proLékaře.cz | 21.11.2026

Poznatky z 24. kongresu EADV
Kodaň 7.–11. 10. 2015

ÚVOD

Kongres se konal v Bella Center, které pojalo okolo 12 tisíc účastníků, prakticky z celého světa. Odborný program probíhal opět v řadě paralelních sekcí, ale byl tentokrát sesazen podle nových kategorií přednášejících – na setkání s experty, kde mohli přednášet pouze ti s nejvyšším IF, dále vzdělávací sympozia s osvědčenými pozvanými řečníky a konečně volná sdělení, kam se mohli přihlásit všichni ostatní a jejich abstrakt byl posouzen odbornou komisí. Také sekce s příbuznými tématy byly umisťovány do stejných sálů a řazeny za sebou. Jako obvykle byly plenární sekce v poledním období a v podvečer se konala sympozia farmaceutických firem, která však nebyla uvedena v odborném programu.

ODBORNÉ POZNATKY

Tropické choroby

Dr. Amer (Egypt) podal přehled o vitiligu, které představuje v sub- a tropických oblastech u osob s tmavou kůží značný problém. V etiopatogenezi se uplatní ztráta melanocytů z epidermis, genetické a autoimunitní faktory, buněčná deregulace a defekty metabolismu. Z doporučených opatření přichází v úvahu fotoprotekce (sunscreeny), kamufláž nebo naopak depigmentace (monobenzyleter + hydrochinon 20% 3krát denně). Pro léčbu uvedl fototerapii a laser, steroidy (a to i calcineurinové inhibitory (tacrolimus). Možné jsou i kombinace.

Prof. Scerri (Malta) vyjmenoval nejčastější choroby získané cestovateli do tropických oblastí. Dochází k infekcím, ale také ke zdravotním důsledkům kousnutí, požahání a bodnutí, traumatu a alergie, popř. exacerbace existujících onemocnění v tropických podmínkách. Existuje 20 druhů leishmaniózy, viscerální, slizniční a kožní (ta se většinou spontánně hojí, ale má tendenci v jizvě recidivovat). Larva migrant je asi nejčastější importovanou chorobou, zpravidla se vyléčí Ivermectinem 200 mg/kg. Myiasis způsobují larvy much, vylíhlých z vajíček nakladených do ran a oděrek. Tungiasis je zase způsobena nakladením vajíček blechy.

Kontaktní dermatitidy

Dr. Bregnhojová (Dánsko) popsala iritační dermatitidy. Při vyšetření je od alergických odliší epikutánní testy. Z léčebných opatření pomohou promazávadla, steroidy a calcineurinové inhibitory, UV ozáření, antimikrobiální léčba. U těžkých stavů je vhodná systémová léčba steroidy, antibiotiky, popř. metotrexát, azathioprim, cyklosporin A, retinoidy.

Prof. Bruze (Švédsko) zmínil kožní choroby z povolání: představují problematiku nejen profesionální a kožní, ale také toxikologickou a sociální. Asi 25 % je způsobeno přímo prací, 50 % je zhoršováno prací a 25 % je bez vazby na práci. Prevalence je poměrně častá, asi 90 % představují kontaktní reakce, nejčastěji na rukou (převládají ženy, výrazně zhoršuje kvalitu života). Jsou i rizikovější povolání (potravinářství, kadeřnice, kosmetičky, zdravotníci), přispívá i expozice vlhku, extrémním teplotám, popř. chemickým i psychologickým vlivům. Mezi základní vyšetření patří epi-testy, i ozářené fototesty, provokační testy. Velmi užitečná bývá návštěva na pracovišti, která umožní nejen odebrat speciální vzorky látek z pracoviště k testům, ale také rozpoznat zhoršující vlivy, kontaminace (i naprosto nízké koncentrace znečišťujících látek mohou mít příčinnou souvislost s obtížemi).

Prof. Goncalová (Portugalsko) podala rychlý, ale ucelený přehled o kontaktní alergické dermatitidě (= nemoc, kdežto kontaktní alergie je pouze přecitlivělost – dispozice). Uplatňuje se zde IV. typ alergické reakce – ze senzibilizační fáze přechází v elicitační fázi. Alergeny jsou v kůži zachyceny antigen-prezentujícími Langerhansovými buňkami, které migrují do regionálních lymfatických uzlin, aktivují tak Th_1, Th_{17}, Th_{22}, Th_{23} odpověď. V klinickém obraze převažuje ekzém, ale může mít i jinou podobu (lichenoidní, granulomatózní, pustulózní, bulózní, pigmentace). Bezprostřední (IgE) odpověď je možná, má podobu kontaktní kopřivky. Někdy je vázáno ozáření jako fotoalergická reakce (ketoprofen). K nejčastějším kontaktním alergenům patří kovy (Ni, Co, Cr, Pa, Ti) prezervancia a vonné substance v kosmetických přípravcích, barviva vlasové kosmetiky a nehtové přípravky. Až 27 % populace trpí kontaktními obtížemi (15 % mužů, 35 % žen). Zejména ekzém rukou má velký vliv na kvalitu života.

Doc. Buchvald (Slovensko) popsal praktické testy u kontaktního a atopického ekzému. Epikutánní testy odečítá za 2 a 4 dny. Již předpřipravené testy v hydrofilním gelu na náplastech jsou drahé. U látek přinesených pacientem je otázkou ředění, solidní látky je potřeba rozdrobit. Varuje před neznámými látkami, také pH nesmí překročit rozmezí 4–9, na začátek doporučuje otevřený test. Místem nalepení jsou záda, výjimečně zevní paže. Odečítání doporučuje až za 30 minut po odlepení, aby se uklidnila iritace. Prick testy na předloktí musí být od sebe vzdáleny nejméně 3 cm.

Dr. Agnerová (Dánsko) popsala opatření a léčbu kontaktních dermatitid. Nejprve je potřeba správně určit diagnózu: kontaktní iritační nebo alergická dermatitida, kontaktní kopřivka, atopická dermatitida, endogenní ekzém (vezikulózní, hyperkeratotický), i to, zda není profe-

proLékaře.cz | 21.11.2026

sionální. Léčba má vycházet z medicíny založené na důkazech a být zpočátku agresivní. Vhodné je oklasifikovat tíži (např. pomocí HECSI – hand eczema severity score index) onemocnění a jeho vliv na kvalitu života (DLQI – dermatologic life quality index). Místní léčba mimo promazávání zahrnuje steroidy, tacrolimus a UV fototerapii. V nutných případech i systémovou léčbu: alitretinoin (4 měsíce), acitretin (6–12 měsíců), cyklosporin A (3–4 měsíce), azathioprim (1–2 roky), metotrexát (1–2 roky), eventuálně celkově kortikoidy (ne déle než 3 týdny). Důležitý je edukační pohovor s nemocným nejméně 20 minut, ve kterém se vysvětlí podstata onemocnění, zásady prevence a všechna další opatření.

Alergická onemocnění

Dr. Morková (Dánsko) podala přehled o potravinové alergii. Důležitá je anamnéza: popis předchozí symptomatologie (kožní, GIT, respirační, slizniční), časových souvislostí, vazby na požití stravy a další kofaktory a komorbidity (např. atopický ekzém). Prick testy (SPT) používají komerční extrakty nebo také čerstvé potraviny. Falešně pozitivní reakce bývají způsobeny iritací, falešně negativní labilitou použitých substancí, popř. tlumící léčbou. Dále stanovení s IgE, CRD (component resolved drug), uvolnění histaminu, vhodná je pak dieta bez alergenů, po které následuje otevřený expoziční test (u dětí), zlatým standardem je DBPCFC (u dospělých). Důležitá je opatrnost při anafylaxích, vyloučit infekce, exacerbace atopického ekzému. Počáteční nízké dávky lze postupně zvyšovat. V průměru 14,8 % dětí s atopickým ekzémem má potravinovou alergii, naopak více než 90 % dětí s potravinovou alergií má atopický ekzém. Reakce při potravinové alergii mohou být časné (IgE) nebo pozdní (ekzémové), popř. obojí. U dětí může přetrvávat v podobě těžké dermatitidy, popř. symptomů z jiných orgánů.

Prof. Aberer (Rakousko) se věnoval alergenové imunoterapii (hyposenzibilizaci), která má historii od r. 1911. Tradičně se aplikuje s. c. 1krát týdně, pak 1krát měsíčně po dobu 3–5 let, nověji sublinguálně (gtts, tbl.), p. o. epikutánně nebo intralymfaticky. Snižuje množství IgE, zvyšuje odpověď Th_1, zvyšuje IL-10. Dá se použít nejen k léčbě rýmy a astmatu, ale také atopického ekzému, potravinové, hmyzí a lékové alergie. Mezinárodní konsenzus byl zveřejněn v J. Allergy Clin. Immunol., 2015, 136, s. 556–568. Hyposenzibilizace u lékové alergie navozuje jen dočasnou toleranci. Používá se hlavně u antibiotik, bývá vysoké riziko anafylaxe. Léky podané po hyposenzibilizaci vyvolávají zpravidla stejnou reakci. Z hlediska indikační důležitosti je na prvním místě hmyzí alergie, pak inhalační alergie > léková > potravinová > atopický ekzém.

Dr. Grosberová (SRN) popsala chronickou kopřivku (může doprovázet angioedém, který i přetrvává), kterou dělí na spontánní a inducibilní (fyzikální – solární, chladovou, tlakovou, vibrační angioedém). Upozornila i na autoinflamatorní syndromy spojené s kopřivkou převážně u dětí (Stillova nemoc, CAPS, NOMID, TRAPS), popř. u dospělých (Stillova nemoc, Schmitzlerův syndrom). Od běžné kopřivky se zpravidla liší plochými pupeny až zarudlými plaky se symetrickým uspořádáním, které spíše bolí. Bývají zvýšené zánětlivé parametry, další systémové symptomy a antihistaminika neúčinkují. Akutní kopřivka nevyžaduje speciální vyšetřování, u chronické spontánní kopřivky je potřeba provést řadu vyšetření KO+diff., CRP, FW, vyloučit provokační léky (NSAIDs) a infekční choroby, fyzikálními testy vyloučit inducibilní kopřivku, hormony štítné žlázy, test autologním sérem, popř. histologické vyšetření, alergologické vyšetření, stanovení tryptázy a třítýdenní dietu s vyloučením pseudoalergenů. Vhodné je vyplnit dotazník CU-Q2oL a stanovit index UAS7. Základní léčba je antihistaminiky H1 po 6 týdnů, při přetrvávání je vhodné alespoň po 2 týdny zvýšit dávku až na čtyřnásobek. Lze přesadit na max. 10 dní celkové steroidy, také použít cyklosporin A a leukotrieny. Nicméně jako 2. krok v léčbě se dnes doporučuje omalizumab (biologikum vážící IgE). U dětí není chronická kopřivka častá, antihistaminika existují i ve formě sirupu. U těhotných lze použít loratidin a cerizin.

Fototerapie

Dr. Tanew (Rakousko) podal přehled o fototerapii UVB 311 nm. Její hlavní užití je u psoriázy, často je její účinnost srovnávána s PUVou. Při kombinaci s retinoidy lze snížit dávku záření, je vhodná i u pustulózní psoriázy. UVB 311 nm lze užít u atopického ekzému – u dětí i u těhotných. Úspěchy přináší i léčba vitiliga, někdy v doprovodu minipulzů steroidů. Z dalších indikací zaujme mycosis fungoides, alopecia areata, GvHD. Ve srovnání s laserovou terapií 308 nm má pomalejší nástup účinku, ale vychází lépe z dlouhodobého pohledu. Dnes se propaguje cílená fototerapie, pro kterou byl vyvinut systém Skintrek. Jako celoživotní bezpečnostní limit se považuje 300 ozáření, ale v praxi se obtížně počítá.

Prof. Wolf (Rakousko) považuje PUVA léčbu za velmi efektivní. V nekontrolovaných studiích dochází k vyčištění psoriázy u 88 % pacientů, PASI75 v kontrolovaných, randomizovaných studiích dosahuje v 86 %, což jsou lepší výsledky než u biologické léčby. Také ve srovnání s UVB 311 nm má PUVA o něco lepší výsledky a také delší remisi. Jako fotosenzibilizátor používá 8-methoxypsoralen (8-MOP) v dávce 0,6–0,8 mg/kg, někdy pro lepší GIT snášenlivost (také silnější zhnědnutí) doporučuje 5-MOP (Pentaderm® tbl. 20 mg, Cranformd, Velká Británie). Používá protokol 2krát týdně ozáření s počáteční minimální fototoxickou dávkou (MPD) nebo 4krát týdně s 50% MPD (po 8 týdnech zpravidla dosáhne stejného účinku). Často léčí spíše podle fototypu. K modifikacím patří Bath PUVA, gel PUVA, spray PUVA. Bath PUVA preferuje u palmoplantární psoriázy i u ekzému (a to i s použitím 5-MOP). PUVA naopak bývá málo účinná ve kštici i v intertriginózních lokalitách. Za kumulativní limit považuje 250 expozic za život, při kokarcinogenních vlivech lze ještě snížit. Cílená terapie Skintrekem je bezpečnější.

Dr. Venturinová (Itálie) seznámila s UVA_1 fototerapií. Definice dávkování se liší – vysokodávkovaný protokol v USA dosahuje 120 J/cm², kdežto ve Velké Británii jen 60 J/cm². Středně dávkované UVA_1 u atopického ekzému je

proLékaře.cz | 21.11.2026

stejně účinná jako UVB 311 nm. K dalším indikacím patří dysidrotický ekzém rukou, lokalizovaná morfea, lichen sclerosus, GvHD (lépe funguje u sklerotizující formy než u lichenoidní), lupus erythematosus, CTCL a lymfomatoidní papulóza, granulomatózní choroby (sporadické zkušenosti) a psoriáza u HIV pozitivních. U dětí nebyla bezpečnost UVA_1 vyhodnocena, je popsána karcinogeneze, musí se sledovat. Při léčbě je produkováno velké teplo, chybí studie o kombinacích.

Fotodermatózy

Dr. Soigursson (Nizozemí) se podrobněji zabýval polymorfní světelnou erupcí (PLE). Trpí jí asi 18 % Evropanů, v 73 % ženy, může být i monomorfní. Diagnózu lze stanovit klinicky i bez fototestů, na které není specifický protokol. Vhodné je provedení fotoprovokačních testů UVA (popř. UVB), okénko 5 x10 cm na trupu, okénko 2 x 3 cm v obličeji. S provokací začne na dávce 1,7 MED s nárůstem 20 % v následujících dnech do max. 6 expozicí. Diferenciálně diagnosticky odliší lupus tumidus histopatologicky (má chronický průběh, někdy pozitivní ANA), fotoalergickou reakci (více ekzém), solární kopřivka je prchavá, erytropoetická protoporfyrie má abnormální porfyriny. Hlavní způsob stanovení diagnózy je z klinického obrazu.

Prof. Murphyová (Irsko) konstatovala, že zvyky se pomalu mění a lidé věnují větší pozornost fotoprotekci. Stín pod slunečníkem (SPF < 30) není kompletní na rozdíl od lesa, kde je podíl odraženého světla minimální. Klobouk chrání lépe při široké střeše (na šíři dlaně), mužům nedoporučuje vyholovat hlavu. Ochrana oděvem (UPF) závisí na vlastnostech tkaniny. Okenní sklo propouští UVA + viditelné světlo – lze pak potáhnout ochrannou fólií, např. v muzeu. Podobně i v autě je zpravidla potažené přední sklo, ne však postranní. K celotělovému namazání sunscreenem je potřeba 30 g při předepsaném množství 2 mg/cm^2. Na obličej 1 g, stejně tak na každou ruku. Závislost SPF (ochranný faktor) na množství sunscreenu není lineární, ale spíše exponenciální. EU doporučení z r. 2006 upravují vlastnosti sunscreenů: mimo jiné zavádějí tzv. kritickou vlnovou délku (370 nm), pod kterou musí ležet 90 % kapacity sunscreenu. Vytváření nanočástic anorganických filtrů (např. TiO_2) sice zlepšuje kosmetické vlastnosti sunscreenů, ale také zvyšuje nebezpečí průniku (folikly) do kůže a intoxikaci. Širokospektrá fotoprotekce je zejména důležitá u osob v imunosupresi (po transplantaci) i jako prevence proti kožní rakovině: k tomu napomáhají i novější filtry, např. Mexoryl SX. Opalování z důvodu získání vitaminu D je možné, ale musí se postupovat velmi opatrně. Systémové podání αMSH (α-melanotide) bylo již použito, ale do širší praxe se zatím nedostalo. Dihydroxiaceton, který se dává do samoopalovacích krémů, má jen nízké SPF (2–3).

Prof. Wulf (Dánsko) se pustil do ožehavé otázky fotoprotekce kontra vitamin D. Sluneční spektrum je vydatné pro přeměnu vitaminu D v kůži, v soláriích to bývá jen 1,4 % UVB spektra, v léčebných zářičích 0,5 %. Filtry sunscreenů poskytují fotoprotekci právě v oblasti akčního spektra pro vitamin D. Prováděné studie s používáním sunscreenů neukázaly úbytek vitaminu D – spíše docházelo k opačnému jevu. U obyvatel Dánska dochází např. po 1. květnu k nárůstu hladiny vitaminu D – souvisí to zřejmě s odhalením rukou (krátké rukávy). Již velmi malá dávka UVB (0,1 MED) vedla rychle k nárůstu vitaminu D. Také úroveň pigmentace u dánské populace neměla vliv, ani kožní fototyp neměl vliv, na nárůst vitaminu D. Pro udržení hladiny vitaminu D po létě stačila expozice 1 SED za 2 týdny, při nižší klesala; při expozici 1 SED týdně naopak rostla.

ZÁVĚR

Kongresy EADV jsou fórem pro další vzdělávání v dermatologii, také příležitostí k setkání s mnoha přáteli v oboru nejen z celé Evropy, ale prakticky z celého světa. Doufejme, že tato již tradice zůstane zachována i do dalších let.

doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.
Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN v Hradci Králové

9. KONFERENCE AKNÉ A OBLIČEJOVÉ DERMATÓZY

Dne 6. listopadu 2015 se konala v kongresových prostorách hotelu Diplomat v Praze již 9. celostátní konference na téma Akné a obličejové dermatózy pořádaná sekcí Akné a obličejové dermatózy České dermatovenerologické společnosti. Akce se zúčastnil rekordní počet 222 účastníků, 19 firem a 7 partnerů. Bylo předneseno celkem 14 přednášek. Konferenční sál byl zaplněn do posledního místa.

Konferenci zahájili předsedkyně sekce Akné a obličejové dermatózy **doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.** a předseda České dermatovenerologické společnosti **prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA.** Oba zmínili skutečnost, že sekce Akné a obličejové dermatózy byla ustanovena na zasedání výboru ČDS v únoru 2015. Vznikla přeměnou Pracovní skupiny pro akné a patří k nejaktiv-