efs EAST FOR SKIN

V. Kongres dermatovenerológov

s medzinárodnou účasťou

26. – 27.
september 2025
Grandhotel
Starý Smokovec

Zborník abstraktov

www.eastforskin.sk

Klinika dermatovenerológie LF UPJŠ a UNLP Košice,
Dermatovenerologické oddelenie FNsP J. A. Reimana, Prešov
v spolupráci so Slovenskou lekárskou komorou
a so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

z V. kongresu dermatovenerológov s medzinárodnou účasťou

EAST for SKIN

26. — 27. september 2025
Grandhotel Starý Smokovec

Recenzenti: Doc. MUDr. Janette Baloghová, PhD.
MUDr. Tomáš Kampe, PhD., MPH

Za odbornú a jazykovú stránku abstraktu zodpovedajú autori.

ISBN 978-80-69043-08-4

Obsah

Dermatoskopie: teorie a procvičování 1
Monika Arenbergerová

Obezita v dermatológii: podceňovaný determinant terapeutickej odpovede 2
Janette Baloghová

Tetovať či netetovať 3
Zuzana Baranová

Má switch medzi inhibítormi IL-23 význam? 4
Mária Breznická

Potenciál sonikácie keramického krytia pre zlepšenie mikrobiologickej diagnostiky a optimalizáciu antibiotickej liečby chronických rán. 5
Zuzana Fedáková

Cesta k remisii: kazuistika pacienta so psoriázou na guselkumabe 6
Lucia Galbavá

Manažment pacienta s lokalizovanou formou sklerodermie 7
Martina Hertelová

Syphilis – „simia morborum“ 8
Jiří Horažďovský

Terapeutické výzvy v manažmente psoriatických pacientov s hepatálnym ochorením 9
Barbara Ivanková

Anulárne lézie v detskom veku – diagnostická výzva 10
Hana Juhásová, Janette Baloghová

Deroofing pri hidradenitis suppurativa v podmienkach dermatológa 11
Tomáš Kopal

Liečba psoriázy: nepremeškajte moment pre lepšiu voľbu 12
Katarína Kovarčíková

Latentná tuberkulóza u pacienta so psoriázou liečeného guselkumabom: Je pozitívny QuantiFERON stále kontraindikáciou? 13
Michaela Kučalová

Biklonálna gamapatia u pacienta s urtikáriou 14
Erika Linkeschová, Janette Baloghová

Vitamin and mineral levels in patients with melasma 15
Mehmet Melikoğlu

Topický finasterid ako riešenie androgenetickej alopécie 20
Andrea Nestorová

Atypické prejavy erythema multiforme u onkologickej pacientky 21
Viktória Palovčíková

Od centier k periférii – biologická liečba psoriázy a hidradenitídy 22
Martin Part

Childhood Psoriasis and Treatment 24
Nilgun Solak

Koexistencia acne fulminans a HS (ASH syndróm), nový klinický variant? 25
Romana Štecová

Nová generácia botulotoxínu pre prirodzený výraz – Letybo v estetickej praxi 26
Martina Vidová Ugurbas

Tvoj lekár je Tvoja nádej na lepší život s Hidradenitis suppurativa. 27
Karolína Vorčáková1, Barbara Ivanková2

Intertrigo, kvasinkové infekcie a iné súvislosti s metabolickým syndrómom 28
Hana Zelenková

Dermatoskopie: teorie a procvičování

Monika Arenbergerová

Dermatovenerologická klinika, 3. LF UK a FNKV

Dermatoskopie je neinvazivní metoda, která zlepšuje přesnost vyšetření u pacientů s kožními nádory. Znalost základních dermatoskopických kritérií a jejich histopatologických korelátů je základem dermatoskopické diagnostiky.

Symetrie, barvy a celkový vzor léze umožňují ve většině případů stanovit diagnózu. Benigní léze bývají obvykle symetrické a mají jednu až dvě barvy, zatímco maligní mají tendenci být asymetrické a obsahovat více barev. Multikomponentní vzorec je podezřelý z melanomu, globulární vzorec je typický pro smíšený dermální névus a retikulární pro běžný melanocytární névus. Často i benigní névy kombinují dvě různé dermatoskopické struktury, ale symetricky (např. retikulo-globulární nebo retikulo-homogenní vzor). Kombinace tří a více struktur (multikomponentní vzorec) u melanocytární léze je vysoce podezřelá z melanomu. Komparativní přístup, kdy se léze u jednoho pacienta porovnávají mezi sebou, je užitečný u pacientů s vícečetnými lézemi. U těchto pacientů možnost digitálního sledování v čase snižuje počet zbytečných biopsií a umožňuje časnou diagnostiku melanomu u vysoce rizikových pacientů.

Obezita v dermatológii: podceňovaný determinant terapeutickej odpovede

Janette Baloghová
Klinika dermatovenerológie LF UPJŠ a UNLP Košice

Obezita je multifaktoriálne chronické ochorenie ovplyvňované mnohými faktormi, vrátane psychosociálnych, genetických, environmentálnych a fyziologických. Hromadenie tuku a s ním spojená dysfunkcia adipocytov sú kľúčovými faktormi pre vznik komplikácií, ktoré súvisia s obezitou. Väčšina komplikácií spojených s obezitou je spôsobená metabolickými účinkami tukového tkaniva, ale niektoré sú spôsobené mechanickými účinkami zvýšenej telesnej hmotnosti a psychosociálnymi účinkami. Obezita sa vyskytuje aj u pacientov s kožnými ochoreniami. Psoriáza je ochorenie súvisiace s metabolizmom charakterizované abnormálnym metabolizmom glukózy, aminokyselín a lipidov. Zvýšená glykolýza, metabolizmus glutamínu a zmenené zloženie mastných kyselín v psoriatickej lézii a plazme vedú k nadmernej proliferácii keratinocytov a sekrécii zápalových cytokínov.

Typické histologické znaky psoriatického plaku s dermálnym zápalom a infiltráciou leukocytov sú podobné znakom aterosklerotického plaku Pri ateroskleróze, PsO a RA aktivácia vrodeného imunitného systému spúšťa zápalovú kaskádu, ktorá zahŕňa najmä Th1, Th17 bunky, regulačné T bunky a následnú expresiu cytokínov. Zápal vyvolaný psoriázou má tiež vplyv na inzulínovú rezistenciu, obe majú výrazný vplyv na včasnú, subklinickú aterosklerózu, sú prognostickými markermi kardiovaskulárnych ochorení a môžu zmeniť funkciu endotelových buniek, čo vedie k endotelovej dysfunkcii a skorým štrukturálnym zmenám arteriálnej steny.
Psoriáza je spojená s obezitou. Obezita je nezávislým rizikovým faktorom pre rozvoj psoriázy. Obézni pacienti so psoriázou majú vyššie riziko cukrovky, metabolického syndrómu a KV ochorení. Obezita znižuje účinnosť liečby psoriázy biologickými liekmi a ovplyvňuje dĺžku zotrvania na antipsoriatickej liečbe. Liečba obezity môže zlepšiť účinnosť liečby psoriázy, preto by mala byť kontrola hmotnosti dôležitou súčasťou liečby psoriázy.

Tetovať či netetovať

Zuzana Baranová
Klinika dermatovenerológie LF UPJŠ a UNLP Košice

V poslednom období sa tetovanie stalo veľmi populárnym módnym trendom. Pohnútky k takej aplikácii sú rôzne. Počet ľudí s trvalým tetovaním stúpa. V európskej bežnej populácii je výskyt odhadnutý na 20 %, v americkej populácii nad 30 %. Aby bolo tetovanie trvalé, vyžaduje si to aplikovať tetovacie atramenty do dermy. Tetovacie atramenty obsahujú polycyklické aromatické uhľovodíky (43 %), primárne aromatické amíny, čiže azofarbivá (14 %), rôzne zlúčeniny ťažkých kovov, ktoré dodávajú atramentu konkrétnu farbu, napr. chróm, kobalt, kadmium, mangán, železo, olovo, hliník, titán, uhlík, bárium, meď, stroncium a iné (9 %), konzervačné (6%) a iné látky. Mikrobiologická kontaminácia bola zistená u 10 % neotvorených fliaš a u 17 % predtým otvorených a použitých nádobkách. Tetovacie pigmenty môžu spôsobiť rôzne zdravotné problémy, z ktorých mnohé súvisia najmä s pokožkou, avšak niektoré sa týkajú aj iných orgánov. Nežiaduce účinky zahŕňajú oneskorené hojenie rán, infekcie, toxické, alergické alebo mutagénne procesy. Príčiny systémových účinkov tetovacích farieb zostávajú dodnes väčšinou nejasné. V literatúre je zaznamenaných mnoho prejavov kožných reakcií na tetovacie farby, napr. lichenoidných, tuberkuloidných, granulomatóznych, sakroidóznych reakcií, vrátane klasickej sakroidózy, kožných lymfómov, pseudolymfómov, myelodysplastických syndrómov a chronickej myeloidnej leukémie a kožných benígnych a malígnych nádorov. Metabolizmus farbív v koži a rozklad v dôsledku slnečného žiarenia a laserového ožarovania môžu tiež viesť k uvoľneniu nebezpečných chemikálií z miesta tetovania. Niektoré z nich sú karcinogénne. Aj keď niektoré nežiaduce prejavy po tetovaní sú sporadické a ojedinelé, stále však pretrvávajú určité obavy týkajúce sa ich výskytu, je preto vítané byť si vedomý o potenciálnych krátkodobých a dlhodobých komplikáciách tetovania.

Má switch medzi inhibítormi IL-23 význam?

Mária Breznická
Derma Medika, s. r. o., Zvolen

Biologické lieky predstavuje najmodernejšiu a cielenú liečbu psoriatického ochorenia. Podľa cieľu pôsobenia rozlišujeme štyri skupiny biologík indikovaných na liečbu chronickej ložiskovej psoriázy (inhibítory TNF-alfa, inhibítory IL-12, 23, inhibítory IL- 23, inhibítory IL-17). Zmena biologika môže byť realizovaná nielen medzi odlišnými skupinami biologík (interclass switching), ale aj v rámci rovnakej skupiny (intraclass switching). Na Slovensku máme biologiká zaradené do dvoch línií. Do prvej línie sa zaraďujú účinné látky skupín anti TNF-alfa (adalimumab, etanercept, infliximab, certolizumab pegol), inhibítor IL-12/23 (ustekinumab), inhibítor IL-17 (bimekizumab) a guselkumab ako inhibítor IL-23. K druhej línii sú začlenené inhibítory IL-23 rizankizumab, tildrakizumab a účinné látky inhibítorov IL-17, kde patria ixekizumab, sekukinumab a brodalumab.

Kazuistika popisuje prípad 33-ročného muža s chronickou ložiskovou psoriázou a výrazným dopadom na kvalitu života (16,3, DLQI: 24). Po zlyhaní lokálnej a konvenčnej systémovej liečby bola pacientovi indikovaná biologická liečba adalimumabom, neskôr tildrakizmabom, ktoré nezabezpečili pacientovi totálnu regresiu psoriázy, o ktorú opakovane žiadal. Po zmene biologika (v rámci rovnakej skupiny inhibítorov IL-23) na guselkumab došlo k absolútnej regresii psoriázy s PASI 0.
S rozrastaním sa skupiny biologických liekov na liečbu psoriázy sa začali klásť čoraz vyššie nároky na účinnosť, bezpečnosť a kvalitu života pacientov. Každé biologikum má jedinečný mechanizmus účinku, farmakodynamiku a farmakokinetiku, ktorá vedie k odlišnej klinickej účinnosti a znášanlivosti. V súčasnej klinickej praxi sa stáva čoraz bežnejším meniť biologické lieky za účelom dosiahnutia ,,čistej kože “. Významné výsledky ohľadom zmeny biologík pri liečbe psoriázy publikoval vo svojej metaanalýze Zhang, L. et al. (Switching biologic agent in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. Journal of Dermatological Treatment. 2025; 36).

Kľúčové slová: chronická ložisková psoriáza, biologická liečba, guselkumab

Potenciál sonikácie keramického krytia pre zlepšenie mikrobiologickej diagnostiky a optimalizáciu antibiotickej liečby chronických rán.

Zuzana Fedáková
Klinika Dermatovenerológie LF UPJŠ a UNLP Košice

Podľa medzinárodného konsenzu z roku 2017 je u takmer všetkých nehojacich sa rán prítomný biofilm. V prítomnosti biofilmu sa neodporúča realizovať ster z rany, lebo je nevýťažný. Sonikácia je proces, ktorý využíva vysokofrekvenčné zvukové vlny. Vďaka svojej účinnosti je sonikácia široko používaná v laboratórnych prácach, výrobe a výskumných prostrediach pre úlohy, ako je narušenie buniek, extrakcia bioaktívnych zlúčenín a disperzia nanočastíc. Sonikácia keramického krytia je alternatívna neinvazívna laboratórno-diagnostická metóda, pri ktorej je možné pomocou ultrazvuku z povrchu keramických granúl uvoľniť planktonické formy baktérii bez ich poškodenia a následne ich kultivačne detegovať. V prednáške je predstavených 18 pacientov u ktorých bola realizovaná sonikácia biokeramikého krytia z chronických rán na Klinike dermatovenerológie v Košiciach, kde bolo zachytených 92 baktérií a detegovaných 23 kmeňov na rozdiel od klasickej metódy steru z rany, ktorá odhalila len 46 baktérií a 12 kmeňov. Sonikácia celkovo odhalila viac druhov baktérií a vo vyššom počte prípadov - to poukazuje na jej schopnosť uvoľniť baktérie z biofilmu. V klinickej praxi by kombinácia oboch prístupov mohla zvýšiť presnosť mikrobiologickej diagnostiky a tým aj cielenejšiu liečbu. Z hľadiska presnej diagnostiky chronických alebo komplikovaných infekcií má sonikácia jasnú výhodu.

Cesta k remisii: kazuistika pacienta so psoriázou na guselkumabe

Lucia Galbavá

Dermatovenerologická ambulancia FNsP Nové Zámky

Prednáška prezentuje kazuistiku pacienta s ložiskovou psoriázou, ktorý bol zároveň dispenzarizovaný pre alkoholovú chorobu pečene. Pacient mal okrem postihnutia kože aj rozsiahle nechtové zmeny a artralgie. Vzhľadom na pridružené hepatálne ochorenie a kontraindikáciu liečby konvenčnými imunosupresívami bola zvolená liečba guselkumabom, inhibítorom IL-23, ktorý má priaznivý bezpečnostný profil. Po nasadení guselkumabu dosiahol pacient PASI 0 v 38. týždni, došlo tiež k výraznému zlepšeniu nechtového postihnutia a ústupu artralgie. Počas liečby neboli pozorované u pacienta známky zhoršenia hepatálnej funkcie, pacient si udržal liečebnú odpoveď aj do 109. týždňa liečby. Tento prípad poukazuje na možnosť bezpečného a efektívneho použitia guselkumabu u pacientov s chronickým ochorením pečene, jeho účinnosť nielen na kožu, ale aj kĺby, nechty a ťažko liečiteľné lokality a zároveň celkové zlepšenie kvality života pacienta.

Manažment pacienta s lokalizovanou formou sklerodermie

Martina Hertelová
Detská dermatovenerologická klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

Lokalizovaná forma sklerodermie u detských pacientov predstavuje zriedkavé, no klinicky významné, autoimunitné ochorenie kože a podkožných tkanív s potenciálom závažných funkčných a kozmetických následkov. Ochorenia sa môže prejavovať rôznymi klinickými podtypmi, pričom oneskorená diagnostika vedie k riziku progresie a trvalého poškodenia. Manažment pediatrického pacienta je komplexný a vyžaduje multidisciplinárny prístup, založený na detailnom klinickom vyšetrení, cielenej zobrazovanej diagnostike a na laboratórnom vyšetrení. Včasná diagnostika je kľúčová na predchádzanie ireverzibilných následkom. Liečebná stratégia kombinuje lokálne a systémové imunosupresívne postupy, psychosociálnu podporu, pričom dôležitá je aj edukácia rodiny. Multidisciplinárna spolupráca špecialistov umožňuje nielen kontrolu aktivity ochorenia, ale aj prevenciu funkčných obmedzení a podporu optimálneho vývoja dieťaťa. Prezentovaný prehľad sumarizuje aktuálne poznatky o diagnostike a liečbe lokalizovanej sklerodermie v detskom veku so zameraním na individuálny prístup a dlhodobý monitoring pacientov.

Syphilis – „simia morborum“

Jiří Horažďovský

Sanatorium plastické a estetické chirurgie, s. r. o., Chotoviny

Nově diagnostikovaných případů syfilis přibývá, v kontextu se zeměmi EU/EEA, je tomu tak i v ČR a SR. Klasické rozdělení dle stádií onemocnění doznává změn v tom smyslu, že k postižení CNS může dojít už v časných infekčních stádiích onemocnění. Variabilita klinického obrazu neurosyfilis je presentována na první kazuistice pacienta s těžkým postižením a obtížně hodnotitelnými kriterii vyléčení. Druhá kazuistika presentuje schopnost syfilis napodobovat běžné klinické obrazy a jen tedy nutno klást důraz na pečlivou anamnézu a klinické vyšetření.

Terapeutické výzvy v manažmente psoriatických pacientov s hepatálnym ochorením

Barbara Ivanková
Klinika Dermatovenerológie LF UJPŠ a UNLP Košice

Prezentujeme kazuistiku pacienta so stredne závažnou až závažnou chronickou ložiskovou psoriázou a chronickou hepatitidou B. Guselkumab viedol k signifikantnému zlepšeniu kožného nálezu bez reaktivácie HBV pri súbežnej antivírusovej profylaxii pod dohľadom hepatológa. Guselkumab predstavuje perspektívnu možnosť liečby psoriázy u pacientov s chronickou hepatitídou B. Pri správnej indikácii, úzkej spolupráci s hepatológom a pravidelnom monitorovaní funkcie pečene a virologických parametrov sa javí jeho použitie bezpečné a účinné. Potrebné sú ďalšie rozsiahlejšie prospektívne štúdie na potvrdenie týchto zistení.

Anulárne lézie v detskom veku – diagnostická výzva

Hana Juhásová, Janette Baloghová
Klinika Dermatovenerológie LF UPJŠ a UNLP Košice

Anulárne kožné lézie predstavujú pomerne častý klinický nález v dermatologickej praxi. Termín *anulárny* pochádza z latinského slova *annulus*, čo znamená prstencový. Pri hodnotení anulárnych lézií je kľúčové zamerať sa na viacero aspektov, ktoré zohrávajú dôležitú úlohu v diferenciálnej diagnostike. Medzi hlavné parametre patrí: anamnéza, rýchlosť progesie a trvanie lézie, subjektívne ťažkosti pacienta, ako aj morfologické charakteristiky lézií – typ okraja, vzhľad centra, prítomnosť šupín, krúst, vezikúl či pustúl, veľkosť, farba, počet ložísk, ich lokalizácia a výsledky doplnkových vyšetrení.

Anulárne lézie môžu byť klinickým prejavom rôznych ochorení – od bežných infekcií, hypersenzitívnych reakcií, cez autoimunitné dermatózy až po paraneoplastické prejavy.

V predkladanej kazuistike opisujeme prípad 6-ročnej pacientky s chronickým výskytom nesvrbiacich anulárnych ložísk v oblasti slabín a podbruška, bez iných systémových prejavov. V rámci diferenciálnej diagnostiky boli zvažované viaceré infekčné, autoimunitné a idiopatické príčiny. Laboratórne a sérologické vyšetrenia neviedli k objasneniu etiológie. Histopatologický nález bol rozhodujúci pre určenie definitívnej diagnózy. Ochorenie dobre reagovalo na lokálnu imunomodulačnú liečbu. Kazuistika poukazuje na potrebu zvažovať aj zriedkavé nozologické jednotky pri hodnotení anulárnych lézií u detských pacientov.

Deroofing pri hidradenitis suppurativa v podmienkach dermatológa

Tomáš Kopal

Kožná ambulancia, Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica

Hidradenitis suppurativa (HS) je chronické, často poddiagnostikované a klinicky závažné ochorenie, ktorého prognóza je zásadne ovplyvnená včasným nasadením adekvátnej systémovej liečby v kombinácii s racionálnym dermatochirurgickým manažmentom. Pacienti v pokročilých štádiách ochorenia si neraz vyžadujú rozsiahle excízie na špecializovaných pracoviskách, čo je spojené s vysokou morbiditou a nárokmi na rekonštrukciu.

Rozvoj moderných farmakologických možností – najmä biologickej liečby – však postupne vedie k zníženiu počtu pacientov indikovaných na radikálne chirurgické výkony a naopak k nárastu pacientov vhodných na menšie dermatochirurgické intervencie, ktoré je možné bezpečne a efektívne realizovať v kožnej ambulancii.

V ostatných rokoch sa medzi dermatológmi významne rozšírila dostupnosť CO_2 laserov, čo umožňuje širšiu implementáciu tejto metódy. V súlade s medzinárodnými odporúčaniami predstavuje CO_2 laserová excízia a marsupializácia účinnú a relatívne jednoduchú liečebnú možnosť s veľmi dobrými dlhodobými výsledkami. Správna aplikácia vyžaduje len limitovaný tréning, pričom výkon je realizovateľný aj v štandardnej dermatologickej praxi.

Kľúčové slová: hidradenitis suppurativa, CO_2 laser, dermatochirurgia, biologická liečba, marsupializácia

Liečba psoriázy: nepremeškajte moment pre lepšiu voľbu

Katarína Kovarčíková
Dermatovenerologická ambulancia FN Nitra

Apremilast, perorálny inhibítor PDE4, predstavuje účinnú a bezpečnú systémovú terapiu pre pacientov, u ktorých zlyhali alebo nie sú vhodné konvenčné možnosti liečby. Klinické štúdie aj reálne dáta potvrdzujú jeho prínos v zlepšení PASI, DLQI a subjektívnych symptómov. Navyše apremilast vykazuje priaznivý vplyv na kardiometabolické parametre, a to svojim imunomodulačným účinkom a ovplyvnením systémovej zápalovej reakcie. Cieľom prednášky je poukázať na tieto prepojenia a prezentovať aj skúsenosti z vlastnej praxe.

Latentná tuberkulóza u pacienta so psoriázou liečeného guselkumabom: Je pozitívny QuantiFERON stále kontraindikáciou?

Michaela Kučalová
Kožné oddelenie, Nemocnica Poprad

Prezentovaná kazuistika opisuje 24-ročného pacienta so stredne závažnou psoriázou, u ktorého bolo zahájenie biologickej liečby komplikované pozitívnym QuantiFERON testom a kontraindikáciami preventívnej chemoprofylaxie. Po dôkladnom pneumologickom zhodnotení a zvážení rizík bol nasadený IL-23 inhibítor guselkumab. Po 20 mesiacoch liečby pacient dosiahol úplnú klinickú remisiu (PASI 0.0) bez známok reaktivácie tuberkulózy. Táto kazuistika podporuje aktuálne dôkazy, že pozitívny QuantiFERON nie je absolútnou kontraindikáciou liečby IL-23 inhibítormi a že pri správnom monitorovaní je riziko reaktivácie latentnej tuberkulózy veľmi nízke.

Biklonálna gamapatia u pacienta s urtikáriou

Erika Linkeschová, Janette Baloghová
Klinika Dermatovenerológie LF UPJŠ a UNLP Košice

Autorky prezentujú kazuistiku 64 ročného pacienta s prejavmi chronickej urtikárie, s celkovými príznakmi, únavou, slabosťou, bolesťami kĺbov, vysokou zápalovou aktivitou, ktorý bol dlhodobo liečený cestou reumatológa aj dermatológa celkovými kortikoidmi a antihistaminikami. V rámci kompletného vyšetrenia chronickej urtikárie a dodiferencovania zápalového procesu u pacienta, zistená zriedkavá biklonálna gamapatia -Schnitzlerovej syndróm. Cestou imunoalergológa ordinovaná systémová liečba – anakinra s dobrou toleranciou aj liečebným efektom. Schnitzlerovej syndróm je získané autoinflamačné ochorenie so základom v poruche prirodzenej imunity. Podozrivým je proteín MyD88 – toll-like receptor zapojený do zápalovej kaskády vyúsťujúcej aj do zvýšenej sekrécie interleukínu-1 (IL-1), kľúčového cytokínu v patogenéze a klinickej manifestácii viacerých autoinflamačných stavov. Tento prípad zdôrazňuje dôležitosť dôkladnej diferenciálnej diagnostiky chronickej urtikárie, interdisciplinárny prístup a povzbudzuje lekárov k ďalšiemu manažmentu a liečbe chronickej urtikárie.

Vitamin and mineral levels in patients with melasma

Mehmet Melikoğlu

Atatürk University School of Medicine Department of Dermatology and Venereology Erzurum Turkiye

Melasma is an acquired hyperpigmentation of the skin that typically affects the face due to sun exposure. Most common in women and darker skin. It is most prevalent among to middle-aged or young women. But clinical and histological presentation does not differ between men and women. Most of cases seems to be associated with pregnancy and use of oral contraceptives and drugs antiepileptics drugs. Melasma is a cosmetic and emotional problem. Melasma prevalence ranges widely at 1–50%, it depends on specific ethnic population within a geographic region. Histopatologically, melasma can display increased epidermal and/or dermal hyperpigmentation, increased melanosomes, enlarged melanocytes, and, betweenwhiles perivascular lymphohistiocytic infiltrates. There are many kinds of topical, oral, and procedural therapies have been used to treat melasma but not enough successful, today available treatments for melasma are unsatisfactory. Topical therapies including hydroquinone, tretinoin, azeleic asid, and triple combination creams; however, other synthetic and natural topical compounds have also shown varying efficacies. Tranexamic acid treatment is hopefull oral agent for melasma because histological studies have clearly shown a significant increase of the vascularization within melasma lesions as compared to the surrounding healthy skin.

If we would like to be success we have to be careful which preparation is better and right for treatment. But we can find this kind of recommendation in many reviews in the literature; *In the Cochrane Database of Systematic Reviews Interventions for melasma. 1(Rajaratnam R, Halpern J, Salim A, Emmett C). Triple-combination cream was significantly more effective at lightening melasma than hydroquinone alone.*

If would like to success and take better results we should evaluate new studies and new ideas below: Use right agents for examples; Prolonged treatment with 3-4% HQ preparation may cause ochronosis. Triple-combination cream was significantly more effective at lightening melasma than hydroquinone alone.

Forexmaple; Tretinoin is effective agent compare to placebo but isotretinoin is not. %20 Azeleic asit more effective than placebo but 2% HQ was not.

Until today most melasma study mentioned about only topical theraphy some of them additionaly involvement only oral tranexamic acid treatment.

Ultraviyole protection sunscreen creams involve both UVA and UVB creams and uses in door and outdoor because visible light could be cause the melasma recurrens.

On the other hand we should consider not only topical treatment but also oral treatment and prevention. Because all human body connect and work together. In recent studies mention about this condition; vitamin,iron and mineral deficiency in patients with melasma.

In our study we were collected recurrent and relapses 47 female melasma patients in our outpatient clinic. All patients had received various treatment before applying to us. Nearly half of them 24 patients recieved treatment before more than two different kinds. Included laser treatment or chemical peeling or Kligman's trio and topical monotherapy. Patients according to evaluated thyroid disease, oral contraceptives use, hormonal therapy, phototoxic or anticonvulsant drugs use, iron deficiency anemia,B12 deficiency, vitamin D deficiency. A detailed history regarding the demographic profile, medical history and medical examination were performed in cases. We found out all patients ferritin level lower or low limit range. Serum ferritin levels were found to be lower in patients of melasma ranging between 2.1-50.6 (10.06) than normal. Recently many study show us that for the hair and skin health similiar the Dr Kantor and friends study that mean ferritin levels should not lower than 60 ng/ml. In our study hemoglobin levels were not found to significantly lower in patients of melasma (11.8). Except one of them in all patients serum iron level were lower than normal. We were found in 8 (nearly%6) patients B12 deficiency, and all patients were vitamin d deficiency and 5 of them were thyroid disease. And three patients had hormonal drug history. We replaced the iron, vitamin d in nearly all. We have replaced B12 in 8 patients. On the other hand we ordered tretinoin cream and glicolic asid peeling one month after the iron and others replace therapy. We have recommended our patients fresh fruit juice everyday.(mix= orange, pomegrant or grape and apple). Our study was ongoing. 7 patients completed 6 months therapy and we follow them last two months. Melasma lesions were cleared . No any relapce were

seen until today.
There are some controlled studies present in the literature Iram Qaziand an friends were found that; Hemoglobin, serum iron and ferritin levels were found to be significantly lower in patients of melasma as compared to control population and that shows us the presence of iron deficiency. (4) Their conclusion about melasma ; *''Hemoglobin, serum iron and ferritin levels were found to be significantly lower in patients of melasma as compared to control population while as serum TIBC (total ıron bındıng capacity) levels in cases were higher as compared to the control population indicating the presence of iron deficiency and low body iron stores in the patients of melasma. Also considering the fact that the treatment of melasma tends to be prolonged and unconvincing, adding iron supplements may improve the clinical outcome of melasma and hence may prove to be a cost effective treatment in the management of melasma.''* That expression is the recent most important one for us because it is controlled study. In this issue.
In the Dr Evangeline B. Handogand friends study, they found that (in 8-week trial period) oral procyanidin + vitamins A, C, E proved to be safe and effective among Filipino women with epidermal melasma. Besides this study ; In 2002,Ni et al. In an open trial of 30 Chinese women, concluded that oral procyanidin (75 mg/day) for 30 days decreased the average melasma area ($P < 0.001$) and the average pigment intensity ($P < 0.001$). The efficacy rate was calculated to be 80%. All studies patients use sunscreen both protection UVA and UVB.
Procyanidin has both antioxidant and anti-inflammatory properties. Cinnamon, apple, grape seeds and French maritime pine (Pinus pinaster) bark extract contains procyanidin.
And Also ascorbic acid is an antioxidant agent; ascorbic acid significantly inhibited tyrosinase activity and melanin formation. Vitamin C is possible very important supplement in melasma.
For example for the avoiding UV exposure is the prevention of melasma resulting the vitamin D deficiency, oral vitamin D supplementation should be recommended.
Vitamin B12 plays an important role in the synthesis of DNA and RNA, acting as an enzyme cofactor. B12 deficiency is an possible other factor in hyperpigmentation and also could be play a role in *melasma*. Vitamin B12 plays an important role in the synthesis of DNA and RNA, acting as an enzyme cofactor. B12 deficiency is an possible other factor in hyperpigmentation and also melasma The pathophysiology of hyperpigmenta-

tion is still discuss. There are some hypothesized present B12 deficiency and hyperpgmentation, Gilliam and Cox5 was asserted by who reported that patients with vitamin B12 deficiency had decreased levels of glutathione (GSH). It is also known that GSH inhibits tyrosinase activity and consequently melanogenesis. Decreased level of GSH is not prevent to increased tyrosinase activity, and thereby favor an increase in melanogenesis. Marksand friends hypothesized that a change in the location and distribution of melanin might be involved, observing that megaloblastic anemia is associated with a defect in the transport of melanin and its incorporation into keratinocytes.

Rostami Mogaddam M and his friends found that significant relationship between low levels of zinc and melasma.

In our study There were 95 female (95%), 5 male patients with melasma and 47 female-3 male controls. The mean age was 31.9±8.5 years (means±standard deviation;SD) in patients and 30±9.4 years (mean±SD) in controls (p>0.05). The disease duration was 1.4±0.6 years. Sunscreen usage was present in 32 cases with melasma (32%) and in 8 controls (16%). p=0.050). In terms of laboratory data, there were statistically significant differences in hemoglobin, hematocrit, RBC, MCH, MCHC, PLT, vitamin D, ferritin and TIBC between cases and controls. Although it was found to be lower in the patient group compared to the controls, no statistically significant difference was observed in vitamin B12, zinc and iron levels.(11)

Recently similiar to our study there are some studies call our attention to iron, mineral and vitamin deficiency in patients with melasma. Therefore we should consider not only topical treatment but also oral treatment and prevention. Because all human body connect and work together. In recent studies mention about vitamin, iron and mineral deficiency. And today this could be main response why we have not succeed in patients with melasma. (Both recurrens and treatment). However further studies with a larger sample size are required

References

1. Rajaratnam R, Halpern J, Salim A, Emmett C. Interventions for melasma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD003583. DOI: 10.1002/14651858.CD003583.pub2.

2. A. Katsambas, Ch. Antoniou. Melasma Classification and treatment, Review. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 4(1995)217-223

3. Pichardo R, Vallejos Q, Feldman SR, Schulz MR, Verma A, Quandt SA et al. The Prevalence of melasma and its association with quality of life in adult male Latino migrant workers. Int J Dermatol 2009; 48:22-26

4. Iram Qazi*, Naina Kala Dogra, Devraj Dogra. Serum Iron profile in Female patients of Melasma: A case control study. Asian Pac. J. Health Sci., 2017; 4(2):141-146

5. T. Passeron, Melasma pathogenesis and influencing factors – an overview of the latest research. JEADV 2013, 27 (Suppl.1), 5–6

6. B12-Vera-Kellet C, Andino-Navarrete R, Navajas-Galimany L. Déficit de vitamina B12 y sus diversas manifestaciones dermatológicas. Actas Dermosifiliogr. 2015;106: 762---764.

7. Ni Z, Mu Y, Gulati O. Treatment of melasma with pycnogenol. Phytother Res 2002; 16: 567–571.

8. JonathanKantor*†Lisa JayKessler‡, David G.Brooks‡, GeorgeCotsarelis* Decreased Serum Ferritin is Associated With Alopecia in Women. Journal of Investigative Dermatology Volume 121, Issue 5, November 2003, Pages 985-988

9. Evangeline B. Handog, MD, Ma, Dulce Amor Vivan F. Galang, MD, Maria Azirrel de Leon-Godinez, MD, and Gertrude P. Chan, MD. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral procyanidin with vitamins A, C, E for melasma among Filipino women. International Journal of Dermatology 2009, 48, 896–901

10. Rostami Mogaddam M1, Safavi Ardabili N2, Iranparvar Alamdari M3, Maleki N4, Aghabalaei Danesh M1. Evaluation of the serum zinc level in adult patients with melasma: Is there a relationship with serum zinc deficiency and melasma? J Cosmet Dermatol. 2017 Nov 12. doi: 10.1111/jocd.12392.

11. Hemoglobin, Serum Iron, Iron Binding Capacity, Ferritin, Zinc, Vitamin B12 and Vitamin D Levels in Patients with Melasma and their relationship with melasma severity. Akal E, Melıkoglu M. Ankyra Dermatology Symposium, 24-27 November 2022, Antalya, Full abstract book page;29-31. Oral presentation.

Topický finasterid ako riešenie androgenetickej alopécie

Andrea Nestorová
NESTORY medical centre, Vojvodská 8, Košice, 040 01, Slovensko

Androgenetická alopécia patrí medzi najčastejšie geneticky podmienené formy rednutia vlasov u mužov. Kľúčovým mechanizmom jej vzniku je zvýšená citlivosť androgénových receptorov v oblasti dermálnej papily, ktoré sú aktivované dihydrotestosterónom (DHT). Táto aktivácia vedie k postupnej miniaturizácii vlasových folikulov, čím dochádza k skracovaniu anagénnej fázy rastového cyklu vlasu. Vlasy sa stávajú jemnejšími, tenšími a časom prestávajú rásť úplne. Jednou z možností liečby je finasterid, ktorý inhibuje enzým 5-alfa reduktázu. Tým sa znižuje konverzia testosterónu na dihydrotestosterón. Topická forma finasteridu ponúka viacero výhod – pôsobí priamo na úrovni vlasového folikulu, jeho aplikácia je komfortná a vzhľadom na nízku systémovú absorpciu je spojená s minimálnym výskytom nežiaducich účinkov, vrátane sexuálnej dysfunkcie.

Atypické prejavy erythema multiforme u onkologickej pacientky

Viktória Palovčíková
Klinika Dermatovenerológie UPJŠ a UNLP, Košice

Erythema multiforme (EM) predstavuje akútnu imunitne sprostredkovanú hypersenzitívnu dermatózu charakterizovanú polymorfným exantémom a typickými terčovitými léziami. Etiologicky je najčastejšie asociovaná s vírusovými infekciami alebo liekovou expozíciou. V súčasnosti pribúdajú kazuistiky dokumentujúce výskyt EM v súvislosti s imunoterapiou inhibítormi imunitných kontrolných bodov, vrátane pembrolizumabu. Prezentujeme 71-ročnú pacientku s diagnózou spinocelulárneho karcinómu koreňa jazyka, u ktorej bola od apríla 2025 indikovaná imunoterapia pembrolizumabom. Po podaní štvrtého cyklu sa manifestoval generalizovaný exantém s dominanciou polycyklických erytematóznych lézií lokalizovaných prevažne na dolných končatinách, sprevádzaný miernym pruritom. Histopatologické vyšetrenie kožnej biopsie odhalilo diskrétnu hyperparakeratózu, nepravidelnú akantózu a mierny perivaskulárny lymfocytárny infiltrát bez známok vaskulitídy, čo korelovalo s klinickým obrazom poliekového exantému typu erythema multiforme. Po nasadení systémovej kortikoterapie a topickej aplikácii kortikosteroidov došlo k postupnej regresii kožných prejavov a ústupu subjektívnych ťažkostí. Predkladaná kazuistika poukazuje na riziko vzniku atypických a klinicky signifikantných kožných nežiaducich účinkov počas imunoterapie pembrolizumabom. Včasná identifikácia, správna klinicko-patologická korelácia a adekvátna terapeutická intervencia sú kľúčové pre prevenciu komplikácií a udržanie kontinuity onkologickej liečby.

Kľúčové slová: erythema multiforme, poliekový exantém, pembrolizumab, imunoterapia, nežiadúce účinky, kazuistika

Od centier k periférii – biologická liečba psoriázy a hidradenitídy

Martin Part
Dermatovenerologická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Psoriáza a hidradenitída patria medzi imunitne mediované, zápalové ochorenia kože. Podľa najnovších odporúčaní liečby patrí biologická liečba medzi zlatý štandard liečby týchto chronických ochorení. Bohužiaľ aj v dnešnej dobe, je biologickou liečbou liečená iba minorita pacientov. Správna diagnostika a zahájenie inovatívnej liečby trvá aj v dnešnej dobe desiatky rokov, čo výrazne prispieva k zhoršeniu kvality života pacienta a neustále prebiehajúci systémový zápal podporuje vznik pridružených ochorení.

Psoriáza, rovnako ako hidradenitída sú považované za systémové ochorenia s multiorgánovým postihnutím ako napr. postihnutie kardiovaskulárneho systému, obezita, zápalové ochorenia čreva, či metabolický syndróm. Medzi najčastejšiu komorbiditu psoriázy patrí psoriatická artritída (PsA), ktorú môžu identifikovať aj dermatológovia. PsA najčastejšie prebieha v podobe asymetrickej oligoartritídy ale vyskytnúť sa môže aj ako polyartritída, či axiálna spondyloartritída. Medzi jednoducho rozpoznateľné prediktory rozvoja PsA patrí nechtové postihnutie a postihnutie tzv. ťažko liečiteľných oblastí kože. Neskorá diagnostika PsA vedie k ireverzibilnému štrukturálnemu poškodeniu kĺbov, čo podporuje význam včasného záchytu ochorenia a interdisciplinárnej spolupráce. Vďaka dostatočne popísanej etiopatogenéze psoriázy máme k dispozícii široké spektrum monoklonálnych protilátok a malých molekúl. V blízkej budúcnosti očakávame príchod ďalších nových terapeutík vrátane tzv. perorálnych malých molekúl ako napr. inhibítory tyrozínových a janusových kináz alebo orálnych peptidov cielených na inhibíciu IL-23R.

V prípade hidradenitídy je neskorá iniciácia terapie zodpovedná za vznik bolestivých abscesov a fistúl v intertriginóznych lokalitách, čo je spojené s nezvratným jazvením postihnutého tkaniva. Diagnostické oneskorenie hidradenitídy býva spôsobené atypickým začiatkom a najmä nedostatočným povedomím o tomto ochorení medzi inými lekárskymi špecializá-

ciami. V terapii hidradenitídy je množsto terapeutík limitované, pričom podľa najnovších európskych odporúčaní liečby neexistujú línie biologickej liečby. Na Slovensku máme na liečbu hidradenitídy indikovaný iba adalimumab. Po zlyhaní adalimumabu je možné poisťovňu požiadať o schválenie liečby mimo indikačného obmedzenia a zahájiť liečbu inhibítormi IL-17 (sekukinumab/bimekizumab). V klinických skúšaniach sa aktuálne testuje účinnosť viacerých nových monoklonálnych protilátok a inhibítorov janusových a brutónových kináz.

Skorý a adekvátny manažment oboch týchto ochorení je kľúčový pre celkovú prognózu pacienta. Biologickú liečbu psoriázy a hidradenitídy môžu po splnení indikačných kritérií predpisovať nielen lekári v tzv. centrách biologickej liečby, ale aj ambulantní dermatovenerológovia.

Childhood Psoriasis and Treatment

Nilgun Solak
Dermatology, Ankara Hospital

Psoriasis is a common skin disease in childhood. Clinical presentation and treatment options have many similarities to adult psoriasis. The most important part of treatment is patient and family cooperation. It should be explained to patient and family that there is no permanent treatment andexisting some trigger factors (infections, stress, trauma). Social and psychological influences should be considered in the choice of treatment. Treatment is primarily based on published case series, guidelines for adult psoriasis, expert opinions and experience with these drugs in other pediatric disorders. The most important reason for this is the lack of international standardized treatment guidelines and the limited officially approved treatments. So, the evidence-based data from randomized controlled trials are also very limited. On the otherhand we can treat succesfully may psoriasis patinets in childhood psoriasis. New treatment modalities are developing day by day.

Koexistencia acne fulminans a HS (ASH syndróm), nový klinický variant?

Romana Štecová

Kožná ambulancia, Nemocnica Vranov nad Topľou

Prinášame zaujímavý kazuistický prípad 17-ročného pacienta, u ktorého bola súčasne prítomná hidradenitída a acne fulminans, a z toho plynúce podozrenie na tzv. ASH syndróm (A ako "acne fulminans", SH ako "suppurative hidradenitis"). ASH syndróm sa zdá byť novou klinickou jednotkou v dermatológii, keďže genetická analýza pacientov, u ktorých bola prítomná koexistencia obidvoch týchto závažných zápalových ochorení kože odhalila, že zrejme nejde o náhodný výskyt. U prípadov s podozrením na ASH syndróm boli retrospektívnou analýzou zistené mnohé spoločné rysy v rámci či už rodinnej anamnézy, rozvoja klinického obrazu ochorení, odpovede na podávanú liečbu a pod. Avšak v rámci genetickej analýzy boli zistené varianty v rôznych génoch súvisiacich s autoimunitou, akné a antimikrobiálnou aktivitou. Tieto na druhej strane zdôrazňujú genetickú heterogenitu tohto klinického variantu a teda aj nie úplne jednotný patomechanizmus.

V prednáške poukazujme na diagnostické úskalia nášho prípadu a tiež na terapeutické výzvy s ním spojené.

Nová generácia botulotoxínu pre prirodzený výraz – Letybo v estetickej praxi

Martina Vidová Ugurbas
Oddelenie plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie UNLP Košice

Starnutie pokožky je komplexný biologický proces ovplyvňovaný vnútornými a vonkajšími faktormi. Starnúca pokožka sa prejavuje stratou elasticity a vznikom vrások. Zdravie pokožky sa považuje za jeden z hlavných faktorov reprezentujúcich celkovú pohodu a vnímanie zdravia u ľudí, preto sa v posledných rokoch venuje veľká pozornosť stratégiám proti príznakom starnutia.

Spoločnosť Croma ponúka širokú škálu najmodernejších produktov v oblasti estetickej medicíny a špecializuje sa na produkciu výplňových materiálov. V tejto oblasti je Croma jedným z popredných svetových odborníkov. Tento rok pribudol do širokého portfólia produktov aj liek Letybo.

Letybo obsahuje lentibotulinumtoxin A a je určený na aplikáciu do glabelárnych vrások.
Poskytuje 94 % mieru odpovede štyri týždne po aplikácii. Medián nástupu účinku je 3 dni.

Letybo preukazuje vysokú účinnosť najmä vo vekovej kategórii žien 35 – 50 rokov a taktiež výborné výsledky v mužskej populáciiKlinické štúdie potvrdili bezpečnosť a účinnosť lieku aj u pacientov nad 65 rokov.
Nová generácia botulotoxínu umožňuje dosiahnuť prirodzený a omladený vzhľad.

Tvoj lekár je Tvoja nádej na lepší život s Hidradenitis suppurativa.

Karolína Vorčáková[1], Barbara Ivanková[2]

[1]Klinika dermatovenerológie Univerzitná nemocnica Martin
[2]Klinika dermatovenerológie Univerzitná nemocnica L.Pasteura Košice

Hidradenitis suppurativa (HS) je chronické zápalové ochorenie vlasovomazovej jednotky, ktoré sa prejavuje bolestivými uzlami, abscesmi a fistulami. Často vedie k jazveniu, funkčným obmedzeniam a k výraznému poklesu kvality života pacientov. Napriek dostupnosti účinných liečebných možností pretrváva priemerné oneskorenie v diagnostike 7 rokov, čo vedie k progresii ochorenia do ireverzibilných štádií.

Kľúčom k úspechu je včasná diagnostika s využitím skórovacích systémov, hodnotenie bolesti a kvality života a skríning pridružených komorbidít, ako sú zápalové ochorenia čreva, metabolický syndróm či depresia. Rovnako dôležité je zvoliť správnu stratégiu liečby.

Skúsenosti ukazujú, že pacienti s včasnou biologickou intervenciou majú rýchlejšiu klinickú odpoveď, potrebujú menej chirurgických zákrokov a vykazujú výrazné zlepšenie kvality života. Multidisciplinárna starostlivosť, ktorá spája dermatológa, chirurga, gastroenterológa, psychológa a nutričného špecialistu, predstavuje optimálnu cestu, ako zvládnuť komplexnosť tohto ochorenia.

HS tak nie je len dermatologickou diagnózou, ale výzvou pre dôverný vzťah medzi lekárom a pacientom. Lekár, ktorý včas rozpozná ochorenie, cielene zasiahne a pacienta sprevádza na ceste liečbou, sa stáva jeho sprievodcom a najdôležitejšou nádejou na lepší dôstojnejší život.

Intertrigo, kvasinkové infekcie a iné súvislosti s metabolickým syndrómom

Hana Zelenková

SANARE. spol. s r. o., pracovisko DOST – súkromná kožná klinika Svidník

Latinský pôvod termínu „intertrigo“ – *inter* ("medzi") a *terere* („trieť“)– ilustruje fyziológiu stavu. Intertrigo – povrchové zápalové zmeny na koži vznikajú na miestach so zvýšeným tlakom – trením – axily, u žien oblasť pod prsníkmi, prevísajúci bruško, perineum, intergluteálne priestory, medzi prstové priestory nôh. Prejavy sú zhoršované vysokými teplotami, vlhkosťou, maceráciou kože, minimálnym vetraním. Intertrigo sa často sekundárne infikuje, najmä kvasinkou *Candida*, ale k patogenéze môžu prispievať aj iné vírusové alebo bakteriálne patogény, či metabolické ochorenia napr. diabetes, nadmerná obezita, inkontinencia a pod. Prejavy postihujú všetky vekové kategórie (deti, dospelí, seniori). Kvasinky – mikroorganizmy, prirodzene sa u človeka vyskytujúce na slizniciach (ústa, nos, hrdlo, intímne partie žien a mužov), koži, v črevách), v najväčšom zastúpení kmeň plesne Candida. Za normálnych podmienok žijú v rovnováhe s baktériami a tvoria prirodzenú mikroflóru. Pri narušení fyziologických podmienok (zmena pH pokožky, vlhkosti, prítomnosť iných látok) môže dôjsť k premnoženiu kvasiniek a rozvinie sa kvasinková infekcia s rôznym typom postihu – napríklad zmienené intertrigo. Najčastejšie príčiny kvasinkovej infekcie : oslabená imunita (onkologické ochorenia, aplikácia kortikosteroidov, diabetes a iné) , užívanie antibiotík, užívanie hormonálnej antikoncepcie, iné narušenia pH sliznice, nevhodná strava, stres, STD, gravidita, nevhodná spodná bielizeň. Prejavy výrazne ovplyvňujú kvalitu života pacienta (bolestivosť, svrbenie pálenie, foetor) a jeho celkový životný komfort. Pre terapiu je nevyhnutná diferenciálna diagnostika. V prednáške sú demonštrované rôzne typy intertriginoznych postihnutí kože u pestrej skupiny pacientov, spomenutá krátko diagnostika, prevencia a liečba.

ISBN 978-80-69043-08-4

9 788069 043084