

Dermatológia pre prax



Odborný program a abstrakty

Dermatológia pre prax

4. ročník, online

30. november 2020

Hlavní partneři

abbvie

janssen  Immunology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

SANOFI GENZYME 

Partneři

AMGEN®


DESITIN
SUCCESS IN CNS

Lilly

Eucerin®


 VIATRIS

Slovenská dermatovenerologická spoločnosť
spoločnosť SOLEN
časopis Dermatológia pre prax

Dermatológia

pre prax

4. ročník

30. november 2020
ONLINE

Hlavný odborný garant:
doc. MUDr. Dušan Buchvald, PhD.

Podujatie je ohodnotené CME kreditmi.

Odborný program

Klinický dialóg o ceste interleukínu IL-23

Webinár podporený spoločnosťou Janssen

Garant: MUDr. Slavomír Urbanček, PhD.

live stream 30. 11. 2020 o 16.00 hod.

Program bloku:

- 16.00 – 16.05 Prívitanie a otvorenie sympózia – Urbanček S.
- 16.05 – 16.20 Kde sme dnes? Manažment psoriázy pri zacielení na interleukín IL-23 – Urbanček S.
- 16.20 – 16.35 Kam smerujeme? Inhibícia interleukínov u pacientov so psoriázou – Kampe T.
- 16.35 – 16.50 Čo môžeme očakávať od liečby inhibítormi IL-23? Klinické skúsenosti s liečbou – Kovarčíková K.
- 16.50 – 17.00 Diskusia, otázky a odpovede

Biologická liečba – účinný nástroj v liečbe kožných ochorení každého dermatológa

Sympóziu podporené spoločnosťou Abbvie

Garant: MUDr. Slavomír Urbanček, PhD.

- Prvé skúsenosti s biologickou liečbou psoriázy v ambulancii dermatológa – Paulinyová R.
- 10 dôvodov, prečo používať v liečbe stredne ťažkej až ťažkej psoriázy biologickú liečbu – Urbanček S.

Biologická liečba – účinné a dlhodobé riešenie nekontrolovanej atopickej dermatitídy

Sympóziu podporené spoločnosťou Sanofi Genzyme

Garant: doc. MUDr. Dušan Buchvald, PhD.

- Biologická liečba atopickej dermatitídy v dlhodobom horizonte – Pěčová T.
- Ako definovať pacienta s atopickou dermatitídou vhodného na biologickú liečbu – Kozub P.
- Diskusia s prednášajúcimi – pod vedením D. Buchvalda

Skyrizi® (rizankizumab)

Dlhotrvajúca účinnosť a bezpečnosť

Liek Skyrizi® je indikovaný na liečbu stredne ťažkej až ťažkej ložiskovej psoriázy u dospelých, ktorí sú kandidátmi na systémovú liečbu¹.

58%

pacientov dosiahol
PASI100
v **136. týždni**²

85%

pacientov dosiahol
PASI 90
v **136. týždni**²

Podávajú sa

4

udržiavacie
dávkové ročne¹

Skrátená informácia o lieku

Názov lieku: Skyrizi 75 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke. **Zloženie:** 75 mg rizankizumabu v 0,83 ml roztoku. Rizankizumab je humanizovaná monoklonálna imunoglobulínová protilátka (IgG1) produkovaná v ovariálnych bunkách čínskeho škrečka pomocou technológie rekombinantnej DNA. **Terapeutické indikácie:** stredne ťažká až ťažká ložisková psoriáza u dospelých, ktorí sú kandidátmi na systémovú liečbu. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Skyrizi sa podáva subkutánnou injekciou. Odporúčaná dávka je 150 mg (dve 75 mg injekcie) podávaná subkutánnou injekciou v týždni 0, v 4. týždni a následne každých 12 týždňov. Starší pacienti (65 rokov a viac), pacienti s poruchou funkcie obličiek alebo pečene a pacienti s nadváhou: nie je potrebná úprava dávkovania. **Kontraindikácie:** precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, klinicky významné aktívne infekcie (napr. aktívna tuberkulóza). **Osobitné upozornenia:** Infekcie: rizankizumab môže zvýšiť riziko infekcie. Liečba sa nemá začať u pacientov s akoukoľvek klinicky významnou aktívnou infekciou, pokiaľ infekcia neodiznie alebo nie je adekvátne liečená. Tuberkulóza: pacienti majú byť pred začatím liečby vyšetrení na tuberkulózu (TBC). Pacienti, ktorí dostávajú rizankizumab, majú byť monitorovaní na prejavy a symptómy aktívnej TBC. Pred začatím liečby rizankizumabom má byť zvažovaná liečba TBC u pacientov s latentnou alebo aktívnou TBC v anamnéze, u ktorých nie je možné potvrdiť adekvátnu liečbu. Imunizácia: pred začatím liečby sa má zvoliť ukončenie všetkých príslušných očkovaní podľa aktuálnych pokynov pre očkovanie. Ak pacient dostal živú vakcínu (vírusovú alebo bakteriálnu), odporúča sa počkať najmenej 4 týždne pred začatím liečby rizankizumabom. Pacientom liečeným rizankizumabom sa počas liečby a najmenej 21 týždňov po ukončení liečby nesmú podávať živé vakcíny. Precitlivosť: ak sa vyskytne ťažká hypersenzitívna reakcia, podávanie rizankizumabu sa má okamžite ukončiť a má sa začať prístupná liečba. **Liekové a iné interakcie:** nepredpokladá sa, že rizankizumab podlieha metabolizácii pečevnými enzýmami alebo vylučovaniu obličkami. Nepredpokladajú sa liekové interakcie medzi rizankizumabom a inhibítormi, induktoarmi alebo substrátmi enzýmov metabolizujúcich lieky a nie je potrebná úprava dávky. Bezpečnosť a účinnosť rizankizumabu v kombinácii s imunosupresivami, vrátane biologických liekov, alebo s fototerapiou neboli hodnotené. **Používanie v gravidite a počas laktácie:** ženy vo fertilnom veku majú používať účinnú metódu antikoncepcie počas liečby a po dobu najmenej 21 týždňov po liečbe. Z bezpečnostných dôvodov sa preferuje nepoužívať rizankizumab počas tehotenstva. Nie je známe, či sa rizankizumab vylučuje do ľudského materského mlieka. Je potrebné vziať do úvahy prínos dojčenia pre dieťa a prínos liečby rizankizumabom pre matku pri zvažovaní rozhodnutia o ukončení/nezačatí liečby rizankizumabom. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: infekcie horných dýchacích ciest; časté: infekcie tinea, bolesť hlavy, pruritus, únava, reakcie v mieste vpichu. **Balenie:** 2 naplnené injekčné striekačky. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Nemecko. **Registračné číslo:** EU/1/19/1361/001. **Dátum revízie textu:** apríl 2020. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania.

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie.

Literatúra: 1. SPC lieku Skyrizi. Dátum poslednej revízie textu: apríl 2020. 2. Papp et al. Long-Term Efficacy and Safety of Continuous Q1W Risankizumab: Results From the Open-Label Extension Study LIMMless, AAD 2020 Poster 14027.

AbbVie s.r.o., City Business Center II, Karadžičova 10, 821 08 Bratislava 2, Slovenská republika
Tel.: +421 2 50 500 777, Fax: +421 2 50 500 799, www.abbvie.sk

SK-ZK-200010

abbvie

Onkodermatológia

Garant: MUDr. Katarína Poláková, PhD.

- Diagnostika akrolentiginózneho melanómu – Murárová Z.
- Nová klasifikácia bazaliómu z pohľadu terapie – Hatiarová S.
- Prínos skórovacích systémov pre diagnostiku a liečbu aktinických keratóz – Poláková K.

Pediatrická dermatológia

Garant: doc. MUDr. Dušan Buchvald, PhD.

- Čo prináša asociácia Kawasaki vaskulitídy a koronavírusu v praxi detského dermatológa – Martinásková K., Vorčáková K.
- Hereditárne ichtyózy – nová klasifikácia a pokroky v diagnostike a liečbe – Buchvald D., Velická Z.
- Európske odporúčania pre liečbu atopickej dermatitídy – Soršáková Trnovská K.

Aktuálne postupy pri riešení infekčných ochorení kože

Garant: MUDr. Tomáš Kopal

- Herpes zoster: liečba a komplikácie – Minčíč L.
- Na čo netreba zabúdať pri liečbe eryzipelu? – Hrtánková I.
- Infekcie prenášané kliešťom s kožnou manifestáciou – Bašteková D.

Alergiológia

Garant: MUDr. Jana Nemšovská, MPH, MHA

- DRESS syndróm – Nemšovská J.
- Potravinový alergik a jedálny lístok stravovacích zariadení – Abaffyová Z.
- Lokálne alergické reakcie na „bio tetovanie“ – Cajchanová K.

Varia

- Čo môžeme očakávať od PDE4 inhibície v reálnej klinickej praxi? – Kampe T.
Prednáška podporená spoločnosťou Amgen Slovakia s.r.o.
- Urea – zlatý štandard v starostlivosti o suchú pokožku – Urbanček S.
Prednáška podporená spoločnosťou Eucerin
- Lokálny imunomodulátor pimekrolimus – 20 rokov v klinickej praxi – Buchvald D.
Prednáška podporená spoločnosťou Viatrix/Slovakia
- Metastázujúci kolízny karcinóm kože: opis prípadu s dôrazom na potrebu interdisciplinárnej a interregionálnej lekárskej spolupráce – Bartoš V., Kullová M., Bobrovská M., Slávik P.
- Netradičné postupy v podpornej terapii liečby onychomykóz – Nádašiová M.

Na liečbu stredne závažnej až závažnej
ložiskovej psoriázy u dospelých,
ktorí sú kandidátmi na
systémovú liečbu.¹

 Tremfya™
(guselkumab)

ČISTÁ KOŽA A DLHODOBÝ TERAPEUTICKÝ EFEKT^{2,3}

PRVÝ
SELEKTÍVNY
IL-23
INHIBÍTOR

Vyššia účinnosť
v porovnaní
s adalimumabom^{2,3}

Preukázaný dlhodobý
terapeutický efekt⁴



Pohodlný
dávkovací režim
(7 injekcií počas prvých
52 týždňov)



Skrátená informácia o lieku TREMFYA:

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. **Názov lieku a lieková forma:** Tremfya 100 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke resp. v naplnenom injekčnom pere. Účinná látka: Každá naplnená injekčná striekačka resp. každé naplnené injekčné pero obsahuje 100 mg guselkumabu v 1 ml roztoku. **Indikácie:** Tremfya je indikovaná na liečbu stredne závažnej až závažnej ložiskovej psoriázy dospelým, ktorí sú kandidátmi na systémovú liečbu. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, klinicky závažná aktívna infekcia. **Zvláštne upozornenie:** Tremfya môže zvýšiť riziko infekcie. Pred začatím liečby Tremfya sa má pacient vyšetriť na prítomnosť infekcie tuberkulózy (TB). Antituberkulózná liečba sa má zväziť pred začatím liečby Tremfya u pacientov s latentnou alebo aktívnou TB v anamnéze. Ak sa vyskytne vážna reakcia z precitlivosťou, podávanie Tremfya sa má ihneď ukončiť a má sa pristúpiť k náležitej liečbe. Pred začatím liečby Tremfya sa má zväziť dokončenie všetkých príslušných imunizácií podľa platných imunizačných pokynov. Pacientom liečeným Tremfya sa nemajú súčasne podávať živé vakcíny. Pred očkovaním živými vírusovými alebo živými bakteriálnymi vakcínami sa má liečba Tremfya prerušiť po dobu najmenej 12 týždňov po poslednej dávke a k liečbe sa možno vrátiť najskôr 2 týždne po očkovaní. Za účelom zlepšenia sledovateľnosti biologických liekov sa má zreteľne zaznamenať názov a číslo šarže podaného lieku. V postmarketingovom sledovaní boli hlásené vážne reakcie z precitlivosťou vrátane anafylaxie. Niektoré vážne reakcie z precitlivosťou sa vyskytli niekoľko dní po liečbe guselkumabom vrátane prípadov žihľavky a dyspnoe. Ak sa vyskytne vážna reakcia z precitlivosťou, podávanie Tremfya sa má ihneď ukončiť a má sa pristúpiť k náležitej liečbe. * Podrobné informácie nájdete v SPC. **Nežiaduce reakcie a predávkovanie:** Najčastejšou nežiaducou reakciou na liek bola infekcia horných dýchacích ciest. V klinických štúdiách sa podávali jednorazové intravenózne dávky guselkumabu až do 987 mg (10 mg/kg) zdravým dobrovoľníkom a jednorazové subkutánne dávky guselkumabu až do 300 mg pacientom s ložiskovou psoriázou bez dávkového obmedzenia vzhľadom na toxicitu. Podrobné informácie nájdete v SPC. **Interakcie:** Úprava dávky nie je potrebná, keď sa guselkumab podáva súbežne so substrátmi CYP450. Bezpečnosť a účinnosť Tremfya v kombinácii s imunosupresivami, vrátane biologických látok, alebo s fototerapiou, sa nehodnotili. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Odporúčaná dávka Tremfya je 100 mg podaná subkutánnou injekciou v 0, a 4. týždni, po čom nasleduje udržiavacia dávka každých 8 týždňov. Ukončenie liečby sa má zväziť u pacientov, u ktorých sa nedostavila žiadna odpoveď po 16 týždňoch liečby. Podrobné info v SmPC. **Tarchovosť a dočjenie:** Ženy vo fertillnom veku musia používať účinnú antikoncepciu počas liečby a počas najmenej 12 týždňov po liečbe. Ako preventívne opatrenie je vhodnéjsie vyhnúť sa používaniu Tremfya počas gravidity. Je známe, že sa ľudské IgG vylučujú do materského mlieka počas prvých niekoľkých dní po pôrode a klesajú na nízke koncentrácie krátko potom; následkom toho nemožno vylúčiť riziko pre dojené dieťa počas tohto obdobia. Treba prijať rozhodnutie, či prerušiť liečbu Tremfya alebo sa vyhnúť jej začatiu so zreteľom na prínos dočjenia pre dieťa a prínos liečby Tremfya pre ženu. **Možná lieková závislosť:** Nevynúvoda závislosť. **Upozornenia na uchovávanie:** Uchovávajte v chladničke, chrániť pred mrazom a svetlom. **Dátum poslednej revízie textu:** 06/2020. **Spôsob vydaja lieku:** Liek je viazaný na lekársky predpis. Skôr, ako liek predpíšete, oboznáňte sa s úplnou informáciou o lieku (SmPC), ktorú je možné stiahnuť na stránkach Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv. Úplná informácia o lieku je k dispozícii v Súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC) alebo na adrese: Janssen, Johnson & Johnson, s. r. o., Karadžičova 12, 821 08 Bratislava, tel.: +421 (0)2/3240 8400, <https://www.janssen.com/slovakia/>
* aktuálne zmeny v SmPC

Referencie: 1. Súhrn charakteristických informácií o lieku Tremfya 100 mg injekčný roztok, dátum revízie textu: 12/2019. 2. Blauvelt A, Papp K, Griffiths CE, et al. Efficacy and safety of guselkumab, an anti-IL-23 monoclonal antibody, compared with adalimumab for the continuous treatment of moderate- to -severe psoriasis: results from the phase III VOYAGE 1 trial. J Am Acad Dermatol. 2017;76:405-417. 3. Reich K, Armstrong AW, Foley P. Efficacy and safety of guselkumab, an anti -interleukin-23 monoclonal antibody, compared with adalimumab for the treatment of patients with moderate to severe psoriasis with randomized withdrawal and retreatment. Results from the phase III, double -blind, placebo- and active comparator e controlled VOYAGE 2 trial. J Am Dermatol. 2017;76(3):418-431. doi:10.1016/j.jaad.2016. 11. 042. 4. Griffiths CEM, Papp K, Kimball AB, et al. Two -year efficacy and safety of guselkumab for treatment of moderate to severe psoriasis: phase 3 VOYAGE 1 trial. Oral presentation presented at: 26th Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology; September 13-17, 2017; Geneva, Switzerland.

 Janssen Immunology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 

CP-165945

Onkodermatológia

Diagnostika akrolentiginózneho melanómu

Murárová Z.

Národný onkologický ústav, Bratislava

Melanóm patrí k najzhubnejším a najzákernejším nádorom pre svoju schopnosť rýchlej tvorby metastáz. Diagnostika „typických“ melanómov, ktoré spĺňajú ABCDEF kritériá, už väčšinou nespôsobuje ťažkosti. Bohužiaľ, melanóm, ktorý vzniká akrálne, najmä v oblasti stupaje, môže byť ťažko rozpoznateľný, čo môže viesť k oneskoreniu diagnostiky. Priemerný čas od vzniku nádoru v akrálnych lokalitách po stanovenie správnej diagnózy je 2,5 roka. Pacienti často prichádzajú k dermatológovi v období, keď im nádor krváca, mokuje alebo tlačí v topánke.

Neskoro diagnostikovaný melanóm v akejkoľvek lokalite má mimoriadne zlú prognózu. Melanóm rozpoznávaný a diagnostikovaný v počiatočnom štádiu môže výrazne zvýšiť šancu pacienta na prežitie.

Akrolentiginózny melanóm (ALM) predstavuje 2 – 10 % prípadov melanómov. Postihuje zväčša starších ľudí okolo 60. roku života. Najčastejšie býva lokalizovaný na stupajach a pod nechtovou platničkou palca nohy. Dlane a ostatné prsty bývajú postihnuté zriedkavejšie.

Klinicky sa zameriavame na lézie, ktoré sa javia ako „nezvyčajné“ alebo majú atypické znaky. Napríklad výskyt podozrivého vredu na nohe u pacienta bez rizikových faktorov (neuropatia, diabetes, atď.) by mal vyvolať obavy, či

ide o správnu diagnózu. Okrem toho, ak jednotlivé kožné lézie nereagujú na liečbu normálnym a včasným spôsobom, pôvodná diagnóza by sa mala opätovne prehodnotiť. Pri akýchkoľvek nejasnostiach je nutné prejav bioptizovať s následným histopatologickým vyšetrením.

Pri klinickej diagnostike melanómu je dôležitá intuícia a skúsené oko dermatológa v rozpoznávaní všetkých črt, ktoré odlišujú v podozrivom ložisku benigne či maligne zmeny. Kvalitná diagnostika je základ dobrej prognózy ochorenia a stanovenia správnej stratégie liečby.

Nová klasifikácia bazaliómu z pohľadu terapie

Hatiarová S.

Onkologický ústav sv. Alžbety,
Bratislava

Bazocelulárny karcinóm (BCC) je najčastejší nemelanómový kožný nádor u ľudí nad 60 rokov s neustále rastúcou incidenciou a posunom vekovej hranice k mladším kategóriám. Formy BCC sú klinicky aj histopatologicky veľmi heterogénne. Napriek tomu, že bazalióm len výnimočne metastázuje, má tendenciu k recidívam a jeho manažment môže byť náročný, hlavne v oblasti tváre. Experti z Európskeho dermatologického fóra (EDF), Európskej asociácie onkodermatológov (EADO) a Európskej organizácie pre výskum a liečbu rakoviny (EORTC) navrhli na základe medziodborových praktických skúseností novú klasifikáciu BCC na dve skupiny. Bazalióm s ľahkým alebo ťažkým



SPOLOČNÉ VÝSLEDKY

SPOLOČNÁ ÚĽAVA

- » Prvá a jediná liečba zacielená na IL-4 a IL-13, kľúčové spúšťače pretrvávajúceho zápalu typu 2^{1,2}
- » Liečba stredne závažnej až závažnej atopickej dermatitidy a závažnej astmy u dospelých a dospievajúcich vo veku od 12 rokov¹
- » Liečba závažnej chronickéj rinosinuzitidy s nazálnou polyposou u dospelých¹

Literatúra: 1. Súhrn charakteristických vlastností lieku DUPIXENT. Dostupné [online]: www.sanki.sk. 2. Gandhi NA et al. Nature Rev Drug Disc 2016; 15: 35–50.

Skrátená informácia o lieku

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. **Názov lieku:** Dupixent 300 mg injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke. Dupixent 300 mg injekčný roztok naplnený v injekčnom per. **Liečivo:** dupilumab. **Zloženie:** Každá naplnená injekčná striekačka/injekčné pero na jednorazové použitie obsahuje 300 mg dupilumabu v 2 ml roztoku. Každá naplnená injekčná striekačka/injekčné pero na jednorazové použitie obsahuje 200 mg dupilumabu v 1,14 ml roztoku. Úplný zoznam pomocných látok pozrite v SPC.

Indikácie: **Atopická dermatitída:** liečba stredne závažnej až závažnej atopickej dermatitidy dospelých a dospievajúcich vo veku od 12 rokov a starších, ktorí sú kandidátmi na systémovú liečbu. **Astma:** doplnková údržavacia liečba závažnej astmy so zápalom typu 2 charakterizovaným zvýšeným počtom eosinofílov a zvýšeným FeNO u dospelých a dospievajúcich vo veku 12 rokov a starších, ktorí sú nedostatčne liečení vysokou dávkou ICS a ďalším liekom na udržavaciu liečbu. **Chronická rinosinuzitída s nazálnou polyposou (CRSwNP):** doplnková liečba s intranasálnymi kortikosteroidmi na závažnú astmu so závažnou CRSwNP, u ktorých liečba systémovými kortikosteroidmi a/alebo operácia neposkytuje primeranú kontrolu ochorenia. **Contraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek pomocnú látku. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Liečbu majú začať zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí majú skúsenosti s diagnostikou a liečbou ochorení, pre ktoré je dupilumab indikovaný. **Dávkovanie:** **Atopická dermatitída:** Odporúčaná dávka dupilumabu u dospelých a dospievajúcich vo veku 12 rokov a starších je: 200 mg injekčnej dávky dupilumabu u dospelých a dospievajúcich 12 až 17 ročných pacientov s hmotnosťou nad 60 kg je: úvodná dávka 600 mg (dve 300 mg injekcie), po ktorej nasleduje dávka 300 mg podávaná každý druhý týždeň formou subkutánnej injekcie. U 12 až 17 ročných dospievajúcich s hmotnosťou nižšou ako 60 kg je odporúčaná dávka dupilumabu 400 mg (dve 200 mg injekcie), po ktorej nasleduje dávka 200 mg podávaná každý druhý týždeň formou subkutánnej injekcie. Dupilumab sa môže podávať s lokálnymi kortikosteroidmi alebo bez nich. Mäsa sa pozitívne lokálne inhibitory kalceinínu, majú sa však podávať iba na problémové miesta, napr. na tvár, krk, intertrigočné miesta a oblasť genitálií. Ukončenie liečby je potrebné zistiť u pacientov, u ktorých sa neprekračujú žiadna odpoveď po 12 týždňoch liečby atopickou dermatitídou. U niektorých pacientov s počítačovo asistovanou odpoveďou na začiatku liečby môže následne dôjsť k zlepšeniu až po 16 týždňoch nepretržitej liečby. **Astma:** Odporúčaná dávka dupilumabu u dospelých a dospievajúcich (vo veku 12 rokov a starších) je: u pacientov so závažnou astmou, a ktorí si liečbu perorálnymi kortikosteroidmi alebo u pacientov so závažnou astmou a kombináciou stredne závažnou až závažnou atopickou dermatitídou, je úvodná dávka 600 mg (dve 300 mg injekcie), po ktorej nasleduje subkutánne podanie injekcia 300 mg každý druhý týždeň. V prípade, že došlo ku klinickej zlepšeniu s dupilumabom, Dupilumab je určený na dlhodobú liečbu. Potreba pokračovania v liečbe sa má zvažovať aspoň na ročnej báze, a to na základe miery kontroly astmy pacientom, ktoru určí lekár. **Chronická rinosinuzitída s nazálnou polyposou:** Odporúčaná dávka dupilumabu pre dospelých pacientov je úvodná dávka 300 mg, po ktorej nasleduje 300 mg každý druhý týždeň. Dupilumab je určený na dlhodobú liečbu. U pacientov, u ktorých sa neprekračuje žiadna odpoveď po 24 týždňoch liečby (CSwNP) je potrebné zvážiť prerušenie liečby. Niektorí pacienti s úvodnou čiastočnou odpoveďou sa pri pokračujúcej liečbe dlhšej ako 24 týždňov môžu následne zlepšiť. **Spôsob podávania:** Subkutánne podávanie. Dupilumab sa podáva subkutánnou injekciou do stehna alebo brucha, okrem 5 cm okolo pupku. V prípade aplikácie injekcie inou osobou, sa môže podať aj do ramena. Pri úvodnej dávke 600 mg/400 mg podajte dve 300 mg/200 mg injekcie dupilumabu za sebou na rôzne miesta. Pri každodennom podaní injekcie sa odporúča striedať miesta vpichu. Dupilumab sa nesmie podávať do kože, ktorá je citlivá, poškodená alebo na miesta, kde sú domény alebo jazvy. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** **Sledovateľnosť:** Za účelom zlepšenia sledovateľnosti biologických liekov sa musí zreteľne zaznamenať názov a číslo šarže podávaného výrobku. **Precitlivenosť:** Ak sa objaví systémová hypersenzitívna reakcia (okamžitá alebo oneskorená), podávanie dupilumabu sa musí ihneď ukončiť a musí sa začať s príslušnou liečbou. Boli hlásené prípady anafylaktickej reakcie, angioedému a serovej choroby/reakcie podobných serovej chorobe. Anafylaktické reakcie a angioedém sa vyskytli v čase od niekoľkých minút až do siedmich dní po injekcii dupilumabu. **Expozícia na starý:** u dospelých pacientov liečených dupilumabom, ktorí sa zúčastnili vývojového programu pre astmu boli hlásené prípady eosinofilovej pneumónie a prípady vysledujúcej konzistentnej eosinofilovú granulomatózu s polyangitídou. **Nikotín a helmintizmy:** pacienti so známou nákazou helmintami boli z ústati v klinických štúdiách vylúčení. Dupilumab môže ovplyvniť imunitnú odpoveď voči nákazám helmintami inhibujúcou vývin dŕah IL-4/IL-13. Pacienti s ťažkou príznakmi nákazou helmintami sa musia liečiť ešte pred začatím liečby dupilumabom. Ak sa pacienti nákazou počas liečby dupilumabom a nesejú na antihelmintickej liečbe, liečba dupilumabom sa musí prerušiť až do vymiznutia dŕah. **Udalosti súvisiace s konjunktivitídou:** pacienti liečení dupilumabom, u ktorých sa vyskytla konjunktivitída, ktorí neustupujú po štandardnej liečbe, musia podstúpiť oftalmologické vyšetrenie. **Pacienti s atopickou dermatitídou alebo (CRSwNP) s komorbidiou astmou:** pacienti užívajúci dupilumab kvôli stredne závažnej až závažnej atopickej dermatitide alebo závažnej CRSwNP, ktorí majú zároveň kombináciu astmy si nesmú upravovať alebo ukončiť svoju liečbu astmy bez konzultácie so svojim lekárom. Pacienti s komorbidiou astmy musia byť u ukončení liečby dupilumabom starostlivo sledovaní. **Okčovanie:** sibižné s dupilumabom sa nesmú podávať žive a živé atenuované očkovacie látky, pretože klinická bezpečnosť a účinnosť nebola stanovená. Imunitné odpovede na očkovaciu látku Tdap a meningokokovú polysacharidovú očkovaciu látku boli hodnotené. Odporúča sa, aby boli pacienti zaočkovaní živo alebo živo atenuovanou očkovacou látkou v súlade s aktuálnymi očkovacími odporúčaniami pred začatím liečby dupilumabom. **Obdobie sŕdca:** tento liek obsahuje menšie ako 1 mmol sodíka (23 mg) a 200 mg aj 300 mg dávok. U, v podstate zanedbateľné množstvo sodíka. **Lievore a iné interakcie:** imunitná odpoveď na očkovanie sa hodnotila v štúdi, v ktorej boli pacienti s atopickou dermatitídou liečení 300 mg dávkou dupilumabu jedenkrát za týždeň po dobu 16 týždňov. Po 12 týždňoch podávania dupilumabu boli pacienti zaočkovaní vakcínou Tdap (dependentou od T-buniek) a meningokokovú polysacharidovú vakcínou (independentnú od T-buniek), pričom sa imunitná odpoveď hodnotila po 4 týždňoch. Vzhľadom k tomu môžu byť pacienti liečení dupilumabom sibižné zaočkovaní inaktívnymi alebo neživými očkovacími látkami. V klinickej štúdiu sa u pacientov s AD hodnotili účinky dupilumabu na farmakokinetiku (FK) substrátov CYP Údaje zobrazené z tejto štúdie nepozukujú na klinický významný účinok dupilumabu na aktivitu CYP1A2, CYP3A, CYP2C19, CYP2D6 alebo CYP2C9. **Fertilita, gravidita a laktácia:** **Gravidita:** o podávaní dupilumabu tehotným ženám je k dispozícii iba obmedzené množstvo údajov. Štúdie na zvieratách neprekazujú priame alebo nepriame účinky z hľadiska reprodukčnej toxicity. Dupilumab sa môže podávať počas tehotenstva iba v tom prípade, ak jeho potenciálny prínos prevyšuje potenciálne riziko pre plod. **Dôjčenie:** nie je známe, či sa dupilumab vylučuje do ľudského materského mlieka alebo si a po užiti systémicky vstrebáva. Je potrebné sa rozhodnúť, či ukončiť dojenie alebo ukončiť liečbu dupilumabom, pričom sa musí zvážiť prínos dojčenia pre dieťa a prínos liečby pre ženu. **Fertilita:** štúdie na zvieratách neprekazujú zhoršenie (poškodenie) fertility. **Usporiadanie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Dupilumab nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá alebo obsluhovať stroje. **Nežiaduce účinky:** **Atopická dermatitída:** Najčastejšie nežiaduce reakcie boli reakcie v mieste podania injekcie, konjunktivitída, liečivá a herpes na ústach. **Astma:** Najčastejšie nežiaduce reakcie boli erytém v mieste podania injekcie. **Chronická rinosinuzitída s nazálnou polyposou:** Najčastejšími nežiaducimi reakciami boli reakcie v mieste podania a opuch v mieste podania injekcie. **Prôvdavkanie:** Na prevádzkovaní dupilumabom neexistuje žiadna špecifická liečba. V prípade predchádzajúceho vstupu u pacienta prevyajú alebo príznačné nežiaduce reakcie a ihneď začať príslušnou symptomatickou liečbou. Špeciálne upozornenia na uchovávanie: Uchovávať v chladničke (2°C-8°C). Neuchovávať v mrazničke. Uchovávať v pôvodnom obale pred ochranou pred svetlom. **Dostupné balenia:** 300 mg: 2 ml roztoku v silikonizovanej naplnenej injekčnej striekačke/pero: 200 mg; 1,14 ml roztoku v silikonizovanej naplnenej injekčnej striekačke/pero: 200 mg.

Podmienky alebo obmedzenia týkajúce sa vydávania a použitia: Vydáva lieku je viazaný na lekársky predpis. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** sanofi-aventis s.r.o., resp. EMA, alebo dostupne u lokálneho zástupcu: sanofi-aventis Slovakia s.r.o., Einsteinova 24, 851 01 BRATISLAVA Slovenská republika, Tel: (+421) 233 100 100, fax: (+421) 233 100 199, www.sanofi.sk.

terapeutickým manažmentom. („Easy to treat and Difficult to treat BCC“) (Peris K, Fagnoli MC et al. EJC 2019,118:10–34).

Diagnóza je založená na klinicko-dermatoskopickom vyšetrení pre „ľahko liečiteľné“ BCC. Histopatologické potvrdenie je povinné pri nejednoznačných, rekurentných léziách a pri BCC umiestnených vo vysokorizikových oblastiach. Základom liečby naďalej ostávajú chirurgické metódy. U pacientov s povrchovým BCC, s nízkym rizikom rekurencie je možné zväziť nechirurgickú terapiu.

Po stanovení diagnózy bazalióm „s ťažším terapeutickým manažmentom (DTT-BCC)“ by mala o postupe prednostne rozhodnúť medziodborová komisia. Po neúspešnej alebo kontraindikovanej chirurgickej terapii a rádioterapii sa odporúča systémová liečba Hedgehog inhibítormi. Nemenej dôležité je aj pravidelné dlhodobé sledovanie pacienta každých 6 – 12 mesiacov.

V kazuistike predstavujeme náročný manažment bazaliómu u pacientov vo veku 20 – 40 rokov, pričom incidencia v danej vekovej kategórii je 5 – 15 %.

Prínos skórovacích systémov pre diagnostiku a liečbu aktinických keratóz

Poláková K.

Preventívne centrum – kožná ambulancia, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Aktinické keratózy sa dnes považujú za intraepiteliálnu formu kožného skvamocelulárneho karcinómu s 0,1 – 20 % rizikom vývoja invazívneho nádoru. Aktinické keratózy sú častým dôvodom

návštevy dermatológa (14 % spomedzi všetkých dermatóz).

Aktinické keratózy I. stupňa, ktoré majú prítomné atypické keratinocyty len v bazálnej vrstve, sú paradoxne najčastejším stupňom asociovaným s invazívnym kožným SCC (squamous cell carcinoma). V posledných rokoch má preto uplatnenie nová klasifikačná schéma, tzv. PRO I. – III. založená na zostupne (nadol) smerovanom raste atypických keratinocytov.

Doteraz existujúce hodnotenia aktinických keratóz ráтали jednotlivé lézie, nebola štandardne definovaná rakovina poľa, neexistovala reprodukovateľná stupňovacia škála celej oblasti, ktorá je postihnutá aktinickými keratózami.

Nová metóda stupňovania: Actinic Keratosis Field Assessment Scale (AK-FAS) hodnotí tri kritériá: oblasť postihnutia v %, hyperkeratózu a poškodenie kože slnkom. AK-FAS je objektívna, ľahko sa používa, je reprodukovateľná, štandardizuje diagnózu AK, je relevantná pre klinickú prax.

Ďalší skórovací systém: Actinic Keratosis Area and Severity Index (AK-ASI) určuje skóre v štyroch oblastiach (skalp, čelo, ľavé/pravé líce + ucho + brada + nos). V každej oblasti sa odhaduje % postihnutia s aktinickými keratózami. Hodnotí sa závažnosť troch klinických prejavov AK (distribúcia, erytém, hrúbka). Tento skórovací systém kvantitatívne vyhodnocuje závažnosť AK v celej postihnutej oblasti. Možno ho použiť na definovanie cieľov liečby, vyhodnotenie účinnosti nových terapeutických postupov a porovnanie účinnosti rozličných liečebných modalít v klinických štúdiách.

Eucerin®

UreaRepair PLUS



**OKAMŽITÁ POMOC
PLUS 48h ÚČINEK**
PROTI ZNÁMKÁM SUCHÉ POKOŽKY

Pediatrická dermatológia

Čo prináša asociácia Kawasaki vaskulitídy a koronavírusu v praxi detského dermatológa

Martinásková K.¹, Vorčáková K.²

¹Dermatovenerologické oddelenie FNsP, Prešov

²Dermatovenerologická klinika UNM a JLF UK, Martin

V súčasnosti čelíme globálnej pandémie infekcie novým koronavírusom SARS-COV2, ktorý spôsobuje ochorenie COVID-19. Ochorenie sa prenáša kvapôčkovou infekciou a má rôznu expresivitu od asymptomatických foriem po závažné stavy s horúčkou, kašľom, únavou, slabosťou až po multiorgánové zlyhávanie pri dominujúcom akútom respiračnom syndróme. Kožné prejavy, ktoré môžeme pozorovať v období pandémie COVID-19, majú rôznorodý charakter. Aj keď vo všeobecnosti je priebeh ochorenia v detskom veku len mierny, na základe analýzy doterajších publikovaných štúdií niektoré kožné prejavy u malých detí a aj adolescentov môžu prechádzať do systémového postihnutia. K najzávažnejším klinickým kožným prejavom u detí patrí exantém a teplota s možným multiorgánovým postihnutím a vitálnymi komplikáciami, ktoré sú súčasťou PIMS (pediatric inflammatory multisystemic syndrome). Viac ako 30-násobný vzostup prejavov Kawasaki like-vaskulitídy vo viacerých regiónoch vo svete v období pandémie COVID-19 a doteraz predpokladaná vírusová etiopatogenéza Kawasaki vaskulitídy pri genetickej predispozícii jedinca

upriamuje našu pozornosť na spoločné črty, klinickú, laboratórnu diagnostiku, ale aj liečbu. Kožné prejavy Kawasaki like sú výsledkom imunologickej odpovede nešpecifickej aj špecifickej celúlarnej imunity – zmenách v T bunkovom systéme, ako aj tzv. cytokínovej búrky (syndrómu nadmerného uvoľnenia cytokínov). Kožné prejavy Kawasaki like vaskulitídy sa objavujú zvyčajne 2 až 4 týždne od začiatku vírusovej infekcie. Preto priekaznosť virologických testov v korelácii s aktuálnou fázou ochorenia môže byť nesprávne pochopená. Práca je podložená aktuálnymi kazuistikami z uvedenej problematiky z vlastnej praxe.

Úloha dermatológa pri predpokladaných kožných prejavoch vírusového pôvodu je dôležitá z diferenciálne-diagnostického pohľadu a začatia včasnej liečby. Správne a komplexné hodnotenie klinického obrazu spolu s anamnézou, epidemiologickou anamnézou aj s laboratórnymi ukazovateľmi vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu. Pre možný vývoj komplikácií je monitorovanie detského pacienta dôležité aj po ústupe kožných prejavov.

Hereditárne ichtyózy – nová klasifikácia a pokroky v diagnostike a liečbe

Buchvald, D., Velická, Z.

Detská dermatovenerologická klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

Hereditárne ichtyózy tvoria jednu zo skupín genodermatóz, sú charakte-

Liečba ľahkej až stredne ťažkej atopickej dermatitídy.

* len v indikácii podľa schváleného SPC

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Názov lieku: Elidel 10 mg/g krém. **Zloženie:** 1 g dermálneho krému obsahuje 10 mg pimekrolimu. Pomocné látky so známym účinkom: 10 mg benzylalkoholu, 40 mg cetylalkoholu, 40 mg stearylalkoholu a 50 mg propylénglykolu (E 1520) v 1 g krému. **Indikácie:** Liečba 2-ročných a starších pacientov s ľahkou až stredne ťažkou atopickou dermatitídou, keď liečba topickými kortikosteroidmi buď nie je vhodná, alebo nie je možná z dôvodu neznášanlivosti topických kortikosteroidov, nedostatočného účinku topických kortikosteroidov, použitie na tvári a krku, kde môže byť nevhodná dlhodobá intermitentná liečba topickými kortikosteroidmi. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Liečbu Elidelom majú začať lekári so skúsenosťami v diagnostikovaní a liečbe atopickej dermatitídy. Elidel sa môže používať krátkodobu na liečbu príznakov a prejavov atopického ekzému a intermitentne dlhodobu na zabránenie progresie do vzplanutia ochorenia. Liečba sa má začať pri prvom objavení sa príznakov a prejavov atopickej dermatitídy. Aplikovať sa má len na oblasti postihnuté atopickou dermatitídou a má sa používať tak krátko ako je to možné počas vzplanutia ochorenia. Pacient alebo opatrovatel majú ukončiť používanie, keď vymiznú príznaky a prejavy. Liečba má byť intermitentná, krátkodobá a nie nepretržitá. Elidel sa má aplikovať na postihnuté oblasti v tenkej vrstve dvakrát denne. Údaje z klinických skúšaní podporujú intermitentnú liečbu v trvaní až 12 mesiacov. Ak po 6 týždňoch nedôjde k zlepšeniu alebo pri exacerbácii ochorenia sa má liečba ukončiť. Diagnóza atopickej dermatitídy sa má prehodnotiť a majú sa uvážiť iné terapeutické možnosti. **Dospelá a pediatrická populácia:** Nanášame tenkú vrstvu na postihnutú kožu dvakrát denne. Krém je potrebné jemne a úplne votrieť. Každá postihnutá oblasť kože sa má liečiť až do vymiznutia ochorenia a potom sa má liečba ukončiť. Elidel možno použiť na všetky oblasti kože vrátane hlavy, tváre, krku a intertriginózných oblastí, s výnimkou sliznic. Nemá sa používať pod okluzívny obväz. Emolienca sa môžu aplikovať bezprostredne po použití Elidelu. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na pimekrolimus, iné makrolaktámové zlúčeniny alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Nepoužívať u pacientov s vrodenými alebo získanými poruchami imunitného systému alebo u pacientov, ktorí dostávajú liečbu vyvolávajúcu imunosupresiu. Neaplikovať na potenciálne maligne alebo premaligne kožné lézie ani na plochy postihnuté akútymi kožnými vírusovými infekciami (herpes simplex, ovčie kiahne). Pred začatím liečby majú zmiznúť klinické infekcie na miestach, ktoré sa budú liečiť. U pacientov s ťažkou atopickou dermatitídou môže byť počas liečby zvýšené riziko kožných bakteriálnych infekcií (impetigo). Použitie Elidelu môže vyvolať slabé a prechodné reakcie v mieste aplikácie, napr. pocit tepla a/alebo pálenia. Ak je reakcia v mieste aplikácie závažná, má sa prehodnotiť riziko a prínos liečby. Je potrebné vyhýbať sa kontaktu s očami a sliznicami. Pri neúmyselnej aplikácii na tieto miesta sa má krém dôkladne zotrieť a/alebo spláchnuť vodou. Lekári majú poučiť pacientov o tom, ako sa primerane chrániť pred slnkom, napr. minimalizovať pobyt na slnku, používať ochranné prípravky proti sieničnému žiareniu a zakryvať kožu vhodným oblečením. Elidel obsahuje cetylalkohol a stearylalkohol, ktoré môžu vyvolať lokálne kožné reakcie, obsahuje aj propylénglykol, ktorý môže spôsobiť podráždenie kože. Liečivo pimekrolimus je inhibitor kalcineurínu. U pacientov po transplantácii sa dlhodobá systémová expozícia intenzívnej imunosupresii po systémovom podaní inhibítorov kalcineurínu spájala so zvýšeným rizikom vzniku lymfómov a malignít kože. Použitie Elidelu sa neodporúča u pacientov s Nethertonovým syndrómom a u pacientov s erytrodermiou. U pacientov s ťažkým zápalom a/alebo poškodením kože môžu byť systémové koncentrácie vyššie. **Interakcie:** Je nepravdepodobný výskyt interakcií so systémovo podávanými liekmi. Vakcinácie sa odporúčajú vykonať v obdobiach bez liečby. Krátko po požití alkoholu sa pozorovali zriedkavé prípady návalov horúčavy, vyrážky, pálenia, srbenia alebo opuchu. **Gravidita a laktácia:** Nepoužívať počas gravidity. Dojčiacie matky môžu používať Elidel, ale nemajú si ho aplikovať na prsníky, aby nedošlo k neúmyselnému požitiu novorodencom. **Nežiaduce účinky:** reakcie v mieste aplikácie. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Mylan IRE Healthcare Limited, Írsko. **Registračné číslo:** 46/0335/03-S. **Spôsob výdaja lieku:** Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. **Dátum revízie textu:** 10/2019. Podrobné informácie o lieku sú dostupné na internetovej stránke Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (SUKL) <http://www.sukl.sk>. Skrátená informácia o lieku bola pripravená v novembri 2019.

rizované generalizovaným postihnutím kože s tvorbou hyperkeratóz, ošupovaním a často aj zápalom. Klinický obraz je podmienený mutáciou v jednej alebo oboch alelách niektorého z vyše 60 génov exprimovaných predovšetkým v horných vrstvách epidermy a kódujúcich väčšinou proteíny dôležité na tvorbu a funkciu epidermálnej bariéry. V ostatných rokoch bol dosiahnutý významný pokrok v poznaní molekulovej podstaty väčšiny týchto chorôb. V roku 2010 bola na základe zhody v medzinárodnej skupine expertov zavedená nová klasifikácia hereditárnych ichtyóz na klinické využitie. Presná diagnóza typu ichtyózy je dôležitá pre genetické poradenstvo, prognózu a terapeutické možnosti. Nové technológie sekvenovania génov sú moderným vyšetrovacím postupom umožňujúcim presnú diagnostiku hereditárnych ichtyóz.

Európske odporúčania pre liečbu atopickej dermatitídy

Soršáková Trnovská K.

Detská dermatovenerologická klinika NUDCH a LF UK Bratislava

Úvod: Atopická dermatitída je zápalové, pruriginózne chronické ochorenie kože s familiárnym výskytom. Spolu s ďalšími atopickými ochoreniami, ako sú bronchiálna astma, alergická rino-konjunktivitída a potravinové alergie, postihuje približne 20 % detí. Najviac

exponovanou skupinou sú deti predškolského veku.

Metodika: V prednáške popisujeme jednotlivé algoritmy liečby pacienta s atopickou dermatitídou podľa európskych odporúčaní. V závere prednášky tieto odporúčania porovnávame s japonskými a americkými odporúčaniami.

Výsledky a záver: Pri manažovaní pacienta s atopickou dermatitídou je potrebné zohľadniť individuálnu klinickú variabilitu ochorenia. Štandardné algoritmy liečby sa upravujú podľa aktuálnych potrieb detského pacienta a zohľadňuje sa kvalita života a prínos jednotlivých opatrení. Základná liečba sa zameriava na obnovu porušenej kožnej bariéry. Princípom liečby je primeraná hydratácia kože a premasťovanie vhodne zvolenými lokálnymi prípravkami. Ďalším krokom je snaha o identifikáciu možných provokačných faktorov a ich vylúčenie zo životného prostredia dieťaťa. Krátkodobá lokálna liečba kortikosteroidmi a dlhodobá terapia citlivých oblastí kože inhibítormi kalcineurínu sa využíva na tlmenie zápalových lézií v období vzplanutia ochorenia. Osobitnou kapitolou ochorenia je pruritus a jeho manažment v rôznych vekových obdobiach dieťaťa. V neposlednej miere sa venujeme kompletnej edukácii pacienta a rodičov, psychologickému poradenstvu a doplnkovej terapii.

Aktuálne postupy pri riešení infekčných ochorení kože

Herpes zoster: liečba a komplikácie

Minčíč L.

Kožné oddelenie, Považská Bystrica

Herpes zoster je vírusové infekčné ochorenie vyvolané reaktiváciou latentného vírusu *Varicella zoster* uloženého v senzitivných vláknoch spinálnych ganglií. Incidencia herpes zoster je výrazne vyššia u imunokompromitovaných pacientov a zvyšuje sa s vekom. Liečba závisí od lokalizácie a samotného priebehu ochorenia. Primárnym spúšťačom je oslabenie imunity, preto je potrebné nezabúdať na možnosť malígneho ochorenia alebo sekundárneho imunodeficitu, a to hlavne pri komplikovanom priebehu ochorenia. V neposlednom rade treba zdôrazniť prevenciu komplikácií, z ktorých je najčastejšia postherpetická neuralgia, ktorá môže sužovať pacienta v ojedinelých prípadoch aj niekoľko rokov.

Na čo netreba zabúdať pri liečbe erysipelu?

Hrtánková I.

Kožné oddelenie, Považská Bystrica

Erysipel patrí medzi najčastejšie infekčné ochorenia kože. Vzniká náhle teplotou, zimnicou, triaškou, ktoré sa môžu objaviť ešte pred vznikom prejavov na koži. Je to ochorenie, s ktorým sa v ambulantnej praxi stretávame často. U pacientov s pridruženými ochoreniami ako diabetes mellitus, onkologické ochorenie, obliterujúca ateroskleróza dolných

končatín a u imunosuprimovaných pacientov je indikovaná hospitalizácia s parenterálnou antibiotickou liečbou. Pri včasnej diagnostike a liečbe dokážeme predchádzať komplikáciám (absces, HVT, nekróza, lymfedém).

Infekcie prenášané kliešťom s kožnou manifestáciou

Bašteková D.

Kožné oddelenie, Považská Bystrica

Kliešte sú kozmopolitne rozšírené článkonožce vývojovo blízke pavúkom, ktoré ľudstvo sprevádzajú už od nepamäti (vo svojom epose ich spomína už aj najstarší známy grécky básnik Homér). Z celkovo vyše 850 druhov kliešťov na celom svete má len zhruba 10 % medicínsky význam. Na Slovensku sa vyskytuje 8 epidemiologicky významných patogénnych druhov, z nich najdominantnejšie postavenie má *Ixodes ricinus*.

Klimatická kríza, zmeny pôdneho fondu a ďalšie environmentálne zásahy majú za následok rast populácie kliešťov a rozširovanie ich geografického výskytu. Súbežne s tým celosvetovo narastá aj počet ochorení asociovaných s kliešťovou nákazou. V súvislosti s rozvojom cestovného ruchu sa i u nás čoraz častejšie stretávame s pomerne málo známymi importovanými ochoreniami vrátane dermatóz v dôsledku zaklieštenia.

Tieto ektoparazity živiace sa krvou stavovcov sa uplatňujú ako vekторы

rôznych infekčných ochorení z bakteriálneho, vírusového aj parazitárneho spektra. Diferenciálne diagnosticky je dôležité odlišiť kožnú manifestáciu infekcie od nešpecifickej zápalovej reakcie v mieste prisatia sa kliešťa, ktorá býva najčastejšie spôsobená reakciou na zložky jeho slín.

Lymfská borelióza predstavuje v súčasnosti najčastejšie diagnostikovanú antropozoonózu na území Európy a Severnej Ameriky. Samotný záchyt špecifických protilátok bez typických klinických príznakov by nemal byť indi-

káciou na začatie antibiotickej terapie. Naopak, v prípade klinického podozrenia na erythema chronicum migrans, prípadne boreliový lymfocytóm, je nutné začať liečbu aj bez laboratórnej verifikácie.

Diagnostickú výzvu môžu predstavovať na Slovensku relatívne zriedkavé zoonózy, medzi ktoré patrí ehrlichioza, babesioza, tularémia či rickettsioza. Cieľom prezentácie je zvýšiť povedomie a poukázať na základné atribúty diagnostiky a liečby kliešťom prenosných dermatóz.

Alergiológia

DRESS syndróm

Nemšovská J.

Dermatovenerologická klinika LF UK
a UN Bratislava

Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) je vzácné, potenciálne život ohrozujúce ochorenie vyvolané liekmi. Patomechanizmus syndrómu nie je úplne objasnený. Ochorenie môže vzniknúť ako dôsledok alergickej odpovede na liek neskorého typu (podtyp IV. b), prípadne ako reakcia založená na farmakologickej interakcii lieku s imunitnými receptormi buniek, tzv. p-i koncept. Na patomechanizme sa môže podieľať aj abnormálny metabolizmus liekov. Často dochádza k reaktivácii herpetickej infekcie. Medzi najčastejšie príčinné lieky patria aromatické antiepileptiká, alopurinol, antivirotiká, sulfonamidy a sulfóny.

Symptómy ochorenia sa objavujú 2 – 6 týždňov od nasadenia lieku. Okrem systémových prejavov, ako sú únava, nevoľnosť, svrbenie či teplota, k nim patria aj kožné prejavy a hematologické abnormality (leukocytóza, eozinofília).

Prítomnosť atypických lymfocytov spolu s lymfadenopatiou vedie k obrazu tzv. pseudolymfómu. K najčastejšie postihnutým orgánom patrí pečeň, obličky a pľúca.

Základom liečby je vynechanie príčinného lieku. V terapii sa využívajú kortikosteroidy, antihistaminiká, pri závažnejšom priebehu intravenózne imunoglobulíny, imunosupresíva (CyA, cyklofosfamid) či plazmaferéza. Pri vírusovej reaktivácii antivirotiká. Súčasťou terapie je špecifická liečba postihnutých orgánov (dialýza, UPV). Prognóza závisí od závažnosti ochorenia, mortalita je 5 – 10 %. U väčšiny pacientov však dochádza v priebehu niekoľkých týždňov ku kompletnému zhojeniu. Pre riziko relapsu ochorenia či rozvoja autoimunitného ochorenia je dôležité pacientov dispenzarizovať. Doživotné vynechanie vyvolávajúceho lieku sa odporúča nielen u samotného pacienta, ale aj jeho príbuzných.

V prezentácii je uvedená kazuistika prípadu DRESS sy u 58-ročnej ženy vyvolaná alopurinolom.

Varia

Čo môžeme očakávať od PDE4 inhibície v reálnej klinickej praxi?

Kampe T.

Klinika dermatovenerológie UNLP
Košice

Randomizované klinické štúdie poskytujú štandardizované a dobre definované miery účinnosti liečby u konkrétnej populácie pacientov; ich výsledky však nemusia reflektovať rozmanitosti a zložitosti reálnej klinickej praxe. Štúdie APPRECIATE a LAPIS-PSO spresnili pohľad na rozhodnutia o liečbe, ktorým čelia lekári a pacienti v každodennom živote.

Primárnym koncovým ukazovateľom prospektívnej, observačnej, neintervenčnej štúdie LAPIS-PSO u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou ložiskovou psoriázou v podmienkach reálnej praxe bolo percento pacientov, ktorí dosiahli skóre dermatologického indexu kvality života DLQI ≤ 5 alebo zlepšenie skóre oproti východiskovej hodnote o ≥ 5 bodov pri návšteve 2 (~ 4 mesiace). Štúdia hodnotila viacero sekundárnych cieľov. V populácii s úplnou analýzou 67,3 % pacientov dosiahlo DLQI skóre ≤ 5 alebo zlepšenie DLQI o ≥ 5 bodov pri návšteve 2 (primárny cieľový ukazovateľ) a zvýšilo sa na 83,5 % pri návšteve 5. Podiel pacientov, ktorí dosiahli BSA (Body surface area) < 3 %, sa zvýšil pri každej návšteve; pri návšteve 5 malo 37,6 % pacientov BSA < 3 % v porovnaní s 2,4 % na začiatku liečby (1).

V štúdií APPRECIATE mala na začiatku štúdie skóre indexu závažnosti psoriázy PASI menej ako 10 približne tretina pacientov. Dôležité je, že stredné skóre dermatologického indexu kvality života DLQI bolo vyššie ako 10 (priemer 13,4), čo naznačuje pre väčšinu pacientov veľmi veľký vplyv ochorenia na kvalitu života na začiatku liečby. Je to v súlade s predchádzajúcimi zisteniami, že mnoho pacientov liečených v klinickej praxi má miernejšie postihnutie kože ako tí, ktorí sa zúčastňujú klinických skúšok, napriek tomu stále vnímajú vysokú záťaž psoriázou. Na začiatku liečby apremilastom malo PASI nízku koreláciu s DLQI, čo naznačuje, že úroveň postihnutia kože nie je jediným faktorom, ktorý pacienti berú do úvahy pri hodnotení závažnosti a vplyvu ich ochorenia. Zistenia štúdie demonštrujú skutočnú hodnotu apremilastu pri liečbe psoriázy, pretože 7 z 10 pacientov pokračovalo v liečbe a preukázalo výrazné zlepšenie závažnosti ochorenia a kvality života 6 (± 1) mesiacov po začatí liečby apremilastom (2).

Prednáška podporená spoločnosťou Amgen Slovakia s.r.o.

Literatúra

1. Reich K, et al. Poster presented at: Annual Meeting of the American Academy of Dermatology (AAD); March 1-5, 2019; Washington, DC, USA.
2. Augustin M, et al. Characteristics and outcomes of patients treated with apremilast in the real world: results from the APPRECIATE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 Apr 11. doi: 10.1111/jdv.16431.

Urea – zlatý štandard v starostlivosti o suchú pokožku

Urbanček S.

Dermatovenerologická klinika,
Nemocnica F. D. Roosevelta, Banská
Bystrica

Xeróza je bežný stav, ktorý zažívajú milióny ľudí chronicky alebo akútne v reakcii na vek, ochorenie, režim starostlivosti o pokožku alebo na zmeny v prostredí. Väčšina ľudí sa so xerózou alebo „suchou pokožkou“ v určitej fáze svojho života stretne. Prevalencia xerózy sa zvyšuje s vekom, čo môže byť spôsobené zmenami v procese keratinizácie a obsahu lipidov v stratum corneum. Bolo zistené, že na vzniku xerózy sa podieľa nedostatok troch kľúčových skupín látok: 1. prirodzených hydratačných faktorov (NMF); 2. kožných bariérových lipidov - ceramidov; 3. nedávno zistené informácie o súvislosti xerózy s nedostatkom aquaporinových (AQP3) kanálikov, ktoré sprostredkovávajú medzibunkový transport vody. Urea, ktorá sa radí medzi zmienené NMF, vzniká degradáciou filagrínu a hrá dôležitú rolu v metabolizme a exkrécii fyziologických produktov obsahujúcich dusík. Z position paper vydaného nemeckou dermatologickou spoločnosťou vyplýva, že urea je zlatým štandardom pri liečbe xerosis cutis. Urea nielen účinne hydratuje pokožku, ale zlepšuje aj bariérovú a obrannú funkciu kože a jej hydratačné mechanizmy. Zvyšuje penetráciu účinných látok do pokožky a má antipruritické a - pri vyšších koncentráciách - keratolytické účinky. Koncentrácia urey a typ zvolené-

ho základu pre topickú aplikáciu by mali byť zvolené na základe individuálneho stavu pokožky, veku pacienta a prípadných súvisiacich dermatóz. Nemala by sa používať na porušenú pokožku, do zápalových lézií alebo u detí mladších ako dva roky. Ak ide o hydratačné účinky urey, jej kombinácia s ceramidmi a NMF je účinnejšia než liečba samotným základom a účinnejšia než topické prípravky, ktoré obsahujú iba ureu.

Prednáška podporená spoločnosťou Eucerin

Lokálny imunomodulátor pimekrolimus – 20 rokov v klinickej praxi

Buchvald D.

Detická dermatovenerologická klinika
LF UK a NÚDCH, Bratislava

Lokálne imunomodulátory (takrolimus, pimekrolimus) prostredníctvom blokády kalcineurínu zasahujú selektívne do imunopatogenetických procesov uplatňujúcich sa pri atopickej dermatitíde – obmedzujú syntézu prozápalových cytokínov v lymfocytoch typu 1 aj typu 2 a bránia tak vývoju zápalu v akútnej aj chronickej ekzémových ložiskách. Neovplyvňujú však významnejšie počet ani funkcie Langerhansových buniek, fibroblastov, keratinocytov a ďalších buniek kože. Táto vysoká bunková selektivnosť účinku a súčasne minimálna transkutánna penetrácia minimalizujú riziko vzniku lokálnych aj systémových nežiaducich účinkov lieku. Pimekrolimus v galenickej forme 1 % krému ukázal v klinických štúdiách pri liečbe atopickej dermatitídy

účinnosť na úrovni lokálnych kortikosteroidov 1. triedy a súčasne priaznivý bezpečnostný profil u dospelých aj detí od 2. roku života. K nežiaducim účinkom patria lokálne reakcie v mieste ošetrovania kože (začervenanie, svrbenie, pálenie), ktoré sa však vyskytujú len pri prvých aplikáciách lieku a v priebehu niekoľkých dní ustupujú. Európske odporúčania liečby atopickej dermatitídy uprednostňujú využitie pimekrolimu predovšetkým u detí a na citlivú kožu na tvári. Veľké epidemiologické štúdie nepotvrdili asociáciu medzi liečbou pimekrolimom a vývojom nádorovej choroby u pacienta.

Prednáška podporená spoločnosťou Viatrix/Slovensko

Metastázujúci kolízny karcinóm kože: opis prípadu s dôrazom na potrebu interdisciplinárnej a interregionálnej lekárskej spolupráce

Bartoš V.¹, Kullová M.², Bobrovská M.³, Slávik P.³

¹Martinské bioptické centrum, s. r. o., Martin

²Dermatovenerologický stacionár, Fakultná nemocnica s poliklinikou, Žilina

³Ústav patologickej anatómie JLF UK a UNM, Martin

V prezentovanom príspevku autori opisujú zriedkavý prípad pacienta s kolíznym karcinómom kože. 70-ročný muž s anamnézou nemelanómovej rakoviny kože mal diagnostikovaný nádor kože vyrastajúci pred ľavou ušnicou. Odstránený bol kompletnou chirurgic-

kou excíziou. Histologické vyšetrenie potvrdilo kolízny tumor tvorený karcinómom z Merkelových buniek (MCC) a invazívnym skvamocelulárnym karcinómom. O dva mesiace pozoroval pod operačnou jazvou v ľavej parotickej oblasti rast podkožného nodulu, ktorý bol chirurgicky exstirpovaný. Histologicky išlo o lymfatickú uzlinu s takmer totálnou infiltráciou neuroendokrinným karcinómom, ktorý bolo možné takmer s istotou považovať za metastázu MCC. Zakrátko mal exstirpované aj lymfatické uzliny za uhľom ľavej sánky, ktoré boli taktiež postihnuté karcinómom identického vzhľadu. Pacient následne absolvoval systémovú chemoterapiu. Po viac ako 6 rokoch od stanovenia diagnózy kolízneho karcinómu nemal potvrdené ďalšie nádorové metastázy. MCC patrí k agresívnym a prognosticky nepriaznivým neopláziám. Cieľom uvedeného príspevku bolo poukázať na potrebu dôkladného a dlhodobého „follow-up“ pacientov s touto diagnózou, a to aj v prípade, že predstavuje zložku kolízneho nádoru.

Netradičné postupy v podpornej terapii liečby onychomykóz

Nádašiová M.

Centrum pedikúry a podológie, Bratislava

V posledných dvoch desaťročiach dosiahla pedikúra na Slovensku vysoký stupeň rozvoja. V septembri 2020 bola po dlhých rokovaníach schválená experimentálna výučba podológie na Slovensku. Prvou školou, ktorá otvorila

projekt experimentálneho vyučovania, je Stredná zdravotnícka škola v Nových Zámkoch. Rovnako bol úspešne schválený Národný štandard povolania podológ (participácia s riaditeľkou zdravotníckeho vzdelávania Ministerstva školstva SR) a revidovaný Národný štandard zamestnania pedikér v rámci Sektorovej rady pre remeslá a osobné služby.

Dôvodom na zmeny a vytvorenie nového štandardu boli klienti pedikúr. Títo nás nenavštevujú už len s cieľom estetického skrášenia nôh. Potrebujú ošetrovanie a edukáciu v oblasti zdravia nôh. V pedikúrach sa veľmi často stretávame s problémami chodidiel, kože a nechtov spojených s vyvolávatelmi mykotických ochorení.

Zaškolení pedikéri sa učia odobrať vzorky biologického materiálu pre mikrobiologické laboratória, pričom sa sústreďujeme na edukáciu, za akých podmienok smú stery byť vykonané, tak aby vzorky neboli falošne negatívne. Ďalej sa sústreďujeme na edukáciu odborných zdravotných pedikérov, akým spôsobom vzorky odoberať tak, aby za žiadnych okolností neprišlo pri odbere k porušeniu integrity kože. Edukujeme rovnako o indexe postihnutia nechta.

Ide o medzinárodný kvantifikačný systém, ktorý zadeľuje postihnuté nechty do troch štádií. Ľahké, stredne ťažké a ťažké štádium postihnutia nechtu. Na tomto základe je následne hodnotená aj prognóza vyliečenia pacienta. Pacientov biologický materiál je odosielaný do certifikovaného laboratória, kde je vyhodnocovaný následne patogén na základe mikroskopického a neskôr hneď aj kultivačného vyšetrenia. Klient s výsledkami odchádza plne edukovaný na dermatologickú ambulanciu, kde je zo strany dermatológa nasadzovaná presne cieleňá liečba. Úloha pedikéra ani tu však nekončí. Odborný pedikér vedie klienta ošetrovacím procesom ďalej. Edukuje klienta a pravidelne dekontaminuje jeho kožu, pričom dôsledne trvá na dodržiavaní dermatológom predpísaného liečivého procesu.

Súčasťou prednášky budú ukážky rôznych postupov príprav nechta na liečbu, podpora fotodynamickými a laserovými metodikami liečenia nechtov. Rovnako bude prezentovaný aj kvantifikačný systém závažnosti onychomykózy a prognostika vyliečenia na základe medzinárodne stanovených štandardov.

Dermatológia pre prax – Suplement 1/2020

Samostatne nepredajná príloha.

Citačný index: Dermatol. prax. Supl.

Vychádza ako príloha časopisu Dermatológia pre prax

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Spracovala spoločnosť SOLEN, s. r. o.,

vydavateľ časopisu Dermatológia pre prax

Adresa redakcie: SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava,

www.solen.sk, e-mail: solen@solen.sk

Redaktorka: Mgr. Miroslava Dostálová, dostalova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba: Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Obchodné oddelenie: Mag. Helena Machánková, machankova@solen.sk

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov.

Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.

ISSN 2729-8140

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

