

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 regredovat).

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 areální 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 přesunu celého vlasového aparátu na separátní techniky foliklů (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 foliklů (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 α , 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 NAPSÍ 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	Přestávka
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	Polední pauza
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 obličej 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	Firemní sympozia
15.45–16.00	Zhodnocení a závěr konference, předání potvrzení o účasti

Bližší informace a přihlášení na www.teoconsulting.cz.

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