je jediný lék, který je účinný v léčbě nejtěžších forem akné. Deprese a změny nálady jsou uvedeny jako možný nežádoucí účinek v SPC. Dosud byla provedena řada studií zaměřených na sledování možných změn nálady a sebevražedných myšlenek během léčby izotretinoínem, žádná z nich ale zvýšené riziko neprokázala. Přesto je stále mnoho pacientů, jejich rodičů a dokonce lékařů, kteří mají obavy z tohoto potencionálního nežádoucího efektu léčby.

Do sledování bylo zařazeno 100 pacientů (71 mužů a 29 žen) užívajících perorální izotretinoín. Všichni pacienti vyplnili speciální BDI-II dotazník (Beckova sebeposuzo-

vací škála deprese, verze 2) před léčbou, po jednom měsíci léčby a dale každé tři měsíce až do ukončení léčby. Všechny dotazníky byly konzultovány s psychiatrem.

Sledování dokončili všichni pacienti. Před léčbou 6% nemocných trpělo depresivními symptomy a zhoršenou kvalitou života, 94% pacientů bylo bez obtíží. Během léčby izotretinoínem jsme nezaznamenali zhoršení obtíží u žádného z pacientů s depresivními obtížemi. Naopak, u většiny sledovaných jejich depresivní symptomy vymizely. Nově se depresivní symptomy objevily u dvou pacientů, ty však byly způsobeny jinými exogenními příčinami a nevyžadovaly léčbu. Nezaznamenali jsme žádný případ deprese ani sebevražedného jednání způsobený perorálním izotretinoínem. Naopak, se zlepšením jejich kožního nálezu byli pacienti optimističtí a kvalita jejich života se výrazně zlepšovala. Podle našeho názoru je izotretinoín bezpečný lék, pokud je užíván dle doporučených pravidel. Lékaři by měli u pacientů zjišťovat stupeň eventuální deprese za užití dotazníku (např. BDI-II) a měli by pacienty (eventuálně jejich rodiče) poučit, aby při eventuelních změnách nálad ihned informovali lékaře.

ÚČINEK MONTELUKASTU U ATOPICKÉ DERMATITIDY

Bartošíková L.¹, Nečas J.¹, Fráňa L.², Bartošík T.³

¹Ústav fyziologie, Lékařská fakulta UP v Olomouci,

²Alergologická a imunologická ambulance, Velké Meziříčí,

³Anesteziologicko-resuscitační klinika, FN U sv. Anny v Brně, ČR

Úvod: Antileukotriény představují relativně novou skupinu léků, která se uplatňuje v léčbě průduškového astmatu, alergické rýmy sezónní a celoroční.

Jedním ze zástupců je montelukast, specifický antagonist cysteinyl-leukotrienových receptorů se silným protizánětlivým účinkem. V nedávné době byla v České republice zaregistrována nová léková forma – granule – s obsahem montelukastu odpovídající dávce 4 mg, určená pro pacienty ve věku 6 měsíců až 5 let.

Cíl studie: Cílem studie bylo získat a vyhodnotit informace o účinnosti montelukastu (Singulair® granule) v léčbě dětských pacientů s projevy astma bronchiale a akutní formou atopického ekzému.

Soubor pacientů a metodika: Studie byla provedena na 15 pacientech ve věku 6–12 měsíců. Všichni pacienti měli pozitivní rodinnou alergickou zátěž. U všech byl zjištěn poslechový nález (protrahovaný záchravotivý kašel se zhoršením v noci, expirační dušnost, vrzoty). RTG plic bylo v mezích normy. Všechny děti byly postiženy akutní formou atopické dermatitidy se specifickou lokalizací pro tento věk.

U všech pacientů bylo provedeno biochemické vyšetření s nálezem zvýšeného ECP a hodnoty IgE, stanovení IgM a IgG protilátek na vyloučení pertuse, parapertuse, přítomnosti chlamydíí a mykoplasmat, specifických IgE

se zjištěnou mírnou pozitivitou na roztoče. Specifické IgE na základní potraviny byly v tomto věkovém období negativní. Pacientům byl podáván v rámci terapie 1 sáček vždy večer. Hodnocení léčby bylo provedeno po 2 a po 4 měsících. Byly sledovány nežádoucí účinky.

Výsledky: Již po 2 týdnech léčby bylo pozorováno zlepšení stavu subjektivního i objektivního, a to u všech pacientů sledovaného souboru. Vymizel dráždivý, záхватovitý kašel a expirační poslechový nález. Překvapivě ustupovala ložiska atopické dermatitidy, bez přídatné celkové kožní léčby, přestala svědit a v intervalu 2 měsíců se zhojila. Stabilizace nálezu přetrvala i při kontrole ve 4. měsíci léčby. Soubor pacientů je i nadále sledován.

Závěr: Montelukast byl sledovanými dětmi všeobecně dobře snášen, u žádného z pacientů se nevyskytly nežádoucí účinky po celou dobu léčby. To nás opravňuje tvrdit, že preventivní léčba montelukastem je bezpečná a má příznivé klinické výsledky i u této věkové skupiny.

KERATITIS – ICHTHYOSIS – DEAFNESS SYNDROME: CONNEXIN 26 (GJB2) MUTATIONS IN TWO PATIENTS

Holobradá M.¹, Danilla T.¹, Šorfová V.², Vnuková J.³, Kádasí L.⁴, Poláková H.⁴, Halássová E.⁵, Véghová E.⁵, Míkva I.⁵

¹Kožná klinika DFNsP, Bratislava,

²Kožná ambulancia, Nové Mesto nad Váhom,

³Kožná ambulancia, Duslo Šaľa,

⁴Ústav molekulárnej fyziologie a genetiky, SAV, Bratislava,

⁵Centrum lekárskej genetiky, LF UK, Bratislava, SR

Poster bol prezentovaný na 11. svetovom kongrese pediatrickej dermatológie, ktorý sa konal 17. - 19. novembra 2009 v Bangkoku, Thajsko

Keratitis – Ichthyosis – Deafness (KID) syndróm je veľmi zriedkavé ochorenie charakterizované progresívou vaskularizujúcou keratítidou, senzorineurálnej stratou sluchu od narodenia a hyperkeratotickými kožnými léziami.

Príčinou KID syndrómu sú mutácie meniac zmysel (missense mutations) v GJB2 géne na 13q11-q12 chromozóme (1). GJB2 gén kóduje proteín connexin 26, ktorý je dôležitý v intercelulárnej komunikácii.

Naším cieľom bolo určiť typ mutácie v GJB2 géne u dvoch sporadickej pacientov s KID syndrómom. Pacienti pochádzajú zo Slovenska.

Sekvenčnou analýzou kódujúcej oblasti GJB2 génu sme u obidvoch pacientov identifikovali mutáciu 148GA v heterozygotnom stave. Výsledkom tejto mutácie je substitúcia kyseliny asparágovej za asparagín v kodóne 50

(D50N). Táto mutácia sa pri KID syndróme vyskytuje najčastejšie.

Literatúra:

- Richard, G., Rouan, F., Willoughby, C. E., Brown, N., Chung, P., Rynänen, M., Jabs, E. W., Bale, S. J., DiGiovanna, J. J., Uitto, J., Russell, L.: Missense Mutations in GJB2 Encoding Connexin-26 Cause the Ectodermal Dysplasia Keratitis-Ichthyosis-Deafness Syndrome. Am J Hum Genet, 2002, 70 (5):1341-1348.

KONFOKÁLNA KAPILAROSKOPIA, OKNO DO CIEVNEJ BUDÚCNOSTI

Hegyi J., Hegyi V.

LF UK, Bratislava, SR

Nové techniky pre diagnostiku a terapiu v dermatológii sú stále menej invazívne. Medzi najnovšie patrí aj konfokálna laserová skenovacia mikroskopia (CLSM). Umožňuje vizualizáciu bunkových štruktúr pokožky až do hĺbky 300 mikrometrov *in vivo*. Až doteraz sa väčšina neinvazívnych štúdií zameriavala na patologicky zmeneňné štruktúry kože, prevažne onkologickej charakteru. Autori v kratkej prezatáčke predstavujú inú formu využitia tejto metódy za účelom presného stanovenia parametrov kapilár. Viacnásobné merania boli vykonané na dorzálnej a ventrálnej strane predlaktia 30 zdravých dobrovoľníkov (22 až 88 rok) za štandardných podmienok (izbová teplota, poloha tela, denná doba). Snímky boli získané s Vivascopem 1500 (Lucid, USA) v rámci štandardného nastavenia a analyzované pomocou freeware ImageJ s vlastným makrom. Nasledujúce parametre kapilár *in vivo* boli hodnotené: plocha, obvod, kruhovitosť a maximálny priemer. Štatistická analýza ukázala, že všetky štyri parametre boli konštantné v úzkom rozmedzí, bez ohľadu na lokalizáciu, pohlaví a veku. V tejto fyziologickej štúdií môžeme jasne preukázať, že konfokálna laserová skenovacia kapilaroskopie (CLSC) umožňuje vizualizovať a merať kožné kapiláry na rôznych miestach ľudského tela reprodukovateľným spôsobom. Tento nový prístup ponúka značné výhody v porovnaní s bežnou kapilaroskopiou, ktorú možno vykonávať len na proximálnom segmente nehtu, a pomocou histologického vyšetrenia, kde môžu vznikať prekážky v podobe fixáčnych artefaktov a v pozmenenej veľkosti a tvare analýzovanej vzorky. CLSC umožňuje presnú analýzu ciev *in vivo* a využitie tejto metódy by mohlo mať veľký dopad na diagnostiku a management systémových a proliferatívnych ochorení kože.