

## 23. kongres Evropské akademie dermatovenerologie (EADV) v Amsterdamu 8.–12. 10. 2014

Čes-slov Derm, 89, 2014, No. 6, p. 285–288

### ÚVOD

Kongres EADV se konal v kongresovém centru RAI. Zúčastnil se ho rekordní počet účastníků – přes 11 300 osob. Jednání probíhala paralelně v 15 sekcích, které byly mimo kurzy členěny na sympozia, workshopy, setkání s expertem, eventuálně v poledním období také plenární sekce. K večeru od 17 hodin pak probíhala firemní sympozia, která tentokrát nebyla uváděna v oficiálním programu.

### ATOPICKÁ DERMATITIDA (AD)

*Doc. Buchvald (Slovensko)* promluvil na téma adhirence k léčbě u AD. Asi 31 % ploch není léčeno (střed zad, axily, chodidla), u 50 % nemocných je problémem dlouhodobá léčba. Až 95 % nemocných poddávkuje léčbu, 10 až 30 % se neléčí vůbec. Vmontováním čipů do uzávěrů tubiček a pak porovnáním s deníčkem pacienta bylo zjištěno, že většina nemocných nadhodnocuje svou léčbu. Také před blížící se návštěvou lékaře svou léčbu zintenzivňují. Nejčastějšími důvody nedodržování léčebných doporučení bylo snížení účinnosti, strach z nežádoucích účinků zbarvení ošacení a kůže, ztráta času a narušení denní aktivity, ale také příliš vysoká cena. Až 72–84 % atopiků prozradilo kortikofobii a 24–36 % je proto nepoužívalo (ze strachu před atrofií kůže a dalších dlouhodobých efektů). Psychologické faktory jsou také důležité – spolupráce s lékařem, s partnerem i další sociální podpora.

*Prof. Röcken (SRN)* shrnul fototerapii AD. Ta může ovlivnit 3 hlavní složky – kožní bariéru (UVB normalizuje filaggrin), bakteriální osídlení (UVB zvyšuje expresi antibakteriálních defencinů) a zánět (snižuje T-lymfocyty). Při UVB fototerapii (doporučuje UVB 311 nm – širokospektré UVB spíše na nefrogenní pruritus) po fototestu radí začít 60% MED a postupně zvyšovat (2–4krát během fototerapie), ale vždy léčit suberytemogenně. PUVA léčbu doporučuje hlavně u pruriginózního typu s iniciací na 75 % MPD (minimální fototoxické dávky). Koupelová PUVA je také možná. UVA<sub>1</sub> fototerapie je pro akutní AD, ale vyžaduje drahý přístroj, střední až vysoké dávkování a hrozí fototoxicita a přehřátí. Za nejlepší typ fototerapie pro AD považuje UVB 311 nm, pak UVB širokospektré a UVA<sub>1</sub>, pak koupelovou PUVu. Kombinovat lze s lokálními steroidy a antiseptiky (natřít vždy až po ozáření), nikdy nekombinovat s cyklosporinem A (CyA) a azathioprinem.

*Prof. Wollenberg (SRN)* uvedl přehledně systémovou léčbu AD. Kortikoidy jen zcela krátce ke zvládnutí akutního stavu. CyA je jedinou licencovanou systémovou léčbou AD v EU, ale musí být podávána jen krátkodobě. Je zde rychlý nástup účinku, musí se hlídat ledvinné parametry. Není teratogenní, ale nemá se podávat při kojení, nekombinovat s UV ozářením. Může vzniknout hyperplazie dásní. Metotrexát je teratogenní a má pomalý nástup účinku. Mykofenolát mofetil má řadu nežádoucích GIT účinků. Alitretinoin je velmi účinný na léčbu ekzému rukou. Z dosud registrovaných biologik žádné neprokázalo výrazný léčebný efekt na AD. Slibně se jeví Dupilumab (inhibitor IL-4R $\alpha$ ) ve III. fázi klinického zkoušení. Působí zřejmě také na IL-31 (sníží svědění), musí se ale hlídat možnost kvasinkové infekce. IVIG (intravenózní imunoglobuliny) jsou drahé, účinnost je problematická, běžně se nepoužívají.

*Prof. Szepietowski (Polsko, přednášku přednesl kolega z pracoviště)* zhodnotil léčbu pruritu u AD. Svědění představuje nepříznivý pocit, stres až deprese, nutí ke škrábání a brání spánku. K léčbě je možné na noc použít sedativní antihistaminika, ale jinak jednoznačně doporučuje moderní antihistaminika 2. generace. Emolienca přispívají ke snížení pruritu také. Steroidy snižují zánět, calcineurinoví inhibitory snižují depozita neuropeptidů. Dnes se doporučují také antidepresiva – např. Mirtazepin. Psycho-terapeutická podpora je také užitečná. Více na [www.itchforum.net](http://www.itchforum.net).

*Prof. Deleuranová (Dánsko)* shrnula lokální léčbu AD. Mutace filaggrinu narušuje kožní bariéru a zvyšuje TEWL: dehet ale zvyšuje expresi filaggrinu. Denní léčbu emolencií považuje za preventivní opatření před plným rozvinutím AD (pouze u 3 ze 20 atopických dětí se pak rozvinula AD). Významnou lokální léčbou jsou kortikosteroidy. Řada lidí má kortikofobii. Doporučuje používat „finger tip unit“ – množství krému vytlačené z tuby na poslední článek prstu – pokryje plochu 2 dospělých dlaní včetně prstů. Proaktivní znamená udržovací terapii 2krát týdně jedno namazání, které nevede k atrofii. Stejně doporučení má i pro léčbu tacrolimem/pimecrolimem.

*Prof. Gieler (SRN)* doporučil psychologické kurzy pro atopické rodiny. Od r. 1970 se vydávají příručky, v r. 1995 deklarován národní konsenzus a od r. 2012 škola ekzému. Doporučuje rozdělit na skupiny podle věku dětí, provádí skupinovou i individuální výuku (v SRN hrazeno ze zdravotního pojištění). Vytvořil i speciální školu pro výchovu dalších trenérů – a pak se provádí vědecké vyhodnocení účinnosti. Více na [www.psychodermatology.info](http://www.psychodermatology.info).

*Prof. Christensenová (Norsko)* zmínila mikrobiom kůže u AD. K nejdůležitějším patří *St. aureus* (kolonizace koreluje s funkcí kožní bariéry a také vzplanutím AD) a kvasinky z rodu *Malassezia* (osídlení také koreluje s tíží AD). U dětí s AD převažuje imunologický Th<sub>2</sub> profil. Ve věku 2 let je kolonizace v 50 % závislá na bakteriích produkujících kyselinu mléčnou (*Bifidobacteria*, *Lactobacillus*). V pubertě/dospělosti se zvyšují epidermální lipidy (to vede k pomnožení lipofilních bakterií a kvasinek), ale také z poklesu pH a úbytku stafylokoků. Těhotenství zhoršuje AD u 50 % žen, u 25 % zlepšuje, ale u 10 % dochází ke vzplanutí po porodu (u psoriázy – Th<sub>1</sub> profil – je spíše zlepšení v těhotenství). U dospělých se projevuje řada vlivů (nejen stáří a pohlaví), jako je pocení, ucpaná potních žlázek, kvalita biofilmu. Při léčbě AD pak dochází k ovlivnění při lokálních kortikosteroidech a antiseptikách i celkových antibiotikách a antimykotikách.

*Prof. Szalaiová (Maďarsko)* se věnovala péči o matku s atopickým dítětem. Uvedla 5 hlavních bodů, které je potřeba probrat: 1. úvodní otázky, 2. vysvětlit strukturu a funkci kůže, 3. vysvětlit podstatu nemoci, 4. dát naději, 5. probrat zdroje informací – doporučuje podle věku maminek. U mladších maminek zdůraznit práci s počítačem (iPadem), u starších jiné zdroje – knihy, příručky, u nejstarších matek (které jsou často skeptické) 37–47letých hned psychologa. Komunikace s matkami musí být pozorná, udržovat oční kontakt po celou dobu rozhovoru a hodnotit adherenci matky s přijatými informacemi.

*Prof. Anderson (Švédsko)* zhodnotil lokální léčbu. V těhotenství se mění imunitní systém na Th<sub>2</sub> profil, je potřeba diferenciatně diagnosticky odlišit i jiné těhotenské dermatózy. V léčbě doporučuje emolienca, wet dressing, věnovat pozornost sekundárním infektům, lokální steroidy spíše slabší až střední, celkové kortikoidy jen krátce (maximálně 4 týdny). Na prsních bradavkách bývají otevřená ústí žlázek, dochází ke zvýšeným ztrátám tekutiny (↑ TEWL), ekzém, ale i bolestivá iritace. Kojení může být problematické při bakteriálních, kvasinkových a virových infektech, může být vazospasmus (Raynaudovský fenomén). Doporučuje do půl roku kojit plně, do 2 let částečně. U novorozenců je tenčí kůže, také slabší bariéra, i poměrně vysoký metabolismus. Pro kosmetika pro toto období platí nejpřísnější pravidla. Koupele nemají být dlouhé, mohou narušovat kožní bariéru. K antiseptickým přísadám lze použít hypermangan (růžový, do 0,1 %, ale hodně vysušuje), aluminium acetotartrát (10 mg/ml před-rozpuštěný v 10% etanolu), Burrowův roztok. Nedoporučuje se chlorhexidin (jedovatý), ani triclosan (může mít ekologické důsledky, způsobí kontaktní reakci). V dnešní době se zejména doporučují bělicí koupele („bleach bath“) na 10 minut v 6% chlornanu sodném a vlhká bandáž (wet dressing).

*Prof. Bieber (SRN)* se snažil zastavit „atopický pochod“, jehož prvním krokem bývá právě AD. V dalším období se přidruží rhinitis a astma, které bývá zprvu IgE negativní, posléze IgE pozitivní. Jsou studie, které dokládají, že proaktivní léčba AD 0,1% tacrolimem snižuje pravděpodobnost astmatu. Doporučuje proto léčit AD co nejdříve. Do budoucna bude také vhodné určit fenotypické

markery, které předpovědí riziko senzibilizace a umožní provést včas doporučená preventivní opatření.

## PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKY

*Prof. Bosch (SRN)* charakterizoval mikrobiom jako soubor mikroorganismů v lidském těle, které osidlují jako fixovaní rezidenti (opravdová fylosymbióza). Genetická výbava hostitele kontroluje osídlení pomocí antimikrobiálních peptidů (AMP), které sice zabíjejí mikroby, ale zároveň optimalizují kolonizaci. Nenahraditelné poznatky v tomto směru poskytuje gnotobiologie. Každá činnost je velkým náparem na tuto regulační činnost: např. bakterie představují obrannou složku proti houbám. Bakterie také ovlivňují vývoj mozku (nový pohled na autismus u myši) – např. bakterie v GIT produkují působky, které cestou n.X ovlivňují mozek. Podobně i v kůži jsou nervová zakončení, která jsou pod vlivem bakteriálních působků.

*Prof. Leighová (Velká Británie)* zaměřila na terapeutické cíle u kožní rakoviny. Pro spinaliom (SCC) existují modely lidských keratinocytů v buněčných liniích získaných od rizikových pacientů. Právě u SCC existuje mnoho mutací: až 68 genů je mutováno u 40 % SCC (nejfrekvencovanější jsou geny NOTCH1, NOTCH2, TP53, ve kterých je 60–74 % mutací, ale v RaS je mutací málo s výjimkou pacientů léčených Vemurafenibem). U Ferguson-Smithovy nemoci (mutace v 9q22) jsou mnohočetné skvamózní epitelioomy se spontánním hojením. Znalost mutací je vhodná pro vývoj léků.

*Prof. Nijsten (Nizozemí)* řešil epidemiologii kožní rakoviny. Ekzém a svědění patří k hlavním kožním obtížím na celém světě. Kožní rakovina se vyskytuje u lidí nad 60 let věku, také v závislosti na UV expozici. V Rotterdamu až 50 % mužů má aktinické keratózy. Aktinický neoplastický syndrom znamená soubor premaligních lézí v poměrně mladém věku, které jsou pak následovány tumory. Důraz klade na primární prevenci, jen je potřeba změnit zvyky (např. v Austrálii je možné na autobusové zastávce nampumpovat zdarma sunscreen). Po kampaních proti melanomu (MM) dochází k nárůstu incidence MM v časnějším věku, ale s nižší mortalitou.

## KONTAKTNÍ DERMATITIDY

*Prof. Arnaurová (Španělsko)* řešila kontaktní dermatitidy v obličejí. Periorbitální obtíže způsobují oční krémy, ale také kontaktní čochky. Nikl je obsažen v řasenkách a očních stínech, bývá kontakt na formaldehyd, také metylisotiasolin (jeho obsah se nyní doporučuje deklarovat). Léčí se steroidy (riziko atrofie), tacrolimem. Cheilitida bývá u 70–90 % žen – po kosmetických, niklu, ale i zubních pastách. Uplatňuje se kontakt na rtěnky (reakce po gallátech přidávaných jako antioxidanty), na potraviny (např. na mango) a na sunscreensy (zkřížená alergie ketofenofenu, octocrylenu, benzofenonu 3).

*Dr. Molinová (SRN)* se zabývala ekzémem rukou – je to heterogenní skupina zahrnující tineu, lichen, m. Bowen,

scabies atd. Uplatňuje se narušení kožní bariéry, socioekonomická úroveň a další. Důležitá je anamnéza, vyloučit atopii, provést epikutánní testy (existují guidelines). Léčba závisí na tíži – lokálně steroidy, kalcineurinové inhibitory, UV ozařování, pro nejtěžší případy Alitretinoin.

*Dr. Zachariae (Dánsko)* zase řešil problémy na nohou – tam bývá kůže pod tlakem uzavřena v botách. Kontakt na gumu bývá způsoben thiuramy, benzothiazoly, karbamáty, PPD, thioureou; kontakt na lepidla – PTBFR, kalafunou, epoxidy, popř. činidla kůže – šestimocný chróm, formaldehyd, glutaraldehyd. Údaje o obsahových látkách v botách výrobci neudávají, i když v EU a USA byla vydána doporučení (ale Cr<sup>6+</sup> je obsažen v 95 % obuvi). Textilní barvy obsahují PPD, 4-aminobenzoat, boty z Číny dimetylfumarát. V kůži bývá obsažen také kobalt, zejména v koženém nábytku. Co a Ni je také v plastových zelených botách.

*Dr. Mahlerová (SRN)* uvedla genitální a perianální oblast, ve které je 19–58% riziko kontaktních problémů. Při použití Evropské standardní řady pozitivně zareagovalo 83 % starších 40 let s análními obtížemi a jen 67,3 % s genitálními obtížemi, přičemž pozitivita na alespoň 2 alergenů opět převažovala u anální symptomatologie (53,2 % versus 42 %). Například bufexamac (obsažen ve Faktu<sup>®</sup>) senzibilizoval 7 % testovaných, reakce na metylisothiasolin (9,8 %) byla vyšší než u běžné populace (3,7 %).

*Dr. Rustemeyer (Nizozemí)* se zabýval kontaktními stomatitidami. „Burning mouth syndrome“ může probíhat bez viditelných lézí, jen se suchou sliznicí a bolestmi (u 73 %) – u 33 % je kontaktní alergie na zlato, palladium, Ni, Cr, voňavky, koření. Lichenoidní reakce postihují bukalní sliznici, jazyk, rty; bývají bezpříznakové, těžké, svědí a bolí. Až 60 % vykazuje pozitivní reakci na Au, amalgam (Hg, Cu, Zn, Sn), Ni, peruánský balzám, voňavky. Palatinitis po kovovém můstku, ale může se podílet zubní pasta, ústní voda, žvýkačka, adhezivní substance protéz, lokální anestetika, apod. Diagnosticky je potřeba vyloučit kvasinky, v epi-testech bývají pozitivní metakryláty. Další obtíž bývá gingivitida, často po zubních korunkách, s podobným spektrem kontaktních alergenů. Léčba je symptomatická, opatření musí být podložena epi-testy, aby nedošlo k ukvapeným rušením zubních náhrad. Psychické dopady mohou být značné, někdy až nepřijímání stravy.

## POLÉKOVÉ EXANTÉMY

*Prof. Segaert (Belgie)* přednesl kožní nežádoucí účinky inhibitorů TNF $\alpha$ . První publikace z r. 2007 vycházejí z revmatologických zkušeností a popisují až v 30 % psoriáziformní exantém. Dalším nežádoucím projevem je xeróza (vzniká po měsících léčby, např. infliximabem, u pupku, ve kšticí, perigenitálně). Na dalším projevu – ekzému, který vypadá jako psoriáza – se podepíše dysbalance Th<sub>1</sub> $\alpha$ Th<sub>2</sub>. K zánětlivým komplikacím léčby patří palmoplantární pustulóza; jejím vyvolavatelem bývá kouření. Z infekčních komplikací hlavně TBC (provádí se screen), ale také impetigo, folikulitis, onychomykóza, sporotrichom, fish tank granulomy z atypických mykobakterií,

i rekurence varicelly. Pro riziko melanomu jsou důležité eruptivní névy (UV fotoprotekce je tedy nutná spolu s požadavkem nekombinovat s fototerapií). Je vyšší riziko T-lymfomu a sníženého hojení ran, alopecia areata a brachyonychia.

*Dr. Rockmannová (Nizozemí)* popsala DRESS s incidencí 10 případů na 1 mil. obyvatel za rok, přičemž mortalita bývá 2–10%. Převažují ženy, rekurence bývá 20–25%, nejčastější příčinou je vankomycin, minocyklin, karbamazepin. Pozdní nástup (až kolem 20 dní po podání vyvolávajícího léku), vzestup jaterních enzymů (75 až 100 %), eozinofilie (82–95 % s pozdním nástupem). Existují 3 skóre pro DRESS: Regi SCAR 2007, Bocquet 1996 a Shiohara 2007; každé má svá pozitiva a negativa. K léčbě doporučuje steroidy, cyklosporin A, ne však IVIG.

*Prof. Baron (SRN)* se zabýval testy in vitro. Polékové reakce jsou vyvolány imunologickými i neimunologickými mechanismy. Provokační testy nelze uskutečnit u těžkých reakcí, kožní testy nedávají spolehlivý výsledek a také hrozí anafylaxe. In vitro se používá lymfocytární aktivizační test (LTT), trvá 5 dní a využívá aktivaci specifických T-lymfocytů. Používá se hlavně u beta-laktamových ATB a antiepileptik. Užitečný je zejména u generalizovaných exantémů, ale nekoreluje s klinickou tíží. Provedení se doporučuje maximálně do jednoho týdne při makulopapulózních exantémech a toxické epidermální nekrolýze, a do 5–8 týdnů u DRESS. Metodou ELISA (dává až 100% senzitivitu) lze také detekovat IL-5, IFN $\alpha$ , IL-10. Průkaz specifických IgE (norma je do 0,35 kU<sub>A</sub>/l) má význam hlavně u neuromuskulárních blokátorů. Na beta-laktamy není citlivé, na chinolomy jen málo. Test aktivace bazofilů (BAT) je určen hlavně na pozdní typ přecitlivělosti. Vazba na CD63 způsobuje degranulaci bazofilů, lze detekovat až 1 rok po reakci. BAT má vysokou senzitivitu. Na beta-laktamová ATB je vysoce citlivý, na chinolony zatím není k dispozici. Průkaz cytokinů (Th<sub>1</sub>, Th<sub>2</sub> profilu) pomocí Elispot Assay trvá jen 48–72 hodin, používá se pouze na pozdní typ přecitlivělosti, zejména cefalosporinů.

*Dr. Ulrichová (SRN)* shrnula polékové reakce: vyskytují se u 8 % dospělých a u 3–4 % dětí. V anamnéze je nutné rozlišit reakce časné (do 1 hod.) a pozdní. Kožní testy se příliš neúčinně: epi-testy nejlépe reagují po AGEP, SPT vyžadují delší interval odečítání. Epi-testy existují i v provedení „scratch nebo strip“. Provokační testy mohou mít vysoké riziko anafylaxe (doporučuje ředění 1 : 10 000 až 1 : 1 000 000). Schopnost pozdní reakce nemizí s časem, kdežto časná reakce se ztrácí. S cefalosporiny mohou zkříženě reagovat peniciliny i beta-laktamy. U lokálních anestetik je IgE alergie nízká (< 1%), u jodových kontrastních látek po 2–6 měsících je senzitivita testu nízká.

## FOTOPROTEKCE

*Dr. Böhm (SRN)* se zabýval úlohou  $\alpha$ MSH (melanostimulační hormon), který chrání kožní buňky před poškozením, např. snižováním peroxidu vodíku, fibroblasty chrání cestou katalázy. Byly vyvinuty superpotentní deriváty  $\alpha$ MSH: melanotan I se podává 3 x 10 dní v dávce 0,16



mg/kg s. c. a dokáže zvýšit ochrannou pigmentaci (probíhají klinické studie u erythropoietické protoporfyrie a solární kopřivky). Melanotan II mimo zvýšení pigmentace také zvyšuje libido a podporuje erekci, proniká i hematoencefalickou bariérou. Možná proto se melanotan II objevil na černém trhu. Po melanotanech jsou popisovány změny pigmentových névů a je již známo několik případů melanomu. To evokuje otázku bezpečnosti – maximální opatrnost musí být zachována u pacienta s vysokým rizikem melanomu.

*Prof. Leone (Itálie)* zopakoval dnešní předpisy týkající se sunscreenů. V EU jsou sunscreeny pouze kosmetika, v USA a Austrálii i jako léky. Velmi je kritizováno množství 2 mg/kg, protože neodpovídá reálné skutečnosti uživatelů, SPF je vytvořen pouze jako ochrana proti erytému, nikoli jiných vlastností (např. imunitní ochranný faktor). Evropská komise doporučuje vytvořit kategorie fotoprotekce, nikoli pouze číslo. Ochrana v UVA oblasti je ne-

podkročitelná, stanoví se pomocí PPD (persistent pigment darkening) a PF UVA má činit nejméně 1/3 PF UVB. V USA mají hvězdičkový systém hodnocení sunscreenů (4\* je nejlepší). V dnešní době je spíše chyba v uživateli než v produktu (nedostatečná aplikace).

## ZÁVĚR

Kongres v Amsterdamu byl zatím nejhojněji navštíveným kongresem EADV, na čemž se výrazně podíleli i čeští dermatovenerologové. Zavádění elektronických technologií pokračovalo i na tomto kongresu, a tak někteří účastníci, členové EADV (tentokrát ze „střední“ generace) obdrželo EADV tablety k trvalému používání.

*Zpracoval: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.  
e-mail: ettler@fnhk.cz*

kalendář odborných akcí

# Odborné akce v roce 2015

5. 2. 2015

## **Dermatologický update:**

### **Novinky v dermatologické terapii 2015**

Místo konání: Konferenční Centrum U Hájků, Praha 1

Délka trvání: 1 den

Pořadatel: Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP

Odborný garant: prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

Kontakt: dermasec@fnkv.cz

11. 2. 2015

## **36. Pražský kazuistický seminář**

Místo konání: U Nemocnice 2, Praha 2

Délka trvání: 3 hodiny

Pořadatel: Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN

Odborný garant: prof. MUDr. Jiří Štork, CSc.

Kontakt: jiri.stork@vfn.cz

11. 2. 2015

## **Regionální setkání dermatovenerologů**

Místo konání: Hradec Králové

Délka trvání: 4 hodiny

Pořadatel: Klinika nemocí kožních a pohlavních, FN a LF UK v Hradci Králové

Odborný garant: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.

Kontakt: ettler@fnhk.cz

12.–14. 2. 2015

## **XIV. dermatologický seminář Kouty nad Desnou**

Místo konání: Kouty nad Desnou

Délka trvání: 5 hodin

Pořadatel: Dermatovenerologické oddělení, Nemocnice Šumperk, a. s., Klinika nemocí kožních a pohlavních FN a LF UK v Hradci Králové

Odborný garant: prim. MUDr. Lubomír Drlík,

doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.

Kontakt: drlik@nemspk.cz; ettler@fnhk.cz;

hkropikova@telecom.cz

5.–8. 3. 2015

## **12<sup>th</sup> EADV Spring Symposium**

Valencie, Španělsko

Kontakt: [www.eadvvalencia2015.org](http://www.eadvvalencia2015.org)

12. 3. 2015

## **202051102 Kurz – Klinicko-patologické korelace u kožních chorob pro atestaci a praxi**

Místo konání: Hotel ILF, Praha 4

Délka trvání: 6 hodin

Pořadatel: Katedra dermatovenerologie IPVZ

Odborný garant: doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.

Kontakt: <http://www.ipvz.cz/>; tel. 261 092 443

12. 3. 2015

## **Problematika psoriázy**

Místo konání: Fakultní nemocnice Ostrava

Délka trvání: 3 hodiny

Pořadatel: Kožní oddělení Fakultní nemocnice v Ostravě

Odborný garant: prim. MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.

Kontakt: [jana.glettova@fno.cz](mailto:jana.glettova@fno.cz)

19. 3. 2015

## **Tradiční jarní konference korektivní a estetické dermatologie**

Místo konání: Buriánova posluchárna, 3. LF UK, Ruská 87, Praha 10

Délka trvání: 5 hodin (od 13:30 hod.)

Pořadatel: Společnost korektivní a estetické dermatologie,

ČLS JEP a Dermatovenerologická klinika FNKV

Odborný garant: prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

Kontakt: [olga.linhartova@fnkv.cz](mailto:olga.linhartova@fnkv.cz); [cabalova@tiscali.cz](mailto:cabalova@tiscali.cz)

20. 3. 2015

## **XVIII. olomoucká dermatologická konference**

Místo konání: Olomouc

Délka trvání: 6 hodin

Pořadatel: Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FNOL,

ČDS ČLS JEP

Odborný garant: MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Kontakt: [tichy.martin.jun@fnol.cz](mailto:tichy.martin.jun@fnol.cz)