dermatologie_4_2008:Sestava 1 23.9.2008 14:32 Stránka 212
proLékaře.cz | 26.4.2025

Čes-slov Derm, 2008, 83, No. 4, p. 212–215

14. Pražské dermatologické sympozium 13.–14. 6. 2008

KONSENZUS V LÉČBĚ MELANOMU Z POHLEDU DERMATOLOGA

I. Krajsová,
Dermatovenerologická klinika UK 1.LF a VFN, Praha

Melanom je nádor s velmi pestrým klinickým obrazem, který může v některých případech způsobovat diagnostické obtíže. Vzhledem k tomu, že nejúčinnější léčbou je včasné rozpoznání a včasné odstranění tohoto nádoru, je zřejmé, že dermatolog má významnou a nezastupitelnou roli v komplexní péči o nemocné s melanomem. Mezi hlavní úkoly dermatologa patří stanovení diagnózy, rozhodnutí o rozsahu chirurgického zákroku, zhodnocení histologického nálezu i doporučení případné adjuvantní léčby. Uvedené body budou v přednášce podrobně rozebrány.

KONSENZUS V LÉČBĚ MELANOMU Z POHLEDU CHIRURGA

L. Frajer,
Klinika plastické chirurgie UK 1. LF a FNB, Praha

Maligní melanom je incidencí vzácnější kožní nádor, ale svým agresivním biologickým chováním způsobuje 2/3 úmrtí na nádorové kožní onemocnění. Jedinou současnou kauzální léčbou je včasné stanovení diagnózy a radikální chirurgická léčba. Chirurgická léčba má svá jasná pravidla, i když je u pacientů aplikován individuální přístup dle klinického stadia onemocnění a celkového stavu. Problematika správného chirurgického postupu je široce rozebírána z pohledu plastického chirurga – chirurga.

KONSENZUS V LÉČBĚ MELANOMU Z POHLEDU ONKOLOGA

E. Kubala, L Petruželka,
Komplexní onkologické centrum FNB, Praha

Nádorová onemocnění jsou jedním z nečastějších a nejtěžších onemocnění známých v klinické medicíně. Statistika ukazuje, že nějaká forma nádorového onemocnění postihne ve vyspělých zemích více než třetinu populace, způsobí více než 20 % všech úmrtí V současnosti při 6 miliardách lidí žijících na této planetě je diagnostikováno ročně 10 milionů nových onemocnění a 6 milionů na tuto nemoc zemře.Vzhledem k prodlužující se délce lidského života lze očekávat další vzestup počtu nových onemocnění.

Vývoj léčby solidních nádorů přinesl významné snížení mortality zhoubných nádorů. Nemocní mají mnohem větší šanci na uzdravení nebo na delší život než před deseti lety. Nové léčebné postupy značně zvýšily šance na delší přežití u nemocných s pokročilým metastazujícím onemocněním, které byly v minulosti neřešitelné. Léčba v onkologii spěje k další individualizaci léčebných postupů s využitím molekulární charakteristiky jednotlivého nádoru tzv.léčbě „na míru“.

Prevence, skríning, časná diagnostika, léčba a paliativní péče vyžadují vyváženou pozornost vědecké komunity. Vize onkologické léčby budoucnosti je

1. plná vyléčitelnost časných stadií onemocnění
2. léčitelnost diseminovaného onemocnění.

Klinická onkologie se bude vyvíjet cestou subspecializací (př. mammo-onkolog, pneumo-onkolog, uro-onkolog, dermato-onkolog…), což paradoxně posílí význam multidisciplinárních týmů. Týmová léčba „na míru“ brzy nahradí éru do nekonečna se tvořících zkostnatělých léčebných standardů.

Maligní melanom je onemocnění, jehož léčba se neobejde bez víceoborové spolupráce. Prevence ani časná detekce je jen zdánlivě doménou dermatologů. Praktický lékaři všech klinických oborů se mohou podílet na včasné diagnoze, která je a bude rozhodující pro úspěšnost léčby tohoto onemocnění. Předpokladem správné léčby časných stadií je týmové rozhodnutí mezioborového týmu (dermatolog, klinický onkolog, chirurg) a zejména volba adjuvantní léčby by měla být prováděna podle platných doporučení. Strategie léčby metastazujícího onemocnění je též týmovým rozhodnutím. Cesta k dalšímu zvýšení účinnosti léčby solidních nádorů znamená zavádění nových účinnějších biologických léků. Cílená molekulární léčba maligního melanomu, která bude velmi brzy novým léčebným standardem, by měla být stejně jako u ostatních nádorů soustředěna do onkologických center, která by měla dokladovat funkční dermatoonkologický tým. Soustředění molekulární cílené léčby do specializovaných převážně

dermatologie_4_2008:Sestava 1 23.9.2008 14:32 Stránka 213
proLékaře.cz | 26.4.2025

akademických center není samoúčelné. Bez pregraduální a postgraduální aktivity, rozvoje laboratorního zázemí a probíhajícího vědeckého výzkumu nelze očekávat další rozvoj . Platí, že kdo léčí rakovinu často, léčí ji dobře. Nejhorší je léčit často a špatně.

PSORIÁZA JAKO PŘÍZNAK INTERNÍCH ONEMOCNĚNÍ

J. Chlumský,
Interní klinika UK 2. LF a FNM, Praha

Psoriáza je sdružena s mnoha interními chorobami, pro které je hlavní charakteristikou akcelerovaná ateroskleróza. U nemocných s psoriázou je metabolický syndrom 5 krát častější, diabetes mellitus je 2,5krát častější, ICHS je 1,7krát častější, riziko KV úmrtí je zvýšeno o 50 % a bez ohledu na ostatní rizikové faktory psoriáza zvyšuje riziko srdečního infarktu. O diabetu hovoříme při nálezu glykémie nalačno 6,5 mmol/l nebo při patologické křivce oGTT. Hodnoty celkového cholesterolu nad 5 mmol/l, LDL cholesterolu nad 3 mmol/l či HDL cholesterolu 1 mmol/l a nižší jsou patologické. Opakovaně naměřené hodnoty krevního tlaku 140/90 mmHg jsou označovány jako hypertenze. Vzhledem k rizikovosti těchto chorob jsou nastíněny principy jejich léčby.

LÉČBA PSORIÁZY LÉKY MÍSTNÍMI A CELKOVÝMI

V. Vašků,
Dermatovenerologická klinika MU a FN u sv. Anny, Brno

Terapie psoriázy u části prostředků stále vychází z klasické empirie, mechanismy působení různých léků jsou však poměrně přesně zmapovány až po rovinu genomickou.

V terapii místní dominují stále na prvním místě kortikosteroidy se známými i nově potvrzenými pozdními (genomovými) účinky.

Kamenouhelný dehet je v našich podmínkách stále významnou součástí terapie, především pro svůj antiproliferativní efekt. Anthralin/cignolin je výhodný pro svůj protizánětlivý účinek. Účinky derivátů vitaminu D3 na úrovni antiproliferativní i imunomodulační umožňují bezpečnou dlouhodobou místní léčbu. Tazaroten, léková forma kyseliny tazarotenové, v podstatě upravuje abnormální vzor genové exprese u psoriázy. Je výhodné kombinovat jej s kortikosteroidy, především mometazon furoátem. Místně působící imunosupresiva jsou spíše na okraji praktického používání.

V celkové léčbě v našich podmínkách je imunosupresivně působící cyklosporin A vyhrazen pro léčbu těžkých případů – von Zumbuschovou formu, psoriatickou erytrodermii apod. Z retinoidů se široce používá acitretin se základním efektem na úrovni regulace transkripce cílových genů, upravuje keratinizaci, má však i účinky imunomodulační. Metotrexát ze skupiny antifolátů je poněkud limitován hepatotoxicitou, nesporně však jde o užitečný preparát i u psoritické artritídy.

U psoriázy jako multifaktoriální choroby se tedy léčebně uplatňují léky, které buď modulují imunitní systém nebo normalizují diferenciační program keratinocytů. Kombinace deltanoidů (derivátů vitaminu D3) a retinoidů nebo steroidů, případně i imunosupresiv jsou dobrou ukázkou synergistického efektu léčby.

SOUČASNÁ LÉČBA PSORIÁZY FOTOTERAPIÍ

N. Benáková,
Praha

Fototerapie psoriázy prodělala během své historie značny rozvoj jak z hlediska technického vývoje zářičů, tak z odborného hlediska díky prohlubování poznatků z oblasti fotobiologie a fotoimunologie.

V přednášce budou ozřejmeny základní principy fotobiologie, probírány indikace a kontraindikace fototerapie, v přehledu uvedeny současné i perspektivní typy zářičů, vysvětleny základní radiometrické pojmy potřebné pro fototerapii. Pro praxi budou podrobněji probrány protokoly pro 311 nm UVB a fotochemoterapii PUVA – dávky počáteční, maximální jednotlivé a kumulativní, frekvence ozařování, celková doba léčby, otázky bezpečnosti a zvyšování účinnosti kombinovanou terapií s lokálními i celkovými léčivy. Na závěr budou shrnuta praktická doporučení pro provádění fototerapie z hlediska technického, personálního i organizačního. Volba léčebného spektra UV záření se řídí především podle typu psoriázy a reakce na předchozí léčbu. Pro středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázu je první volbou úzkospektré UVB (NBUVB). Pro středně těžkou a těžkou ložiskovou psoriázu se silnou infiltrací, pro palmoplantární lokalizace a psoriázu nedostatečně reagující na NBUVB je metodou volby fotochemoterapie PUVA. Pracoviště bez NBUVB mohou na středně těžkou psoriázu alternativně použít i SUP či širokospektré UVB, které však mají o něco menší účinnost a vyšší procento akutních nežádoucích účinků. Pro psoriázu u HIV pozitivních je jedinou možnou fototerapií střednědávková UVA1 fototerapie. Pro ohraničené torpidní projevy, včetně postižení nehtů, kštice či palmoplantárních projevů se jako perspektivní jeví fokusovaná UVB fototerapie anebo 308 nm excimerová fototerapie.

Fototerapie psoriázy zůstává i přes bouřlivý vývoj nových celkových antipsoriatických léků nepostradatelnou léčebnou metodou s velmi dobrou účinností a relativní

dermatologie_4_2008:Sestava 1 23.9.2008 14:32 Stránka 214
proLékaře.cz | 26.4.2025

bezpečností. Pro pacienty je pohodlná a v České republice slušně dostupná. Technicky i fotobiologicky výzkum jde dále, a tak lze očekávat zářiče a metody, které budou pro pacienty časově méně náročné a více bezpečné. Dostupnost budoucí, ale i stávající fototerapie pro pacienty však do velké míry závisí na zdravotní politice státu, resp. zdravotních pojišťoven ke hrazení této léčby.

LÉČBA PSORIÁZY BIOLOGIKY – VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

M. Kojanová,
Dermatovenerologická klinika UK 1. LF a VFN, Praha

Autorka uvádí způsoby hodnocení závažnosti onemocnění pomocí metody PASI (Psoriasis Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area), DLQI (Dermatology Life Quality Index), pomocí kterých je možné stanovení závažnosti postižení - psoriáza mírná, středně těžká a těžká. Seznamuje s možnostmi léčby, vysvětluje, kdo je kandidátem systémové léčby, kdo je kandidátem léčby biologiky. Předkládá kritéria pro biologickou léčbu z pohledu doporučení ČDS ČLS a indikační omezení dle lékového číselníku VZP. Vysvětluje činnost center pro biologickou léčbu, která zahrnuje nejenom indikaci a podávání biologické léčby, ale i konziliární činnost pro ošetřující dermatology. Centra musí respektovat daná kritéria, a proto u pacientů dosud neléčených doporučují systémovou léčbu a ve spolupráci s ošetřujícím dermatologem rozhodují o dalších možných terapeutických postupech a event. kontraindikacích klasické léčby (acitretin, metotrexát, cyklosporin A, 311 nm UVB fototerapie či fotochemoterapie PUVA). V příspěvku dále uvádí souhrn nutných vyšetření před zahájením terapie, nutnost spolupráce s dalšími odbornostmi, včetně plicního vyšetření. V závěru uvádí charakteristiku jednotlivých používaných biologik, doporučená vyšetření před léčbou, způsoby podání, monitorace, nežádoucí účinky a kazuistiky k jednotlivým preparátům.

LÉČBA PSORIÁZY BIOLOGIKY – VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

J. Fialová,
Dermatovenerologická klinika UK 2. LF a FNB, Praha

Psoriáza je onemocnění vyžadující často celkovou terapii. V roce 2005 v České republice spektrum celkových antipsoriatik obohatila biologika. Na Dermatovenerologické klinice 2. LF UK ve FN Bulovka bylo prozatím léčeno celkem 36 pacientů efalizumabem, etanerceptem, infliximabem a adalimumabem. Přednáška přehledně ukazuje účinnost terapie i výskyt nežádoucích účinků. Dále jsou prezentovány zajímavé případy pacientů.

LÉČBA PSORIÁZY U DĚTÍ

Š. Čapková,
Dětské kožní oddělení FN Motol, Praha

Psoriáza se nejčastěji objevuje až po pubertě. Nicméně u 25–45 % pacientů jsou prvé příznaky před 16. rokem, u 10 % pacientů před 10. rokem a u 2 % postižených již před 2. rokem. Vrozená psoriáza je mimořádně vzácná. Psoriáza u dětí se může podobat projevům u dospělých. Chronickou ložiskovou psoriázu má 65 % dětských pacientů, kapkovitou formu má 25 % postižených dětí. Klinický obraz dětské psoriázy má však některé zvláštnosti. Primární eflorescence jsou plošší, méně šupinaté, zánětlivější a více svědí než u dospělých. Nejčastěji postiženou lokalitou u dětí je vlasová oblast, která je následována ložisky nad extensory končetin, na trupu a na nehtech. Na rozdíl od psoriázy u dospělých mají děti často postižený obličej, zvláště víčka a uši. Častější je u dětí i postižení flexurální oblasti končetin. U dětí do dvou let je nejčastější formou plenková psoriáza. Nejzávažnější prognóza vývoje psoriázy je tam, kde onemocnění propuklo již v útlém věku a zároveň má stejnou nemoc někdo blízký v rodině.

Než začneme s léčbou, pátráme u každého dítěte po individuálních provokačních vlivech. Nejčastěji to bývají záněty horních dýchacích cest, chřipka, záněty středního ucha, záněty močových cest, studijní vypětí ve škole – zkoušky, spálení sluníčkem a zánětlivé kožní choroby (akné).

Léčba dětské psoriázy vyžaduje veliké zkušenosti. Je zde totiž relativně vysoký průnik léků kůží a jejich vstřebávání je proto snazší, s větším rizikem nežádoucích účinků než u dospělého. Léčba zevní klade důraz na bezpečnost dlouhodobého používání všech léků. Důraz se klade i na podpůrné, zvláčňující prostředky. Světloléčba není příliš vhodná v předškolním věku a i později ji musí řídit odborník na fototerapii. Spíše využíváme přirozenou fototerapii při pobytu dítěte v přímořských oblastech. Celková léčba psoriázy je rezervována pro nejtěžší formy a pokud je nutno se k ní uchýlit, měl by ji řídit zkušený dětský dermatolog. Závažnější formy onemocnění mohou působit psychické problémy dítěti i rodičům. K jejich zvládnutí, kromě blízkých členů rodiny a jejich přátel, mohou pomoci klinický psycholog i pacientské svépomocné organizace.

dermatologie_4_2008:Sestava 1 23.9.2008 14:32 Stránka 215
proLékaře.cz | 26.4.2025

PŘÍPAD AKUTNÍHO OTOKU V OBLIČEJI S LETÁLNÍM VYÚSTĚNÍM

P. Nečas,
Dermatovenerologická klinika MU a FN u sv. Anny, Brno

Je prezentován případ pacienta odeslaného na naši kliniku jako Quinckeho edém v obličeji. Již klinický obraz však u nás vzbudil podezření na syndrom horní duté žíly. To se potvrdilo na základě rtg vyšetření hrudníku s výrazným rozšířením mediastina doprava susp. tumorózní masou. Pacient byl předán na kliniku plicních chorob, kde byl diagnostikován malobuněčný karcinom horního laloku pravé plíce. I přes opakovanou chemoterapii pacient do roka svému onemocnění podlehl. Syndrom horní duté žíly je vyvolán nedostatečným průtokem krve touto žilou do pravé síně a může být způsobeny buďto extravaskulárním tlakem (nádor, zvětšené lymf. uzliny) nebo intraluminární překážkou v cévě (trombóza, nádor). Nejčastější příčinou (cca 70 % případů) je právě bronchogenní karcinom. Na syndrom horní duté žíly je nutno myslet u otoku hlavy a krku bez zřejmé vyvolávající příčiny (i náhle vzniklého), zejména pokud je spojen s dilatací žil na krku a kolaterálním žilním oběhem na trupu příp. dalšími symptomy a je potřeba zajistit další diagnostiku a léčbu na specializovaném pracovišti.

NEPOZNANÁ HYPERTRICHÓZA

Š. Kabátová,
Dermatovenerologická klinika UK 2. LF a FNB, Praha

Prezentace se týká vyšetřování nepoznané klinické jednotky u pacientky s hypertrichózou. Během vývoje jednotlivých klinických příznaků postupně došlo k odhalení správné diagnózy, na kterou se mělo diferenciálně diagnosticky myslet již na počátku vzhledem k hypertrichóze obličeje pacientky. Později provedené interní vyšetření ozřejmilo těžkou formu porfyria cutanea tarda. Pacientka je též v péči neurologa pro epilepsii. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům antiepilektik, které se mohou uplatňovat v etiopatogenezi choroby, byla následně upravena medikace a došlo ke stabilizaci celkového stavu pacientky. Porphyrie patří do skupiny poruch biosyntézy hemu, které se projevují charakteristickým klinickým obrazem. Ačkoli se jedná o onemocnění relativně vzácná, je jejich poznání velmi významné zejména z hlediska diferenciálně diagnostického, ale samozřejmě i z hlediska pacienta pro zahájení účinné léčby a zabránění možným závažným důsledkům porfyrické choroby. Vzhledem k tomu, že problematika této skupiny onemocnění není dostatečně známá a často se na ni nepomýšlí, je tato kazuistika určena k připomenutí významu diagnostiky a léčby porfyrií pro klinickou medicínu.

FLEGMÓNA KRKU?

H. Farská,
Dermatovenerologická klinika UK 2. LF a FNB, Praha

Pacient ve věku 24 let byl odeslán obvodním dermatologem na Dermatovenerologickou kliniku UK 2. LF a FN Na Bulovce pro postupně progredující 3 týdny trvající erytém a bolestivost v oblasti krku, postupně splývající pustuly na bradě s červenými plaky v obličeji. Byla vyjádřena suspekce na dg. pyodermie, tinea barbae, zahájena antibiotická terapie, louhový preparát ani mykologické vyšetření nebylo provedeno. Na klinickém pracovišti byl doplněn stěr z pustuly, louhovy preparát, mykologické vyšetření, pro suspektní phlegmonu colli l.dx, tineu barbae, vzhledem k celkovému stavu odeslán na ORL kliniku k hospitalizaci. Zde na základě výsledku CT vyšetření t.č. vyloučen absces na krku, odeslán k hospitalizaci na infekční oddělení. Na infekční klinice byla zahájena parenterální antibiotická terapie, 3. den hospitalizace byl zastižen drobný absces krku, 6. den pro neustupující lokální nález bylo doplněno statim CT, a potvrzen absces krku, provedena cervikotomie, stěr a kultivace z abscesu. Z abscedované dutiny byl vykultivován Trichophyton mentagrophytes, zahájena cílená antimykotická terapie. Po několika dnech došlo k výraznému zlepšení celkového stavu, pacient byl přeložen na kožní kliniku k doléčení lokálního nálezu. Sekundárně bylo pátráno po zdroji nákazy, kultivačně prokázán původce nákazy u domácího mazlíčka – kočky. Po 10 dnech hospitalizace na kožním oddělení byl pacient propuštěn do domácího ošetřování, dále ošetřován ambulantně, absolvoval enzymoterapii, prováděl tlakové masáže, byla zahájena terapie biostimulačním laserem. V současnosti se lokální nález výrazně zlepšil, pacient je bez handicapu zapojen do pracovního procesu.