REFERÁTOVÝ VÝBĚR®
z dermato venerologie
ODBORNÝ DVOUMĚSÍČNÍK
ROČNÍK 66
2/2024

@referatovyvyber

7 KREDITŮ ČLK
PRO AUTORY ČLÁNKŮ

www.rvdnews.cz
www.referatovyvyber.cz

Available on the Google Play
Download on the App Store

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

CZECH PRESS AGENCY
VYCHÁZÍ POD ZÁŠTITOU ČESKÉ DERMATOVENEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI
CENA: 57 KČ

NOVĚ SCHVÁLENO

SOTYKTU™ (deukravacitinib) 6 mg tablety

RADOST Z ÚLEVY

První selektivní TYK2 inhibitor pro pacienty se středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou

Reference: Souhrn údajů o přípravku SOTYKTU

ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU:

▼ **Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.**

Název léčivého přípravku: SOTYKTU 6 mg potahované tablety. Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje 6 mg deukravacitinibu. **Indikace:** SOTYKTU je indikován k léčbě středně těžké až těžké ložiskové psoriázy u dospělých, kteří jsou vhodní pro systémovou léčbu. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 6 mg jednou denně. Léčba se zahajuje pod vedením lékaře se zkušenostmi s diagnostikou a léčbou psoriázy. Pokud se po 24 týdnech léčby neprojeví přínos, zváží se ukončení léčby. Odpověď na léčbu je třeba pravidelně hodnotit. Další informace o dávkování viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Deukravacitinib může zvýšit riziko infekcí. Léčba nesmí být zahájena u pacientů s jakoukoli klinicky významnou aktivní infekcí, dokud infekce neustoupí nebo nebude adekvátně léčena. U pacientů s chronickou infekcí nebo s anamnézou recidivující infekce se má použití deukravacitinibu zvážit s opatrností. Před zahájením léčby je třeba provést vyšetření na tuberkulózu. U pacientů léčených deukravacitinibem je třeba se vyhnout použití živých vakcín. Podrobné informace viz SPC. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Deukravacitinib nemá klinicky relevantní lékové interakce. Podrobné informace viz SPC. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Podávání přípravku v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Deukravacitinib se vylučuje do mateřského mléka, proto riziko pro kojené děti nelze vyloučit. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky jsou infekce horních cest dýchacích, nejčastěji nazofaryngitida. Další časté nežádoucí účinky jsou vředy v ústech, akneiformní vyrážka, folikulitida a zvýšená kreatinfosfokináza v krvi. Podrobné informace viz SPC. **Velikost balení:** 7, 14, 28 nebo 84 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Dublin, Irsko. **Registrační čísla:** EU/1/23/1718/001-008. **Poslední revize textu:** 03/2023. **Před předepsáním si přečtěte úplný souhrn údajů o přípravku (SPC). Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.** Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) http://ema.europa.eu nebo jsou dostupné u zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: Bristol-Myers Squibb spol. s r.o., Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4, www.bms.com/cz.

Bristol-Myers Squibb spol. s r. o.
Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4 | tel.: +420 221 016 111 | https://www.bms.com/cz
1787-CZ-2300001

Bristol Myers Squibb™

PAN ŠTÍSTKO SE POTÍ

■ Dorazil na kliniku přesně na čas, že by si podle něj mohl člověk řídit hodinky. Venku vedro. „Nestíhal jsem, potím se jako dveře od chlíva," vypadlo z něj. Sestřička mu připravila infuzi s Opdivem. Tampon po zpocené ruce jen klouzal. Ale kanyla i tak bez problémů přece jen atakovala kubitální žílu. „Jedeme," vyhrkl pacient a obdivně pokýval hlavou směrem k sestřičkám Romaně a Petře, které ještě fixovaly set k paži.

■ „Nedali byste mi něco pořádného na pocení? Melanom už obstojně zvládáte, ale neměli jste v Olomouci na tom vašem 19. kongresu českých a slovenských dermatovenerologů něco pro mě?" zeptal se Štístko, jako kdyby pocení bylo při jeho metastázách, i když dlouhodobě stabilizovaných, jeho největší problém. Mohl jsem ho ubezpečit, že třídenní program byl jako vždy nabitý mnoha zajímavými tématy, která se pro 677 účastníků vešla do 120 přednášek. Skutečně se jedna věnovala ne příliš často diskutovanému, avšak velmi nepříjemnému zdravotnímu problému – primární hyperhidróze. Ptali jsme se tam, jaký je život pacienta s nadměrným pocením, proč diagnostika většinou trvá příliš dlouho a jaké jsou možnosti léčby.

■ Primární hyperhidróza je stav nadměrného pocení, které však v dané situaci nemá termoregulační funkci. Je způsobena dysregulací autonomního nervového systému a projevuje se lokálním a symetrickým pocením nejčastěji v oblasti dlaní, chodidel, podpaží a hlavy, někdy v oblasti tříse l. Často se objevuje již v mladém věku, nejčastěji v období puberty, kdy si člověk vytváří sociální vztahy, odolává tlakům svých vrstevníků, věnuje se zálibám a obecně si vytváří vlastní světonázor. Nadměrné pocení ho často uvádí do trapných situací a všechny tyto životní aspekty mu může velmi výrazně komplikovat. Pacienti kvůli tomuto onemocnění vyhledávají lékaře většinou mezi 20. a 30. rokem života.

■ U těžké hyperhidrózy existují kromě obtíží ve společenském životě i velmi praktické problémy. Takto postižení lidé se musí často převlékat, nosit náhradní oblečení do školy nebo práce a častěji ho prát. Mohou mít problém s úchopem, takže jim třeba z ruky vyklouzává propiska a velmi problematická může být také práce s listinami. Nadměrné pocení nohou pak může být živnou půdou pro různé mykotické nebo bakteriální infekce. Sklon k idiopatické-primární hyperhidróze je dědičný. Pokud se rodina vyrovnala s lehčí formou, často ani nepomyslí na hyperhidrózu u adolescentů jako na onemocnění, i když u nich mohou být příznaky závažnější a velmi zatěžující. Naštěstí dnes pacienti umí vyhledávat informace online a díky nim nakonec lékaře vyhledají. I tak ale v mnoha případech přicházejí pozdě. Pro pacienta bývá obtížné o svém pocení začít mluvit a někdy se stává, že přichází primárně s jinými potížemi, ale na své pocení jakoby mimochodem upozorňuje. Je proto důležité pacientům pozorně naslouchat a včas toto zatěžující onemocnění odhalit.

■ Primární hyperhidrózu nejčastěji diagnostikuje a léčí dermatolog, ale měli by na ni určitě myslet i praktičtí lékaři. Jako první je vždy potřeba vyloučit sekundární hyperhidrózu, jejíž příčinou je jiné probíhající onemocnění. Mohou to být například dlouhodobé infekce, určité typy rakoviny, spánková apnoe, srdeční selhání, endokrinologické problémy, ale i některé psychiatrické nebo neurologické diagnózy. Charakteristické je pocení spojené s některými léky, například tricyklickými antidepresivy. Pro vyloučení sekundární hyperhidrózy je třeba posoudit celkový zdravotní stav, příznaky únavy, úbytek hmotnosti, průjem, pocit žízně, respirační příznaky, anamnézu zneužívání návykových látek a možné příznaky menopauzy. Kromě toho se měří tělesná teplota, krevní tlak, prohmatávají se lymfatické uzliny a poslouchají se plíce a srdeční ozvy. Jestliže to anamnéza nebo výsledky fyzikálního vyšetření požadují, provádějí se testy funkce štítné žlázy, hladiny markerů zánětu a krevního cukru. Pokud

se sekundární hyperhidróza potvrdí, musíme takového pacienta odeslat k příslušnému specialistovi. Primární hyperhidróza je diagnostikována v případě, že lokální viditelné nadměrné pocení trvá nejméně šest měsíců bez jakéhokoli dalšího vysvětlujícího faktoru. Kromě toho musí být splněna alespoň dvě z následujících šesti kritérií: 1. pocení je symetrické; 2. narušuje každodenní činnosti; 3. vyskytuje se nejméně jednou týdně; 4. objevilo se ve věku do 25 let; 5. nevyskytuje se během spánku; 6. je přítomná rodinná anamnéza primární hyperhidrózy.

■ V současné době je k dispozici několik různých možností, přičemž výběr léčby je ovlivněn oblastí výskytu hyperhidrózy a její závažností. Léčbu lze také kombinovat. Pro mírnější formy jsou v lékárně volně dostupné antiperspiranty s obsahem hliníkových solí. Tyto produkty ale často dráždí pokožku, což jejich použití v běžném životě omezuje. Aplikují se každý večer po dobu asi 1–2 týdnů a poté dvakrát týdně. Nejvyšší účinnost je pozorována v podpaží. Inovativním přístupem je lokální glykopyrroniový krém s anticholinergním účinkem, který je na lékařský předpis a je hrazen pacientem. Zatím má schválenou indikaci pouze u dospělých pacientů se závažnou primární hyperhidrózou v podpaží. Jak už jsem připomínal, primární hyperhidróza je způsobena dysregulací autonomního nervového systému, kdy dochází ke zvýšené stimulaci potních žláz, která je navozena acetylcholinem.

■ Glykopyrronium bromid (GPB) působí jako kompetitivní antagonista acetylcholinu na muskarinových receptorech v těchto potních žlázách a tvorbu potu snižuje. Krém se používá po dobu čtyř týdnů každý večer a následně dvakrát týdně. Léčba je dobře snášena. Z dostupných klinických dat vyplývá, že u necelých 16 % pacientů se objevila lokální reakce v místě aplikace a u necelých 14 % nemocných se objevilo sucho v ústech.

■ Tato nová léčba by mohla být první volbou u těžké primární hyperhidrózy v podpaží. Její účinnost oproti placebu byla potvrzena klinickou studií fáze IIIa, jejíž výsledky vedly v červnu 2022 ke schválení přípravku regulačními autoritami v Německu a dalších deseti evropských zemích včetně České republiky. Denní používání GPB u 171 pacientů po dobu 4 týdnů vedlo ke statisticky významnému snížení tvorby potu a ke zlepšení kvality života. Následovala otevřená studie fáze IIIb, ve které byla sledována léčba 518 pacientů po dobu 72 týdnů. Data z dlouhodobého sledování potvrdila výsledky studie fáze IIIa. GPB by mohl být řešením také u pacientů, kteří během používání antiperspirantu s hliníkem měli podrážděnou pokožku, nebo jim nepomáhal.

■ Další možností léčby je iontoforéza vodou z vodovodu. Odezva na ni je individuální. V případě, že má pacient z tohoto přístupu prospěch, může si speciální přístroj pro iontoforézu zapůjčit v kožní ambulanci nebo si ho zakoupit.

■ Injekční aplikace botulotoxinu je poměrně běžnou formou léčby, při které se aplikuje toxin do kůže. Účinek trvá asi 6 až 12 měsíců. V podpaží jde o poměrně bolestivý zákrok, ale dá se snést i bez anestézie. Bolest ale může být překážkou v léčbě nadměrného pocení rukou a nohou. Problémem u botulotoxinové léčby může být cena injekcí, které jsou většinou aplikovány v soukromém sektoru. V závažných případech jsou indikována systémová anticholinergika jako např. oxybutin. Účinná dávka by měla být titrována s ohledem na anticholinergní nežádoucí účinky, jako je sucho v ústech, poruchy akomodace nebo problémy s močením. Mohou být využity také chirurgické a jiné invazivní postupy jako sympatektomie nebo aplikace mikrovlnného záření, ale ty se používají zřídka. Naším cílem je vždy získat co nejlepší odpověď na léčbu. Jakmile najdeme pro pacienta vhodný přístup, který u něj příznaky nemoci odstraní nebo alespoň zmírní, nemusí nás navštěvovat nijak často.

■ Infuze Opdiva dokapala. „Tak jsme se docela zapotili a ten váš bromid glykopyrronia by se docela šiknul. Nemáte ho tu někde po ruce?“ Nemáme, ale ještě dnes odpoledne můžeme mít. Léto se chýlí ke konci, tak si je ještě pořádně užijte a načerpejte dostatek sil. A kdo se hodně potí, ať si vyzvedne v lékárně glykopyrronium bromid.

Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
Předseda ČDS ČLS JEP, z.s.

Usnadněte si život s Cosentyxem

~1 milion léčených pacientů[1]

Jedná se o ilustrační obrázek pacienta.

Psoriáza

Axiální projevy

Entezitida

Kloubní syndrom

Daktylitida

Psoriáza nehtů

Komplexní léčba přípravkem Cosentyx pokrývá široké spektrum individuálních potřeb vašich pacientů.

Cosentyx spolehlivě prokázal účinnost v léčbě kožních projevů onemocnění, včetně obtížně léčitelných oblastí jako jsou nehty, pokožka hlavy, dlaně a chodidla, tak i na psoriatickou artritidu.

Účinně brání rozvoji nevratného strukturálního poškození kloubů u psoriatické artritidy.[1-24]

Cosentyx® secukinumab

ZÍTŘEK ZAČÍNÁ DNES

Zkrácená informace o přípravku • Cosentyx 150 mg injekční roztok v předplněném peru • *Cosentyx 300 mg injekční roztok v předplněném peru* • Složení: Jedno předplněné pero obsahuje secukinumabum 150 mg v 1 ml. Jedno předplněné pero obsahuje secukinumabum 300 mg ve 2 ml. **Indikace:** Léčba středně těžké až těžké ložiskové psoriázy dospělých, dospívajících a dětí od 6 let, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. *Léčba aktivní středně těžké až těžké hidradenitidy u dospělých s nedostatečnou odpovědí na konvenční systémovou terapii.* Léčba aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů, u nichž se nedostavila adekvátní odpověď na předchozí léčbu chorobu modifikujícími antirevmatiky (přípravek samotný nebo v kombinaci s methotrexátem). Léčba aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých, kteří nedostatečně reagovali na konvenční léčbu. Léčba aktivní non-radiografické axiální spondylartritidy s objektivními známkami zánětu indikovanými zvýšeným C-reaktivním proteinem (CRP) a/nebo zobrazením magnetickou rezonancí (MRI) u dospělých, kteří neodpovídají adekvátně na nesteroidní protizánětlivá léčiva (NSAID). Léčba aktivní artritidy související s entezitidou a léčba juvenilní psoriatické artritidy u pacientů od 6 let, kteří nedostatečně odpovídají na konvenční terapii nebo ji netolerují (přípravek samotný nebo v kombinaci s methotrexátem). **Dávkování:** Přípravek se podává ve formě subkutánní injekce. Injekční roztok v předplněném peru s dávkou 150 mg není určen k podávání dětským pacientům s hmotností <50 kg. *Ložisková psoriáza u dospělých:* Doporučená dávka je 300 mg sekukinumabu s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Na základě klinické odpovědi může udržovací dávka 300 mg každé 2 týdny poskytnout další přínos pro pacienty s tělesnou hmotností 90 kg nebo vyšší. *Ložisková psoriáza u pediatrické populace (dospívající a děti od 6 let):* Doporučená dávka se odvíjí od tělesné hmotnosti (viz níže) s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Tělesná hmotnost v době podání / doporučená dávka: <25 kg / 75 mg; 25 až <50 kg / 75 mg; ≥50 kg / 150 mg (může být zvýšena na 300 mg). *Hidradenitida:* Doporučená dávka je 300 mg sekukinumabu s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Na základě klinické odpovědi může být dávka zvýšena na 300 mg každé 2 týdny.* *Psoriatická artritida:* U pacientů se současně přítomnou středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou viz doporučení pro ložiskovou psoriázu pro dospělé. U pacientů nedostatečně odpovídajících na anti-TNFα (IR) je doporučená dávka 300 mg s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. U ostatních pacientů je doporučená dávka 150 mg s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Dávka může být zvýšena na 300 mg na základě klinické odpovědi. *Ankylozující spondylitida (AS, radiografická axiální spondylartritida):* Doporučená dávka je 150 mg s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Dávka může být zvýšena na 300 mg na základě klinické odpovědi. *Non-radiografická axiální spondylartritida (nr-axSpA):* Doporučená dávka je 150 mg s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. *Artritida související s entezitidou a juvenilní psoriatická artritida:* Doporučená dávka se odvíjí od tělesné hmotnosti (viz níže) a podává se v týdnech 0, 1, 2, 3, a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Tělesná hmotnost v době podání / doporučená dávka: <50 kg / 75 mg; ≥50 kg / 150 mg. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce (např. aktivní tuberkulóza). **Zvláštní upozornění/varování:** Za účelem zlepšení sledovatelnosti biologických léčivých přípravků je nutné pečlivě zaznamenat název a číslo šarže podaného přípravku. Opatrnosti je zapotřebí, pokud se uvažuje o použití sekukinumabu u pacientů s chronickou infekcí nebo opakovanou infekcí v anamnéze. Pacienty je nutné použít, aby vyhledali lékařskou pomoc, pokud se objeví známky nebo příznaky naznačující přítomnost infekce. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, je nutné pacienta pečlivě sledovat a nepodávat sekukinumab, dokud infekce neodezní. Sekukinumab se nedoporučuje u pacientů se zánětlivým onemocněním střev. Pokud se u pacienta objeví známky a příznaky zánětlivého onemocnění střev nebo dojde-li k exacerbaci již existujícího zánětlivého onemocnění střev, je třeba sekukinumab vysadit a zahájit odpovídající lékařskou péči. Pokud se objeví anafylaktická nebo jiné závažné alergické reakce, musí se podávání sekukinumabu okamžitě přerušit a je třeba zahájit vhodnou léčbu. Před zahájením léčby přípravkem Cosentyx se doporučuje, aby byla u pediatrických pacientů provedena všechna věku odpovídající očkování podle současných pokynů pro očkování. Živé vakcíny nesmí být podávány současně se sekukinumabem. Ve studiích s lupénkou nebyly vyhodnocovány bezpečnost a účinnost sekukinumabu v kombinaci s imunosupresivy, včetně biologické léčby, nebo fototerapií. **Interakce:** Ve studii u subjektů s ložiskovou psoriázou nebyly pozorovány interakce mezi sekukinumabem a midazolamem (substrát CYP3A4). Při současném podávání sekukinumabu s methotrexátem a/nebo s kortikosteroidy nebyly v artritických studiích (včetně pacientů s psoriatickou artritidou a axiální spondylartritidou) pozorovány žádné interakce. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu ještě nejméně 20 týdnů po ukončení terapie používat účinnou metodu kontracepce. Podávání přípravku Cosentyx v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se sekukinumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům sekukinumabu na kojené dítě je nutno na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku rozhodnout, zda během léčby a po dobu až 20 týdnů od ukončení léčby přerušit kojení nebo přerušit léčbu sekukinumabem. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: infekce horních cest dýchacích. Časté: orální herpes, rinorea, diarea, bolest hlavy, nauzea, únava. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C–8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Jednorázová předplněná injekční stříkačka vložená do pera SensoReady, balení obsahuje 2 předplněná pera. Jednorázová předplněná injekční stříkačka vložená do pera UnoReady, balení obsahuje 1 předplněné pero. Registrační čísla: EU/1/14/980/005 (SensoReady), EU/1/14/980/010 (UnoReady). **Datum registrace:** 15.1.2015. **Datum poslední revize textu:** 26.5.2023. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Irsko. **Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Cosentyx je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. *Všimněte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.**

Reference: 1. SPC přípravku Cosentyx: www.sukl.cz, datum poslední revize textu 26.5.2023. **2.** Nast, A., et al. (2020). "EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 1: treatment and monitoring recommendations." J Eur Acad Dermatol Venereol 34(11): 2461-2498. **3.** McGonagle, D. G., et al. (2019). Ann Rheum Dis 78(9): 1167-1178. **4.** Kavanaugh A, et al. Arthritis Care Res 2017;69:347. **5.** Kampylafka E, et al. EULAR 2018. Oral presentation OP0305. **6.** Nash P, et al. EULAR 2018. Poster THU0322. **7.** Baraliakos X, et al. Ann Rheum Dis. 2021 May;80(5):582-590; **8.** McInnes IB, et al. Rheumatology. 2017; 56(11):1993-2003. **9.** Bissonette R, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 ; 32(9):1507-1514. **10.** Reich K, et al. PGC 2017; Poster #PO21. **11.** Mease, P. J., et al. (2020); ACR Open Rheumatol 2(1): 18-25. **12.** Ishigame, H., et al. (2009). Immunity 30(1): 108-119. **13.** Deodhar, Atul et al. Arthritis & rheumatology (Hoboken, N.J.) vol. 73.1 (2021): 110-120. **14.** D'Agostino, Maria Antonietta et al. Rheumatology (Oxford, England) vol. 61,5 (2022): 1867-1876. **15.** Bodemer, C et al. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV vol. 35.4 (2021): 938-947. **16.** Brunner, Hermine I et al. Annals of the rheumatic diseases vol. 82.1 (2023): 154-160. **17.** Sigurgeirsson, Bardur et al. Dermatologic therapy vol. 35.3 (2022): e15285. **18.** Bagel J, et al. J Am Acad Dermatol 2017;77:667. **19.** Gottlieb A, et al. PGC 2017. Presentation PO21. **20.** Baraliakos X, et al. ACR 2018. Poster L13. **21.** Gottlieb AB et al. Abstract presented at: 29th Congress EADV Virtual; 29-31 October 2020; Vienna, Austria. **22.** Crowley J. J Drugs Dermatol. 2010;9(8):912-918. **23.** Baran R. Dermatology. 2010;221(Suppl 1):1-5. **24.** Merola JF et al. Dermatol Ther. 2018;31(3):e12589.

Novartis s. r. o., Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4
tel.: +420 225 775 111, www.novartis.cz, info.cz@novartis.com

CZ2402291652/02/2024

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Obsah

1 **ÚVOD**
Pan Štístko se potí
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA

6 **Pokroky v nefarmakologickej liečbe bolesti u pacientov s popáleninami: prehľad moderných prístupov**
MUDr. Júlia Bartková, MBA

13 **Případ mnohočetných bazaliomů**
MUDr. Gabriela Behrami

20 **Acrodermatitis chronica atrophicans v terénu sklerodermie**
Prim. MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.

30 **VĚDOMOSTNÍ TEST**

32 **Efekt antikoagulační léčby a využití sonikace u obtížně se hojících bércových ulcerací**
MUDr. Veronika Fárová

40 **ZÁPISY**

INZERCE

TITULNÍ FOTO: © WAVEBREAKMEDIAMICRO/123RF
OSTATNÍ FOTO: **NENÍ-LI UVEDENO JINAK, JE AUTOREM FOTOGRAFIÍ AUTOR ČLÁNKU**

Referátový výběr z dermatovenerologie

ŠÉFREDAKTOR
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA

ODBORNÉ RECENZE A KONZULTACE
Prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.
MUDr. Hana Ciferská, Ph.D.

REDAKCE
PhDr. Jarmila Drhlíková
602 229 255, czechopress@czechopress.cz
Jari Sheller
724 918 215, jarisheller@gmail.com
Adéla Burešová
referatovyvyber@czechopress.cz
Marie Tormová
referatovyvyber@czechopress.cz
Asistentka
724 116 414, office@czechopress.cz

REDAKČNÍ RADA
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
Prof. MUDr. Mária Šimaljaková, Ph.D. MHA, MPH
Prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.
Prof. MUDr. Martin Péč, Ph.D.
Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.
Doc. MUDr. Eliška Dastychová, CSc.
Doc. MUDr. Dučan Buchvald, CSc.
As. MUDr. Libuše Mardešićová
Prim. MUDr. Slavomír Urbanček, Ph.D.
MUDr. Marta Hašková
JUDr. Jan Mach

DO ČÍSLA PŘISPĚLI
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
Prim. MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.
MUDr. Júlia Bartková, MBA
MUDr. Veronika Fárová
MUDr. Gabriela Behrami

LAYOUT A GRAFICKÁ ÚPRAVA
Bc. Michaela Croft

ADRESA REDAKCE
FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Dermatovenerologická klinika
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
Přednosta kliniky
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

VYDÁVÁ
CZECHOPRESS AGENCY, s.r.o.
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4
Tel: 602 229 255, fax: 272 941 824
E-mail: czechopress@czechopress.cz

STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCE
PhDr. Jarmila Drhlíková – jednatelka

OBJEDNÁVKY PŘEDPLATNÉHO A INZERCI PŘIJÍMÁ
CZECHOPRESS AGENCY, s.r.o.
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4
Tel.: 602 229 255, fax: 272 941 824
E-mail: czechopress@czechopress.cz
E-mail: referatovy.vyber@czechopress.cz

MK ČR E 13665
ISSN 1213-9106 (Print), ISSN 1803-778X (Online)

Číslo 2/2024, Ročník 66

Excerpováno v Bibliographia medica Čechoslovaca

Časopis je indexován v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik Rady pro výzkum, vývoj a inovace Úřadu vlády ČR

DISTRIBUCE
Czechopress Agency, s.r.o.

CENA: 57 Kč

ZA ODBORNOU SPRÁVNOST PŘÍSPĚVKŮ ODPOVÍDAJÍ AUTOŘI ČLÁNKŮ.

č.1 ZNAČKA V OBLASTI **STÁRNUTÍ PLETI DOPORUČOVANÁ ČESKÝMI DERMATOLOGY***

VICHY
LABORATOIRES

LIFTACTIV [B3]

PROTI PIGMENTOVÝM SKVRNÁM

B3 SÉRUM + B3 KRÉM SPF 50

- NIACINAMID (B3)
- PEELINGOVÉ AKTIVNÍ LÁTKY
- ŠIROKOSPEKTRÁLNÍ OCHRANA PŘED SLUNCEM

-29%
AŽ
-71%
PIGMENTOVÝCH SKVRN
PO 2 MĚSÍCÍCH**

KLINICKÉ TESTY(1)

*Studie provedená společností IQVIA v období 11/2023 – 1/2024, Česká republika, 90 dermatologů odpovídalo na otázku: Kterou dermokosmetickou značku doporučujete nebo předepisujete v následujících indikacích nejčastěji?: Problémy stárnoucí pleti/pokožky.
**Klinická studie, hodnoceno 33 % z panelu 44 žen po dobu 2 měsíců, s průměrným výskytem 29 %.
(1) Simulace efektu obdrženého v klinické studii na 33 % z panelu 44 žen.

POKROKY V NEFARMAKOLOGICKEJ LIEČBE BOLESTI U PACIENTOV S POPÁLENINAMI: PREHĽAD MODERNÝCH PRÍSTUPOV

Bartková, J.[1,2], Knezovičová, E.[2]
[1] Klinika popálenín a plastickej chirurgie, Fakultní nemocnice Brno
[2] Lekárska fakulta Masarykovej univerzity Brno

SÚHRN: **Popáleniny predstavujú jedinečné výzvy pri zvládaní bolesti, čo si vyžaduje neustály pokrok v terapeutických prístupoch. V posledných rokoch vidíme posun smerom k nefarmakologickým metódam úľavy od bolesti u pacientov s popáleninami. Tento článok poskytuje prehľad vybraných súčasných nefarmakologických prístupov a moderných metód používaných na riešenie bolesti u pacientov s popáleninami. Zdôrazňujúc nefarmakologické intervencie článok skúma ich účinnosť a rastúcu implementáciu v klinickej praxi. Skúmaním vyvíjajúceho sa prostredia manažmentu bolesti má tento článok za cieľ prispieť k pochopeniu implementácie účinných stratégií na zmiernenie bolesti u pacientov s popáleninami a v konečnom dôsledku ku zlepšeniu výsledkov pacientov a kvality ich života. Je dôležité si uvedomiť, že nefarmakologické intervencie na zvládanie bolesti slúžia ako účinný doplnok farmakologickej terapie.**

KĽÚČOVÉ SLOVÁ: popáleniny – bolesť – nefarmakologické intervencie

SUMMARY: **Advances in Non-Pharmacological Pain Management for Burn Patients: A Review of Modern Approaches.** Burn injuries present unique challenges in pain management, necessitating continuous advancements in therapeutic approaches. In recent years, there has been a notable shift towards non-pharmacological methods for pain relief in burn patients. This article provides an overview of selected non-pharmacological approaches and modern methods used to address pain in burn patients. Emphasizing non-pharmacological interventions, the article explores their efficacy and growing acceptance in clinical practice. By examining the evolving landscape of pain management, this article aims to contribute to the understanding and implementation of effective strategies for alleviating pain in burn patients and ultimately improving patient outcomes and quality of life. It is imperative to recognize that non-pharmacological interventions for pain management serve as effective adjuncts to pharmacological therapy.

KEY WORDS: burns – pain – non-pharmacological interventions

„Nefarmakologické metódy dopĺňajú tradičné farmakologické intervencie a spoločne ponúkajú komplexný prístup na riešenie bolesti v starostlivosti o popáleniny.“

ÚVOD

Efektívna liečba bolesti u pacientov s popáleninami predstavuje jedinečnú výzvu vzhľadom na komplexný charakter popáleninových poranení. Na rozdiel od mnohých iných typov poranení popáleniny zahŕňajú poškodenie viacerých vrstiev kože a pod ňou ležiacich štruktúr, čo môže viesť k intenzívnej a dlhotrvajúcej bolesti. Liečba bolesti po popáleninách si vyžaduje komplexný prístup, ktorý sa zaoberá akútnymi aj chronickými aspektmi bolesti pri zohľadnení charakteristických vlastností popáleninových poranení.

Popáleniny sa líšia v závažnosti od povrchových popálenín, ktoré postihujú iba povrchovú vrstvu kože (epidermis), až po popáleniny hlbokých tkanív, ktoré prenikajú do hlbších vrstiev kože a pod ňou ležiacich štruktúr. Faktory, ako je rozsah a hĺbka popálenia, prítomnosť pridružených poranení a celkový zdravotný stav pacienta, ovplyvňujú závažnosť bolesti u popálených pacientov.

Jedným z významných rozdielov medzi bolesťou pri popáleninách a bolesťou spojenou s inými typmi poranení je predĺžené trvanie bolesti u pacientov s popáleninami. Dokonca aj po zahojení počiatočného zranenia môžu osoby, ktoré prežili popáleniny, naďalej pociťovať chronickú bolesť, neuropatickú bolesť a psychické utrpenie v dôsledku zjazvenia, poškodenia nervov a emocionálnej traumy spojenej s ich zraneniami.

Efektívna liečba bolesti po popáleninách si vyžaduje multidisciplinárny prístup, ktorý kombinuje farmakologické intervencie, nefarmakologické terapie a psychologickú podporu. Farmakologické látky, ako sú opioidy, nesteroidné protizápalové lieky (Non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAID) môžu zmierniť akútnu bolesť počas ošetrovania rán a procedúr. Nefarmakologické intervencie vrátane techník ošetrovania rán, fyzikálnej terapie a iných doplnkových terapií, môžu tiež zohrávať kľúčovú úlohu pri zvládaní bolesti popálenín a podpore hojenia. V tomto článku sme sa zamerali na nefarmakologické ovplyvňovanie bolesti u popálených pacientov.

DISKUSIA

Zvládanie bolesti u pacientov s popáleninami predstavuje mnohostrannú výzvu, ktorá si vyžaduje komplexné prístupy nad rámec farmakologických intervencií. V terapii bolesti popálenín sa do popredia dostali nefarmakologické metódy, ktoré ponúkajú alternatívne spôsoby na zmiernenie nepohodlia a zlepšenie výsledkov pacientov. Spomedzi týchto metód sa ako účinná doplnková terapia k farmakologickým prístupom osvedčili sľubné modality ako virtuálna realita (VR), aromaterapia, hudba, hypnóza, akupunktúra, masáže a techniky rozptýlenia. Tento článok skúma účinnosť a aplikáciu týchto nefarmakologických intervencií pri liečbe bolesti popálenín, pričom zdôrazňuje ich potenciál zvýšiť pohodlie pacienta, podporiť hojenie a optimalizovať výsledky rehabilitácie.

Virtuálna realita

VR sa objavila ako priekopník v oblasti starostlivosti o popáleniny a ponúka nové riešenia nielen pre akútnu liečbu ale aj pre rehabilitáciu. V rámci starostlivosti o popáleniny sa VR môže použiť pri bolestivých procedúrach, ako je debridement rany alebo výmena obväzu. Ponorením pacientov do virtuálneho prostredia slúži VR ako forma rozptýlenej terapie, ktorá presmeruje ich pozornosť preč od nepohodlia procedúry. Štúdie ukázali, že používanie VR počas procedúr starostlivosti o rany môže viesť k zníženiu vnímania bolesti a zníženiu úrovne úzkosti u pacientov s popáleninami.[1,2] Okrem toho môže VR zohrávať kľúčovú úlohu počas rehabilitácie u popálených pacientov. Pacienti s popáleninami často podstupujú rozsiahlu fyzikálnu terapiu, aby znovu získali pohyblivosť, silu a funkčnosť v postihnutých oblastiach. Technológia VR môže byť integrovaná do týchto

terapeutických sedení, aby boli pre pacientov pútavejšie a motivujúcejšie. Cvičenia založené na VR môžu napríklad simulovať aktivity a pohyby v reálnom živote, čo pacientom umožňuje precvičovať si úlohy vo virtuálnom prostredí predtým, ako sa o ne pokúsia v skutočnosti. To nielen zvyšuje účinnosť terapie, ale tiež povzbudzuje pacientov k aktívnej účasti na ich rehabilitačnom procese.[3,4] Technológia VR zahŕňa použitie špecializovaných hardvérových a softvérových komponentov. VR headsety ako napríklad Oculus Rift alebo HTC Vive nosia pacienti, aby ich ponorili do virtuálnych prostredí. Tieto náhlavové súpravy sa zvyčajne skladajú z displejov s vysokým rozlíšením, snímačov pohybu a zvukových výstupných zariadení, ktoré poskytujú realistický zmyslový zážitok. Softvérové aplikácie VR sú navyše navrhnuté tak, aby vytvárali interaktívne a prispôsobiteľné virtuálne svety prispôsobené špecifickým potrebám pacientov s popáleninami. Celkovo má technológia VR veľký potenciál pri liečbe pacientov s popáleninami tým, že ponúka nový prístup k liečbe bolesti a rehabilitácii. Keďže výskum v tejto oblasti neustále napreduje, očakáva sa, že VR sa stane neoddeliteľnou súčasťou komplexnej starostlivosti o popáleniny, ktorá pomôže zlepšiť výsledky pacientov a kvalitu života.[5]

Aromaterapia

Aromaterapia, využívanie éterických olejov na zlepšenie zdravia a pohody, postupne získava na popularite aj ako doplnková terapeutická metóda v ošetrovateľskej praxi a pri liečbe popálenín. Štúdie a výskumy, ako napríklad práce Allarda a Katseresa [6] alebo Boyce a Natschkeho,[7] zdôrazňujú jej pozitívny vplyv na emocionálny stav a celkovú pohodu sestier a pacientov. Zisťuje sa, že aromaterapia dokáže nielen znížiť stres a úzkosť, ale aj podporiť emocionálnu pohodu. Zameranie na liečbu popálenín prináša nový rozmer využitia aromaterapie. Výskumy ako Lee et al. či Farzan et al. ukazujú, že éterické oleje môžu mať pozitívny vplyv na proces hojenia popálenín. Konkrétne éterické oleje ako Rosa damascena a levanduľa preukázali schopnosť zmierniť bolesť a úzkosť u pacientov.[8] Tieto zistenia otvárajú dvere pre inovatívne prístupy v liečbe popálenín a naznačujú, že aromaterapia môže byť cenným doplnkom k tradičným liečebným postupom.[9] Okrem toho aromaterapia môže mať aj ďalšie pozitívne vplyvy na pacientov s popáleninami, ako je zlepšenie spánku a zníženie stresu. Tieto doplnkové výhody môžu mať dlhodobé pozitívne účinky na celkové zdravie a pohodu pacientov, čo robí aromaterapiu atraktívnym doplnkom k tradičným liečebným postupom. Okrem toho je potrebné venovať pozornosť aj otázkam týkajúcim sa bezpečnosti a správneho použitia éterických olejov. Niektoré esenciálne oleje môžu vyvolať alergické reakcie u niektorých jedincov. Preto je dôležité, aby aromaterapia bola vykonávaná pod dohľadom odborníkov.[8] Napriek tomu, že existujú dôkazy o účinnosti aromaterapie pri liečbe popálenín, stále je potrebný ďalší výskum na potvrdenie a prehlbovanie týchto zistení. Rozšírenie výskumu by mohlo zahŕňať viac randomizovaných kontrolovaných štúdií a sledovanie dlhodobých výsledkov liečby. Tým sa môže zabezpečiť, že aromaterapia bude adekvátne integrovaná do klinického prostredia ako efektívny a bezpečný spôsob liečby popálenín.

Hudba

Hudba bola po celú históriu uznávaná pre svoj potenciál ovplyvňovať ľudské bolestivé skúsenosti, ovplyvňujúce fyziologické, psychologické a neurochemické faktory. Napriek variáciám individuálnych reakcií hudobné intervencie neustále preukazujú pozitívne účinky na úľavu od bolesti pri rôznych akútnych aj chronických stavoch.[10,11] Terapia hudbou sa objavila ako potenciálny zásah na zmierňovanie bolesti a úzkosti u pacientov s popáleninami, čo potvrdzujú viaceré štúdie, ktoré skúmajú jej účinky. Analýza 17 štúdií zahŕňajúcich 804 pacientov odhalila významnú koreláciu medzi hudobnými intervenciami a úľavou od bolesti, znížením úzkosti a znížením tepovej frekvencie. Tieto

zistenia zdôrazňujú potenciál hudobnej terapie na zlepšenie pohody pacientov s popáleninami počas liečby.[12]

Ďalšie podporné dôkazy pochádzajú z experimentálnej pilotnej štúdie uskutočnenej v Indii, ktorá sa zameriavala špecificky na výmenu obväzov u pacientov s popáleninami. Táto štúdia zistila významne nižšie skóre bolesti a úzkosti počas výmeny obväzov sprevádzanej hudobnou terapiou spolu s nižším množstvom užívania opioidov.[13] Okrem iného je dôležité aplikovanie individuálneho prístupu pri využívaní hudobnej terapie na zmierňovanie bolesti a úzkosti u pacientov s popáleninami. Ďalšie preskúmanie a zlepšenie protokolov hudobnej terapie je kľúčom k optimalizácii výsledkov pacientov a zlepšeniu kvality starostlivosti v popáleninových jednotkách po celom svete.

Hypnóza

Hypnóza, ktorá je v medicínskej praxi často prehliadaná, sa ukázala ako sľubná doplnková terapia v rôznych oblastiach zdravotníctva. Nedávne výskumy priniesli poznatky o jej účinnosti pri liečbe bolesti, indukcii anestézie a psychologickej podpore počas medicínskych procedúr.[14–18] Zistenia týchto štúdií poskytujú dôkazy o potenciáli hypnózy ako súčasti komplexnej liečby. Integrácia hypnózy do terapeutickej stratégie by mohla prispieť k zlepšeniu klinických výsledkov a celkového pohodlia pacientov počas liečby. Ale je nevyhnutné vytvárať ďalšie výskumy na presné určenie účinnosti a mechanizmov pôsobenia hypnózy ako súčasti komplexnej liečby.

Akunpunktúra

Viaceré štúdie poukazujú na potenciál akupunktúry v rôznych klinických prostrediach od pohotovostných oddelení až po pooperačnú starostlivosť.[19–26] Akupunktúra vykazuje sľubné výsledky nielen v znižovaní bolesti ale aj v zmierňovaní stresu, úzkosti a nevoľnosti, čo z nej robí možnú doplňujúcu alternatívu k tradičnej liečbe. Okrem toho akupunktúra môže pomôcť zmierniť stres a úzkosť spojené s bolesťou a traumou z popálenín, čím by mohla zlepšiť celkový komfort a kvalitu života pacientov.[19] Pre popáleninových pacientov by akupunktúra mohla byť zavedená ako doplnková terapia k štandardnej medicínskej starostlivosti, aby sa zlepšila kontrola bolesti a znížilo množstvo potrebných farmakologických liekov.[27] Je však nevyhnutné, aby boli realizované ďalšie výskumy na špecifické populácie popáleninových pacientov. Prísne kontrolované klinické štúdie sú nevyhnutné na to, aby sa zabezpečilo, že výhody akupunktúry budú správne implementované.

Odvedenie pozornosti

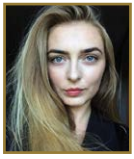
Distračné techniky sa ukazujú ako efektívne doplnkové metódy v manažmente bolesti pri rôznych lekárskych zákrokách vrátane iných bolestivých stavov. Meta-analýza vykonaná Wangom a štúdia od Khana zdôrazňujú všestrannosť a účinnosť distračných techník v manažmente bolesti v rôznych skupinách pacientov a stavov. Znížením bolesti, strachu a úzkosti tieto metódy nielen zlepšujú pohodlie pacienta ale aj celkovú účinnosť liečby, čím sa stávajú cenným doplnkom v protokoloch manažmentu bolesti a nielen tam.[28, 29]

ZÁVER

Zvládanie bolesti po popáleninách predstavuje značnú výzvu vzhľadom na jedinečné vlastnosti tohto poranenia a rôznorodú povahu bolesti, ktorú zažívajú pacienti s popáleninami. Pochopenie zložitosti bolesti po popáleninách a implementácia komplexného prístupu k liečbe bolesti sú nevyhnutné na zlepšenie výsledkov a zlepšenie kvality života tých, ktorí prežili popáleniny. Skúmanie súčasných nefarmakologických

ZÁVER

prístupov k liečbe bolesti u pacientov s popáleninami podčiarkuje významný pokrok v terapeutických modalitách prispôsobených tejto špecifickej populácii pacientov. Postupná implementácia nefarmakologických metód odráža progresívne uznávanie ich účinnosti v klinickom prostredí. Nefarmakologické metódy dopĺňajú tradičné farmakologické intervencie a spoločne ponúkajú komplexný prístup na riešenie bolesti v starostlivosti o popáleniny. Začlenením týchto moderných prístupov do klinických protokolov môžu zdravotnícki pracovníci optimalizovať výsledky liečby a zlepšiť celkovú pohodu jedincov zotavujúcich sa z popálenín.



MUDr. Júlia Bartková, MBA
Klinika popálenin a plastické chirurgie
LF Masarykovy univerzity a FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
bartkovaj@yahoo.com

LITERATÚRA

1. Norouzkhani, N., Chaghian, A.R., Mehrabi, H. et al. Effect of Virtual Reality-Based Interventions on Pain During Wound Care in Burn Patients; a Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Acad Emerg Med. 2022;10(1):e84. Published 2022 Oct 24. doi:10.22037/aaem.v10i1.1756.
2. Savaş, E.H., Demir, A.S., Semerci, R., Karadağ, A. Effect of virtual reality on pain during burn dressing in children: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Pediatr Nurs. 2023;73:e364–e371. doi:10.1016/j.pedn.2023.10.002.
3. Ali, R.R., Selim, A.O., Abdel Ghafar, M.A., Abdelraouf, O.R., Ali, O.I. Virtual reality as a pain distractor during physical rehabilitation in pediatric burns. Burns. 2022;48(2):303–308. doi:10.1016/j.burns.2021.04.031
4. Lan, X., Tan, Z., Zhou, T. et al. Use of Virtual Reality in Burn Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2023;104(3):502–513. doi:10.1016/j.apmr.2022.08.005.
5. Kuchera, B. (15 January 2016). "The complete guide to virtual reality in 2016 (so far)". Polygon. Archived from the original on 4 March 2016. Retrieved 1 March 2016.
6. Allard, M.E., Katseres, J. (2018). Using essential oils to enhance nursing practice and for self-care. The Nurse Practitioner, 43(5), 39–46. doi:10.1097/01.NPR.0000531915.69268.8f.
7. Boyce, V.J., Natschke, M. (2019). Establishing a comprehensive aromatherapy program in patient care settings. Pain Management Nursing, 20(6), 532–540. doi:10.1016/j.pmn.2019.06.017.
8. Lee, H.W., Ang, L., Kim, J.T., Lee, M.S. Aromatherapy for Symptom Relief in Patients with Burn: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicina (Kaunas). 2021;58(1):1. Published 2021 Dec 21. doi:10.3390/medicina58010001.
9. Farzan, R., Firooz, M., Ghorbani Vajargah, P. et al. Effects of aromatherapy with Rosa damascene and lavender on pain and anxiety of burn patients: A systematic review and meta-analysis. Int Wound J. 2023;20(6):2459-2472. doi:10.1111/iwj.14093.
10. Arnold, C.A., Bagg, M.K., Harvey, A.R. The psychophysiology of music-based interventions and the experience of pain. Front Psychol. 2024;15:1361857. Published 2024 May 10. doi:10.3389/fpsyg.2024.1361857.
11. Ettenberger, M., Maya, R., Salgado-Vasco, A. et al. The Effect of Music Therapy on Perceived Pain, Mental Health, Vital Signs, and Medication Usage of Burn Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Feasibility Study Protocol. Front Psychiatry. 2021;12:714209. Published 2021 Oct 18. doi:10.3389/fpsyt.2021.714209.
12. Li, J., Zhou, L., Wang, Y. The effects of music intervention on burn patients during treatment procedures: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Complement Altern Med. 2017;17(1):158. Published 2017 Mar 17. doi:10.1186/s12906-017-1669-4.

KARISMA
Rh Collagen

THE ILLA

BIOSTIMULACE

Aktivní stimulace ve všech vrstvách pokožky včetně fibroblastů.
Podpora produkce kolagenu a elastinu, zlepšení textury a kvality pleti, redukce jizev, přirozený liftingový efekt bez změny mimiky či rysů tváře.

Skinexpert
DERMATOLOGIE A ESTETICKÁ MEDICÍNA

www.skinexpert.cz

13. Rohilla, L., Agnihotri, M., Trehan, S.K., Sharma, R.K., Ghai, S. Effect of Music Therapy on Pain Perception, Anxiety, and Opioid Use During Dressing Change Among Patients With Burns in India: A Quasi-experimental, Crossover Pilot Study. Ostomy Wound Manage. 2018;64(10):40–46.
14. Badiul, P.O., Sliesarenko, S.V., Saliaiev, M.G., Kriachkova, L.V. Hypnosis Influence on the Perfusion in Perforator Flaps in Early Postoperative Period: A Series of 18 Cases. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2019;7(11):e2491. Published 2019 Nov 21. doi:10.1097/GOX.0000000000002491.
15. Slack, D., Nelson, L., Patterson, D., Burns, S., Hakimi, K., Robinson, L. The feasibility of hypnotic analgesia in ameliorating pain and anxiety among adults undergoing needle electromyography. Am J Phys Med Rehabil. 2009;88(1):21–29. doi:10.1097/PHM.0b013e31818e00bd.
16. Bataille, A., Besset, S., Szekely, B. et al. Impact of a preoperative conversational hypnotic session on propofol consumption using closed-loop anesthetic induction guided by the bispectral index: A randomized controlled trial. Medicine (Baltimore). 2017;96(19):e6389. doi:10.1097/MD.0000000000006389.
17. Miltner, W.H.R., Franz, M., Naumann, E. Neuroscientific results of experimental studies on the control of acute pain with hypnosis and suggested analgesia. Front Psychol. 2024;15:1371636. Published 2024 Apr 4. doi:10.3389/fpsyg.2024.1371636.
18. Cossu, G., Vandenbulcke, A., Zaccarini, S. et al. Hypnosis-Assisted Awake Craniotomy for Eloquent Brain Tumors: Advantages and Pitfalls. Cancers (Basel). 2024;16(9):1784. Published 2024 May 5. doi:10.3390/cancers16091784.
19. Nielsen, A., Dyer, N.L., Lechuga, C., McKee, M.D., Dusek, J.A. Fidelity to the acupuncture intervention protocol in the ACUpuncture In The EmergencY department for pain management (ACUITY) trial: Expanding the gold standard of STRICTA and CONSORT guidelines. Integr Med Res. 2024;13(2):101048. doi:10.1016/j.imr.2024.101048.
20. He, J., Zuo, J., Fan, X., Li, Z. Electro-acupuncture modulated miR-214 expression to prevent chondrocyte apoptosis and reduce pain by targeting BAX and TRPV4 in osteoarthritis rats. Braz J Med Biol Res. 2024;57:e13238. Published 2024 May 20. doi:10.1590/1414-431X2024e13238.
21. Mehling, W.E., Jacobs, B., Acree, M. et al. Symptom management with massage and acupuncture in postoperative cancer patients: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2007;33(3):258–266. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.09.016.
22. NIH Consensus Conference. Acupuncture. JAMA. 1998;280(17):1518–1524.
23. Vickers, A.J. Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials. J R Soc Med. 1996;89(6):303–311. doi:10.1177/014107689608900602.
24. Wang, R.R., Tronnier, V. Effect of acupuncture on pain management in patients before and after lumbar disc protrusion surgery – a randomized control study. Am J Chin Med. 2000;28(1):25–33. doi:10.1142/S0192415X00000052.
25. Lin, J.G., Lo, M.W., Wen, Y.R., Hsieh, C.L., Tsai, S.K., Sun, W.Z. The effect of high and low frequency electroacupuncture in pain after lower abdominal surgery. Pain. 2002;99(3):509-514. doi:10.1016/S0304–3959(02)00261-0.
26. Mayer, D.J. Acupuncture: an evidence-based review of the clinical literature. Annu Rev Med. 2000;51:49–63. doi:10.1146/annurev.med.51.1.49.
27. Burns, J.R., Kram, J.J.F., Xiong, V. et al. Utilization of Acupuncture Services in the Emergency Department Setting: A Quality Improvement Study. J Patient Cent Res Rev. 2019;6(2):172–178. Published 2019 Apr 29. doi:10.17294/2330-0698.1688.
28. Wang, X., Liu, H., Tang, G., Sun, F., Wu, G., Wu, J. The Effect of Distraction Techniques on Pain, Fear, and Anxiety in Children Undergoing Circumcision: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Am J Mens Health. 2024;18(1):15579883241230166. doi:10.1177/15579883241230166.
29. Khan, S., Hasnain, F., Soomro, R.R., Rehmani, A. Comparison of positional distraction with stabilisation exercises versus stabilisation exercises alone in the management of lumbar radiculopathy: A randomized controlled-trial. J Pak Med Assoc. 2024;74(1):5–9. doi:10.47391/JPMA.6540.

PŘÍPAD MNOHOČETNÝCH BAZALIOMŮ

Behrami, G.[1], Jedličková, H.[1], Menoušek, J.[2], Fábry, I.[3], Bobek, L.[3], Jurišová, Z.[3], Baldíková, L.[3]
[1] I. dermatovenerologická klinika FN u sv. Anny v Brně a LF MU v Brně
[2] Klinika plastické a estetické chirurgie FN u sv. Anny v Brně
[3] Klinika radiační onkologie Masarykův onkologický ústav

SOUHRN: **Bazocelulární karcinom (BCC) představuje nejčastější typ maligního nádoru s vysokou incidencí, avšak nízkou mortalitou. Ačkoliv metastazuje velmi vzácně, při dlouhodobém zanedbání dokáže destruovat okolní tkáně a tím i ohrožovat na životě. V textu je popsán případ pacientky s četnými BCC v pokročilém stadiu, které byly řešeny chirurgicky. U jednoho z ložisek nebylo chirurgické řešení dostačující, proto byla zvolena adjuvantní onkologická léčba – radioterapie. Nová klasifikace EADO (European Association of Dermato-Oncology) z roku 2023 navrhuje rozdělení BCC na dobře léčitelné a obtížně léčitelné.**

KLÍČOVÁ SLOVA: bazaliom – klasifikace – léčba – radioterapie

SUMMARY: **A case of multiple basal cell carcinomas.** Basal cell carcinoma (BCC) is the most common type of malignant tumour with high incidence but low mortality. Although metastasis is very rare, if neglected long term, it can destroy surrounding tissue and thus can be life-threatening. The text describes a case of a patient with multiple advanced BCCs that were treated surgically; in one of the lesions this therapy was not sufficient and adjuvant oncological treatment – radiotherapy – was chosen. The new EADO (European Association of Dermato-Oncology) classification from 2023 proposes to divide BCC into well treatable and difficult to treat.

KEY WORDS: basalioma – classification – treatment – radiotherapy

> **Nová EADO klasifikace z roku 2023 navrhuje rozdělení BCC na dobře léčitelné a obtížně léčitelné. Dobře léčitelných BCC je více než 90 %.**

ÚVOD

Bazocelulární karcinom je nejčastější nemelanomový kožní nádor a nejčastější nádor vůbec, nicméně mortalita je velmi nízká. Vychází z keratinocytů bazální vrstvy epidermis a terminálních úseků vlasového folikulu. Metastazuje velmi vzácně, při dlouhém trvání však pokročilý nádor dokáže výrazně destruovat okolní tkáně.(1)

Obr. 1 Exulcerovaný uzel parietookcipitálně

Obr. 2 Exulcerované ložisko a noduly s teleangiektáziemi u vnějšího koutku pravého oka

Diagnostikován je na základě klinického obrazu a histopatologického vyšetření. Histologicky nalézáme atrofickou epidermis, často zvředovatělou. Nádor se skládá z bazofilních buněk okrouhlého nebo oválného tvaru. Na okrajích nádorových hnízd a čepů se buňky palisádovitě řadí.[2] Při včasné diagnostice a léčbě je prognóza dobrá, avšak s opožděným začátkem léčby se značně zhoršuje.[1]

Na prvním místě v terapii BCC je chirurgická excize, dalšími možnostmi jsou kryodestrukce, 5% imiquimod či fotodynamická terapie. V případě nemožnosti chirurgické excize nebo u pacientů s recidivujícími BCC je vhodným typem léčby radioterapie. Pro léčbu metastatických či lokálně pokročilých BCC je registrován preparát vismodegib, což je inhibitor signální dráhy hedgehog.[1,3]

POPIS PŘÍPADU

Pacientka, ročník 1940, byla v listopadu 2023 hospitalizována na chirurgické klinice se zlomeninou proximálního femuru pravé dolní končetiny

Obr. 3 Noduly v okcipitální oblasti

Obr. 4 Exulcerovaná ložiska na zádech

po pádu k provedení osteosyntézy. Při příjmu bylo nalezeno několik suspektních tumorózních ložisek v oblasti hlavy a zad, ihned druhý den bylo svoláno dermatologické konzilium.

V osobní anamnéze pacientka udávala pouze hypertenzi a diabetes mellitus 2. typu na perorálních antidiabeticích, onkologické onemocnění pacientka na cílený dotaz negovala. Pravidelně užívala perindopril-erbumin/indapamid a metformin. Alergie pacientka neudávala, byla ve starobním důchodu a poslední roky žila sama.

Vstupní objektivní kožní nález byl poměrně dramatický. Na hlavě parietookcipitálně se nalézal exulcerovaný uzel velikosti cca 6 cm s povleklou spodinou (obr. 1). Další menší exulcerované ložisko bylo u vnějšího koutku pravého oka. V jeho blízkosti se vyskytovalo několik nodulů s lesklým povrchem a viditelnými teleangiektáziemi (obr. 2), stejné projevy byly patrné i retroaurikulárně a v okcipitální oblasti vlevo (obr. 3).

Na břiše, asi 5 cm nad pupkem, se nacházela další suspektní léze charakteru infiltrovaného neostře ohraničeného ložiska s akcentací pigmentace na okraji, což bylo klinicky hodnoceno jako suspektní bazocelulární karcinom s pigmentem. Velké defekty se nalézaly v bederní oblasti. Více vpravo bylo exulcerované ložisko o velikosti 15 x 10 cm s navalitými okraji a s čistou lehce krvácející spodinou, obdobné, o něco menší ložisko, se vyskytovalo i v bederní oblasti vlevo (obr. 4).

Na pravém bérci mediálně byl nalezen nodul velikosti 3 x 2 cm s lesklým povrchem a pro BCC typickými teleangiektáziemi.

Na cílený dotaz, jak dlouho projevy trvají, pacientka odpověděla, že tumorózní ložisko ve vlasech pozoruje asi měsíc a že k lékařům moc nechodí. Projevů v bederní oblasti si všimla teprve před pár dny, neuvědomovala si, že by trvaly delší dobu.

Nález byl uzavřen jako suspektní carcinoma bazocellulare multiplices, v diferenciální diagnostice byly zvažovány kožní metastázy s nejasným primárním tumorem. Bylo doporučeno doplnění onkoscreeningu, provedení totální excize menších projevů a probatorní excize z okrajů velkých ulcerací.

Opakovaná histologická vyšetření z různých lokalit potvrdila diagnózu mnohočetných BCC. Dle našeho doporučení bylo provedeno CT hrudníku a břicha, bez nálezu primárního tumoru či metastáz.

Obr. 5 Stav po odstranění exulcerovaného bazaliomu kalvy

Obr. 6 Stav po odstranění bazaliomů v oblasti zad

Obr. 7 Jizvy po odstranění bazaliomů v oblasti zad

Obr. 8 Známky radiační dermatitidy

Případ byl řešen cestou multidisciplinárního týmu s dermatologem, plastickým chirurgem, onkologem a radiologem. V rámci této komise bylo vzhledem k velikosti ložiska v oblasti hlavy doporučeno doplnění CT mozku, kde byly znatelné nepravidelné infiltráty podkoží hlavy vpravo s usurací lamina externa kalvy, bez defektu v celé šíři kosti, bez intrakraniální infiltrace. Komise se shodla na operačním řešení cestou plastického chirurga a neurochirurga, pacientka s postupem souhlasila.

V celkové anestezii byla provedena resekce exulcerovaného bazaliomu kalvy parietálně vpravo i s kostí. Vzniklý defekt byl kryt rotačním lalokem s dermoepidermálním štěpem (obr. 5). Histologicky byla potvrzena diagnóza BCC s usurací a infiltrací kalvy, bez prorůstání skrz vnitřní plochu kosti. Cestou plastické chirurgie byla poté provedena kompletní excize několika dalších bazaliomů, na pravé tváři, pravém spánku, na hrudníku a břiše, včetně rozsáhlých defektů v bederní oblasti – kryto V-Y lalokem a rotačním lalokem. Histologicky byla i zde potvrzena diagnóza BCC (obr. 6). Při histologickém vyšetření projevu retroaurikulárně vlevo bylo zjištěno, že nádor infiltruje glandula parotis a okolí. Z tohoto důvodu byla doplněna CT angiografie hlavy a krku, kde byla prokázána nádorová infiltrace do glandula parotis vlevo. Pacientka byla předvedena na indikační komisi ORL, reexcizi odmítala, proto byla doporučena adjuvantní onkologická léčba.

V rámci multidisciplinárního týmu byla zvažována i cílená terapie preparátem vismodegib, pacientka by však musela být spolupracující a v dobrém klinickém stavu, proto se v tomto konkrétním případě jevila jako vhodnější radioterapie.

V březnu 2024 byla pacientka přijata do Masarykova onkologického ústavu k adjuvantní radioterapii na oblast lůžka po resekci bazocelulárního karcinomu prorůstajícího do glandula parotis vlevo.

Během dvou měsíců proběhla radioterapie na lůžko tumoru aurikulárně vlevo do 66 Gy a na svodnou lymfatickou oblast do ekvivalentu 44 Gy. Z akutních nežádoucích účinků se objevila dermatitida a polykací potíže.

V květnu 2024 se pacientka dostavila na kontrolu, opět byla předvedena na komisi pro nemelanomové kožní nádory. Jizvy na zádech byly klidné (obr. 7), na levé tváři a retroaurikulárně vlevo přetrvávaly známky radiační dermatitidy (obr. 8). Okcipitálně vpravo, v okraji laloku, bylo nalezeno ložisko kryté strupem, doporučeno provedení probatorní excize k vyloučení recidivy – výsledek histologie bez známek malignity. U pacientky byla ale dále v průběhu vyšetření objevena další suspektní ložiska v oblasti trupu, klinicky superficiální bazaliomy, které byly řešeny fotodynamickou terapií. Pacientka zůstává v dispenzární péči dermatologa i onkologa.

DISKUZE

Bazocelulární karcinom je nejčastější nemelanomový kožní nádor. V etiopatogenezi se uplatňuje aktivace signální dráhy hedgehog, zejména deaktivační mutace genu PTCH1(patched), méně aktivační mutace genu SMO (smoothened protein). U cca 44–100 % BCC dochází k inaktivační mutaci tumory suprimujícího genu p53, jehož ztráta aktivity koreluje se zvýšenou aktivitou signální dráhy hedgehog. Hlavním rizikovým faktorem vzniku BCC je nadměrná expozice UV záření; především UVB složka je zodpovědná za cca 76 % mutací v kódující DNA, především mutace tumory suprimujícího genu p53 a PTCH. V patogenezi má nejvýznamnější roli celoživotní kumulativní dávka UV záření, významná je však i akutní intenzivní expozice kůže UV záření.

Mezi další rizikové faktory patří vyšší věk, nízký fototyp I-II, imunosuprese, radioterapie a genetické syndromy se zvýšeným výskytem BCC (např. Gorlin – Goltzův syndrom).[4] Predilekčním místem výskytu je obličej. Diagnostika je založena na klinickém obraze, dermatoskopii a histopatologickém vyšetření. Klinicky se nejčastěji projevuje jako růžová, perleťová papula s teleangiektáziemi, někdy s perličkovým okrajem.[1]

Nová EADO klasifikace z roku 2023 navrhuje rozdělení BCC na dobře léčitelné a obtížně léčitelné. Dobře léčitelných BCC je více než 90 %. Mezi obtížně léčitelné BCC řadíme lokálně pokročilé BCC, metastatické BCC a BCC problematické v léčbě, kam řadíme BCC u pacientů, u kterých komorbidity znemožňují chirurgickou terapii, BCC u pacientů odmítajících chirurgický zákrok, BCC po předchozí radioterapii, recidivující BCC či BCC se špatně ohraničenými okraji karcinomu či v obtížně léčitelné oblasti z důvodu zachování funkce a dobrého estetického výsledku.

BCC jsou tedy dle výše uvedeného klasifikovány do 6 skupin, kdy skupina IA zahrnuje nízce rizikový, dobře léčitelný BCC, IIA běžné BCC, které jsou obtížně léčitelné z jakéhokoli důvodu souvisejícího s nádorem (např. umístění vyžadující technické dovednosti, špatně definované hranice, předchozí recidivy) nebo s pacientem (non–compliance, četné komorbidity), IIB obtížně léčitelné BCC z důvodu počtu lézí, IIIA velké a/nebo destruktivní nádory mimo kritické oblasti, IIIB velké a/nebo destruktivní nádory v kritických nebo funkčně významných oblastech (nos, periorificiální oblasti), IIIC obří BCC a/nebo nádory zasahující mimo kožní tkáň. Do skupiny IV řadíme metastatické BCC. O volbě terapie u pokročilých BCC by měla rozhodovat multidisciplinární komise, jak tomu bylo i v případě naší pacientky.[5]

Většina BCC je léčitelná chirurgicky. U superficiálních BCC volíme především kryodestrukci, dále je možno použít lokální terapii 5% imiquimodem či fotodynamickou terapii.[3] Při chirurgické excizi je nutné dodržení bezpečnostního lemu, dle současných mezinárodních doporučení lem 2–5 mm

u nízce rizikových tumorů a 5–15 mm u vysoce rizikových. U rizikových či rekurentních BCC je doporučována také Mohsova mikrochirurgie, tedy mikroskopicky kontrolovaná chirurgie. V případě nemožnosti chirurgické excize nebo u pacientů s recidivujícími BCC volíme radioterapii. Radioterapie představuje vhodnou alternativu u pacientů, kteří nejsou kandidáty na chirurgický zákrok nebo jej odmítají, zejména tedy u starších pacientů. Radioterapie je bezpečný léčebný postup, i když může být spojen s komplikacemi, jako je dermatitida vyvolaná zářením a chronický výskyt depigmentací a teleangiektázií.

Radioterapii lze zvážit také po neúplné resekci s mikroskopickým nebo makroskopickým reziduálním nádorem, pokud nelze provést širokou chirurgickou excizi či zvolit jiný postup.[5] U metastatických, rozsáhlých a destruktivních ložisek je v dnešní době dostupná léčba vismodegibem, což je inhibitor signální dráhy hedgehog.[3] Mnohočetné bazaliomy se vyskytují v rámci Gorlinova syndromu, což je autozomálně dominantně dědičné onemocnění charakterizované výskytem mnohočetných bazaliomů již v nízkém věku (do 20 let) spolu s dalšími vývojovými odchylkami.[6]

Pacienti s BCC by měli být dlouhodobě dispenzarizováni z důvodu rizika lokální recidivy, vzniku nových nádorů a zvýšeného rizika vzniku dalších kožních tumorů (spinocelulární karcinom, melanom).[1]

ZÁVĚR

S bazocelulárním karcinomem se setkáváme v běžné denní praxi. V 90 % jde o BCC dobře léčitelné pomocí chirurgické excize či kryodestrukce. Bohužel, i v dnešní době se vyskytují případy, kdy pacienti svůj stav zanedbají, zmeškají možnost prosté excize a do ambulance přicházejí s pokročilými, obtížně léčitelnými nálezy, vyžadujícími rozsáhlou operaci a adjuvantní terapii, jako tomu bylo i u naší pacientky.

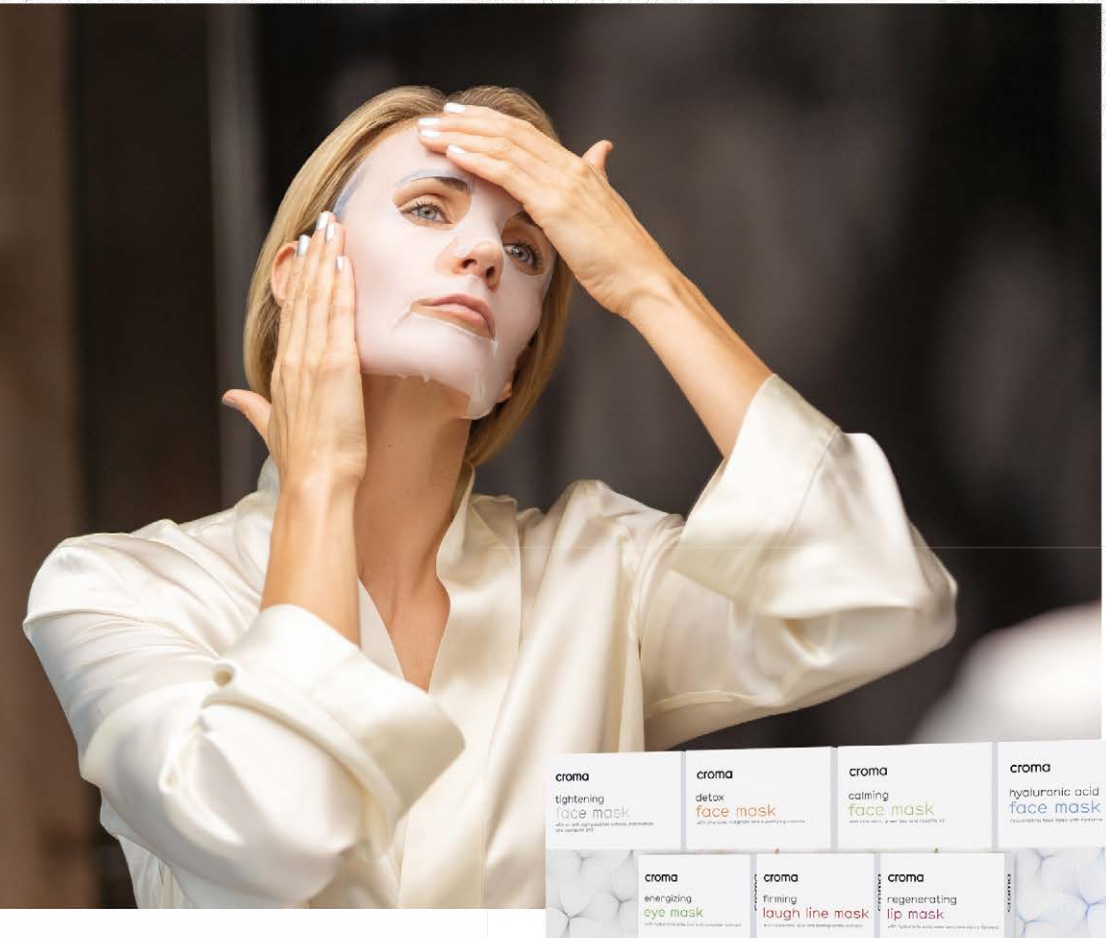
MUDr. Gabriela Behrami
I. dermatovenerologická klinika
LF MU a FN u sv. Anny v Brně
Pekařská 664/53, 602 00 Brno
gabriela.behrami@fnusa.cz

LITERATURA

1. Čelakovská, Jarmila. Nemelanomové kožní nádory – bazaliom, spinaliom. Přehled o onemocnění a léčbě. Geriatrie a gerontologie. 2022, č. 2, s. 68–74.
2. Atlas dermatopatologie. Online. Atlas dermatopatologie. 2016. Dostupné z: https://atlases.muni.cz/atlases/kuze/atl_cz/basaliom.html. [cit. 2024-06-09]
3. Růžičková Jarešová, Lucie. Nová léčba symptomatického metastazujícího bazocelulárního karcinomu či lokálně pokročilého, který není vhodný k chirurgické léčbě nebo radioterapii. Dermatologie pro praxi. 2016, č. 4, s. 162–167.
4. Benáková, Nina. Moderní farmakoterapie v dermatologii. 2. dopl.vyd. Maxdorf, 2023. ISBN 978-80-7345-766-2.
5. Peris Ketty, Fargnoli Maria Concetta, Kaufmann Roland, Arenberger Petr, Bastholt Lars et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for diagnosis and treatment of basal cell carcinoma–update 2023, European Journal of Cancer, Vol. 192, 2023, 113254, ISSN 0959-8049, https://doi.org/10.1016/j.ejca.2023.113254. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804923003568. [cit. 2024-06-09]
6. Vavříková, Linda; Tichý, Martin; Bienová, Martina; Hyjánek, Jiří. Gorlin-Goltzův syndrom. Dermatologie pro praxi. 2016, č. 10, s. 88–90.

croma
skincare

Užijte si svůj spa moment.



Rakouská značka Croma nabízí široké portfolio masek.
Vyberte si masku, která vyhovuje aktuálním potřebám Vaší pokožky
a užijte si chvíle čisté relaxace.

Představujeme novinky **DETOX FACE MASK** a **TIGHTENING FACE MASK**.

Jsou vhodné pro všechny typy pleti.
Dermatologicky testované, veganské.

Nakupujte na www.annabrandejs.cz
nebo www.annabrandejs.sk

CM_AD2_B2C_0623

ACRODERMATITIS CHRONICA ATROPHICANS V TERÉNU SKLERODERMIE

Humlová, Z. Ústav imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN, Praha 2

SOUHRN: **Acrodermatitis chronica atrophicans patří mezi projevy chronické boreliové infekce. Klinické symptomy, laboratorní nález a histologie tuto diagnózu potvrzují. Zde je prezentován ve formě kazuistiky příklad pacientky s lokalizovanou formou sklerodermie a současnými projevy acrodermatitidy, což představuje v rámci diferenciální diagnostiky možný problém, který může vést k oddálení nasazení antibiotické terapie.**

KLÍČOVÁ SLOVA: acrodermatitis chronica atrophicans – borelióza – sklerodermie – zánět

SUMMARY: **Acrodermatitis chronica atrophicans in the field of scleroderma.** Acrodermatitis chronica atrophicans belongs to the manifestations of chronic Borrelia infection. Clinical symptoms, laboratory findings and histology confirm this diagnosis. Here we present a case report of a patient with localized scleroderma and concomitant acrodermatitis, which poses a potential problem in differential diagnosis and delays the initiation of antibiotic therapy.

KEY WORDS: acrodermatitis chronica atrophicans – boreliosis – sclerodermia – inflammation

„Přesná patogeneze sklerodermie je dosud neznámá. Předpokládá se vliv faktorů vnějšího prostředí a genetické predispozice, pro což svědčí vyšší výskyt sklerodermie v některých rodinách.“

ÚVOD

Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) je pozdní a chronický projev lymeské boreliózy (LB). ACA postihuje převážně distální části končetin a je charakterizována chronickou kožní atrofií.[1] Na rozdíl od jiných kožních projevů boreliózy, včetně erythema migrans (EM) a borreliového lymfocytomu (BL), ACA spontánně neodeznívá. Pokud se neléčí, může ACA vést od modročerveného zbarvení kůže v rámci zánětu k chronické atrofii a fibróze, přičemž pozdní stadium je vůči léčbě odolnější. Diagnóza ACA je založena na klinickém obrazu a také na sérologickém vyšetření a histopatologickém potvrzení. Rozpoznání ACA je často náročné kvůli variabilní latenci nástupu onemocnění po primární boreliové infekci a absenci příznaků, která vede k opožděnému nasazení léčby. ACA postihuje převážně ženy ve věku 40–70 let. V dětské populaci se ACA vyskytuje vzácně. Častěji se vyskytuje v Evropě v důsledku neléčené infekce Borrelia afzelii. Ve Spojených státech se vyskytuje zřídka. Celková prevalence ACA u pacientů s boreliózou v Evropě je přibližně 10 %.

U ACA dochází k chronické imunitní reakci zprostředkované T-buňkami proti borélíím s přítomností

CD3+ a CD4+ buněk v dermálním infiltrátu.[2] Borélie se vážou na proteiny extracelulární matrix, včetně glykosaminoglykan-vázajícího proteinu, fibronektin-vázajícího proteinu a proteoglykanu dekorinu.[3] Aktivují metaloproteinázy a způsobují degradaci extracelulární matrix. Borelie mají také vysokou afinitu ke kolagenovým vláknům, což bylo prokázáno na elektronovém mikroskopu.[4] Poškození pojivových tkání s destrukcí kolagenu vede k fibróze a atrofii kůže.[5] Standardní léčba ACA zahrnuje antibiotika uvedená v tabulce č. 1.

Sklerodermie (z řečtiny skleros = tvrdý a derma = kůže) je chronické fibrotizující onemocnění, charakterizované ukládáním nadměrného množství kolagenu do extracelulární matrix různých orgánů. Lokalizovaná kožní forma (LoS) onemocnění se označuje jako morfea. Systémová sklerodermie (SSc) navíc v různém rozsahu postihuje i vnitřní orgány.

Prevalence systémové sklerodermie je zhruba 1/10 000, přičemž ženy jsou postiženy 4 až 7krát častěji než muži.[7] Obvykle se systémová sklerodermie začíná projevovat spíše ve vyšším věku a zvolna progreduje. Nejvyšší incidence sklerodermie se popisuje v rozmezí 45 až 65 let.

Přesná patogeneze sklerodermie je dosud neznámá. Předpokládá se vliv faktorů vnějšího prostředí a genetické predispozice, pro což svědčí vyšší výskyt sklerodermie v některých rodinách. Existuje zřejmá souvislost mezi určitými antigeny HLA-systému a konkrétním klinickým průběhem.

V časných lézích se vyskytují CD4+ T-lymfocyty, které společně s patologicky změněnými buňkami endotelu modulují metabolismus tkáňových fibroblastů. Právě změna fenotypu fibroblastů vede k určité semiautonomii v tvorbě kolagenu a je vlastní podstatou fibrotizace. Fibroblasty na svém povrchu ve zvýšené míře exprimují receptor pro TGF-ß, což představuje jednu z mnoha molekulárních abnormalit charakterizujících jejich změněné vlastnosti. Dysfunkce endotelu je kromě předpokládaného vlivu na sklerotický proces příčinou klinicky popisovaného Raynaudova fenoménu a teleangiektázií, pozorovaných nejčastěji v okolí proximálního

Obr. 1
Projevy ACA na pravém stehně včetně jizvy po biopsii

Obr. 2
Projevy sklerodermie na pravém nártu

TERAPIE ACA
Perorální amoxicilin 500 až 1 000 mg 3x denně po dobu 14 až 28 dnů.
Perorální doxycyklin 100 mg 2x denně nebo 200 mg 1x denně po dobu 14 až 28 dnů.
Intravenózní ceftriaxon 2 000 mg každých 24 hodin po dobu 14 až 28 dní
Intravenózní cefotaxim 2 000 mg každých 8 hodin po dobu 14 až 28 dnů
Intravenózní penicilin G 3 až 4 MU každé 4 hodiny po dobu 14 až 28 dnů

Tab. 1 Terapie ACA

nehtového valu. Zatímco u SSc jsou určité změny v séru (např. přítomnost Scl-70) považovány za markery onemocnění, u LoS jsou laboratorní změny variabilní a jejich vztah k základnímu onemocnění je sporný.[8] Za sérologický marker SSc je považována protilátka proti topoizomeráze 1, nazývaná Scl-70.[9] Anti-centromerové protilátky jsou považovány za marker CREST syndromu, který je charakterizován kalcinózou, Raynaudovým fenoménem, dysmotilitou jícnu, sklerodaktylií a teleangiektáziemi.[9] V případě aktivity onemocnění nebo relapsu nacházíme zvýšený počet eozinofilů a zvýšenou sedimentaci.[9] Předpokládá se, že antinukleární faktor (ANF) je pozitivní u pacientů se smíšenými formami. Pokud je přítomen v LoS, svědčil by pro prolongovanější formy s komplikovaným průběhem, ale s aktivitou onemocnění nekoreluje.[9] ANF s homogenním a skvrnitým obrazem je pozitivní u 37–50 % pacientů s lineární sklerodermií. Přítomnost autoprotilátek není vždy známkou systémového onemocnění. Autoprotilátky, které jsou součástí tzv. sklerodermického blotu (uvedeny v rámci vyšetření v tabulce č. 4), mohou předcházet rozvoji systémového onemocnění o řadu let, proto pacienti s těmito nálezy musí být sledováni po mnoho let.

KAZUISTIKA

Anamnéza

Žena, 71 let, byla odeslána k imunologickému vyšetření pro obtíže charakterizované brněním a trnutím pravé dolní končetiny. V rodinné anamnéze byla autoimunitní thyroiditida u sestry, jinak bez pozoruhodností. V osobní anamnéze měla z běžných dětských onemocnění prodělanou pertussi. Dále byla sledována pro osteoporózu, polyartrózu a hypercholesterolémii. V medikaci měla alendronát v rámci terapie osteoporózy a hypolipidemika. Očkování včetně břišního tyfu proběhla bez komplikací. Subjektivně udávala bolesti svalů a kloubů při námaze.

V objektivním nálezu krevní tlak v normě, BMI 23. Dominujícím nálezem na pravé dolní končetině bylo na stehně intenzivní fialové zabarvení kůže (obr. 1), na nártu tuhá kůže s kalcifikacemi (obr. 2).

Iniciální vyšetření a stanovení diagnózy

Byla provedena laboratorní vyšetření (tab. 2–5), kde byla zjištěna mírná leukopenie, pozitivita revmatoidního faktoru ve třídě IgG a IgM, pozitiva anti-nukleárních protilátek ANAb 1:320, pozitivní protilátky proti NOR90 IgG, anti-Mi-2ß IgG hraničně a hraniční pozitivita antifosfolipidových protilátek. Pacientka byla indikována k odběru vzorku kůže laterálně v horní části pravého bérce a z pravého stehna pro histologické vyšetření.

Závěr histologického vyšetření z pravého bérce odpovídal zánětlivé fázi sklerodermie, ale provedená histologie z mediální strany pravého stehna vykazovala nález odpovídající pseudosklerodermii

PARAMETR	JEDNOTKY	NAMĚŘENÉ HODNOTY	REFERENČNÍ ROZMEZÍ
Leu	10*9/l	3,75	4,00–10,00
Ery	10*12/l	4,63	3,80–5,20
Hb	g/l	129	120–160
HTC	1	0,401	0,350–0,470
MCV	fl	86,6	82,0–98,0
MCH	pg	27,9	28,0–34,0
MCHC	g/l	322	320–360
PLT	10*9/l	222	150–400
Ne	10*9/l	2,38	2,00–7,00
Ly	10*9/l	0,83	0,80–4,00
Mo	10*9/l	0,39	0,08–1,20
Eo	10*9/l	0,12	0,00–0,50
Ba	10*9/l	0,03	0,00–0,20

Tab. 2 Vstupní hodnoty krevního obrazu

při borelióze; významným nálezem byl velký podíl plazmocytů. Na základě histologie byla doplněna i sérologie na boreliózu (Borrelia ELISA IgG 6,924 pozitivní – meze 0,9–1,101; Borrelia ELISA IgM 1,756 pozitivní, meze 0,9–1,101) včetně WB, který byl pozitivní ve třídě IgG i IgM. Na základě tohoto nálezu byla pacientka přeléčena i. v. Ceftriaxonem 2 g 14 dní, a dále 28 dní doxycyklinem s dobrou klinickou odezvou na kožní i neurologické příznaky. Cévní vyšetření bylo negativní.

Diferenciální diagnóza

Diferenciální diagnóza ACA závisí na klinickém obrazu a stadiu onemocnění. Léze na dolních končetinách jsou často mylně považovány za cévní insuficienci (tj. chronickou žilní nebo arteriální insuficienci, povrchovou tromboflebitidu), poranění chladem, livedo reticularis, lokalizovanou sklerodermii, erysipel, lymfedém, související s chronickým užíváním silných lokálních kortikosteroidů nebo stárnutím. Uzly mohou být zaměněny za revmatoidní onemocnění, dnu nebo erythema nodosum.

DISKUZE

Kožní změny se u ACA obvykle nacházejí na extenzorových stranách horních nebo dolních končetin, zejména na chodidlech a rukou. Zpočátku je často patrné fialové/modré zbarvení s lokálním otokem kůže, než dojde k pozdějšímu vývoji s fibrózou a atrofií kůže. Z hlediska diferenciální diagnózy mohou být kožní změny mylně interpretovány jako morfea nebo lichen sclerosus et atrophicus. U ACA nalézáme v epidermis mírnou akantózu s hyperkeratózou a exocytózu, můžeme najít i malé množství lymfocytů. Buněčné zánětlivé infiltráty jsou tvořeny zejména lymfocyty a variabilním množstvím plazmatických buněk. Lymfocyty jsou většinou zastoupeny populací T-lymfocytů, které exprimují UHCL1 antigen.[10] Plazmatické buňky jsou většinou uspořádány v klastrech v hluboké vrstvě dermis a subcutis.

Výpotek v kolenním a hlezenním kloubu také není neobvyklý. Zlatým standardem pro definitivní diagnózu je kožní biopsie. Tato biopsie by měla být odebrána na periferním okraji kožních projevů. Je pozitivní přibližně v 80 % případů.

Laboratorní průkaz specifických protilátek pomocí sérologie se provádí dvoutestovým postupem zahrnujícím screening pomocí enzymové imunosorbční zkoušky (ELISA), enzymové imunoanalýzy (EIA), enzymové fluorescenční zkoušky (ELFA), chemiluminiscenční imunoanalýzy (CLIA) nebo fluoroimunoanalýzy (FIA) a potvrzení pozitivních nebo nejednoznačných výsledků pomocí Western imunoblot testu.[11] Protilátky IgM proti B. burgdorferi lze detekovat dva až čtyři týdny po objevení se kožní léze (lézí), zatímco IgG se zvýší za čtyři až šest týdnů po infekci. Hladiny dosahují vrcholu do šesti měsíců a zůstávají zvýšené po několik měsíců až let.[12] Diagnostická citlivost sérologických testů se značně liší v závislosti na klinických projevech a byla zaznamenána průměrná citlivost 50 % pro EM, 77 % pro neuroborreliózu a 97 % pro ACA. Falešně negativní výsledky jsou běžné v časném stadiu, zatímco falešně pozitivní výsledky mohou být u mononukleózy, syfilis nebo autoimunitních poruch. Měření IgG na peptid ze šesté invariantní oblasti (C6) lipoproteinu B. burgdorferi s variabilní sekvencí podobnou hlavnímu proteinu (VlsE) je citlivější u pacientů s EM; účinně také odlišuje onemocnění spojené s klíštětem z jihu od pacientů, kteří se nakazili v Evropě.[13] Jeho využitelnost v běžné ordinační praxi však zůstává omezená.

Velmi často je diskutována právě infekce boreliemi v souvislosti s rozvojem onemocnění, jako je

Tab. 3

Biochemické parametry

PARAMETR	JEDNOTKY	NAMĚŘENÉ HODNOTY	REFERENČNÍ ROZMEZÍ
Urea	mmol/l	3,3	2,0–6,7
Kreatinin	µmol/l	70	44–104
Kys. močová	µmol/l	182	140–340
Bilirubin	µmol/l	8,6	2,0–17,0
ALT	µkat/l	0,34	0,10–0,78
AST	µkat/l	0,46	0,10–0,72
GGT	µkat/l	0,17	0,14–0,68
ALP	µkat/l	1,16	0,66–2,20
TSH	mIU/l	2,025	0,500–4,900
Glykémie	mmol/l	5,2	3,9–5,6
Albumin	g/l	39,3	35,0–53,0
Prealbumin	g/l	0,33	0,20–0,40
Celková bílkovina	g/l	71,9	65,0–85,0
Cholesterol	mmo/l	4,85	2,90–5,20
TAG	mmol/l	0,64	0,45–1,70

PARAMETR	JEDNOTKY	NAMĚŘENÉ HODNOTY	REFERENČNÍ ROZMEZÍ
FW	mm/hod	**17/45**	2–9/6–20
CRP	mg/l	1,2	0,00–5,00
SAA	mg/l	<3,3	0,0–6,8
ECP	ng/ml	16,9	0–24
S-IgG	g/l	15,10	7,00–16,00
S-IgA	g/l	1,24	0,70–4,00
S-IgM	g/l	2,06	0,40–2,30
S-IgE	IU/ml	<17,7	0,0–100,00
CIK-PEG	arb. j.	88,0	0,0–90,0
RF IgG	U/ml	**42,5**	0,0–20,0
RF IgA	U/ml	5,1	0,0–20,0
RF IgM	U/ml	**100,4**	0,0–20,0
Anti-CCP	U/ml	<1,5	0,0–4,0
C3	g/l	0,97	0,90–1,80
C4	g/l	0,17	0,10–0,40
MBL	ng/ml	450	103–3308
ANA IgG IF	titr	1:320	pozitivní
Anti-ENA screen	EU/ml	4,4	0–20
Anti-Scl-70 IgG	–	negativní	
Anti-Ku IgG	–	negativní	
Anti PM-Scl 100 IgG	–	negativní	
Anti-centroméra A	–	negativní	
Anti-centroméra B IgG	–	negativní	
Anti-RP11 IgG	–	negativní	
Anti RP155 IgG	–	negativní	
Anti U3RNP IgG	–	negativní	
Anti NOR90 IgG	–	**pozitivní**	
Anti Th/To IgG	–	negativní	
Anti PGDFR IgG	–	negativní	
Anti-ds-DNA NIF	–	negativní	–
Anti-nukleosomy	U/ml	1,9	0,0–20,0
Anti beta2-GP1 screen	GPL_U/ml	**12,7**	0–10
Anti kardiolipin screen	MPL_U/ml	**15,4**	0–10
Anti-des/BME IF IgG	–	negativní	–
AMAb	–	negativní	–
ANCAb	–	negativní	–
Anti-tTG IgA		2,3	0,0–20,0

Tab. 4 Vstupní imunologické parametry

TAB. 4

FW – sedimentace erytrocytů, CRP – C-reaktivní protein, IgG – imunoglobulin G, IgA – imunoglobulin A, IgM – imunoglobulin M, IgE – imunoglobulin E, C3 – C3 složka komplementu, C4–C4 složka komplementu, CIK PEG – cirkulující imunokomplexy detekované testem s polyetylenglykolem, RF – revmatoidní faktor, anti-CCP – protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu, ANAb – antinukleární protilátky, anti-ENA – protilátky proti extrahovatelnému nukleárnímu antigenu, Anti-Scl-70 IgG – protilátky proti DNA-topoizomeráze I, Anti-Ku IgG – protilátky proti antigenům DNA s vazbou na nehistonový protein, Anti PM-Scl 100 IgG – protilátky proti PM-Scl-100 proteinu, jehož hlavním epitopem je PM1-α peptid, Anti-centromera A – protilátky proti polypeptidu s označením CENP-A, Anti-centromera B IgG – protilátky proti polypeptidu s označením CENP-B, Anti-RP11 IgG a Anti RP155 IgG – protilátky proti RNA polymeráze III, podjednotce 11 a 155, Anti-U3RNP IgG – protilátky jsou zaměřeny na komplex malého nukleolárního ribonukleoproteinu U3 (U3-RNP), který se skládá z proteinu fibrillarinu a RNA U3, Anti NOR90 IgG – NOR90 je protein o velikosti 90kDa, je také nazývaný jako lidský Upstream Binding Factor a který je spojený s Nucleolus Organizer Region (NOR), Anti Th/To IgG – protilátky proti antigenu Th/To (nukleolární proteinový komplex RNázy P, podjednotka Rpp25), Anti PGDFR IgG – protilátky proti receptoru pro růstový faktor odvozený od krevních destiček, Anti-dsDNA – protilátky proti dvouvláknové DNA, Anti-nukleosomy – protilátky proti nukleosomům, Anti beta2-GP1 screen – protilátky proti beta2- glykoproteinu, Anti kardiolipin green antikardiolipinové protilátky, Anti-des/BME IF IgG – protilátky proti desmozomům/bazální membráně epidermis ve třídě IgG, AMAb – antimitochondriální protilátky, ANCAb – protilátky proti cytoplasmě neutrofilů, anti-TG-IgA – protilátky proti tkáňové transglutamináze ve třídě IgA

PARAMETR	JEDNOTKY	NAMĚŘENÉ HODNOTA	REFERENČNÍ ROZMEZÍ
Absolutní počet lymfocytů	109/l	0,83	0,8–4,0
CD3+	%	69,1	55–83
CD4+	%	54,3	25–59
CD8+	%	20,0	19–48
CD19+	%	16,3	6–22
CD3-CD16,56+	%	14,3	6–30
CD4/CD8+	%	**2,7**	1–1,5

Tab. 5 Parametry buněčné imunity

TAB. 5

CD3+ – T-lymfocyty celkové, CD4+ – T-lymfocyty pomocné, CD8+ – T-lymfocyty cytotoxické, CD19+ – B--lymfocyty, CD3-CD16,56+ – NK buňky. Hodnoty subpopulací jsou vyjádřeny jako procentuální zastoupení v populaci všech lymfocytů

morfea, LoS anebo časná stadia lichen sclerosus et atrophicus. V kontrolovaných studiích, které byly provedeny u pacientů s morfeou, chyběla přítomnost borelií u 7 z 10 pacientů, u lichenu v 37 % ze 60 případů,[14] což vedlo spíše k pochybnostem o kauzální souvislosti mezi boreliovou infekcí a těmito onemocněními.

ZÁVĚR

Diagnóza ACA je stanovena na základě klinického obrazu a sérologie s průkazem protilátek v třídě IgG (vyhledávací test ELISA, konfirmace imunoblotem), podporována histologickým vyšetřením bioptického vzorku kůže, které je možné doplnit vyšetřením PCR. Rozvoj LoS, dávaný do souvislosti s ACA, není potvrzen, jde o dvě odlišná onemocnění, jejichž souběh není vyloučen.

prim. MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.
Ústav imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN
Karlovo nám. 32, 121 11 Praha 2
Zuzana.Humlova@vfn.cz

LITERATURA

1. Moniuszko-Malinowska, A., Czupryna, P., Dunaj, J., Pancewicz, S., Garkowski, A., Kondrusik, M., Grygorczuk, S., Zajkowska, J. Acrodermatitis chronica atrophicans: various faces of the late form of Lyme borreliosis. Postepy Dermatol Alergol. 2018, 35(5):490–494.
2. Buechner, S. A., Rufli, T., Erb, P. Acrodermatitis chronic atrophicans: a chronic T-cell-mediated immune reaction against Borrelia burgdorferi? Clinical, histologic, and immunohistochemical study of five cases. J Am Acad Dermatol. 1993, 28(3):399–405.
3. Parveen, N., Leong, J. M. Identification of a candidate glycosaminoglycan-binding adhesin of the Lyme disease spirochete Borrelia burgdorferi. Mol Microbiol. 2000, 35(5):1220–1234.
4. de Koning, J., Tazelaar, D. J., Hoogkamp-Korstanje, J. A., Elema, J. D. Acrodermatitis chronica atrophicans: a light and electron microscopic study. J Cutan Pathol. 1995, 22(1):23–32.
5. Müller, K. E. Damage of collagen and elastic fibres by borrelia burgdorferi – known and new clinical and histopathological aspects. Open Neurol J. 2012, 6:179–186.
6. Pancewicz, S. A, Garlicki, A. M., Moniuszko-Malinowska, A., Zajkowska, J., Kondrusik, M., Grygorczuk, S., Czupryna, P., Dunaj, J., Polish Society of Epidemiology and Infectious Diseases. Diagnosis and treatment of tick-borne diseases recommendations of the Polish Society of Epidemiology and Infectious Diseases. Przegl Epidemiol. 2015, 69(2):309–316.
7. Chapel, H. Základy klinické imunologie: 6. vydání. Praha: 343 stran, s. 218–221.
8. Marzano, A. V., Menni, S., Parodi, A., Borghi, A., Fuligni, A., Fabbri P, et al. Localized scleroderma in adults and children. Clinical and laboratory investigations on 239 cases. Eur J Dermatol. 2003, 13:171–176.
9. Careta, M. F., Romiti, R. Localized scleroderma: clinical spectrum and therapeutic update. An Bras Dermatol. 2015, 90(1):62–73.
10. Brehmer-Anderson, E., Hovmar, A., Asbrink, E. Acrodermatitis chronica atrophicans: Histopathologic findings and clinical correlations in 111 cases. Acta Derm Venereol (Stotckh) 1998, 78:207–213.
11. Trevisan, G., Bonin, S., Ruscio, M. A practical approach to the diagnosis of Lyme Borreliosis: From clinical heterogeneity to laboratory methods. Front Med. 2020, 7:265. doi: 10.3389/fmed.2020.00265.
12. Leeflang, M. M., Ang, C. W., Berkhout, J., Bijlmer, H. A., Van Bortel, W., Brandenburg, A. H., et al. The diagnostic accuracy of serological tests for Lyme borreliosis in Europe: A systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2016, 16:140.
13. Steere, A. C., McHugh, G., Damle, N., Sikand, V. K. Prospective study of serologic tests for lyme disease. Clin Infect Dis. 2008, 472:188–195.
14. Mahajan, V. K. Lyme Disease: An Overview. Indian Dermatol Online J. 2023, 14(5):594–604.

Akné a obličejové dermatózy

ANONCE

18. ročník odborné konference

SEKCE AKNÉ A OBLIČEJOVÉ DERMATÓZY

zdroj: www.QualityHotelBrnoExhibitionCentre.com

8. listopadu 2024

Quality Hotel Brno Exhibition Centre****

Křížkovského 20
Brno

www.QualityHotelBrnoExhibitionCentre.com

Konference je určena pro lékaře
Je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16

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

Spolupořadatel konference – spolupořadatelství spočívá v odborné garanci programu
ČDS ČLS JEP, sekce Akné a obličejových dermatóz, dermatovenerologická klinika 3. LF UK Praha

ČLS JEP ČDS založeno 1922 Česká dermatovenerologická společnost

Registrace a přihlášky na www.teoconsulting.cz
Uzávěrka přihlášek 25. 10. 2024

Pořadatel a organizátor:
T.E.O. Consulting s.r.o.

T.E.O. CONSULTING S.R.O.

PROGRAM

8.00–9.00 Prezence účastníků
9.00–9.30 Zahájení konference
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA, doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.

BLOK I: HOST 18. ROČNÍKU KONFERENCE AKNÉ A OBLIČEJOVÝCH DERMATÓZY

9.30–9.55 prim. MUDr. Jitka Vokurková, Ph.D.
Složitá cesta k léčbě rozsáhlých melanocytárních névů obličeje
9.55–10.20 doc. MUDr. Ivana Kuklová, Ph.D.
Mykotické postižení hlavy a krku
10.20–10.40 prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
Téma bude upřesněno

BLOK II: SOUHRNNÉ PŘEDNÁŠKY

11.00–11.15 doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.
Téma bude upřesněno
11.15–11.30 prim. MUDr. Dominika Diamantová, Ph.D.
Nejčastější příčiny defektů na obličeji
11.30–11.45 MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.
Léčba akné a růžovky v těhotenství
11.45–12.00 MUDr. et. Bc. Lucie Jarešová
Piercing, tetování, skarifikace
12.00–12.30 Diskuze

BLOK III: KAZUISTIKY

13.30–13.45 prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.
Zajímavá kazuistika
13.45–14.00 as. MUDr. Nina Benáková, Ph.D.
Modravé makuly v obličeji
14.00–14.15 prim. MUDr. Hana Bučková, Ph.D.
Dětská kazuistika
14.15–14.30 prim. MUDr. Petra Trojanová, Ph.D., MBA
Téma bude upřesněno
14.30–14.45 MUDr. Gabriela Behrami
Případ rychlé rostoucího útvaru v obličeji
Vítěz kazuistik Čech a Moravy
14.45–15.00 Diskuze, Dermatologické aktuality

BLOK IV: SDĚLENÍ PARTNERŮ

15.00–16.30 Sdělení partnerů
16.30 Zhodnocení, závěr konference

VĚDOMOSTNÍ **TEST**

1 Aké sú hlavné prínosy hudobnej terapie pre pacientov s popáleninami podľa výskumov?
a) zlepšenie spánku a zníženie stresu
b) zvýšenie tepovej frekvencie
c) zvýšenie úzkosti
d) zníženie úrovne vedomia

2 Aký typ éterických olejov preukázal pozitívny vplyv na zmiernenie bolesti a úzkosti u pacientov s popáleninami?
a) citrón a pomaranč
b) eukalyptus a mäta
c) rosa damascena a levanduľa
d) tymián a bazalka

3 Mnohočetné bazaliomy se vyskytují v rámci:
a) Gorlinova syndromu
b) Sharpova syndromu
c) Gilbertova syndromu
d) Gardnerova syndromu

4 Která oblast těla je nejčastěji postižena bazocelulárním karcinomem?
a) obličej
b) trup
c) plosky
d) stehna

5 Léčbou první volby bazocelulárního karcinomu s nízkým rizikem je chirurgická excize s lemem:
a) 10–15 mm
b) 2–5 mm
c) 20–25 mm
d) dle současných mezinárodních doporučení bezpečnostní lem u nízce rizikových bazaliomů není nutný

6 Zvýšená odpověď na Warfarin je u:
a) horečnatého stavu
b) malabsorpce
c) léků užívaných na tlumení bolesti
d) vše uvedené

7 Sulodexid:
a) má endotelprotektivní účinek
b) tlumí koagulační faktor X
c) nelze ho kombinovat s Warfarinem
d) zvyšuje tvorbu trombů

8 Sonikace je:
a) metoda méně citlivá než konvenční stěr z rány
b) detekce bakterií za použití ultrazvuku
c) nelze ji použít pro mikrobiologickou diagnostiku
d) nemá využití v chirurgických oborech

9 Falešně pozitivní výsledky na boreliózu mohou být u těchto nemocí:
a) atopické dermatitidy
b) mononukleózy, syfilis nebo autoimunitních poruch
c) scabies
d) chladové urtiky

10 K systémovým markerům sklerodermie patří:
a) anti-mitochodndriální protilátky
b) autoprotilátky proti gastroparietálním buňkám
c) antinukleární protilátky, anti-centromerové, anti-Scl-70
d) antifosfolipidové protilátky

CENA ZA NEJRYCHLEJŠÍ ODPOVĚĎ

MUDr. BRADOVÁ Eva
Ústí nad Labem

Správné odpovědi z čísla 1/2024

1 C	**2** D	**3** B	**4** A	**5** B
6 D	**7** C	**8** B	**9** A	**10** B

VÝHERCI VĚDOMOSTNÍHO TESTU z čísla 1/2024:

MUDr. FIALOVÁ Alena
Praha 6

MUDr. JELÍNKOVÁ Ludmila
Praha 8

MUDr. PETRŮ Lucie
Kutná Hora

Vyberte jednu nebo více správných odpovědí a zapište je do tabulky. **Tabulku zašlete do 30.9.2024 prostřednictvím elektronického formuláře umístěného na stránkách časopisu www.referatovyvyber.cz a v mobilní aplikaci Referátový výběr** nebo vložte do obálky a odešlete na adresu:

Czechopress Agency, s.r.o.
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4

Ceny do soutěže 2023 věnuje a zasílá značka: **La Roche-Posay**.

RVD 2/2024

Otázka	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Jméno

Korespondenční adresa

Telefon

E-mail

EFEKT ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBY A VYUŽITÍ SONIKACE U OBTÍŽNĚ SE HOJÍCÍCH BÉRCOVÝCH ULCERACÍ

Fárová, V. Centrum hojení ran, FARMED s.r.o., Praha 8

SOUHRN: **Ve dvou kazuistikách uvádím efekt perorálních antikoagulancií na dlouhodobě se nehojící žilní ulcerace. V první kazuistice se jedná o pacientku s těžkou chronickou obstrukční plicní chorobou, s ulceracemi na obou bércích, trvajícími léta. Ve druhé kazuistice je popsán pacient po erysipelu s mnohočetnými vředy na bércích. V obou případech jsem indikovala převod pacientů z antagonisty vitamínu K na přímá antikoagulancia NOAC, oba pacienti současně užívali sulodexid. Jaké výsledky přinesla sonikace v léčbě chronických ulcerací se dočtete v následujících kazuistikách.**

KLÍČOVÁ SLOVA: žilní ulcerace – antikoagulancia – sulodexid – bércový vřed – warfarin – sonikace – bio-keramické krytí

SUMMARY: **Effect of anticoagulant treatment and the use of sonication in difficult-to-heal ulcerations.** In two case reports, I present the effect of oral anticoagulants on long-term non-healing venous ulcers. In the first case report, a patient with severe chronic obstructive pulmonary disease, with ulcerations on both lower legs, lasting for years. In the second case report, a patient with multiple ulcers on the lower legs after erysipelas. In both cases, I indicated the transfer of patients from a vitamin K antagonist to NOAC – novel oral anticoagulants, both patients were taking suledoxide at the same time. In the third case report, a patient in a wheelchair, with ulcerations on both lower legs, lasting for years. What results sonication brought in the treatment of chronic ulcerations can be found in the following case reports.

KEY WORDS: Venous ulcers – anticoagulants – sulodexid – crural ulcer – warfarin – sonication – bio-ceramic dressing

„Hojení ulcerací na bércích u polymorbidních pacientů vyžaduje komplexní multioborový přístup. U pacientů je potřeba zvážit negativní dopad některých léků na hojení ran, ke kterým patří i antagonista vitaminu K.“

ÚVOD

Bércové vředy jsou onemocnění chronické, často velmi bolestivé, recidivující. Hojení vředů komplikují přidružená celková onemocnění, užívání imunosupresivní léčby, špatně zvolená lokální léčba, špatná hygiena. Při léčbě pacientů s chronickými ranami, kteří užívají antikoagulancia, je nutné si uvědomit, že fáze hojení ran ovlivňují antikoagulační léky. U pacienta, který tyto léky nebere a dojde ke vzniku rány, je normální reakce těla na ránu uvolnění adenosin-5 difosfátu /ADP/, následované shlukováním krevních destiček a začátkem trombózy. Antikoagulační léky však zabraňují tvorbě sraženin a vedou k rozvoji těžko se hojící rány.

Vyšetření: kultivační vyšetření bércový vřed

Materiál: bércový vřed @ . (CE 108265/EKL 7373)

Aerobní kultivace

Nález: Pseudomonas aeruginosa masivně

amikacin	Citlivý	ceftazidim	Citlivý	ciprofloxacin	Citlivý
piperacilin/tazobactam	Citlivý				

Ceftazidim,ciprofloxacin,piperacilin-tazobactam - výsledek citlivý znamená CITLIVÝ PŘI ZVÝŠENÉ EXPOZICI (dávkování)

Nález: Enterococcus faecalis ojediněle

Pomnožení

Nález: dtto

Anaerobní kultivace

Nález: Negativní

Mykologická kultivace

Nález: Negativní

Materiál: **Stěr/Výtěr Bércový vřed levý (KLI/5038)** sonikát

Mikroskopické vyšetření

hojně G-tyčky, G-drť, ojediněle G+koky

Primokultivace

Nález: Staphylococcus aureus

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

oxacilin	citlivý	chloramfenikol - lokálně	rezistentní
tetracyklin	citlivý	gentamicin - lokálně	rezistentní
klindamycin	citlivý	tobramycin - lokálně	rezistentní
erytromycin	citlivý	mupirocin - lokálně	citlivý
cotrimoxazol	citlivý	kys. fusidová - lokálně	citlivý
bacitracin- lokálně	citlivý	neomycin- lokálně	citlivý

Výsledek oxacilin platí také pro flukloxacilin, aminopenicilin/inhibitor betalaktamázy a cefalosporiny vhodné pro léčbu stafylokokových infekcí.
Výsledek tetracyklin platí i pro ostatní tetracykliny (např. doxycyklin)
Výsledek erytromycin platí také pro ostatní makrolidy (klarithromycin, roxithromycin) a azalidy (azithromycin).
Bacitracin - výsledek vyšetření citlivosti je pouze orientační, breakpointy nejsou stanoveny.

Nález: Streptococcus dysgalactiae ssp. equisimilis (dříve beta-hemolytický sk. C nebo G)

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

penicilin	citlivý	chloramfenikol - lokálně	citlivý
klindamycin	rezistentní	gentamicin - lokálně	rezistentní
erytromycin	rezistentní	tobramycin - lokálně	rezistentní
ciprofloxacin - lokálně	rezistentní	neomycin- lokálně	rezistentní
bacitracin- lokálně	citlivý		

Výsledek penicilin platí také pro amoxicilin a cefalosporinové antibiotika vhodná pro léčbu streptokokových infekcí.
Výsledek erytromycin platí také pro ostatní makrolidy (klarithromycin, roxithromycin) a azalidy.
Bacitracin - výsledek vyšetření citlivosti je pouze orientační, breakpointy nejsou stanoveny.

Nález: Enterobacter hormaechei

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

ampicilin	rezistentní	chloramfenikol - lokálně	citlivý
amoxicilin+kys.klavulanová	rezistentní	gentamicin - lokálně	citlivý
cefuroxim	rezistentní	tobramycin - lokálně	citlivý
tetracyklin	citlivý	ciprofloxacin - lokálně	citlivý
cotrimoxazol	citlivý	neomycin- lokálně	citlivý
ofloxacin	citlivý		

Výsledek ampicilin platí také pro amoxicilin.
Výsledek aminopenicilin s inhibitorem platí pro amoxicilin/kys.klavulanová a ampicilin/sulbactam.
Výsledek tetracyklin platí i pro ostatní tetracykliny (např. doxycyklin)

Nález: Klebsiella oxytoca

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

chloramfenikol - lokálně	citlivý	ampicilin	rezistentní
gentamicin - lokálně	citlivý	amoxicilin+kys.klavulanová	citlivý viz *
tobramycin - lokálně	citlivý	cefuroxim	citlivý
ciprofloxacin - lokálně	citlivý	tetracyklin	citlivý
neomycin- lokálně	citlivý	cotrimoxazol	citlivý
ofloxacin	citlivý		

Výsledek ampicilin platí také pro amoxicilin.
Výsledek aminopenicilin s inhibitorem platí pro amoxicilin/kys.klavulanová a ampicilin/sulbactam.
Výsledek tetracyklin platí i pro ostatní tetracykliny (např. doxycyklin)
* Výsledek platí při zvýšené expozici tomuto preparátu (dávka, frekvence, způsob podání).

Mykologická kultivace

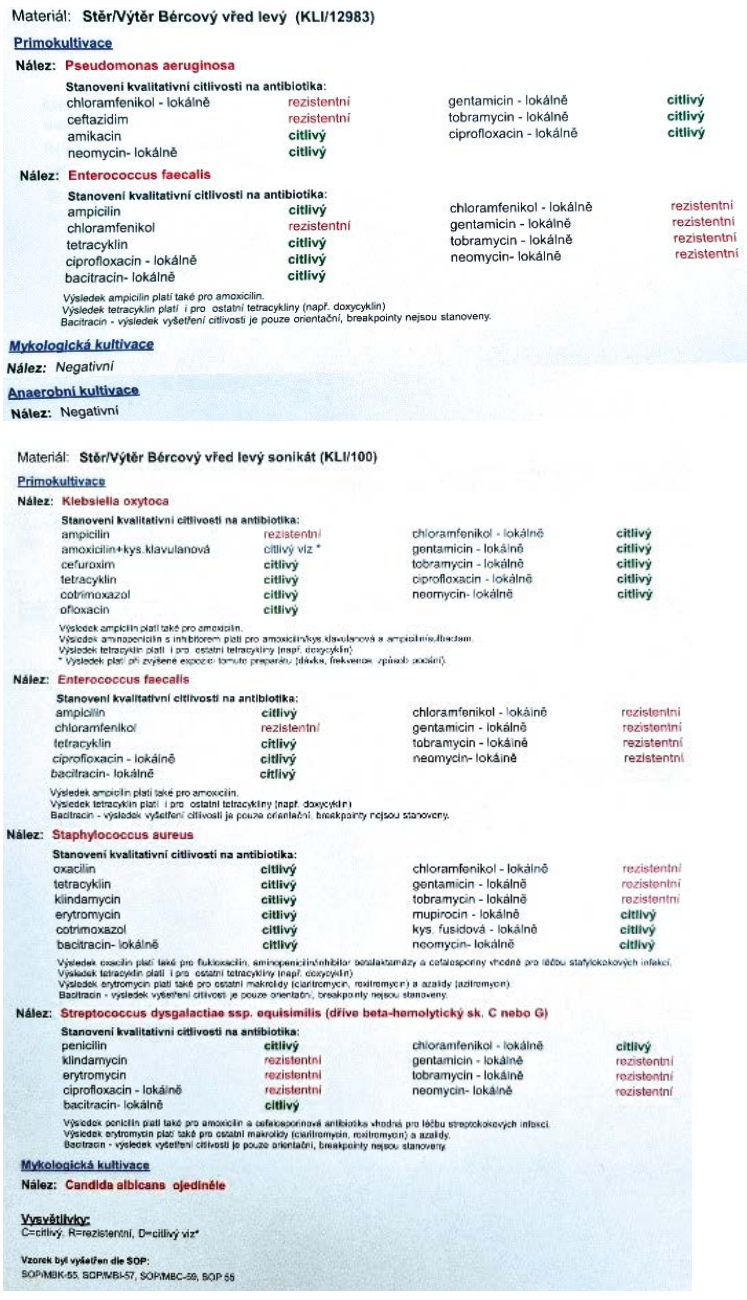
Nález: Negativní

Anaerobní kultivace

Nález: Negativní

Porovnání výtěru z rány / sonikát z 1/2023

Obr. 1



Materiál: **Stěr/Výtěr Bércový vřed levý (KLI/12983)**

Primokultivace

Nález: Pseudomonas aeruginosa

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

chloramfenikol - lokálně	rezistentní	gentamicin - lokálně	citlivý
ceftazidim	rezistentní	tobramycin - lokálně	citlivý
amikacin	citlivý	ciprofloxacin - lokálně	citlivý
neomycin- lokálně	citlivý		

Nález: Enterococcus faecalis

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

ampicilin	citlivý	chloramfenikol - lokálně	rezistentní
chloramfenikol	rezistentní	gentamicin - lokálně	rezistentní
tetracyklin	citlivý	tobramycin - lokálně	rezistentní
ciprofloxacin - lokálně	citlivý	neomycin- lokálně	rezistentní
bacitracin- lokálně	citlivý		

Výsledek ampicilin platí také pro amoxicilin.
Výsledek tetracyklin platí i pro ostatní tetracykliny (např. doxycyklin)
Bacitracin - výsledek vyšetření citlivosti je pouze orientační, breakpointy nejsou stanoveny.

Mykologická kultivace

Nález: *Negativní*

Anaerobní kultivace

Nález: Negativní

Materiál: **Stěr/Výtěr Bércový vřed levý sonikát (KLI/100)**

Primokultivace

Nález: Klebsiella oxytoca

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

ampicilin	rezistentní	chloramfenikol - lokálně	citlivý
amoxicilin+kys.klavulanová	citlivý viz *	gentamicin - lokálně	citlivý
cefuroxim	citlivý	tobramycin - lokálně	citlivý
tetracyklin	citlivý	ciprofloxacin - lokálně	citlivý
cotrimoxazol	citlivý	neomycin- lokálně	citlivý
ofloxacin	citlivý		

Výsledek ampicilin platí také pro amoxicilin.
Výsledek aminopenicilin s inhibitorem platí pro amoxicilin/kys.klavulanovou a ampicilin/sulbactam.
Výsledek tetracyklin platí i pro ostatní tetracykliny (např. doxycyklin)
* Výsledek platí při zvýšené expozici tomuto preparátu (dávka, frekvence, způsob podání).

Nález: Enterococcus faecalis

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

ampicilin	citlivý	chloramfenikol - lokálně	rezistentní
chloramfenikol	rezistentní	gentamicin - lokálně	rezistentní
tetracyklin	citlivý	tobramycin - lokálně	rezistentní
ciprofloxacin - lokálně	citlivý	neomycin- lokálně	rezistentní
bacitracin- lokálně	citlivý		

Výsledek ampicilin platí také pro amoxicilin.
Výsledek tetracyklin platí i pro ostatní tetracykliny (např. doxycyklin)
Bacitracin - výsledek vyšetření citlivosti je pouze orientační, breakpointy nejsou stanoveny.

Nález: Staphylococcus aureus

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

oxacilin	citlivý	chloramfenikol - lokálně	rezistentní
tetracyklin	citlivý	gentamicin - lokálně	rezistentní
klindamycin	citlivý	tobramycin - lokálně	rezistentní
erytromycin	citlivý	mupirocin - lokálně	citlivý
cotrimoxazol	citlivý	kys. fusidová - lokálně	citlivý
bacitracin- lokálně	citlivý	neomycin- lokálně	citlivý

Výsledek oxacilin platí také pro flukloxacilin, aminopenicilin/inhibitor, betalaktamázy a cefalosporiny vhodné pro léčbu stafylokokových infekcí.
Výsledek tetracyklin platí i pro ostatní tetracykliny (např. doxycyklin)
Výsledek erytromycin platí také pro ostatní makrolidy (clarithromycin, roxithromycin) a azalidy (azithromycin)
Bacitracin - výsledek vyšetření citlivosti je pouze orientační, breakpointy nejsou stanoveny.

Nález: Streptococcus dysgalactiae ssp. equisimilis (dříve beta-hemolytický sk. C nebo G)

Stanovení kvalitativní citlivosti na antibiotika:

penicilin	citlivý	chloramfenikol - lokálně	citlivý
klindamycin	rezistentní	gentamicin - lokálně	rezistentní
erytromycin	rezistentní	tobramycin - lokálně	rezistentní
ciprofloxacin - lokálně	rezistentní	neomycin- lokálně	rezistentní
bacitracin- lokálně	citlivý		

Výsledek penicilin platí také pro amoxicilin a cefalosporinová antibiotika vhodná pro léčbu streptokokových infekcí.
Výsledek erytromycin platí také pro ostatní makrolidy (clarithromycin, roxithromycin) a azalidy.
Bacitracin - výsledek vyšetření citlivosti je pouze orientační, breakpointy nejsou stanoveny.

Mykologická kultivace

Nález: Candida albicans ojediněle

Vysvětlivky:
C=citlivý, R=rezistentní, D=citlivý viz*

Vzorek byl vyšetřen dle SOP:
SOP/MBK-55, SOP/MBI-57, SOP/MBC-59, SOP 55

Obr. 2 Porovnání výtěru z rány / sonikát 3/2024

Obr. 3 Levý bérec po dvou měsících léčby Xarelto a Vessel due F, lokálně biokeramické krytí

Obr. 4 Zadní strana levého bérce po 6 měsících léčby. Zmenšení a vyplnění spodiny bércového vředu

Warfarin je lék, který prokazatelně zachraňuje život. Blokuje koagulační kaskádu i protein C, který sraženiny rozpouští. Je indikován k prevenci hluboké žilní trombózy a plicní embolie, po náhradě srdeční chlopně. V prvních dnech léčby se kombinuje s jiným lékem na ředění krve /nízkomolekulární heparin/, aby se zabránilo vzniku kožních nekróz.

U pacientky užívající Warfarin s bércovými vředy v následující kazuistice, INR nikdo nekontroloval měsíce. Zvýšená odpověď na Warfarin je u horečnatého stavu, malabsorpci, při užívání léků na bolest (salicyláty, ibuprofen, piroxikam) i antibiotik (doxycyklin, kotrimoxazol, některé makrolidy, sulfonamidy, Metronidazol), která se pacientům s chronickou ránou nasazují.[3]

Z toho plyne vysoké riziko krvácení, sekundární anémie; je nutné dodržování stravovacího režimu. Nejdůležitější je compliance pacienta. Pacient, který si Warfarin sám vysazuje a opět nasazuje, se vystavuje v rámci hojení chronické rány komplikaci – v důsledku tlumení proteinu C může dojít paradoxně k zvýšenému srážení krve, vzniku drobných krevních sraženin v kožních cévách a následně k poruše okysličení části kůže. Klinicky je kůže zarudlá, bolestivá, mohou vznikat další ulcerace. Nejzávažnější komplikací je vznik kožní nekrózy. Proto je vhodné u pacientů s chronickou ranou zvážit nasazení přímého antikoagulancia, kdy tyto komplikace hojení ulcerací nepozorujeme (u spolupracujícího pacienta). V ambulanci hojení ran mohu pacientovi doporučit sulodexid, konkrétně u žilních ulcerací, posttrombotického syndromu a ischemické choroby dolních končetin. Tento lék výrazně urychluje hojení chronických ran svým účinkem endotelprotektivním, antitrombotickým, reologickým, nejlépe v dávce 4 tobolky na den. Žádné nežádoucí účinky jsem u svých pacientů nepozorovala, ani krvácivé projevy. Sulodexid lze bezpečně kombinovat s dalšími antikoagulancii, podle některých studií i s antagonistou vitaminu K. Stav mých pacientů s ulceracemi na končetinách se snažím komunikovat s cévním lékařem nebo kardiologem, ne vždy je možné antikoagulační léčbu pacientovi upravit.[4]

Od podzimu 2023 využívám v ordinaci sonikaci (ultrazvuk s nízkou intenzitou) pro rozpad biofilmu na odstraněných keramických krytí z rány. Následná

kultivace sonikační tekutiny je alternativní metodou s vyšší citlivostí ve srovnání s konvenčními mikrobiálními kulturami pro detekci bakteriálních kmenů. V chronických ranách se běžně vyskytují patogeny, které způsobují přetrvávající zánět v oblasti rány. V poslední době roste důraz na roli antimikrobiálního dozoru v péči o rány s cílem zmírnit antimikrobiální rezistenci. Tento přístup zahrnuje omezení používání systémových a lokálních antimikrobiálních látek.

KAZUISTIKA 1

Pacientka ve věku 55 let, s recidivujícími bércovými vředy, v invalidním důchodu pro těžkou chronickou obstrukční plicní chorobu, čekatelka na transplantaci plic po zahojení žilních ulcerací. V pravidelné medikaci pacientka užívá Prednison 20 mg/den, Detralex, Furon, Lyrica, Kalnormin, Lozap, Trimbow, Ventolin, Controloc, Warfarin 5 mg/den, Doretu, oxygenátor. Opakovaně prodělala žilní trombózu v letech 2007–2015 i přes trvalou antikoagulaci, v anamnéze Leidenská mutace, trombofilie, je sledovaná na plicním oddělení a kardiologii. Bývalá kuřačka.

S bércovými vředy na LDK se léčila od roku 2007, opakovaně se zahojily. Recidiva nastala v roce 2021, lokálně byla léčena 1,5 roku Inadine a Ialugenem bez efektu. Do mé ordinace přišla v lednu 2023 se dvěma vředy nepravidelného tvaru na levém bérci, o velikosti 10 x 15 cm s povlakem, silně bolestivými; vředy téměř pokrývaly celou dolní polovinu levého bérce. Hloubka vředů byla místy 1 cm, okolí zarudlé. Opakované cévní vyšetření prokázalo reziduální insuficienci hlubokého systému levé dolní končetiny. Užívala Warfarin 5 mg/den, v anamnéze bylo opakované krvácení L bérce, hladiny INR její praktická lékařka odmítla kontrolovat. Pacientka si Warfarin několikrát sama vysadila a znova jej začala brát v závislosti na subjektivních obtížích. Hodnoty INR se v mé ordinaci pohybovaly mezi 8 až 4, proto jsem doporučila dávku snížit. Střídavě užívala 2,5 až 5 mg/den. V květnu 2023 začala pacientka chodit do hyperbarické komory, došlo ke zlepšení ulcerací, ale z důvodů dýchacích obtíží se musela léčba ukončit.

Opakovaně docházelo u pacientky ke zhoršení celkového stavu, infekci dýchacích cest, dýchacím

Obr. 5 Po vysazení Warfarinu po 14 dnech léčby

Obr. 6 Sonikát

obtížím. Současně vznikly nové vředy i na pravém bérci. Podle výsledků stěru z vředu (Staphyloc. aureus, Klebsiela sp., Serratia marsc.) byla pacientka léčena perorálními antibiotiky – Klaritromycinem po dobu 14 dnů, stále se vyskytovala masivní rezistence na antibiotika ve výsledku stěru z rány. To byl důvod, proč jsem provedla sonikaci – která je citlivější oproti klasickému stěru z rány. Touto metodou naprosto přesně zjistíme druh patogenů v ráně a přesný výsledek citlivosti na antibiotika za pomoci ultrazvuku. Keramické krytí z rány bylo uloženo do sterilní sonikační nádoby s fyziologickým roztokem, nádoba byla sonikována v ultrazvukové lázni. Po 30s promíchání obsahu nádoby – aby se oddělené složky biofilmu homogenně rozptýlily v kapalině – sonikátová tekutina byla aplikována do kultivačního média a odeslána k rozboru do laboratoře.[6] Na fotografiích lze porovnat výsledek citlivosti detekovaných bakterií ve výtěru z rány a sonikaci keramického krytí.

Výsledek sonikace přinesl detekci vyššího množství bakterií a multirezistence na antibiotika v porovnaní s klasickým výtěrem z rány. Pacientka užívala perorálně penicilin s kyselinou klavulánovou (Amoksiklav) po dobu 14 dnů. V kontrolním výtěru z rány, který byl proveden za hospitalizace na interní klinice, byla prokázána pouze Pseudomonas aeruginosa. Pacientka vředy lokálně oplachovala čistícím roztokem a aplikovala biokeramické krytí na vředy levého bérce. Dočasné zlepšení přinesl Cutimed sorbact gel. Obě krytí pacientce vyhovují, rány méně bolí a zmenšují se. Je patrná granulace ve spodině vředů. Do vředů na pravý bérec pacientka aplikovala biokeramické krytí nebo sterilní antiseptické a nepřilnavé mřížky s povidone jodem.

Kvůli posttrombotickému syndromu jsem pacientce doporučila od podzimu 2023 sulodexid v dávce 4 tobolky denně. Na podzim 2023 byla pacientka hospitalizovaná na interně pro septický šok, sulodexid byl dočasně nahrazen fraxiparinem v kombinaci s Warfarinem. Sulodexid začala brát opět v zimě 2024. Po domluvě s cévním lékařem jsme v únoru 2024 vyměnili Warfarin za rivaroxaban. Již během 14 dnů došlo ke zlepšování stavu, větší toleranci lokálního krytí, zmenšení vředů, vyplnění spodiny defektů a výrazně menší bolestivosti. V léčbě dosud pokračujeme. Pacientka užívá Vessel due F 4 tbl/den, Xarelto 20 mg/den, Prednison 20 mg/den, Ventolin, Controloc, Trombow, Detralex 2 tbl/den, na bolest Tramal gtt.

Obr. 7 Mnohočetné ulcerace na bérci po erysipelu

Obr. 8 Po 6 týdnech léčby přetrvává tuhý otok bérce, ulcerace zahojeny

KAZUISTIKA 2

Muž, ročník 1949, po prodělané plicní embolii užíval Warfarin, jinak zdráv. Opakovaně prodělal erysipel levého bérce. Při posledním erysipelu byl léčen penicilinem a kyselinou klavulánovou (Amoksiklav) 1 g po dobu 14 dnů. Na levém bérci se během léčby vytvořilo velké množství menších vředů, stav se zhoršoval. Pacient dostal na chirurgii Betadine mast a byla mu doporučena chirurgická léčba vředů. Pacient z chirurgie utekl. U nás mu byl provedený stěr, kde se prokázala pouze Pseudomonas aeruginosa. V době zahájení léčby měl pacient na levém bérci 26 vředů, největší velikosti 2,5 cm, se žlutě povleklou spodinou. Pacientovi jsem nasadila sulodexid v dávce 2-0-2 tbl na den. Zároveň jsem požádala kardiologa o výměnu antagonisty vitaminu K (Warfarinu) za jinou antikoagulační léčbu; byl mu nasazený apixaban. K celkové léčbě jsem přidala hesperidin diosmin v dávce 2-0-2 den.

V lokální terapii jsme použili oplachový roztok, biokeramické krytí, na kůži v okolí vředů krém Hyalo4 plus s kyselinou hyaluronovou a stříbrným sulfadiazinem. Pacient si nohy denně převazoval, nosil kompresivní obvaz. Během 6 týdnů léčby se pacientovi všechny vředy uzavřely, pouze přetrvával tuhý otok bérce. Podle výsledku cévního vyšetření měl pacient těžký tibiální reflux, proto byl odeslaný na cévní chirurgii v Praze. Cévní chirurgický výkon bude prevence recidivy ulcerací na bérci. Rychlé zahojení vředů na bérci ovlivnila úprava antikoagulační léčby, léčba sulodexidem, vhodně zvolené lokální krytí a důsledná komprese.

DISKUZE

Sulodexid výrazně urychluje hojení ulcerací žilní etiologie v dávce 4 tobolky na den. Ovlivňuje hemostázu několika mechanismy – působí profibrinolyticky, snižuje tvorbu trombů a snižuje nadměrnou hladinu fibrinogenu. Má endotel protektivní účinek. Má výborný bezpečnostní profil a riziko krvácivých komplikací je minimální. Sulodexid lze kombinovat s jinými antikoagulancii, nedochází ke krvácivým projevům. Je však nutná opatrnost.[2] Podle mých zkušeností Warfarin negativně ovlivňuje hojení ulcerací, léčba bývá zdlouhavá a finančně nákladná, pacienty velmi obtěžuje. Účinek Warfarinu kolísá a je nutné pravidelné monitorování INR. U pacientů jsou častá krvácení z ulcerací, hematomy na končetinách a jiné krvácivé projevy, které vedou k sekundární anémii. Warfarin může indukovat vznik kožní nekrózy (komplikované akutním selháním ledvin) zejména u lidí s trombofilní anamnézou. Predisponujícím faktorem je onemocnění jater, obezita, nedostatek proteinu C, S, faktoru V Leiden, antitrombinu III, přítomnost antifosfolipidových protilátek, perimenopauzální věk. Warfarinem indukovaná kožní nekróza může být zaměněna za akutní arteriální trombózu, purpuru fulminans, kožní projevy autoimunitních chorob, nekrotizující fasciitidu.[1] Proto se na tento život ohrožující stav musí myslet.

Negativní dopad na hojení ran u pacientů užívajících Warfarin má i nedodržování doporučené diety, špatná compliance, vysazování léku pacientem, riziko vzniku krevních sraženin v drobných cévách kůže a špatné okysličení tkáně, které zhoršují hojení ulcerací. Správnému hojení neprospívá ani terapie kortikosteroidy (viz má první kazuistika).

Keramické krytí absorbuje a zadržuje velké množství exsudátu v ráně. Kromě schopnosti absorbovat vodu má silné vlastnosti vázající endotoxiny. Čistí spodinu rány. Keramické krytí lze sonikovat a následně kultivovat konvenčními mikrobiálními metodami. Tím se potvrzuje zadržování bakterií v samotném keramickém krytí. Sonikace keramického krytí dokazuje vyšší citlivost na detekci bakterií než konvenční výtěry ran. Keramické krytí lze použít pro diagnostické účely, využívá se i v chirurgii založené na implantátech.[6]

V mé první kazuistice výsledek klasického výtěru z rány potvrdil přítomnost Pseudomonas aeruginosa a Enterococcus faecalis, mykologické vyšetření

bylo negativní. Pacientka měla bérec nateklý, zarudlý a silně bolestivý. Výsledek sonikace byl výrazně jiný – přítomnost Staphylococcus aureus, Klebsiella oxytoca, Streptococcus dysgalactiae, Enterococcus faecalis, hojně G-tyčky, ojediněle G+koky, G-drť, ojediněle Candida albicans. Velmi přínosný byl pro léčbu výsledek citlivosti na antibiotika. V porovnání stěru vs sonikace je ze sonikace patrná výrazná rezistence na antibiotika. Kdybychom pacientku léčili podle klasického výtěru z rány, ke zlepšení by nedošlo, protože se nezachytily všechny patogeny, na rozdíl od sonikace. Po cílené léčbě antibiotiky (Amoksiklav) došlo k výraznému zlepšení, redukci otoku a zarudnutí v okolí rány, a hlavně menší bolesti, a tedy redukci užívání analgetik.

ZÁVĚR

Hojení ulcerací na bércích u polymorbidních pacientů vyžaduje komplexní multioborový přístup. U pacientů je potřeba zvážit negativní dopad některých léků na hojení ran, ke kterým antagonista vitaminu K nepochybně patří. V současné době je indikován u chlopenních náhrad, jako prevence žilní trombózy a plicní embolie. U pacientů s bércovými vředy, opakovanými krvácivými projevy, nespolupracujících pacientů a ve velmi vysokém věku, je vhodné zvážit nasazení přímého antikoagulancia. Sulodexid výrazně urychluje hojení ulcerací, lze ho kombinovat s jinou antikoagulační léčbou, riziko krvácivých projevů je minimální. Má vysoký bezpečností profil. Při léčbě Warfarinem je riziko krvácení vysoké a hojení ulcerací je zdlouhavé a nákladné. Biokeramické krytí samotné postačí v lokální léčbě k úplnému uzavření rány. Dosud se na toto krytí nevyskytla žádná alergická reakce. Keramické krytí vykazuje bakteriální retenční vlastnosti při sonikaci a má vynikající diagnostickou schopnost ve srovnání s konvenčními výtěry z rány. Sonikace by se mohla v budoucnu použít pro mikrobiologickou diagnostiku a nahradit konvenční výtěry z ran při léčbě chronických ran.

MUDr. Veronika Fárová
FARMED s.r.o., Centrum hojení ran
Zenklova 39, 182 00 Praha 8
farmed@email.cz
www.farmedderma.cz

LITERATURA

1. Eby, C.S. Warfarinem indukovaná nekróza kůže. Hematol Oncol Clin North Am.1993; vol. 7:1291–1300. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/S0889-8588(18)30209-0 [cit. 2024-05-03].
2. Hirmerová, J., Suchý, D. Sulodexid a jeho antitrombotický účinek – využití v klinické praxi, kombinace s jinými léky ovlivňujícími hemostázu. Online. In: Kazuistiky v angiologii. 2015, roč. 2, č. 3, s. 14–16. ISSN 2336-2790. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.geum.org/files/shop-archiv-casopisu/pdf/51.pdf. [cit. 2024-05-04].
3. Hotaling, P. B., Black, J. Top ten tips: medications that slow wound healing. Online. Wound healing. 2024. Dostupné z: https://woundsinternational.com/journal-articles/top-ten-tips-medications-that-slow-wound-healing/. [cit. 2024-05-03].
4. Kristová, V. Mechanizmus pleiotropního účinku sulodexidu. Kardiologická revue. 2013,15(4) s. 254–255.
5. Strojil, J. Sulodexid. Online. Remedia. 2006,16(4) s. 376–381. Dostupné z: https://www.remedia.cz/rubriky/lekove-profily/sulodexid-1020/. [cit. 2024-05-07].
6. Hecker, A., Watzinger, N., Pignet, A.-L., Michelitsch, B., Kotzbeck, P., Kamolz, L.-P. Ceramic Dressings – A New Non-Pharmacological Therapeutic Option in the Management of Chronic Wounds? J. Pers. Med. 2024; 14, s. 498. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/jpm14050498. [cit. 2024-05-03].

Zápis ze schůze výboru ČDS konané dne 24.11.2023 v Praze

Přítomni:	prof. Arenberger, prof. Arenbergerová, Dr. Drlík, doc. Ettler, Dr. Jarešová, Dr. Litvik, Dr. Nevoralová, Dr. Rafčíková, doc. Slonková, prof. Štork
Online:	prof. Cetkovská, Dr. Diamantová
Omluveni:	Dr. Benáková, Dr. Zákoucká
Místo:	Knihovna Dermatovenerologické kliniky VFN a 1. LF UK, U Nemocnice 2, Praha 2
Čas:	10.00–13.40 h

– PROGRAM –

A) Projednáno:

Kontrola zápisu ze schůze výboru ČDS konané dne 5.10.2023 – rozeslán e-mailem, připomínkován a schválen.

B) Nově projednáno:

1. Odborné akce 2024

   Upozorněno na významné akce: Dermatoonkologická škola (11.1.), Derma Update (1.2.), Kongres ČDS-SDVS (6.–8.6.2024) v Olomouci. Dr. Jarešová představila návrh odborné akce „Multioborové setkání dermatologů se segmentem primární péče“ s termínem konání 13.9.2024. Výbor ČDS souhlasí se záštitou akce. Diskutováno také přihlašování nových akcí a jejich odborná garance. Bylo doporučeno, aby název „kongres“ byl rezervován pouze pro každoroční vícedenní společný kongres ČDS-SDVS. Záštita výboru ČDS bude udělována zaběhlým osvědčeným akcím, nové akce budou projednávány. Odbornou garanci akcí může poskytovat dermatovenerolog s atestací (je však nezbytné, aby si vyřídil licenci garanta u ČLK). Do seznamu akcí ČDS na příslušný rok budou nově uváděny i některé jiné odborné akce (bez záštity ČDS) odlišené graficky, aby se zabránilo kolizím s jinými akcemi. U sponzorovaných akcí se záštitou ČDS nyní ČLS JEP požaduje trojstrannou smlouvu mezi místním pořadatelem, sponzorem a ČLS JEP, jejíž obsah garantuje OS).
2. Program Derma Update

   T.č. se tvoří, ještě jsou „volná“ témata.
3. Poplatky ČDS za členství v mezinárodních odborných organizacích

   Výbor ČDS projednal a schválil uhrazení poplatků na rok 2024 za členství v mezinárodních organizacích (ILDS, UEMS-EBDV, EADV).
4. Platba za web a sekretářky výboru

   Výbor ČDS schválil proplacení faktury za vedení webu ČDS za 05–10/2023 ve výši 16 800 Kč. Webmaster dočasného webu bude v roce 2024 financován dle vykonané práce. Paní Čížková pokračuje, paní Sitařová končí k novému roku 2024 jako sekretářka výboru ČDS (výbor ČDS jí děkuje za dlouholetou pečlivou práci).
5. Webové stránky

   Na základě opakovaných podnětů se výbor ČDS rozhodl renovovat webové stránky. Dr. Rafčíková podala první návrh firmy ELINE web s.r.o. Výbor ČDS se rozhodl na nové web stránky vyhlásit poptávku s uzávěrkou do 8.2.2024 (návrhy zasílejte doc. Ettlerovi a paní Čížkové – derma.assistant@gmail.com). Zatím bude fungovat stávající web. Doc. Ettler žádá o návrhy, které by stávající dočasné stránky vylepšily.

6. Národní koordinační skupina pro HIV/AIDS

   Byla ustavena při MZ ČR a byl do ní automaticky kooptován předseda venerologické sekce ČDS (prof. Resl). Výbor ČDS souhlasí s tímto zastoupením a pověřuje Dr. Zákouckou jako zástupkyni. Venerologická sekce vyplnila průzkum ECDC a EACS o problematice HIV/AIDS v ČR.

7. Aplikace botulotoxinu v ČR

   Injekční preparáty s obsahem botulotoxinu jsou registrovány jako léky, které lze získat pouze na lékařský předpis (na rozdíl od výplní, které lze získat volně). Aplikace by měla zůstat pouze v lékařských rukou. ČDS nemá zákonný mandát k provádění dozoru, natož k represivním opatřením, může apelovat na lékaře – členy ČDS, jak při vzdělávání v oblasti korektivní a estetické dermatologie, tak příp. formou prohlášení. Bude potřebné vypracovat návrh, kdo a za jakých podmínek bude moci aplikovat botulotoxin a další látky a předložit na MZd (vypracováním pověřeny Dr. Jarešová a prof. Arenbergerová).

8. Finanční otázky ČDS

   Finance výboru (účetnictví) vede ekonomické odd. ČLS JEP. Dohled nad nimi má pokladník výboru ČDS (Dr. Drlík). Dne 24.11.2023 proběhne schůzka mezi Ing. Kačírkovou (účetní) a Ing. Menclovou (ekonomické odd. ČLS JEP) k prodiskutování položek a optimalizaci jejich danění. Průběžně je problematika analyzována vedením výboru s ekonomickým oddělením ČLS. V září 2023 vyvstala také potřeba zpřehlednit financování Biorepu (stav účtu nebo fakturace), pro jehož specificitu bylo dohodnuto jeho účetnictví vyčlenit a v rámci účtu ČDS vést zvlášť (aby se prostředky na odměny aktualizujícím lékařům z center, provozovateli a dalším nečerpaly z celého účtu ČDS, ale přehledněji z podúčtu, tvořeného příjmy od farmaceutických firem).

9. Financování lékařských výkonů

   Zatímco se snažíme o tvorbu nových výkonů a vylepšení financování lékařských kódů, dochází ve zdravotnickém systému k „tichému“ snižování bonifikace za objednávání nemocných a diplom celoživotního vzdělávání a snižování dalších položek v Úhradové vyhlášce pro rok 2024 a v dodatcích ke smlouvám AS na příští rok. Prof. Arenberger se zúčastní dalšího jednání k ohodnocení dermatologických kódů na MZ 7.12.2023. Tento měsíc již na MZ předjednal navýšení minutové režie vybraných dermatologických výkonů, a navíc přichází se 3 návrhy variant navýšení:

   I. sjednocení hodnocení dermatologických a venerologických výkonů (původní návrh, odmítaný pojišťovnami)
   II. týkalo by se jen kódů 44022 a 44023
   III. pouze prodloužení minutáže o 5 minut u 44022 a 44023, které by sice znamenalo nejnižší navýšení, ale snad nejprůchodnější

10. Sjezd SAD 24.–25.11.2023 v Praze

    Byl zahájen ve stejný den konání schůze výboru ČDS. Prof. Arenberger, Dr. Jarešová a Dr. Rafčíková byli pověřeni k informování účastníků sjezdu o aktivitách ČDS; umožnili by tak další prohloubení spolupráce obou organizací.

11. Dermatologický univerzitní nadační fond

    Jedná se o samostatnou nezávislou nadaci, která není strukturou výboru ČDS ani ČLS JEP. Finanční prostředky v něm uložené (prakticky nedochází k jejich obnovování) jsou příležitostně věnované na podporu české dermatovenerologie (např. Bartákova cena, časopis apod.).

12. Zveřejňování zápisů ze schůzí a aktuálních zpráv výboru ČDS

    Výbor ČDS schválil pokračování v současném funkčním postupu – pořízený zápis je rozesílán členům výboru k připomínkování, dle nich editován, na následné schůzi schválen a poté vyvěšen na webu ČDS. Tento způsob se osvědčil a zabránil tak dodatečným reeditacím. Pokud se vyskytne „horká“ zpráva, je možné ji vystavit v kolonce „Aktuality“.

13. Volby do výboru ČDS v září 2023

    Výboru stále nebyly doručeny zápisy

Mandátové (předseda Dr. Antonín Nechvátal) a Návrhové komise (předsedkyně Dr. Jorga Fialová) ze shromáždění členů ČDS ze dne 7.9.2023. V termínu sepsaný zápis ze shromáždění lze po jejich doručení vydat. K volbám byla v termínu doručena 3 podání, která jsou řádně zpracovávána. Proběhly také volby českého zástupce do Boardu EADV, kterých se zúčastnili čeští členové EADV. Zvolena prof. Arenbergerová se ziskem 37 hlasů, ostatní dva kandidující dostali 13 hlasů (prof. Gkalpakiotis) a 8 hlasů (Dr. Jiráková). EADV v Luganu obdrželo dotaz od neúspěšného uchazeče.

14. Centrum biologické léčby v Plzni

Centrum „Dermafit" Plzeň (žádost podává Dr. Brodská) – výbor ČDS projednání zatím odložil na 14.12.2023 (další zasedání výboru ČDS).

15. Výběrová řízení (regionální) – zástupce výboru ČDS – aktualizováno

Na výběrová řízení na dermatologická zařízení, která se konají v jednotlivých krajích na krajských úřadech, je ze zákona požadována přítomnost zástupce odborné společnosti. Nový výbor ČDS proto aktualizuje seznam zástupců výboru ČDS delegovaných do jednotlivých krajů.

16. Rezidenční místa v dermatovenerologii (Dr. Jarešová, prof. Arenberger)

Prof. Arenberger kontaktoval oddělení vzdělávání MZ se žádostí o zřízení rezidenčních míst v našem oboru. Bylo mu potvrzeno, že pro přípravu v dermatovenerologickém kmeni lze pro školence i nadále žádat na všech akreditovaných pracovištích (včetně ambulantních dermatologů) o měsíční dotaci cca 20 000 Kč/měs., kterou školenec, pokud splní standardní podmínky (např. plný úvazek), získá. Dotační programy na financování následného dvouletého specializovaného výcviku jsou velmi omezené a náš požadavek bude předložen ke konečnému rozhodnutí Ministrovi zdravotnictví ČR.

17. Lůžkový fond v dermatologii

V některých městech (např. Ostrava) existují podle informací tamních členů lůžka jen formálně (např. se rekonstruují). Výbor ČDS deklaruje, že v případě rušení lůžek se bude i nadále zasazovat o podporu jejich existence. Jsou potřebná mimo jiné i k dalšímu vzdělávání v oboru, i v situaci, kdy s ohledem na poskytnutí větší příležitosti ke vzdělávání školenců v zařízeních ambulantních specialistů navrhuje akreditační komise pro dermatovenerologii zkrácení stáže na lůžkách ve kmeni z 18 na 12 měsíců.

18. Pigmentové projevy a teledermatologie

Evropský grant prostřednictvím ÚZIS byl udělen klinice na Bulovce. Přes systém „Skinvision" nebo ekvivalentní aplikaci budou sestry vybraných PL provádět vyšetření pomocí mobilu a nemocné s pozitivním nálezem (hodnoceným AI) odesílat na regionální vybrané dermatologické kliniky (výbor již k tomuto projektu zaujal stanovisko dne 2.2.2023, bod 4).

Telemedicína (i teledermatologie) nemá dosud stanovenu závaznou legislativu v ČR, zejména právní odpovědnost. Z důvodu rizik s tím spojených nemůže výbor ČDS aktuálně udělit záštitu těmto aktivitám, ale je připraven se na jejich zpracování aktivně podílet.

19. Lymfologie (indikace lymfodrenáží)

Kódy pro lymfodrenáže (44211 a 44213) vykazuje t. č. i nelékařská profese fyzioterapeutů (902). Výbor ČDS na žádost Dr. Pokorného z MZ ČR projednal a schvaluje dodatek ke kalkulačnímu listu: „Provedení výkonu může indikovat pouze lékař s atestací v základním oboru (404) a sdílených odbornostech (101, 102, 103, 109, 201, 301, 402, 405, 406, 501, 603) po absolvování kurzů „Komplexní léčba lymfedému".

20. Žádost L´Oréal o podporu značky MIXA

Kosmetika značky MIXA je přítomna na českém trhu a výbor ČDS byl požádán o udělení záštity nad touto značkou. Výbor ČDS souhlasí.

21. UEMS-EBDV

Prof. Arenberger informuje o zasedání tohoto evropského výboru. Klíčovým bodem jednání

byla harmonizace vzdělávání v oboru v EU, přičemž evropský vzdělávací program v dermatovenerologii byl publikován v JEADV před několika lety. Je důležitá pro kompatibilitu v celé EU bez nutnosti nostrifikací.

22. Léková agenda
(Dr. Benáková, prof. Arenberger)

a) v uplynulém období byla doručena žádost o stanovisko k hodnotící zprávě:
Otezla – rozšíření preskripce i mimo centra: „Léčba středně těžké až těžké psoriázy s PASI více než 10 u dospělých, kteří již podstoupili jeden z následujících způsobů konvenční systémové léčby: acitretin, cyklosporin, methotrexát, dimethylfumarát nebo fototerapii (PUVA či NBUVB). Ukončení léčby apremilastem je indikováno v případě: – nedosažení hodnoty PASI 75 po 4 měsících úvodní léčby, – poklesu účinnosti zavedené léčby pod PASI 50 nebo v intervalu PASI 50–75, ale se současnou hodnotou DLQI větší nebo rovno 5.“

b) prof. Arenberger poslal SÚKLem vyžádané stanovisko k Rigviru, které náročně vypracoval

c) prověříme, zda doc. Votava obdržel za ČDS 8.9.2023 zaslaný obšírný materiál ke kritickým léčivům za dermatologii, který si KLPK pro SÚKL vyžádala

d) prof. Arenberger zpracuje stanovisko k žádosti SÚKLu pro hodnotící zprávu preparátu Sotyktu

23. Noví členové (2), 1 žádost odročena.
Snížení poplatků ČLS a ponechání ČDS (3).
Zrušení členství (1).

24. Příští schůze výboru ČDS:
14.12.2023 v Praze
Zapsal: doc. Ettler

Dokument je publikován v souladu se zásadami GDPR.

Zápis ze schůze výboru ČDS konané dne 14.12.2023 v Praze

Přítomni:	prof. Arenberger, prof. Arenbergerová, Dr. Benáková, prof. Cetkovská, Prim. Diamantová, Prim. Drlík, doc. Ettler, Dr. Jarešová, Dr. Nevoralová, doc. Slonková, prof. Štork
Omluveni:	Dr. Litvik, Dr. Rafčíková, Dr. Zákoucká
Místo:	Knihovna Dermatovenerologické kliniky VFN a 1. LF UK, U Nemocnice 2, Praha 2
Čas:	10.00–13.20 h

– PROGRAM –

A) Projednáno:
Kontrola zápisu ze schůze výboru ČDS konané dne 24.11.2023 – rozeslán e-mailem, připomínkován a schválen.

B) Nově projednáno:

1. Nové centrum biologické léčby:
Dermafit centrum (DC), Plzeň a Centrum Praha-Těšnov (Dr. Havlíčková)
Jejich žádosti výbor ČDS projednal a vyjádřil souhlasné stanovisko.

2. Odborné akce 2024
Derma Update 2024 – program je již hotov. Kongres ČDS-SDVS v Olomouci 2024 – program se začíná tvořit. Budou se střídat bloky firemní s bloky nezávislými s časovou výbavou 90 minut. Zařadí se také sekce mladých dermatologů. Seznam akcí ČDS bude doplněn i dalšími odbornými akcemi. Akce zaštítěné ČDS budou označeny logem.

3. Navýšení minutové režie
Prof. Arenberger informoval o dohodovacích

jednáních, kde se podařilo domluvit navýšení minutové režie na 4,96 Kč a administrativně zařadit do formální odbornosti 414 (jedná se o kód 44219, 44227, 44229, 44233, 44239, 44245). Dále se podařilo prodloužit dobu výkonů 44022 a 44023 o 5 minut a tím navýšit jejich ohodnocení. Předpokládaná platnost od r. 2025.

4. Úhradová vyhláška na rok 2024

   Skončila nedohodou. V konečných důsledcích se jeví jako poškozující pro ambulantní specialisty, tedy i pro ambulantní dermatology.

5. Proplacení preventivních (bonusových) programů VZP

   Dr. Lvová z Valašského Meziříčí upozornila na formulaci v preventivním programu VZP, která umožňuje proplacení vyšetření dermatoskopem dermatologem, praktickým lékařem, onkologem a chirurgem. Výbor ČDS projednal její připomínku, že jiné obory nemají s tímto vyšetřením odborné zkušenosti a rozhodl se ji podpořit.

6. Aktualizace doporučených postupů v léčbě psoriázy

   Prof. Cetkovská pověřena aktualizací doporučeného postupu. Výbor ČDS upozorňuje však na možná úskalí a nutnost dodržení zásady „evidence based medicine".

7. Projekt „melanom" bez záštity ČDS (bod č. 4 zápisu ze dne 2.2.2023)

   Výbor ČDS se při svém jednání dne 2.2.2023 rozhodl neudělit záštitu tomuto projektu (kdy sestry ve vybraných ordinacích PL vyšetřují znaménka dermatoskopem a podezřelé nálezy odesílají smluvním dermatologům). Toto stanovisko trvá i nadále.

8. Finanční rozpočet ČDS z roku 2023

   Prof. Arenberger informoval o jednání s Ing. Menclovou (vedoucí ekonomického odd. ČLS JEP), kdy došlo k finančním ztrátám díky přeúčtování DPH (týkalo se plateb registru Biorep a chybného posouzení fakturací za služby a darů). Proto bylo letos provedeno oddělení financí Biorepu na účtu v rámci ČLS JEP, aby finanční bilance ČDS nebyla tímto poškozována. Bylo přislíbeno doplacení alespoň části (300 tis. Kč) chybějící částky. Na příští schůzi Výboru zveme ing. Kačírkovou, aby nás seznámila s hospodařením Biorepu. Prim. Drlík podává zprávu o stavu financí ČDS za rok 2023 – náklady činily 612 tis. Kč, výnosy 445 tis. Kč. Významné výdaje generuje časopis Čs. dermatologie. Je proto vhodné získat co nejvíce inzerentů.

9. Komise pro Biorep

   V souvislosti s volbou nového výboru ČDS i fungováním registru Biorep se výbor ČDS rozhodl řešit správu Registru (do příští schůze výboru ČDS).

10. Spolupráce se SAD

    Dr. Jarešová referovala o stále trvajícím požadavku vedení SAD na zveřejnění počtu členů ČDS lékařů a nelékařů (i když někde takový seznam prý získalo). Výbor ČDS již na tento požadavek odpověděl. Pokud se SAD chce v ČDS více angažovat, stále trvá návrh doc. Ettlera na začlenění SAD do ČDS jako zvláštní sekce ČDS pro ambulantní dermatology i se stávajícím vedením.

11. Doplnění dg. Akné k vykazování výkonu 44112 platného od 1.2.2024

    Kód 44112 (hodnocení efektu systémové léčby pomocí škálovacích systémů) navrhuje Dr. Jarešová doplnit o hodnocení léčby akné. Výbor ČDS souhlasí, ale znamenalo by to asi další doplnění kalkulačního listu výkonu a jeho projednávání v dohodovacím řízení.

12. Návrhy na nový web ČDS předkládá

a) Dr. Jarešová
b) Dr. Rafčíková
c) prof. Arenberger (Revenium)

   Další návrhy shromažďuje doc. Ettler a p. Čížková (derma.assistant@gmail.com) do 8.2.2024, kdy bude proveden výběr členy výboru ČDS.

13. Zápisy ze schůzí výboru ČDS

    Výbor ČDS znovu projednal požadavek na

rychlé publikování zápisu hned po schůzi a doporučuje standardní postup, který používají i jiné veřejnoprávní instituce, tzn. kontrolu a schválení na příštím zasedání.

14. Zápis ze shromáždění členů a usnesení ze dne 7.9.2023

Byly již mandátovou a návrhovou komisí vypracovány, ale zatím obsahují řadu nepřesností až chyb, takže nemohou být publikovány.

15. Zastoupení v IUSTI

Dr. Zákoucká požádala o možnost proplacení členského příspěvku v IUSTI. Výbor ČDS podpoří její žádost, aby tak ČR měla zastoupení v této mezinárodní venerologické organizaci.

16. Léky v období 24.11.–14.12.2023

Dr. Benáková a prof. Arenberger jsou členy lékové komise při MZ ČR za dermatovenerologii. Pravidelně vypracovávají stanoviska za obor, která potom projednává výbor ČDS. Deucravacitinib – stanovisko vypracoval prof. Arenberger.

V mezidobí od poslední schůze výboru jsme obdrželi od SÚKLu hodnotící zprávu k léku Sylvant (siluximab) pro léčbu Castelmanovy choroby – centrový lék. Bereme na vědomí.

17. Noví členové (6)

Hrabčáková, B. (Ústí nad Labem), Skácelová, M. (Praha 3), Willman, A. (Jablonec nad Nisou), Myjavcová, V. (Pardubice), Finstrle, J. (FNKV Praha), Ťulpová, Z. (KKN KarlovyVary).

18. Příští schůze výboru ČDS:

8.2.2024 v Praze

19. Zasedání přednostů dermatovenerologických klinik a primářů samostatných oddělení s členy výboru ČDS

Přítomni:

prof. Arenberger, Dr. Benáková, prim. Diamantová, prim. Drlík, doc. Ettler, Dr. Nevoralová, doc. Slonková

Čas: 13.30–16.00 hod.

Projednáno:

a) navýšení minutové režie u 6 kódů a prodloužení času o 5 minut u 2 základních výkonů

b) doc. Ettler informuje o tlaku vedení FN HK na zvýšení finančního přínosu dermatologických lůžek pro nemocnici. To lze jistě vylepšit organizací objednávání pacientů (obložností), ev. jejich skladbou (těžko však lze měnit ohodnocení v systému drg.). Výbor ČDS určitě podpoří případnou žádost FN HK na MZ ČR či vedení zdravotních pojišťoven o navýšení dotace dermatologických lůžek. Uzavíraní lůžek je sice zdůvodnitelné z ekonomického hlediska, bylo by však kontraproduktivní s příslibem vlády a MZ ČR na zlepšení vzdělávání a výchovy mladých lékařů. Snížení počtu lůžek pro získání akreditace v doškolování I.typu (15 lůžek) a II.typu (20 lůžek) by vedlo ke snížení kvality vzdělávání nejen postgraduálního, ale také pregraduálního. Již nyní je na stole zkrácení stáže na lůžku z 18 na 12 měsíců v dermatovenerologickém kmeni. Ohrožena je nejen kvalita, ale i realizace praktické výuky mediků, kterou v některých fakultních nemocnicích tlačí do odpolední až večerní doby a relativní nedostatek lékařů se snaží řešit převedením školských asistentů do zdravotnických úvazků (a to příslibem dohodnutých zvýšení platů).

c) projednáván také obsah předatestačního logbooku: snížení nebo vypuštění některých, zejména laboratorních úkonů (např. spermiogramu, zástinu, histologie), naopak navýšení dermatoskopie nebo zavedení indikace a provádění systémové léčby.

d) výbor ČDS uvítá jakékoli konstruktivní návrhy na zlepšení fungování oboru a předpokládá, že ve schůzkách s přednosty a primáři bude pokračovat

Zapsal: doc. Ettler

Dokument je publikován v souladu se zásadami GDPR.

Zápis ze schůze výboru ČDS konané dne 8.2.2024 v Praze

Přítomni:	prof. Arenberger, as. Benáková, prof. Cetkovská, prim. Diamantová, prim. Drlík, doc. Ettler, Dr. Jarešová, Dr. Litvik, Dr. Nevoralová, prof. Štork
On-line:	prof. Arenbergerová, doc. Slonková
Omluveni:	Dr. Zákoucká
Místo:	Knihovna Dermatovenerologické kliniky VFN a 1. LF UK, U Nemocnice 2, Praha 2
Čas:	10.00–13.00 h

– PROGRAM –

A) Projednáno:

Kontrola zápisu ze schůze výboru ČDS konané dne 14.12.2023 – rozeslán e-mailem, připomínkován a schválen.

B) Nově projednáno:

1. Obsah kódu 44112

   Výbor ČDS znovu projednal používání škálovacích systémů pro hodnocení efektu systémové léčby. Znění kalkulačního listu nevylučuje používání i u jiných diagnóz, než jsou jako příklady uvedeny v kalkulačním listu. Kód lze používat i u hodnocení celotělové fototerapie psoriázy – jako varianty systémové léčby. Výbor SADu poslal na MZ ČR žádost o rozšíření používání kódu 44112. Výbor ČDS tuto žádost podporuje (již v bodu 11 zápisu z výboru ČDS ze dne 14.12.2023).

2. Derma Update 2024

   Registrováno 400 účastníků. Podle smlouvy se očekává pozitivní finanční výsledek.

3. Příprava kongresu ČDS–SDVS v Olomouci 6.–8.6.2024

   Byl vytvořen rámcový program profilovaný do jednotlivých odborných sekcí. Přihlášky k aktivní účasti zasílat na derma.assistant@gmail.com, popřípadě i vedoucím sekcí. Po vytvoření přihlašovací stránky na www.jasta.cz i tam. Abstrakta jsou volitelná, zvláštní sborník nebude vydán, ale mohou být po redukci otištěna v Čs.dermatologii.

   Plánované bloky a jejich koordinátoři:
   Mladí dermatologové (dr. Pásek)
   Dermatoskopie (prim. Drlík)
   Atopická dermatitida + dermatoalergologie (as. Benáková)
   Dětská dermatologie (prim. Bučková)
   Autoimunitní/zánětlivé choroby (prof. Cetkovská)
   Varia (dr. Jarešová)
   Akné a obličejové dermatózy (dr. Nevoralová)
   Hojení ran, infekce (prim. Diamantová, doc. Slonková)
   Infekční choroby, STI (dr. Zákoucká)
   Dermatoonkologie a dermatochirurgie (prof. Arenbergerová)
   Estetika v dermatologii (dr. Rafčíková, dr. Litvik)

4. Odborné akce ČDS 2024

   Seznam odborných akcí 2024 je vyvěšen na webu ČDS a nově byly zahrnuty i dostupné akce dalších pořadatelů, aby nedocházelo ke kolizím. Reciprocně zatím nedošlo k slíbenému vyvěšení na webu ČADV – bylo požádáno o nápravu. Výbor konstatuje, že je velmi nevhodné, když se pořádá jiná akce v termínové kolizi s kongresem ČDS, letos 6.–8.6.2024.

5. Úhrady členských poplatků v mezinárodních organizacích

   Poplatky byly uhrazeny v požadovaných termínech.

6. Návrhy na web ČDS

   Sešly se návrhy na tvorbu nového webu. Doc. Ettler byl pověřen sestavením požadavků

Výboru na funkci a provoz webu, aby byly zadány jednotné parametry pro návrhy IT firem.

7. Zprávy revizní komise ČDS

   Na žádost člena ČDS předložila bývalá předsedkyně Revizní komise as. Kuklová archivní zprávy.

8. Registr biologické léčby v dermatologii (BIOREP)

   Výbor v novém funkčním období reviduje agendu Biorepu se záměrem nastavení odpovídajících správně – organizačních a právních podmínek pro jeho další fungování. Vlastníkem registru je ČDS, zastupovaná Výborem, na úrovni ČLS pak jejím vedením. Komise pro Biorep je pracovním orgánem výboru ČDS, jehož koordinátora a členy jmenuje Výbor ČDS. Úkolem této komise je odborně-technický dohled nad registrem, zadávání a zpracování dat, a i jejich poskytování. Členové Komise jsou zodpovědni výboru. Právní zodpovědnost za registr a jeho finanční, etické a stavovské aspekty nese výbor ČDS, resp. ČLS JEP. Proto budou ve spolupráci s právním odd. ČLS postupně nastaveny podmínky včetně smluv se subdodavateli a sponzory tak, aby Výbor (ČDS, ČLS) mohl tuto zodpovědnost garantovat. Pro lékaře z center se nic nemění, o příp. změnách budou všichni zúčastnění postupně informováni cestou koordinátora či přímo Výboru.

   Součástí revize je i finanční stránka registru Biorep, která probíhala na ČLS na podzim. Na podnět Výboru byl účet pro Biorep technicky oddělen od účtu ČDS. To zpřehlednilo četné finanční položky a operace, které účetní odd. ČLS kvůli Biorepu na účtu ČDS vykonává (rozpočet Biorepu kolem 5,5 mil ročně). Nyní o aktuálním stavu informuje na pozvání Výboru ČDS osobně účetní Ing. Kačírková. Některá centra však nezadávají do Biorepu údaje, přitom je to podmínkou existence a fungování Centra biologické léčby z hlediska smlouvy se zdravotními pojišťovnami na úhradu těchto léčiv.

9. Setkání Center biologické léčby (podzim 2024)

   Výbor ČDS připravuje pracovně vzdělávací seminář lékařů Center biologické léčby (pravděpodobný termín – podzim 2024). Záměrem je otevřít diskuzi nad všemi produkty z této skupiny.

10. Návrh na udělení Ceny za knihu vydanou v roce 2023

    Výbor ČDS navrhuje publikaci prof. Arenbergera a kol.: Maligní melanom, jejíž první vydání s 1 000 ks bylo právě rozebráno.

11. Léky za uplynulé období (prof. Arenberger, as. Benáková)

    V mezidobí od poslední schůze výboru jsme obdrželi od SÚKLu HoZ:

    Bereme na vědomí:

    Sotyktu: SÚKL zamítá úhradu Sotyktu pro nedostatečnou účinnost ve srovnání s biologiky (firma musí přepracovat žádost vzhledem k zařazení Otezly do necentrové preskripce a Výbor byl předběžně požádán SÚKLem o stanovisko – vypracuje prof. Arenberger).

    Bimzelx: SÚKL zamítá úhradu ve 2. linii biologické léčby psoriázy pro vyšší nákladnost než srovnatelná biologika v této indikaci u balení ve velikosti160 mg inj. sol 1x1 ml. Taktéž bez předložení smluv se ZP nepřiznává úhradu v 1. linii biologické léčby

    Souhlasíme:

    Ilumetri: mění se jen text indikačního omezení – nahrazení formulace „po selhání léčby inhibitory TNF-alfa“ formulací „po selhání předchozí biologické léčby“ – jedná se o sjednocení podmínek úhrady dle stanovených podmínek úhrady srovnatelně účinné terapie, kterou představují léčivé přípravky s obsahem léčivé látky ustekinumab (Stelara).

12. Stanoviska k přípravkům při biologické léčbě

    Výbor ČDS ČLS JEP odesílá na SÚKL vyjádření, že k léčbě HS při selhání léčby adalimumabem lze použít i blokaci IL-17A, tedy

registrovaný secukinumab.

Další stanovisko se týká deukravacitinibu v léčbě psoriázy – výbor ČDS podporuje zavedení tohoto přípravku v ČR. Apremilast (OtezlaR) bude od 1.3.2024 uvolněn pro mimocentrovou preskripci.

13. Výběrová řízení na zdravotnická zařízení v oboru

Seznam přísedících za Výbor ČDS pro jednotlivé kraje je uložen u p. Čížkové (derma.assistant@gmail.com) na výboru ČDS. Jeho aktualizace podléhá schválení výboru ČDS.

14. Skinvision a ev. další projekty k posuzování znamének pomocí AI (umělé inteligence)

Jedná se o aplikaci na mobilu k vyšetřování znamének (zpoplatnění provozovatelům). Výbor ČDS prodiskutoval tuto problematiku a upozorňuje na její rizika při falešně negativním nálezu. A to v době, kdy není dořešena problematika právní zodpovědnosti v telemedicíně. Projekt vyšetřování znamének zdravotními sestrami ve vybraných 18 ordinacích PL pomocí mobilní aplikace byl již Výborem ČDS projednán. (viz. bod 18, zápis z 24.11.2023).

15. Lůžkový fond v dermatologii (Znojmo, Třebíč, Ostrava-město)

Je také problémem pro další vzdělávání lékařů v oboru. Dr. Litvik upozorňuje na situaci v Ostravě-město, kde dermatovenerologická lůžka zůstala uzavřena. Také sdružený lůžkový fond v některých městech (Znojmo, Třebíč) není ideálním řešením.

16. Nové centrum biologické léčby (SANODERM)

MUDr. Špaňárová, SANODERM Praha 4, požádala o statut Centra biologické léčby. Její pracoviště splňuje požadavky Výboru ČDS, který uděluje souhlasné stanovisko.

17. Extrakorporální fotoferéza – kód 44284

Výbor projednal žádost prof. Viklického z České nefrologické společnosti ČLS JEP, z. s. o sdílení kódu 44284. Výbor ČDS souhlasí.

18. Riziko fotosenzitivity při užívání MTX

MUDr. Jirsová ze SÚKLu Praha požádala Výbor ČDS o posouzení rizika fotosenzitivity při užívání methotrexátu. Takové riziko skutečně existuje, může docházet zejména k fototoxickým reakcím. Je potřeba při indikaci léčby MTX na toto riziko upozornit pacienty, také obezřetně postupovat při fototerapii (doc. Ettler).

19. Časopis Čs. Dermatologie

Výbor ČDS ČLS JEP souhlasí s vystavováním faktur za autorskou a recenzní činnost pro časopis Čs. Dermatologie.

20. Mezinárodní výzkum Občanské společnosti

Pan Štěpán Czarnecki z Univerzity Palackého v Olomouci zaslal na výbor ČDS výzvu k vyplnění dotazníku k výzkumu občanské společnosti a neziskového sektoru bez bližšího udání kým a jak budou data používána. Výbor ČDS se zatím k věci staví zdrženlivě.

21. Různé

Venerologie – prof. Resl upozorňuje na další úsporná opatření ze strany HES a KHES, které již nepodporují depistážní činnost a zkreslují tak data v registru pohlavních nemocí (bude dotázána dr. Zákoucká). Prof. Resl žádá o pomoc s uskladněním písemných materiálů z venerologie z práce ve venerologické sekci i dřívějšího výboru ČDS.

22. Noví členové

Přijato: 8

Zrušeno: 1

23. Příští schůze výboru ČDS: 21.3. (Praha), 25.4. (Praha), 6.6. (Olomouc)

24. Finanční rozpočet ČDS na rok 2024

MUDr. Drlík předkládá finanční vyúčtování ČDS za rok 2023 vypracované ekonomickým oddělením ČLS JEP. Plánovaný finanční obrat ČDS na rok 2024 odpovídá loňskému roku.

Zapsal: doc. Ettler

Dokument je publikován v souladu se zásadami GDPR.

Jak důležité je pro Adama PASI* 100?

kyntheum®

Brodalumab

ČISTÉ SEBEVĚDOMÍ

Kyntheum zlepšuje kvalitu života a nabízí celkovou úlevu od symptomů. Více než 60 % pacientů dosahuje úplného zhojení kožních projevů.[1,2,3]

Rychlý nástup účinku[4]

Vysoká míra zhojení[5]

Dlouhodobý účinek[5]

Přípravek Kyntheum® je indikován k léčbě středně těžké až těžké ložiskové psoriázy u dospělých pacientů, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu.[2]

PASI* 100 znamená pro Adama mnohem více než jen zdravou kůži[1]

*PASI, index rozsahu a závažnosti psoriázy.

Zkrácená informace o léčivém přípravku

Název léčivého přípravku: Kyntheum® 210 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. **Složení:** Předplněná injekční stříkačka obsahuje brodalumabum 210 mg v 1,5 ml roztoku. Jeden ml roztoku obsahuje brodalumabum 140 mg. **Léková forma:** Injekční roztok (injekce). **Indikace:** Léčba středně těžké až těžké ložiskové psoriázy u dospělých pacientů, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. **Dávkování:** Doporučená dávka je 210 mg ve formě subkutánní injekce v týdnech 0, 1 a 2, následovaná dávkou 210 mg každé 2 týdny. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku, aktivní Crohnova nemoc a klinicky významné aktivní infekce např. aktivní tuberkulóza. **Zvláštní upozornění:** Případy nových nebo exacerbovaných zánětlivých střevních onemocnění byly hlášeny s inhibitory IL-17, proto se Kyntheum nedoporučuje pacientům se zánětlivým střevním onemocněním. Byly hlášeny případy sebevražedných představ a chování, včetně dokonaných sebevražd. Většina pacientů, u kterých se objevilo sebevražedné chování, měla v anamnéze depresi a/nebo sebevražedné představy a chování. Byly hlášeny vzácné případy anafylaktických reakcí. Přípravek může zvyšovat riziko infekcí. Jestliže se plánuje použít přípravek u pacientů s chronickou infekcí nebo s opakovanou infekcí v anamnéze, je třeba postupovat opatrně. Doporučuje se, aby pacienti v souladu s místními imunizačními předpisy podstoupili všechna potřebná očkování ještě před zahájením léčby přípravkem. **Interakce:** Současně s přípravkem se nesmí podávat živé vakcíny. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu nejméně 12 týdnů po jejím ukončení používat účinnou antikoncepci. Údaje o podávání brodalumabu těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Není známo, zda se brodalumab vylučuje do lidského mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Časté - chřipka, dermatofytózy, bolest hlavy, orofaryngeální bolest, průjem, nauzea, artralgie, myalgie, únava, reakce v místě injekce. Méně časté – kandidózy, neutropenie, konjunktivitida. Vzácné – anafylaktická reakce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek se smí uchovávat v krabičce a při pokojové teplotě (do 25 °C) maximálně po dobu 14 dnů, a to pouze jednou. Jakmile se přípravek vyjme z chladničky a nechá se ohřát na pokojovou teplotu (do 25 °C), musí se použít do 14 dní nebo zlikvidovat. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK-2750 Ballerup, Dánsko. **Registrační číslo:** EU/1/16/1155/001, EU/1/16/1155/002. **Způsob výdeje a hrazení:** Výdej je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum první registrace:** 17. 7. 2017 **Před předepsáním léčivého přípravku si přečtěte plnou verzi souhrnu údajů o přípravku.**

Reklama na léčivý přípravek.

Reference: 1. Strober B, et al. J Am Acad Dermatol 2016;75(1):77–82. **2.** Souhrn údajů o přípravku Kyntheum® (brodalumab), 17. 7. 2017. **3.** Chiricozzi A, et al. Int J Mol Sci 2018;19(1):179. **4.** Blauvelt A, et al. Rapid onset of action in patients with moderate-to-severe psoriasis treated with brodalumab: A pooled analysis of data from two phase 3 randomized clinical trials (AMAGINE-2 and AMAGINE-3). **5.** Lebwohl M, et al. N Engl J Med 2015;373:1318 –28.

MAT-64498

LEO®

LEO Pharma s.r.o., Lomnického 1705/7, 140 00 Praha 4

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

č. 1 ZNAČKA FOTOPROTEKCE
DOPORUČOVANÁ DERMATOLOGY
V ČESKÉ REPUBLICE*

ANTHELIOS 100 KA+ MED KRÉM

**PREVENCE VZNIKU AKTINICKÉ KERATÓZY (KA)
A NEMELANOMOVÉ RAKOVINY KŮŽE (NMSC)
A OCHRANA VYSOCE FOTOSENZITIVNÍ POKOŽKY.**

VELMI VYSOKÁ OCHRANA PŘED UVB A UVA ZÁŘENÍM

OBOHACENÝ O NIACINAMID A PANTENOL

ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK – KRÉM BEZ PARFEMACE

* Studie provedená společností IQVIA, listopad–prosinec 2023, Česká republika. 90 dermatologů odpovídalo na otázku: Kterou dermokosmetickou značku doporučujete nebo předepisujete nejvíce na: fotoprotekce?