

# 11. jarní sympozium Evropské akademie dermatovenerologie (EADV)

## Bělehrad 22.–25. 5. 2014

Čes-slov Derm, 89, 2014, No. 3, p. 142–144

### ÚVOD

Sympozium se konalo ve velkém Sáva-centru v Novém Bělehradu, nedaleko pobřeží rozvodněné řeky Sávy, která se opodál vlévá do Dunaje.

Odborný program byl tentokrát profilován do 5 odborných témat, která probíhala paralelně: nehty a vlasy, interní choroby, STI, dětská dermatologie a dermatochirurgie.

### ODBORNÉ POZNATKY

#### Dětská dermatologie

*Prof. Harper (Británie)* popsal toxickou epidermální nekrolýzu (TEN) v pediatrii. Nejčastěji vzniká po antikonvulzivech a nesteroidních antiflogistikách v geneticky predisponovaném terénu při poškozené detoxikaci (defektní cytochrom P450), zvýšenému sklonu k apoptóze keratinocytů a vyšší expresi Fas-CD95 a TNF. Při léčbě je potřeba zajistit komplexní péči na JIP, zastavit podávání podezřelých léků, doplňovat intravenózně tekutiny. Léčbou volby je IVIG, dále i. v. metylprednisolon, popř. infliximab. V prevenci by pomohly genetické testy k detekci HLA B\*1502 (v asijské populaci nesnášenlivost carbamazepinu) a HLA B\*5801 (neschopnost zpracovat allopurinol).

*Prof. Karpatiová (Maďarsko)* objasnila zvýšenou percutánní absorpci některých látek u novorozenců: závisí na věku (zralosti), typu onemocnění, rozsahu potřísněné kůže a koncentrace látky. Kožní bariéra je tenčí – stratum corneum dozrává teprve v prvních 12 měsících, pH a TEWL se mění v prvních 2 letech života (závisí také na syntéze lipidů). Hned po narození bývá pH 7,3, do 26. týdne života klesne na 4,6. Toxicita vstřebaných látek výrazně stoupá u nedonošených a u vrozených defektů kůže (colodion baby – lamelární ichtyóza, Nethertonův syndrom). Salicylová intoxikace vyvolá metabolickou acidózu (v praxi nedoporučuje externa s vyšší než 3% koncentrací kyseliny salicylové), možná je i intoxikace kyselinou mléčnou. Urea (zejména u ichtyózy) způsobí hypernatremickou dehydrataci. V EU je t. č. již zakázaný hexachlorofen, způsobil popáleniny na kůži, po vstřebání pak paraplegie, dysfunkce svěračů až smrt. Povidon iodine použitý k dezinfekci při císařském řezu ovlivnil sekreci TSH.

*Dr. Alaibac (Itálie)* počítal mezi nejčastější nežádoucí účinky lokálně aplikovaných kortikosteroidů atrofii, strie, akné a rosaceu, purpuru, dále pak hypertrichózu a infekce (např. kandidózu). Lokální imunomodulátory (tacrolimus, pimecrolimus) se nepodávají v těhotenství, nedoporučují se do okluze. Po aplikaci mohou 10 minut pálit (často i déle až do nesnášenlivosti). U imunosuprimovaných dětí (např. po orgánové transplantaci) mohou vyvolat syndrom masivní erupce pigmentových névů (které po ukončení imunosuprese mohou samy částečně regresovat).

*Dr. Solmanová (Británie)* se věnovala nežádoucím reakcím po systémové léčbě. Azathioprin (užívaný zejména u těžkého atopického ekzému) může navodit řadu nežádoucích účinků: vyvolat spinaliom, lymfoproliferativní choroby, myelosupresi, rozsev infekce (HPV, herpetické, svrab), poruchy GIT a jater i četné lékové interakce (s allopurinolem, warfarinem atd.). Doporučuje zpočátku léčby kontrolovat laboratorní parametry za 2–3 týdny, pak za 3 měsíce. Metotrexát je indikovaný u psoriázy, morfeje, atopického ekzému, má také četné lékové interakce (aspirin, tetracyclin, sulfonamidy atd.). V GIT může způsobit nauzeu, zvracení, průjem (pak doporučí s. c. podání), v hematologii anémii, leukopenii, trombocytopenii, poškozuje játra (jaterní biopsie však nedoporučuje). Propranolol má širší použití, od r. 2008 také na hemangiomy. Nežádoucí účinky (dušnost, poruchy spánku, zvracení, průjem apod.) se objeví u 23 % léčených.

*Dr. Lesliová (Británie)* popsala anafylaxi u dětí. Incidenci odhaduje na 5–15/100 000 obyvatel za rok. Hlavními vyvolavateli jsou potraviny, léky a hmyzí štípnutí. Nejčastějším mechanismem je I. typ alergické reakce, v 90 % ho doprovází kožní příznaky (kopřivka, angioedém). Vyvolávajícími léky bývají antibiotika (peniciliny a cefalosporiny, které vykazují zkříženou reaktivitu a v 86 % mají pozitivní reakci v prick-testech), vakcíny, nesteroidní antiflogistika, neurologické léky. Fatálně po penicilinu skončí 0,002–0,0015% anafylaxi (hlavně když chybí anamnestické údaje). V první linii péče platí zásady ABC (airways, breathing, circulation), pomůže i. m. adrenalin (Epi-pen inj.). Na rozpoznání anafylaxe není specifický test – lze však měřit tryptázu uvolněnou z žírných buněk. Pak by mělo následovat vyšetření specialistou a sepsání léčebného a preventivního plánu.

## Nehty, vlasy

*Prof. Finner (SRN)* doporučil k vyšetření trichogramu použít Trichoscan® nebo Folliscope®, které jsou bezbolestné. Byly publikovány guidelines pro léčbu androgenní alopecie (AGA) a areátní alopecie (AA). V léčbě se zkouší lokálně 5% minoxidil u žen. Finasterid nevykazuje příliš mnoho nežádoucích účinků a lze ho kombinovat s transplantacemi vlasů. Transplantační techniky ustupují od přenosu celého vlasového aparátu na separátní techniky folikulů (po předchozí přípravě štěpů pod mikroskopem), také minimalizují jizvy v místě odběrů. K novým podpůrným léčbám řadí prostaglandinové analogy (Latisse® 0,03%), nízkovýkonné lasery, injekce destičkami obohacené plazmy, i kmenovými buňkami z vlasových folikulů (www.trichomed.com). Doporučuje průběh léčby fotografovat.

*Prof. Pasch (Nizozemí)* upozornil na prudký nárůst publikací o psoriatických nehtech od roku 2003, což souvisí se zavedením biologické léčby, která spolu s RTG terapií (Bucky) byla jedinou účinnou léčbou psoriázy nehtů. Nově se ukazuje, že všechny blokátory TNF  $\alpha$ , IL-12/23 i IL-17 působí léčebně na nehty. Z lokálních metod zmínil Triamcinolon podaný injektorem do nehtového aparátu, tacrolimus a pulzní laser. Vyšší výskyt psoriázy nehtů u psoriatické artritidy zřejmě souvisí s entenzitidou poblíž nehtové matrix. Klasifikační skóre NAPSI není oblíbené: nověji bylo vytvořeno NAPPA (Nail Assessment in Psoriasis and Psoriatic Arthropathy) a N-NAIL (Nijmegen-Nail).

*Dr. Guarrerová (Itálie)* zhodnotila modifikovaný „wash test“ při určování AGA a AA jako jednoduchou náhražku trichogramu. Nemocný si po 5 dnech umyje šamponem hlavu a spláchně vlasy zachytí. Ty se spočítají a určí se podíl velusových vypadaných vlasů.

## Interní choroby a kůže

*Prof. Wikonkal (Maďarsko)* zhodnotil vztah zánětlivých chorob střeva (IBD) a kůže. Bývají komorbiditami u psoriázy, sekundární amyloidózy, vitiliga, získané epidermolysis bullosa, deficitu zinku a esenciálních mastných kyselin. Crohnova nemoc může mít projevy na sliznici dutiny ústní, existuje i metastatická forma. Pyoderma gangrenosum má v 50–70 % systémové projevy, v postižených orgánech vznikají sterilní neutrofilní abscesy. V 15 % se sdružuje s IBD, časté jsou i hematologické choroby, solidní nádory, jaterní choroby, acné conglobata atd. Klinicky se rozlišují formy ulcerativní (po nekrózách, veziko-pustulózní, bulózní (Sweet), pustulózní (2–5 mm), vegetans. Speciálními formami jsou peristomatitidy, genitální a intraorální (pyostomatitis vegetans). Diferenciálně diagnosticky vyšetřit GIT. Systémová léčba zahrnuje také kortikosteroidy, dále cyclosporin A, azathioprin, IVIG a biologika. Mikroskopickým vyšetřením biopsie kůže doporučuje diagnózu ověřit.

*Dr. Kandolf-Sekulovičová (Srbsko)* uvedla kožní nežádoucí účinky protinádorové léčby. Blokátory EGFR je způsobují nejčastěji, nejsou však k dispozici randomizované studie. Papulopustulózní vyrážka bývá hlavně po Cetuximabu. Při této léčbě je potřeba vyhodnotit výskyt předchozích chorob, použití doxycylinu a metronidazolu, vyplatí se přeléčit i jiné kožní problémy (např. malassezii).

Dále to jsou paronychia, xeróza kůže (má třetina nemocných léčených panitumubem), změny vlasů (u inhibitorů tyrosinázy), makulopapulózní výsev (multikinázy, i BRAF), hand-foot reakce (např. palmo-plantární dysesezie). Kožní tumory (po soragenibu v 6–7 %, po vemurafenibu v 18–25 %, po dabrafenibu v 6–19 %) vyžadují excizi. Někdy dochází k melanocytární proliferaci, zvyšuje se incidence melanomu. Vemurafenib způsobuje těžkou fotosenzitivitu v UVA oblasti záhy po zahájení léčby.

*Prof. Mijuskovič (Srbsko)* shrnul kožní projevy u hemodialyzovaných a u příjemců transplantátu (OTR). Kůže bývá bledá (anémie) a zažloutlá, velmi suchá (xeróza v 50–80 %), lokalizovaný či generalizovaný pruritus s mnohočetnými exkoriacemi. Dále jsou přítomny nehtové změny (half-and-half nehty, Lindsayovy nehty), uremický poprašek (u 3 %), gynekomastie, hirsutismus (zvýšení prolaktinu), získaná perforující dermatitis, pseudoporfyrie (i díky lékům), calcifylaxe (ukládání vápníku do stěn arterií s následnými infarkty kůže – může mít až 80% mortalitu, bývá hyperparathyreodismus) i nefrogenní systémová fibróza (vzniká po gadoliniovém kontrastu). OTR jsou pak ohroženi zejména infekty a tumory (většinou kožní spinaliomy). Úlohu hraje starší věk, trvání imunosuprese, UV expozice, HPV infekce a typ léku (šetrnější jsou např. mTOR inhibitory). Doporučuje před transplantací vyřešit všechny kožní obtíže (pokud existují), pak pravidelně kontrolovat po 3–6 měsících. Instrukce, jak pečovat, lze získat v materiálech „International Transplant Skin Cancer Collaborative“. V EU také funguje sdružení SCOPE.

## STI – krátká sdělení

*Dr. Tulloch (Británie)* hodnotil výtěžnost testů na herpes simplex u 127 pacientů při doma provedených stěrech (46 pozitivních) a při odběrech odborníkem v ordinaci (44 pozitivních).

*Dr. Fanziahová (Británie)* se zabývala zkušenostmi sexuálních partnerů u 301 osob HIV pozitivních (73 % hetero-, 40 % homosexuálních).

*Dr. Board (Británie)* hodnotil dostupnost odborného vyšetření do 48 hod. u sexuálně nakažených metodou dotazníků a telefonických intervencí. Do akce bylo zapojeno 200 zdravotních zařízení v Británii: z nich 45 % poskytlo vyšetření do 48 hod. od zavolání, 31 % až po 48 hod., 23 % zařízení poskytlo službu jen pro příchozí (celkem vyšetření bylo dostupné v 95 % zařízeních bez ohledu na čas). Po skončení se rozprúdila bouřlivá diskuse o dostupnosti lékařské péče.

*Dr. Patelová (Británie)* shrnula zkušenosti 59 expertů ze zemí Evropy (bez ČR) s léčbou non-gonoroické uretritidy. Celkem 93 % účastníků mělo dostupnou diagnostiku (laboratorní), 55 % mohlo zahájit léčbu ihned, 45 % potřebovalo další vyšetření. V léčbě se většinou užívá jednorázově Azitromycin 1 g/den (tak se předepisuje, ale lepší je vícedenní léčba) nebo Doxycylin 200 mg/den po 7 dní.

*Dr. Skiljevič (Srbsko)* hodnotil citlivost Ureaplasmat a Mycoplasmat na antibiotika. Vzorky od 373 vyšetřených byly pozitivní ve 48 případech (12,87 %). Zjistil vysokou rezistenci na antibiotika (100 % na Erytromycin, Tetracyclin, Ciprofloxacin, Claritromycin).

*Dr. Greenová (Británie)* posbírala zkušenosti z 25 zemí (38 odpovědí; chybělo ČR, Slovensko, Polsko, SRN) s opatřeními při herpes simplex infekci v těhotenství. V 80 % byl pak veden porod císařským řezem.

*Dr. Plakhova (Rusko)* sledovala genetické variace IL-6 a TGF 1 u pelvických chorob způsobených *Chlamydia trachomatis* a v druhé práci molekulární typizaci *Ureaplasma parvum* v závislosti na klinické a laboratorní manifestaci zánětu. Z následné diskuse vyplynulo, že promořenost populace *U. parvum* je vysoká (až 80%) a není k dispozici žádný screeningový test.

## ZÁVĚR

EADV zvolila pro toto sympozium jinou strategii – zaměřila se na 5 odborných směrů, kterým se pak věnovalo podrobněji do hloubky. Další atraktivitu své činnosti a členství v ní podpořila projektem poskytnutí zdarma stovky iPadů vybraným mladším členům EADV – účastníkům sympozia s přednastaveným přístupem na webové stránky EADV.

*Zpracoval: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.  
Klinika nemocí kožních a pohlavních FN a LF UK  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové  
e-mail: ettler@fnhk.cz*

Výbor Pracovní skupiny pro akné Sekce korektivní dermatologie České dermatologické společnosti srdečně zve všechny lékaře zajímající se o problematiku obličejových dermatóz na **8. konferenci Akné a obličejové dermatózy**, která se bude konat **7. 11. 2014**, tentokrát v hotelu **Holiday-Inn v Brně**. Srdečně zváni jsou i slovenští kolegové. Program konference je již připraven a doufáme, že pro Vás bude zajímavý.



Pracovní skupina  
pro akné

## 8. KONFERENCE AKNÉ A OBLIČEJOVÉ DERMATÓZY

pořádaná Pracovní skupinou pro akné ČDS ČLS JEP

	Program
9.00–10.00	Prezence účastníků
10.00–10.10	Úvod
10.10–10.20	Zahájení konference prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA a doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.
10.20–10.40	prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA: Generalizovaná acanthosis nigricans – kazuistika
10.40–11.00	prim. MUDr. Jindřich Olšovský: Diabetes a kůže
11.00–11.20	doc. Karel Ettler, CSc.: Syndrom Laugier-Hunziken
11.20–11.40	<b>Přestávka</b>
11.40–11.55	as. MUDr. Nina Benáková, Ph.D.: Red face
11.55–12.10	prim. MUDr. Sladana Iličová: Lupénka na obličej
12.10–13.20	<b>Polední pauza</b>
13.20–13.30	prim. MUDr. Hana Zelenková, Ph.D.: Závažné formy akné u dětí a mladistvých
13.30–13.40	prim. MUDr. Hana Bučková, Ph.D.: Anulární ložiska na kůži novorozence
13.40–13.50	MUDr. Zuzana Nevalová, Ph.D.: Kazuistiky obličejových dermatóz
13.50–14.00	prim. MUDr. Dominika Diamantová, Ph.D.: Pemphigus vulgaris obličeje a kštice
14.00–14.10	MUDr. Třeštík: Kazuistiky (vítěz soutěže kazuistik za Čechy a Moravu)
14.10–14.30	Dermatologické aktuality
14.30–15.45	<b>Firemní sympozia</b>
15.45–16.00	Zhodnocení a závěr konference, předání potvrzení o účasti

Bližší informace a přihlášení na [www.teoconsulting.cz](http://www.teoconsulting.cz).

*Za výbor Pracovní skupiny:  
doc. MUDr. Jarmila Rulcová, MUDr. Zuzana Nevalová a MUDr. Nina Benáková*