

Thomas Werfel - Atopie/ Ekzemerkrankung

ND Fischölpräparat in Futters
 Ekzem ↓ 36% Diaz

Atopie $\begin{cases} \text{intoleranz} \\ \text{extinution} \\ \text{"autoimmun"} \end{cases}$ \rightarrow $\begin{cases} \text{"echt"} \rightarrow \text{schlechte Prägn.} \\ \text{"Wechsel" in} \\ \text{extinution} \end{cases}$ Diaz x2

mütterlicher Stress
 Alkohol in der SS \rightarrow ↑ kindl. Atopierisiko

Casein Hydrolysat mit der letzten Prävention

VAD \rightarrow keine Rolle bei ND

Fomitus \rightarrow kein Effekt durch AT
 Effekt v. Streptococci
 v. Calcium = Inhibitor

2 Antisth \rightarrow 300ml

- ko-Morbiditäten \rightarrow mentale ↑ Diaz
- SIT nicht kontraindiziert

KA + Methylierkurazolone \rightarrow Thymel
 (bis zu 10ppm) Baufi. < 40ppm
 nicht chlorierte Form
 weniger allergen
 100ppm

Gericht
 MI alkalische Kofen - Externarznei

www.coderhack.

- + Parabene Risiko überschätzt
- + Peronitale $\begin{cases} \text{Sparmyd} \rightarrow \text{Vitamin A / Kollagen} \\ \text{Sparmyd} \\ \text{"bleaching"} \end{cases}$
- + Aspartam \rightarrow Formaldehydallergie
 \rightarrow Metabolismus?

Pathomen

Tonillektomie

Mitroinflammation
Genet. Prädisposition
Innere Immunogen
Übergricht



Psoriasis $\left\{ \begin{array}{l} \text{psoriasis} \\ \updownarrow \text{Ps. cum maculatione} \\ \text{n.-psoriasis} - \text{P. vulg} = \text{Plaque} \\ \text{Ps} = \text{E} \end{array} \right.$

generalis. gpp psoriasis
|
DITRA (ohne Psoriasis
surer)

Dia

Interleukin 36 \rightarrow IL 1.

Dia

Tn

Belata \rightarrow IL12/IL23 (p40)

p19 - Antagonisten v. IL-23

MACE

\rightarrow nicht so gut bei Arthritis wie z.B. Humira

"randomized with chavel"

infliximab \rightarrow intermittierend vs. kontinuierlich

höherer Allergenizität
vermutl. der Antwort

Dia

könnte durch MTX verbessert werden

Prognostikators HLA-Cw6 Dias

Tecfela = firmakin

- Lymphopenie < 500
Lc < 3000

Dias

Schaller, Akne

SAPHO \leftrightarrow Bisphosphonate in niedriger Dosierung
TNF-Blocker
Arakima

DAPX \leftrightarrow Acne intense
Hoffmann

Schranzschicht \rightarrow nicht Erythromycinebasal
'defir Erythromycinbasal
-suzinat

Acne intensa \rightarrow Acinetu

Resaser \rightarrow gain of Funktion
Brimonidin Gel 0,5%
Methonidazol 1x tgl.

okuläre Resacea \rightarrow topische Lösung 0,5%
Azithromycin AT
VSD \rightarrow Azasite
Lidranalhygiene
Rifaximin

A. benthamiae — M. canis
Selectivum

Burose

Levodopa / Frakt

FBS / Th Dacarzin
junktionale Blockade ILβ₁

Dauer — Abirateron
Zorac Topiroxin (Tazartolol)
COX II-Inhibition

PPK diffuse
Stale
multifokal
abgeordnete Synthese

Hirnanatom Paradiplom

Wider

Propriolol

? Captopril

STD, Pasokat

Syphilis ↑
Metilmerkur
deramisol Purpura

NS → nur Penicilline

90

G1407 Isolat
heterosexuelle auch

Ceftriaxon 1g
plus

Asitruon
wydin 1.5g

} Partner
~~mit~~ mitbehandeln!
auch bei
fehlender
Symptomatik

Meningokokken

Ciproflox, Cleoprophylaxe

HPV Acyclovir Penicillin
Foscarnet
Valganciclovir

Fall 1

Neutrophile vaskuläre Dermatitis

} Schniteler
Dru
Lupus/G

L Immunel
ANA
C4
Funktion

Fall 2

Infuse Tiere - Igel

Tunicaci
Arthroderma benhamiae

Fall 3

idiop. rezurrezierende palmoplantare

Ht - Test Syndrom

Hilma-
Lentis

Prävention SLIT → starke primäre Prävention

späte Einführung v. Bakterien → erhöht
Immunität
↳ sollten möglichst lang
Bakterien möglichst früh

Endocrine Disrupting Chemicals!

- Octylphenol
- Phytoöstrogene
- Bisphenol
- Triclosan
- Parabene

Therapie

akupunktur signifikant wirksam
geringer Effekt
nachgewiesene Wirksamkeit

sterioide

Langenrachenmuc - dauerhafte
Wirkungssteigerung
↳ Argument
f. SIT

SIT in der Praxis eher nicht
Katzel / intradermal

4x6 höhere Dosis
Quotal Peptide

Heatshock entscheidend!

SLIT / SITT

mono / polysensibilisiert
↳ kein Wirkungsmittel

Vitacaria

akute U.
chron. spontane U.
Inhalationsdne U
siehe Dia!

Att ~~tit~~
Xolair

- Anaphylaxie Patatbrot!
- Aphelische Toonungem nicht möglich
- α 1,3 gal - \rightarrow Dias
- Inzidenzstrategie

Ästhetische Dermatologie

Behandlung v. Melanoma

Autoimmunkrankung M. Anzeichen

- Alopecia areata CRP, Plasmazellen
AT diffus
- Pemphigus heterogenität der Antikörper
Anti-E-Cadherin
IgG - Protektiv?
- bullöses Pemphigoid
- Lupus Thrombozytopenie
Leukozytose?

Thrombozytopenie \rightarrow besser Leukozytose

CLE

DM neue Antikörper
anti-CAD11-AK
Hautgeschwüre!

Neutrophile Dermatosen

relapsing Polychondritis → Ausprägung v. Ohrläppchen!

bilateral
Antrichtharomatose
Knochenknorpel
an anderen Gelenken

CAVE Heißherkeit!

Nase / Sellachase!

Typ II - kalige Antrichtharomatose

D. gangraenosum → direkt nekrotisierende

↳ klinisches Bild entscheidend! ↳ Antikoagulation

M. Behçet

Thrombophilie

bes. venös distal

Antikoagulation w. Immunsuppression

↳ Bakteriolog. Diagnostik negativ

aus läsioneller Haut

orale Aphthen

+ E. nodosum

+ "idiopathische" Thrombosen

↳ "Thrombose der Lungenarterie"
nicht Lungenembolie

Thrombose bes. bei jungen Männern

Behcet Krankh.

Duplex periphere Gefäße
Spiral CT zentralen Gefäße
MRT - Schädel
Thrombophilie Diagnostik

Interiximab für Hirn bes. okularem Befall

Bill Exanthem ^{während} ~~folgt~~ Fieberlauf
persistierender Dermographismus
ohne Juckreiz

↳ care DIC
TTP
MAS = hämorrhagisches Syndrom

Th: IL-6R-Ak = Tocilizumab
IL-1Inw-Ak = Canakinumab } JIA
Kinet

Rheumatoide Vasculitis ↓ ns. TNF bld

↳ = Rheumknoten = Präkursor f. schmerzhafte Verläufe
Ulkus / palpable Purpura
MIT

RF - Rheumaf. Neuropathie! → meist über Nacht
Hypästhesie

CCP / Neurotrophie

Rheumaknoten Hydroxychloroquin

Melanom

Phänotyp im Hauttyp I

↳ evtl. selbst krebsauslösendes
Potenzial

dysplast. N2N → Nicht X2
, kein Melanom

kosmet. / Braunmelanom

Solanum

ASS → Chemoprotektiv evtl. AMS

Tätowierung → no go area
Familie dysp.

CAVE dentigomaligna ≠ Melanoma
in situ

neg. prognostische Indikatoren

- Bei neg. SN
- hohe Tumordicke
- Ulceration des Primärtumors

Kinder/Jugendl. → realer Ausstieg v. Melanomen
UV-Exposition ?

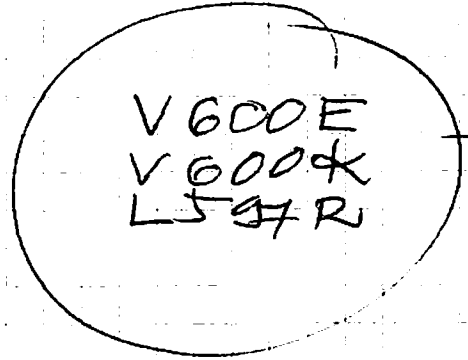
- A
- ~~B~~
- C
- D
- E

komparative genomische Hybridisierung
↳ f. kindl. Spitztumore
+SN

Metastase/Melanom

Vemurafenib - Zelboraf
 Dabrafenib - Tafinlar
 LGX818

hohe med. Ueberleben



Prädiktor f. Response

Kombinationstherapie BRAF + MEK

Immuntk.
 Ipilimumab
 Nivolumab

Kombination mit GM-CSF
 anti-PD-1 Antikörper

T-VEC - onkolytischer Virus
 nur zugänglicher Tumor möglich

Warnung: BRAF nicht immer kombinierbar mit Immuntherapie

spätes Rezidiv bei dünnen Melanomen!
+ neg. SX

SSC

target protein
Sonnenstrahlung = F20
RAS-Inhib → KA

SSC ↑ - Rauchen
andere SSC
entzündl. Darmkrankung

Dermatostomie Ak
Shure + Kachexsionen!

Zyclana

SSC - EGFR-Hemmer Tarcera - Erlotinib
~~metas.~~ gefitinib

Rapamycin

CTCL Pralatrexat - MTX

Remidepsin