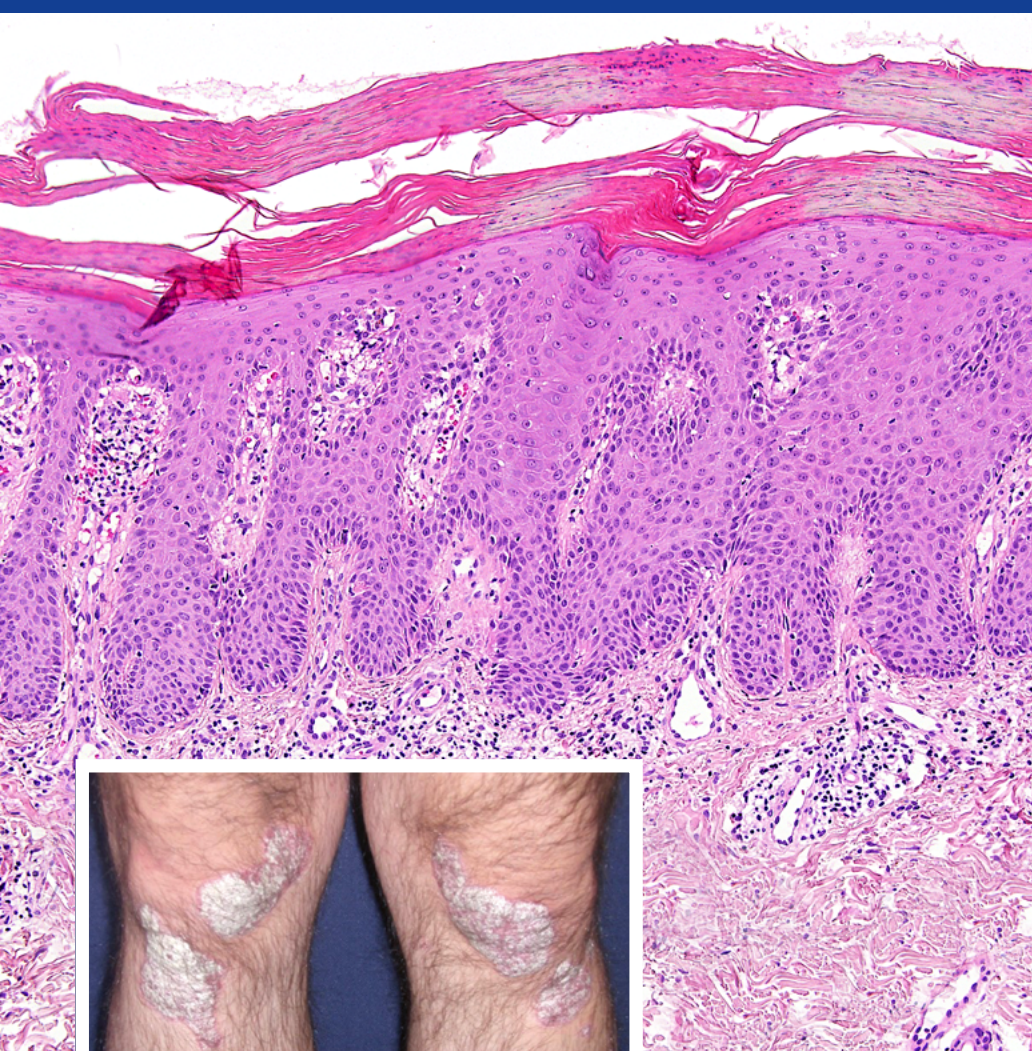


Česká dermato- venerologie

TÉMA ČÍSLA

Psoriáza



POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Prozánětlivý fenotyp v etiopatogenezi
chronických kožních onemocnění
str. 19

KAZUISTIKA

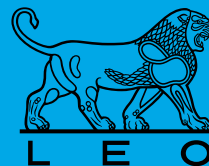
Pyoderma gangraenosum asociované
s jinými zánětlivými onemocněními
(Crohnovou chorobou, psoriatickou
artritidou)

str. 25

ZPRÁVY Z KONGRESŮ

27. národní dermatologický kongres
str. 40

Generální partner časopisu



Partner časopisu

abbvie

Dva kredity ČLK.
Časopis je zařazen do Seznamu
recenzovaných neimpaktovaných
periodik vydávaných v České republice.

Psoriatická nemoc
jde hlouběji pod kůži

Začněte včas
s komplexní léčbou
přípravkem Cosentyx*

5 let

prokázané účinnosti
a bezpečnosti¹

Více než

250 000

pacientů²



Vypadat
lépe

Rychlý a dlouhodobý účinek
na kůži a na obtížné
léčitelné projevy^{1,3-6}



Hýbat se
lépe

**Pomáhá předcházet
nevratnému poškození kloubů⁷**
Úleva od bolesti kloubů
u pacientů s PsA⁸



Cítit se
lépe

**Rychlé a dlouhodobé
zlepšení
kvality života^{1,9}**

INDIKACE – Ložisková psoriáza: Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě středně těžké až těžké ložiskové psoriázy dospělých, dospívajících a dětí od 6 let, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. **Psoriatická artritida:** Přípravek Cosentyx je samostatně nebo v kombinaci s metotrexátem (MTX) indikován k léčbě aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů, u kterých nedošlo k adekvátní odpovědi na předchozí léčbu chorobou modifikujícími antirevmatiky (DMARD). **Ankylozující spondylitida:** Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých pacientů, kteří nedostatečně reagovali na konvenční léčbu.

Zkrácená informace • Cosentyx 150 mg injekční roztok v předplněném peru • Složení: Jedno předplněné pero obsahuje secukinumabum 150 mg v 1 ml. **Indikace:** Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě středně těžké až těžké ložiskové psoriázy dospělých, dospívajících a dětí od 6 let*, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. Přípravek Cosentyx, samotný nebo v kombinaci s metotrexátem, je indikován k léčbě aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů, u nichž se nedostavila adekvátní odpověď na předchozí léčbu chorobou modifikujícími antirevmatiky. Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých, kteří nedostatečně reagovali na konvenční léčbu. *Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě aktivní non-radiografické axiální spondylartritidy s objektivními známkami zánětu indikovanými zvýšeným C-reaktivním proteinem (CRP) a/nebo zobrazením magnetickou rezonancí (MRI) u dospělých, kteří neodpovídají adekvátně na nesteroidní protizánětlivá léčiva (NSAID). **Dávkování: Ložisková psoriáza u dospělých:** Doporučená dávka je 300 mg secukinumabu ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíčními udržovacími dávkami. Každá dávka 300 mg se podává v jedné subkutánní injekci 300 mg nebo ve dvou dílčích subkutánních injekcích po 150 mg. **Ložisková psoriáza u pediatrické populace (dospívající a děti od 6 let):** Doporučená dávka se odvíjí od tělesné hmotnosti (viz níže) a podává se ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíčními udržovacími dávkami. Každá dávka 75 mg je podána jako jedna subkutánní injekce 75 mg. Každá dávka 150 mg je podána jako jedna subkutánní injekce 150 mg. Každá dávka 300 mg se podává v jedné subkutánní injekci 300 mg nebo ve dvou dílčích subkutánních injekcích po 150 mg. Doporučená dávka pro pediatrické pacienty s ložiskovou psoriázou (tělesná hmotnost v době podání/ doporučená dávka): <25 kg/75 mg; 25 to <50 kg/75 mg; ≥50 kg/150 mg (U hmotnosti ≥50 kg může být dávka zvýšena na 300 mg. U některých pacientů může vyšší dávka znamenat větší prospěch.). Injekční roztok v předplněném peru s dávkou 150 mg není určen k podávání dětským pacientům s hmotností <50 kg. Pro podání v této populaci je vhodná dávka 150 mg ve formě prášku pro přípravu injekčního roztoku. **Psoriatická artritida:** U pacientů se současně přítomnou středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou nebo u pacientů nedostatečně odpovídajících na anti-TNF α (IR), je doporučená dávka 300 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíčními udržovacími dávkami. U ostatních pacientů je doporučená dávka 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíčními udržovacími dávkami. **Ankylozující spondylitida (AS, radiografická axiální spondylartritida):** Doporučená dávka je 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíčními udržovacími dávkami. Dávka může být zvýšena na 300 mg na základě klinické odpovědi. Každá dávka 300 mg se podává v jedné subkutánní injekci 300 mg nebo ve dvou dílčích subkutánních injekcích po 150 mg. **Non-radiografická axiální spondylartritida (nr-axSpA):** Doporučená dávka je 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíčními udržovacími dávkami. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce (např. aktivní tuberkulóza). **Zvláštní upozornění/ varování:** Za účelem zlepšení sledovatelnosti biologických léčebných přípravků je nutné pečlivě zaznamenat název a číslo šarže podaného přípravku. Opatrnosti je zapotřebí, pokud se uvažuje o použití secukinumabu u pacientů s chronickou infekcí nebo opakovanou infekcí v anamnéze. Pacienti je nutné poučit, aby vyhledali lékařskou pomoc, pokud se objeví známky nebo příznaky naznačující přítomnost infekce. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, je nutné pacienta pečlivě sledovat a nepodávat secukinumab, dokud infekce neodezní. *Sekukinumab se nedoporučuje u pacientů se závažným onemocněním střev. Pokud se u pacienta objeví známky a příznaky závažného onemocnění střev nebo dojde-li k exacerbaci již existujícího závažného onemocnění střev, je třeba secukinumab vysadit a zahájit odpovídající lékařskou péči. * Pokud se objeví anafylaktická nebo jiné závažné alergické reakce, musí se podávání secukinumabu okamžitě přerušit a zahájit vhodnou léčbu. * Před zahájením léčby přípravkem Cosentyx se doporučuje u pediatrických pacientů provedena všechna věku odpovídající očkování podle současných pokynů pro očkování. * Živé vakcíny nesmí být podávány současně se secukinumabem. Ve studiích s lupénkou nebyly vyhodnocovány bezpečnost a účinnost secukinumabu v kombinaci s imunosupresivy, včetně biologické léčby, nebo fototerapií. **Interakce:** Ve studii u subjektů s ložiskovou psoriázou nebyly pozorovány interakce mezi secukinumabem a midazolamem (substrát CYP3A4). Při současném podávání secukinumabu s metotrexátem (MTX) a/ nebo s kortikosteroidy nebyly v artritických studiích (včetně pacientů s psoriatickou artritidou a axiální spondylartritidou) pozorovány žádné interakce. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu ještě nejméně 20 týdnů po ukončení terapie používat účinnou metodu kontracepce. Podávání přípravku Cosentyx v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se secukinumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům secukinumabu na kojené dítě je nutno na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku rozhodnout, zda během léčby a po dobu až 20 týdnů od ukončení léčby přerušit kojení nebo přerušit léčbu secukinumabem. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Infekce horních cest dýchacích. Časté: Orální herpes, tinea pedis, rinorea, diarea. * bolest hlavy, nauzea, únava. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. **Dostupné lékové formy/ velikosti balení:** Jednorázová předplněná injekční stříkačka vložená do pera SensoReady, balení obsahuje 2 předplněná pera. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/14/980/005. **Datum registrace:** 15.1.2015. **Datum poslední revize textu SPC:** 18.2.2021. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merion Road, Dublin 4, Irsko. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.** *Všimněte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.

REFERENCE: 1. Bissnonette R et al. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2018;32(9):1507-1514. 2. Novartis press release: <https://www.novartis.com/news/media-releases/novartis-cosentyx-positive-16-week-prevent-results-advance-potential-new-indication-patients-axial-spondyloarthritis>, datum přístupu 8.1.2020 3. Langley RG et al. N Engl J Med. 2014;371(4):326-338. 4. Gottlieb A, et al. PGC 2017. Presentation P026. 5. Reich K, et al. PGC 2017. Presentation P021. 6. Bagel J, et al. J Am Acad Dermatol 2017;77:667. 7. Mease, P., McInnes, I.B., Rheumatol Ther. 2016. 3(1); p. 5-29. 8. Mease P et al. Ann Rheum Dis 2018;0:1-8. 9. Strober B et al. J Am Acad Dermatol. 2017;76(4):655-661. 10. SPC přípravek Cosentyx: www.sukl.cz.

* Komplexní léčba přípravkem Cosentyx je definována jako účinnost v oblasti kožních manifestací onemocnění a perzistentních psoriatických projevů - nehty, kůže, dlaně a chodidla a zároveň na psoriatickou artritidu, kde pomáhá předcházet nevratnému strukturálnímu poškození kloubů (u PsA) a zlepšuje kvalitu života. • PsA = psoriatická artritida



*Radostné prožití vánočních svátků
a mnoho osobních i pracovních úspěchů
v novém roce Vám přeji*

prof. MUDr. Vladimír Vašků, CSc., IFAAD

prof. MUDr. Jana Třešňák Hercogová, CSc., MHA, IFAAD

OBSAH

CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Třešňák Hercogová J., Vašků V., Zelenková D.,
Strejček J. Psoriáza. Doporučený diagnostický
a léčebný postup 3

POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Vašků A., Vašků V. Prozářlivý fenotyp v etiopatogenezi
chronických kožních onemocnění 19

DERMATOLOGIE A OSTATNÍ OBORY

Snopková S., Husa P. Interní symptomatologie
u onemocnění covid-19 22

KAZUISTIKA

Krajčovičová Z. Pyoderma gangraenosum
asociované s jinými zánětlivými onemocněními
(Crohnovou chorobou, psoriatickou artritidou) –
popis klinického případu 25
Stěpanova S., Křížková V., Mašíňová B. Granuloma
faciale 28

HISTORIE

Černý K. A cicatricum deformitate tueri: neštovice,
zjizvení a počátky očkování 31
Vašků V. Historie I. dermatovenerologické kliniky
Lékařské fakulty Masarykovy univerzity – ke stoletému
výročí v roce 2020 34

AKTUALITY, ZPRÁVY Z KONGRESŮ

27. národní dermatologický kongres 40

VĚDOMOSTNÍ TEST

. 51

KALENDÁŘ ODBORNÝCH AKCÍ

. 52

POKYNY PRO AUTORY

. 53

REJSTŘÍKY

. 55

ZÁPIS ZE XVII. SJEZDU SDRUŽENÍ AMBULANTNÍCH DERMATOVENEROLOGŮ ČR

. 59

CONTENTS

CONTINUOUS EDUCATION

Tresnak Hercogova J., Vasku V., Zelenkova D.,
Strejcek J. Psoriasis. Psoriasis guideline 3

POSTGRADUATE EDUCATION

Vasku A., Vasku V. Proinflammatory phenotype
in the etiopathogenesis of the chronic skin diseases 19

DERMATOLOGY AND OTHER SPECIALISATIONS

Snopkova S., Husa P. Internal symptomatology
in covid-19 22

CASE REPORT

Krajcovicova Z. Pyoderma gangraenosum associated
with other inflammatory diseases (Crohn's disease
and psoriatic arthritis) – case study 25
Stepanova S., Krizkova V., Masinova B. Granuloma
faciale 28

HISTORY

Cerny K. A cicatricum deformitate tueri: smallpox,
scarring and beginning of the inoculation 31
Vasku V. History of the 1st clinic of dermatovenerology
of the Faculty of medicine of the Masaryk university –
on the occasion of 100 years anniversary 34

NEWS, REPORTS FROM CONGRESSES

27th national congress of dermatology 40

TEST

. 51

CALENDAR OF PROFESSIONAL EVENTS

. 52

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

. 53

INDEX

. 55

MINUTES FROM XVII. CONGRESS OF THE ASSOCIATION OF OUTPATIENT DERMATOVENEROLOGISTS OF THE CZECH REPUBLIC

. 59

Česká dermato- venerologie

PŘEDSEDKYNĚ REDAKČNÍ RADY

prof. MUDr. Jana Třešňák Hercogová, CSc., MHA

ŠÉFREDAKTORKA

MUDr. Michaela Lizlerová

REDAKTORKA

Mgr. Barbora Vodičková

REDAKČNÍ RADA

MUDr. Jan Ernest, Ph.D.,
prof. MUDr. Jan Janda, CSc.,
MUDr. Aleš Herman, Ph.D.,
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA,
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.,
prof. MUDr. Milan Macek jr., DrSc.,
doc. MUDr. Jan Měšťák, CSc.,
prof. MUDr. Michal Michal,

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.,
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.,
prim. MUDr. Jaroslav Strejček, CSc.,
prof. MUDr. Vladimír Vašků, CSc.,
prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

MEZINÁRODNÍ REDAKČNÍ RADA

Prof. Gjorgij Gocev, MD (Skopje, Makedonie),
prof. Andreas Katsambas, MD (Atény, Řecko),
prof. Torello Lotti, MD (Řím, Itálie),
prof. Miloš Nikolić, MD (Bělehrad, Srbsko),
prof. Juraj Pěč, MD (Martin, Slovensko),
prof. Jacek Szepietowski, MD (Krakov, Polsko),
prof. Mirna Šitum, MD (Záhřeb, Chorvatsko),
Pedrag Stilet, MD (Budva, Černá Hora),
prof. Kenneth Tomecki, MD (Cleveland, USA)

GRAFICKÁ ÚPRAVA

Antonín Plicka



VYDÁVÁ

Grada Publishing, a.s.,
www.grada.cz

ADRESA REDAKCE:

Grada Publishing, a.s.
Redakce zdravotnické literatury 420,
U Průhonu 22
170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 568, 401, 402
mobil: +420 703 143 157
e-mail: lizlerova@grada.cz, kucmasova@grada.cz

Vydavatel a redakční rada nenesou
odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných
materiálů komerčního povahy.
Časopis je indexován v Bibliographia medica
Cechoslovaca.
Časopis je zařazen do Seznamu recenzovaných
neimpaktovaných periodik vydávaných
v České republice.

Vytiskl Tribun EU s.r.o., Brno
Časopis vychází 30. 12. 2021
číslo 4/2021, ročník 11
MK CR E 20347
ISSN 1805-0611 (Print), ISSN 2787-9070 (On-line)

Upozornění pro čtenáře a uživatele tohoto časopisu

Všechna práva vyhrazena. Žádná část tohoto tištěného či elektronického časopisu nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití tohoto časopisu bude trestně stíháno.



Psoriáza

Doporučený diagnostický a léčebný postup

■ Třešňák Hercogová J., Vašků V., Zelenková D., Strejček J.

Čes. Dermatovenerol., 2021, 11, č. 4, s. 3-17

Psoriáza je častý, chronický, neinfekční, geneticky a imunitně podmíněný zánět kůže. Manifestuje se variabilním klinickým obrazem a její průběh je charakterizován obdobími exacerbace a remise. Provokujícími faktory jsou vlivy vnitřní (infekce, léky, kouření, alkohol, stres) i vnější (fyzikální, chemické). Psoriáza je vzhledem k asociaci s dalšími chorobami považována za systémové onemocnění, nejčastěji se vyskytuje s psoriatickou artritidou, ale i dalšími komorbiditami (kardiiovaskulární, obezita, diabetes mellitus, IBD, uveitidy aj.). Pacienti mají významně zhoršenou kvalitu života a v případech těžkých forem psoriázy i zkrácenou délku života.^(1, 2)

Doporučený klinický postup léčby psoriázy vznikl z praktické potřeby standardizace vyšetřování a terapie **pacientů se středně těžkou a těžkou plakovou psoriázou** v Evropě. Byl vypracován v roce 2020 Evropským dermatologickým fórem, konkrétně skupinou pro klinické postupy (23 dermatologů ze 14 zemí Evropy, zástupci pacientů) vedenou prof. Alexandrem Nastem z University Charité v Berlíně. Doporučený klinický postup je určen dermatologům v nemocnicích i ambulancích, plátcům zdravotní péče a zdravotnickým autoritám.⁽³⁾

Protože ambicí této skupiny kolegů je implementace evropských doporučení do národních léčebných schémat, rozhodnul se výbor České akademie doporučení upravit podle lokálních potřeb. Předložený doporučený klinický postup diagnostiky a léčby psoriázy je připraven s ohledem na specifika ČR, konkrétně je sepsán k **12. 12. 2021** podle podmínek dostupnosti a úhrady léčiv u nás. Léky v něm uvedené jsou pouze ty, které jsou indikovány pro léčbu psoriázy, nezahrnuje *off-label* preparáty. Navíc se tento **český doporučený klinický postup** stal podkladem pro uvedení Programu kvality léčby psoriázy, jehož cílem je jednak standardizace léčby a jednak bonifikace dermatologů, kteří poskytují péči podle tohoto doporučeného postupu svým pacientům.

VYŠETŘOVACÍ ALGORITMUS

1 **Diagnostika:** klinický obraz je variabilní (**tab. 1**), příp. dermatohistopatologické vyšetření kožní biopsie

Histopatologický obraz

Líší se podle typu psoriázy a délky trvání projevů.⁽⁴⁾

U časných projevů psoriázy gutátního typu pozorujeme rozšířené venuly, lymfocytární infiltrát kolem cév, část lymfocytů je zachycena i v epidermis.

Postupně jsou přítomny oblasti s parakeratózou (neúplným rohověním keratinocytů se zbytky jader i v horní části epidermis), do které začínají také pronikat neutrofilové a vytvářet Munroovy neutrofilní mikroabscesy. Zaniká granulózní vrstva, rozšiřuje se stratum spinosum a mitotická aktivita epidermis vůbec. Akantózu charakterizují rozšířené a prodloužené epidermální výběžky. Kolem rozšířených cév v horní dermis se shlukují neutrofilové, zvyšuje se počet mastocytů.

U pustulózního typu psoriázy dochází k vystupňování chemoatrakce neutrofilů, která vede k tvorbě spongiformních pustul.

U psoriatické erythrodermie je přítomna dilatace cévní složky v horním koriu.



2 Určení typu psoriázy

- shrnuje **tabulka 1**.

Tab. 1 Určení typu psoriázy podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), průběhu onemocnění, typu eflorescencí a jejich distribuce⁽¹⁾

Klasifikace podle			
MKN10	Průběh onemocnění	Typ eflorescencí a distribuce	
L40.4	Akutní <ul style="list-style-type: none"> • gutátní, numulární • erytrodermická 	Papula, plak	Psoriasis vulgaris lokalizovaná: <ul style="list-style-type: none"> • vulgaris (plaková, chronicky stacionární) • kštice (capitis) • nehtů (unguium) • palmoplantární • inverzní
L40.1	• pustulózní generalizovaná		diseminovaná: <ul style="list-style-type: none"> • gutátní a numulární
L40.0	Chronický <ul style="list-style-type: none"> • vulgaris (plaková forma) • kštice (capitis) • nehtů (ungium) 	Pustula	Pustulózní psoriáza lokalizovaná: <ul style="list-style-type: none"> • palmoplantární pustulóza
L40.3	• palmoplantární		generalizovaná: <ul style="list-style-type: none"> • generalizovaná pustulóza
L40.8	• inverzní		
L40.5	p. arthropatica		

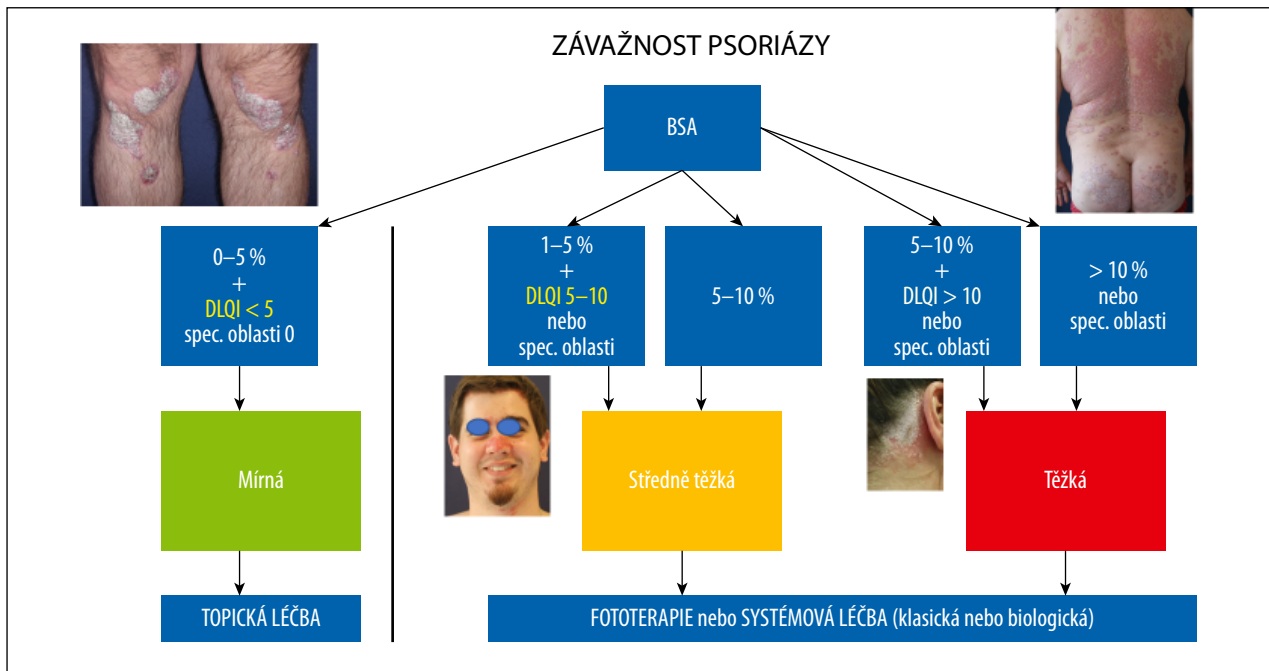
3 Určení závažnosti psoriázy: BSA, skóre PASI, PGA + DLQI (tab. 2, 3, 4, obr. 1)

Psoriázu lze podle závažnosti zjednodušeně rozdělit do dvou kategorií:

- psoriáza mírná a středně těžká, kdy lze remise dosáhnout topickou léčbou a fototerapií,
- psoriáza středně těžká a těžká, která vyžaduje léčbu fototerapií a systémovými léky.⁽⁴⁾

Tab. 2 Nástroje používané k určení závažnosti psoriázy (PASI – Psoriasis Area Severity Index, BSA – Body Surface Area, PGA – Patient Global Assessment, DLQI – Dermatology Quality of Life)

Nástroj	Komentář
PASI	<ul style="list-style-type: none"> • nejčastěji používaný v klinických studiích; „ZLATÝ STANDARD“ • popisuje rozsah i vzhled ložisek; ne postihuje „citlivých oblastí“ • stupnice 0–72 není intuitivní
BSA	<ul style="list-style-type: none"> • klasifikace závažnosti onemocnění × malé léze • jednodušší výpočet 0–100 • popis rozsahu, ale nehodnotí závažnost lézí • nezohledňuje postižení „citlivých speciálních oblastí“
PGA	<ul style="list-style-type: none"> • hodnocení erytému, šupin a indurace • neposuzuje velikost postižené plochy • jedno vybrané ložisko • existence různých stupnic (5–7) s omezenou konzistencí • odpověď na léčbu (tj. % pacientů s PGA 0/1)
DLQI	<ul style="list-style-type: none"> • dotazník kvality života pacienta • 0–30



Obr. 1 Závažnost psoriázy – klasifikace podle⁽⁴⁾

- 4 Screening komorbidit:** stanovení BMI, krevní tlak, glykemie, lipidy v séru
 Posouzení dalších systémových projevů – vyloučení psoriatické artritidy (dotazník PEST, **tab. 3**), event. odeslání pacienta ke specialistovi (reumatolog, gastroenterolog, obezitolog, kardiolog atd.).

Tab. 3 Dotazník PEST

PEST dotazník: 3 a více odpovědí ANO – ad revmatolog	ANO	NE
Trpěl jste otokem kloubu?		
Sdělil vám lékař, že máte artritidu?		
Máte na nehtech prstů dolíčky?		
Bolí vás někdy pata?		
Otekl vám někdy celý prst nebo byl bolestivý bez příčiny?		

- 5 Léčba**
 Podle Evropského doporučeného léčebného postupu⁽³⁾ s přihlédnutím k lékům dostupným v ČR a hrazeným **k 12. 12. 2021** ze zdravotního pojištění lze shrnout terapii různé tíže onemocnění takto:

MÍRNÁ PSORIÁZA

Topická léčba (tab. 5)



Tab. 4 Dermatologický index kvality života (DLQI – Dermatology Life Quality Index)

Jméno:			
Dg.:		Skóre:	
Cílem tohoto dotazníku je zhodnotit, do jaké míry vaše kožní choroba ovlivnila váš život v posledním týdnu . Prosím, zaškrtněte ✓ jeden čtvereček u každé otázky.			
1.	Jak hodně vaše kůže během posledního týdne svědila, bolela, páčila nebo byla citlivá či podrážděná?	velmi mnoho hodně málo vůbec ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Nakolik jste byl během posledního týdne uveden do rozpaků nebo jste si sám uvědomoval stav své kůže?	velmi mnoho hodně málo vůbec ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Jak moc vám během posledního týdne vaše kožní choroba překážela při nakupování, péči o domácnost nebo zahradu?	velmi mnoho hodně málo vůbec ne není podstatné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Nakolik ovlivnil stav vaší kůže během posledního týdne výběr oblečení?	velmi mnoho hodně málo vůbec ne není podstatné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Nakolik stav vaší kůže během posledního týdne ovlivnil vaše společenské aktivity a náplň volného času?	velmi mnoho hodně málo vůbec ne není podstatné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Jak vám stav vaší kůže během posledního týdne vadil při sportu?	velmi mnoho hodně málo vůbec ne není podstatné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7a.	Zabránil vám stav vaší kůže během posledního týdne pracovat nebo studovat?	ano ne není podstatné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7b.	Pokud ne, překážel vám během posledního týdne stav vaší kůže při práci nebo studiu?	hodně málo vůbec ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Měl jste kvůli stavu vaší kůže v posledním týdnu nějaké problémy ve styku s partnerem, blízkými přáteli nebo příbuznými?	velmi mnoho hodně málo vůbec ne není podstatné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Měl jste kvůli stavu vaší kůže v posledním týdnu sexuální problémy?	velmi mnoho hodně málo vůbec ne není podstatné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Způsobila vám léčba vašeho kožního onemocnění během posledního týdne nějaké problémy, např. zabrala příliš času, způsobila nepořádek?	velmi mnoho hodně málo vůbec ne není podstatné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prosím, zkontrolujte, zda jste odpověděli na každou otázku. Děkujeme.		Podpis:	
Datum:			

Tab. 5 Topická léčba psoriázy dle ⁽⁶⁾

Skupiny	Účinná látka	Název	Dávkování	Děti	Gravidita/kojení	Cave	Úhrada
Deriváty vitamínu D₃ + kortikoidy (fixní kombinace)	kalipotriol monohydrát + betametason dipropionát	Enstilar 60 g Daivobet 30 g, 60 g	1x denně < 30 % BSA < 15 g/den (= 1 balení/4 dny) max. 4 týdny, poté 2x týdně	NE	?/?	NE obličeje, genitál	pouze torpidní lokalizovaná psoriáza max. 100 g/týden
Kortikoidy I. třída	hydrokortison acetát	Hydrocortison 10 g	10–60 g/týden	max. 14 dnů	malé plochy / NE prsy	obličeje do 10 dnů	ano
Kortikoidy II. třída	triamcinolon acetonid	Triamcinolon E – 20 g	< 10 g/týden 1–2 týdny	> 3 roky	NE		pouze inverzní psoriáza
		Triamcinolon S – 30 g	< 10 g/týden 1 týden	malé plochy	NE		pouze psoriasis vulgaris
Kortikoidy III. třída	aklometason dipropionát	Afloderm 20 g	2–3 týdny	> 3 měsíce	?/ ne na prsy		ano
	mometasol furoát	Elocom 15 g, 30 g	NE na velké plochy	> 2 roky	?/?		ano
Kortikoidy IV. třída	betametason dipropionát	Beloderm 30 g	< 3 týdny	> 1 rok	malé plochy/NE		ano
	klóbetasol propionát	Dermovate 25 g	< 50 g / týden < 4 týdny	> 1 rok	malé plochy/? NE prsy		ano
Antralin (cignolin) – k minutové léčbě (Ingramova metoda)			0,1–3% 10–30 min.	> 12 let	0		ano
Dehet – též ke Goeckermanově metodě s UV			0,5–5% < 5 % BSA	> 1 rok	0		ano

BSA – body surface area



STŘEDNĚ TĚŽKÁ PSORIÁZA

Topická léčba (viz výše tab. 5) + fototerapie

Fototerapie

- **úzké spektrum UVB** (308–313 nm) nebo **fokusovaná fototerapie (excimerové světlo 308 nm)**:
 - 3× týdně, 6 týdnů,
- indikace palmoplantární, diseminovaná psoriáza,
- nežádoucí účinky akutní, chronické,
- problém: není vždy dostupná.⁽¹⁾

TĚŽKÁ PSORIÁZA

Konvenční léčiva k systémové terapii psoriázy jsou určena **pro dospělé pacienty**. Zahrnují acitretin, cyklosporin a metotrexát.

ACITRETIN (Neotigason tbl. 10 mg, 25 mg)

Acitretin je analogon kyseliny retinové, nemá proto imunosupresivní účinek a hodí se i u pacientů s chronickými infekcemi. Nástup účinku je pomalý.

Je hrazen k léčbě těžkých generalizovaných forem psoriázy a všech forem pustulózní psoriázy nereagujících na jinou léčbu.

Dávkování: 0,5–1 mg/kg/den, obvykle počáteční dávka 25–30 mg denně po dobu 2–4 týdnů, poté lze denní dávku zvýšit až na 75 mg. Po dosažení remise se dávka snižuje na nejnižší účinnou, acitretin lze podávat dlouhodobě.

Nežádoucí účinky: cheilitida, xeróza, epistaxe, hyperlipidemie, hepatopatie, u dětí abnormality skeletu, teratogenicita.

Kontraindikace: závažné poškození jater a ledvin, alkoholismus, závažná hyperlipidemie, gravidita, kojení.

Ženy ve fertilním věku musí po dobu léčby a ještě 3 roky po jejím skončení užívat účinnou antikoncepci.

Interakce: TTC, kyselina acetylsalicylová, multivitaminy (vit. A), metotrexát.

CYKLOSPORIN (Ciclosporin Mylan, Equoral 25 mg, 50 mg, 100 mg)

Cyklosporin je imunosupresivum, blokuje transkripci cytokinů v aktivovaných T-lymfocytech. Má rychlý nástup účinku, hodí se ke krátkodobé léčbě po dobu 3–4 měsíců, nejdéle 2 let.

Dávkování: 2,5–5 mg/kg/den, obvykle se začíná 2,5 mg/kg/den rozděleně ve dvou dávkách. Pokud není dosaženo efektu do 4 týdnů, dávka se zvyšuje až na 5 mg/kg/den.

Nežádoucí účinky: nefrotoxicita, hypertenze, nauzea, diareta, myalgie, cefalea, > K, < Mg, hyperlipidemie, hypertrichóza, hyperplazie dásní.

Kontraindikace: nefropatie, dekompenzovaná hypertenze, závažné infekce, malignity (i v anamnéze), současná fototerapie, očkování živými vakcínami.

Interakce:

- karbamazepin, fenytoin, rifampicin, orlistat, tiklopidin, terbinafin, sulfonamidy při i. v. podání, třezalka (snižují hladinu cyklosporinu),
- antimykotika, makrolidy, diltiazem, rikardipin, verapamil, grapefruit (zvyšují hladinu cyklosporinu),
- digoxin, aminoglykosidy, antiretrovirotika, kolchicin, statiny, NSAID.

METOTREXÁT (Methotrexate Ebewe, Methotrexate Orion, Trexan Neo 2,5 mg, 5 mg, 10 mg)

Metotrexát je cytostatikum s protizánětlivým účinkem, který nastává do 6–8 týdnů. Je určen k dlouhodobé léčbě.

Dávkování: 0,2–0,7 mg/kg/den, obvykle je počáteční dávka 5 mg 1× týdně a za týden po kontrole krevního obrazu se zvyšuje na 7,5–15 mg týdně, nejvíce 25 mg 1× týdně. Vzhledem k teratogenitě musí ženy ve fertilním věku užívat antikoncepci po dobu užívání léku a dále ještě 6 měsíců po jejím skončení. Podobně musí užívat antikoncepci i tehdy, je-li léčen partner (po dobu léčby a 6 měsíců poté).

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, únava, abnormality KO, hepatotoxicita, pneumotoxicita.

Kontraindikace: závažné infekce, závažná porucha funkce jater a ledvin, hematologická onemocnění, gastroduodenální vřed, abúzus alkoholu, imunosuprese, muži a ženy plánující početí, gravidita, kojení, očkování živými vakcínami.

Interakce: salicyláty, NSAID, barbituráty, fenytoin, deriváty sulfonylurey (PAD), TTC, PNC, aminoglykosidy, etanol, warfarin, kotrimoxazol, antiepileptika, retinoidy.

Volbu systémové léčby těžké psoriázy podle úhrad ze zdravotního pojištění shrnuje **tabulka 6**.



Tab. 6 Volba systémové léčby těžké psoriázy (podle úhrad ze zdravotního pojištění ke dni 12. 12. 2021)⁽⁵⁾

Systémová léčba těžké psoriázy		Podmínky úhrady
1. volba	acitretin, cyklosporin, metotrexát, adalimumab	
2. volba	apremilast	po jednom konvenčním léčivu nebo fototerapii
	biosimilární adalimumab, etanercept, certulizumab, infliximab, ustekinumab, sekukinumab, ixekizumab, brodalumab, guselkumab, rizankizumab	po dvou předchozích konvenčních léčivech včetně fototerapie nebo po předchozím jiném biologiku

Volbu systémového léku podle komorbidit a vyšetření před léčbou a při jejím monitorování shrnují **tabulky 7 a 8**.

Tab. 7 Volba konvenčního léčiva podle komorbidit, podle⁽³⁾

Psoriáza a další diagnózy	acitretin	cyklosporin	metotrexát
psoriatická artritida			periferní postižení
m. Crohn	zejména mírná paradoxní psoriáza		2. volba p. o.
ulcerózní kolitida	zejména mírná paradoxní psoriáza	2. volba p. o.	
diabetes mellitus/metabolický syndrom			
dyslipidemie			
srdeční selhání			
ICHS			
latentní/léčená tbc			
gravidita		Preferovaný konvenční lék	

1. volba
 2. volba nebo méně silné doporučení
 kontraindikace
 spíše kontraindikace
 nejsou evropská doporučení

Tab. 8 Vyšetření před léčbou a monitorování terapie konvenčními léky v uvedených týdnech léčby, podle⁽³⁾

	Před léčbou	1. týden	4. týden	8. týden	12. týden	16. týden
KO a diff.				1		2
jaterní enzymy				1		2
kreatinin				1		2
moč chemicky						2
glykemie						
natrium, kalium						2
magnesium						2
kyselina močová						2
TRG, chol, HDL						1 2
albumin					1	
PIIINP		1				
HIV						
HBV/HCV						
těhotenský test						3

acitretin
 cyklosporin
 metotrexát
 PIIINP - N-terminální polypeptid prokolagenu III. typu
 1 - dále à 12 týdnů 2 - dále à 4-8 týdnů 3 - dále à 4 týdny po dobu léčby plus 3 roky po skončení léčby