

Česká dermato- venerologie

TÉMA ČÍSLA

Atopický ekzém



POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Ivanková B., Baloghová J. Nežiadúce kožné prejavy onkologickej liečby
str. 25

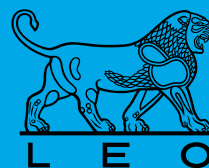
NOVINKY V TERAPII

Jánošíková B., Baloghová J., Takáčová G. Využitie protizápalového a antimikrobiálneho účinku dapsónu v liečbe recidivujúceho erysipelasu
str. 35

KAZUISTIKY

Drlík Z., Drlík L. Pyoderma gangraenosum břicha, prsu a bérce – popis případu
str. 39

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 chorobu modifikujícími antirevmatiky (DMARD). **Ankylozující spondylitida:** Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých pacientů, kteří nedostatečně zareagovali 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 chorobu modifikujícími antirevmatiky. Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých, kteří nedostatečně zareagovali 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 měsíční udržovací dávkou. * Na základě klinické odpovědi může udržovací dávka 300 mg každé 2 týdny poskytnout další přínos pro pacienty s tělesnou hmotností 90 kg nebo vyšší. * 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 a podává se ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. 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 viz doporučení pro ložiskovou psoriázu pro dospělé. * 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 měsíční udržovací dávkou. U ostatních pacientů je doporučená dávka 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. *Dávka může být zvýšena na 300 mg na základě klinické odpovědi. **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 měsíční udržovací dávkou. 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 (nraxSpA):** Doporučená dávka je 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. ***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 léčivých 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 zánětlivé přítomnosti infekce. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, je nutné pacienta pečlivě sledovat a nepodávat secukinumab, dokud infekce neodezní. *Secukinumab se nedoporučuje u pacientů se zánětlivým onemocněním střev. Pokud se u pacienta objeví známky a příznaky zánětlivého onemocnění střev nebo dojde-li k exacerbaci již existujícího zánětlivého 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, aby byla u pediatrických pacientů provedena všechna věku odpovídající očkování podle současných pokynů pro očkování. * Živí vakcíny nesmí být podávány současně se secukinumabem. Ve studiích s lupénkou nebyly vyhodnocovány bezpečnost a účinnost secukinumabu v kombinaci s imunosupresivou, včetně biologické léčby, nebo fototerapií. **Interakce:** Ve studii u subjektů s ložiskovou psoriázou nebyly pozorovány interakce mezi secukinumabem a midazolamem (substát CYP3A4). Při současném podávání secukinumabu s metotrexátem (MTX) a/ nebo s kortikosteroidy nebyly v artritických studech (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 kojení 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 uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Jednorázová předplněná injekční stříkačka vložená do pera SensorReady, 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:** 20.1.2022. **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. Bissonnette 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-spondylarthritis>, 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 přípravku 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



Milé kolegyně a milí kolegové,

náš časopis vstupuje do 12. roku, po celou dobu se snažíme přinášet nově zpracovaná témata, přehledné články a doporučení pro denní praxi dermatologa/dermatovenerologa. Ten je však nyní „jako druh“ ve vážném ohrožení, což pociťují zejména naši pacienti, když se chtějí objednat k vyšet-

ření. Během posledních let se zvyšuje náš průměrný věk, což není dáno nezájmem o obor, ale mj. prodloužením rodičovských dovolených. Dermatovenerolog po atestaci opouští lůžkové zařízení a nastupuje do privátní praxe, kde se věnuje velmi často jen estetické dermatologii, venerologie není preferována vůbec. Ale naši pacienti mají i „normální kožní choroby“, které vyžadují stále větší erudici proto, že máme k dispozici nové vyšetřovací metody a nové účinné léky, které vyžadují více znalostí. Náš obor se přesouvá prakticky výhradně do ambulancí, neboť jsou trvale rušena kožní lůžka. Dermatologie již dávno není popelkou mezi ostatními obory a pro plátce zdravotních pojišťoven jsme významnými partnery. Reaguje na to ale naše specializační příprava?

Náplň specializačního vzdělávání je určována akreditační komisí, která v posledních letech téměř výhradně rozhoduje o tom, komu udělit a komu neudělit statut akreditovaného pracoviště. Rozhodování se obvykle omezuje na to, co žadatel deklaruje, např. zda má, či nemá zástinový mikroskop, nikdo neověřuje, jak vzdělávání probíhá v praxi. V době mého dermatologického mládí existovali hlavní odborník a krajští odborníci. V jejich náplni práce bylo znát svůj kraj, jezdit na vizity do nemocnic a navštěvovat ambulance, kontrolovat vybavení, dnes bychom asi řekli standardy léčebné péče.

Pokud potřebujeme vyškolit více dermatologů, je třeba přesunout většinu specializační přípravy do ambulancí a celkově ji zkrátit na dobu obvyklou v EU, tedy na nejdéle 4 roky. Nebo si myslíte, že vám do praxe více dalo trávit čas psaním propouštěcích zpráv než práce na ambulanci s možností konzultovat atestovaného kolegu?

V každém případě je třeba se dále vzdělávat i poté, co atestaci složíme, prakticky trvale. Pokud vám k tomu pomáhají jak náš časopis, tak odborné akce pořádané Českou akademií dermatovenerologie, jsem ráda. V tomto čísle najdete doporučený léčebný postup atopické dermatitidy, řadu zajímavých kazuistik a pozvání na 28. národní dermatologický kongres 27.-28. května v Praze.

Hlavní ale je, abychom mohli dále normálně žít a radovat se ze života, což je dnes zvlášť těžké. Doufejme, že absurdní válka brzy skončí. Sláva Ukrajině!

V úctě

Jana Třešňák Hercogová

Foto na obálce:

fotografie (klinický obraz) je z publikace Hercogová J, et al. Klinická dermatologie. 1. díl. Praha: Mladá fronta, 2019, fotografii histologického obrazu poskytla prof. MUDr. Denisa Kacerovská, Ph.D., Biopstická laboratoř, Plzeň

OBSAH

CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Třešňák Hercogová J., Vašků V., Zelenková D. Atopický ekzém. Doporučený diagnostický a léčebný postup 3

POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Krejsek J. Immunopatogeneze infekce SARS-CoV-2, implikace pro vakcinaci 21
Ivanková B., Baloghová J. Nežádoucí kožné prejavy onkologické léčby 25

DERMATOLOGIE A OSTATNÍ OBORY

Juhásová H., Podracká A., Baloghová J. Asociácia kožných a osteoartikulárných zmien 31

NOVINKY V TERAPII

Jánošíková B., Baloghová J., Takáčová G. Využitie protizápalového a antimikrobiálneho účinku dapsónu v liečbe recidivujúceho erysipelasu 35

KAZUISTIKA

Drlik Z., Drlik L. Pyoderma gangraenosum břicha, prsu a bérce – popis případu 39
Šepitková A., Kampe T. Gigantický bazocelulární karcinóm 47
Laš M. Poruchy paměti ve venerologické ambulanci 51

VĚDOMOSTNÍ TEST 55

KALENDÁŘ ODBORNÝCH AKCÍ 57

AKTUALITY, ZPRÁVY Z KONGRESŮ

Evropský den melanomu 58
28. národní dermatologický kongres 59

CONTENTS

CONTINUOUS EDUCATION

Tresnak Hercogova J., Vasku V., Zelenkova D. Atopic eczema. Recommended diagnostic and treatment procedure 3

POSTGRADUATE EDUCATION

Krejsek J. Immunopathogenesis of the SARSCoV-2 infection, implication for vaccination 21
Ivankova B., Baloghova J. Skin side effects of oncological treatment 25

DERMATOLOGY AND OTHER SPECIALISATIONS

Juhasova H., Podracka A., Baloghova J. Association of skin and osteoarticular changes 31

NEWS IN THERAPY

Janosikova B., Baloghova J., Takacova G. The use of anti-inflammatory and antimicrobial effect of dapsone in the treatment of recurrent erysipelas 35

CASE REPORT

Drlik Z., Drlik L. Pyoderma gangraenosum of the abdomen, breasts and lower leg – case report 39
Sepitkova A., Kampe T. Gigantic basal cell carcinoma 47
Las M. Amnesia in venereology clinic 51

TEST 55

CALENDAR OF PROFESSIONAL EVENTS 57

NEWS, REPORTS FROM CONGRESSES

European Melanoma Day 58
28th national dermatology congress 59

Česká dermatovenerologie

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 Szepletowski, 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

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční 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 28. 3. 2022
číslo 1/2022, ročník 12
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.



A topický ekzém

Doporučený diagnostický a léčebný postup

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

Čes. Dermatovenerol., 2022, 12, č. 1, s. 3-19

Atopický ekzém (atopická dermatitida – AD) je častý, chronický, neinfekční, geneticky a imunitně podmíněný zánět kůže. Manifestuje se variabilním klinickým obrazem a jeho průběh je charakterizován obdobími exacerbace a remise. V etiopatogenezi se uplatňují mutace filagrinu, alterace proteáz a jejich inhibitorů, stejně jako porucha ve složení epidermálních lipidů (cholesterolu, ceramidů, volných mastných kyselin).

Provokujícími faktory jsou vlivy vnitřní (stres) i vnější (fyzikální, chemické). Atopický ekzém je vzhledem k asociaci s dalšími chorobami považován za systémové onemocnění, nejčastěji se vyskytuje s dalšími chorobami atopického spektra, především astmatem, sennou rýmou, ale i dalšími komorbiditami (kardiovaskulární onemocnění, obezita, diabetes mellitus, IBD – inflammatory bowel disease, oční choroby aj.). Pacienti mají významně zhoršenou kvalitu života.⁽¹⁾

Doporučený klinický postup léčby atopického ekzému vznikl z praktické potřeby standardizace vyšetřování a terapie pacientů s atopickou dermatitidou různé závažnosti, s různými asociovanými chorobami v jakémkoli věku. Cílem klinického postupu je proto optimální terapie a její monitorování. Doporučení jsou založena na důkazech (evidence-based medicine), event. se jedná o konsenzus expertní skupiny. Byl vypracován v roce 2021 Evropským dermatologickým fórem, konkrétně skupinou pro klinické postupy (26 dermatologů z 12 evropských zemí, 3 zástupci pacientů) vedenou prof. Alexandrem Nastem z University Charité v Berlíně. Doporučený klinický postup je určen dermatologům, pediatrům, alergologům, praktickým lékařům a dalším specialistům, kteří pečují o nemocné s AD. Také pacienti a osoby o ně pečující tak mohou získat informace založené na důkazech.⁽²⁾

Protože ambicí této skupiny kolegů je implementace evropských doporučení do národních léčebných schémat, rozhodnul se výbor České akademie dermatovenerologie doporučení upravit podle lokálních potřeb. Předložený doporučený klinický postup diagnostiky a léčby psoriázy je připraven s ohledem na specifika České republiky (ČR), konkrétně je sepsán podle podmínek dostupnosti a úhrady léčiv u nás. Léky v něm uvedené jsou pouze ty, které jsou indikovány pro léčbu atopické dermatitidy, nezahrnuje *off-label* preparáty nebo na ně upozorňuje. Navíc se tento český doporučený klinický postup stal podkladem pro uvedení Programu kvality léčby ekzému, jehož cílem je jednak standardizace léčby a jednak bonifikace dermatologů, kteří poskytují péči podle tohoto doporučeného postupu svým pacientům.⁽³⁾

RYŠETŘOVACÍ ALGORITMUS

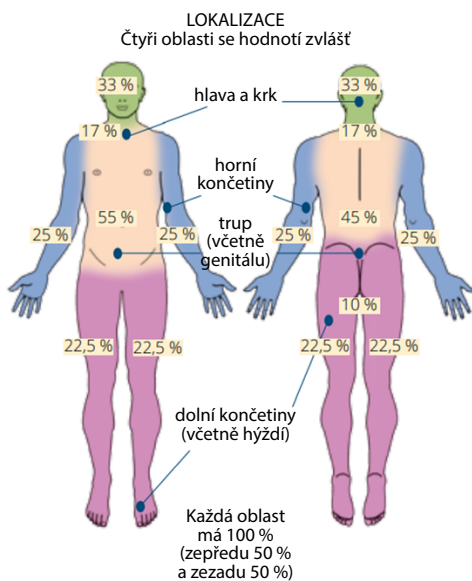
- 1 **Diagnostika:** anamnéza, klinický obraz (včetně frustrních forem, **tab. 1**), příp. dermatohistopatologické vyšetření kožní biopsie. V diagnostice mohou pomoci atopické nemoci v rodině (astma, alergická rhinokonjunktivitida, potravinová alergie) nebo asociovaná onemocnění u pacienta (vitiligo, alopecia areata).
- 2 **Určení typu ekzému:** akutní, subakutní, chronický nebo ekzém kojenecký, dětský, adolescentní, dospělých (**tab. 1**). Jednotlivé fáze AD v sebe přecházejí, podobně jako se mění s věkem lokalizace kožních lézí. V kterémkoli věku se může rozvinout erythrodermie. Průběh ekzému může být komplikován infekcemi bakteriálními (eczema impetiginisatum), virovými (eczema herpeticum, molluscum, verrucatum, Coxsackium...), mykotickými. Tyto komplikace vyžadují specifickou léčbu (antibiotika, antivirotika apod.).
- 3 **Určení závažnosti ekzému:** BSA, skóre EASI, DLQI
BSA (body surface area) – určuje procento postižení povrchu těla, dlaně s prsty ruky je jedno procento
EASI (eczema area and severity index) – posuzuje čtyři oblasti těla, kde hodnotí stupeň postižení ekzémem (**obr. 1, 2, tab. 3, 4**)
DLQI (dermatology life quality index) – dotazník v **tabulce 2**
 Zhodnotit závažnost AD je vhodné u každého pacienta, zvláště je to nezbytné v případě, že zařazujeme pacienta do Programu kvality⁽³⁾ nebo jej hodláme léčit pomocí cílených léčiv.

Tab. 1 Určení typu a fáze atopické dermatitidy podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), průběhu, věku a distribuce lézí, včetně frustních forem

MKN10	Věk	Typ ekzému	Predilekční lokalizace	Fáze ekzému	Eflorescence	Frustní formy
OL20.8 jiná atopická dermatitida	< 2 roky	kojenecký	obličej	akutní	papulovezikuly	crusta lactea
	2-14 let	dětský	krk, končetiny (flexury)		papuly	pityriasis simplex alba pulpitis sicca, dermatosis plantaris sicca hyperlinearita dlaní a plosek Dennieho-Morganiho znamení bílý dermatografismus
	14-18 let	adolescentní	ruce, nártý	subakutní	papuly	keratosis pilaris Hertogheovo znamení
	> 18 let	dospělých	krk, ruce difúzně	chronická	lichenifikace	cheilitida neurodermitis circumscripta
L20.0 Besnierovo prurigo				chronická	papuly, noduly	pruriginózní ekzém
L20.9 NS						

Výpočet EASI k hodnocení závažnosti ekzému a efektu biologické léčby provádíme ve čtyřech krocích:

- Určíme procento postižení povrchu těla a hodnotíme dále zvlášť jednotlivé lokalizace, tj. hlavu a krk, trup, horní končetiny a dolní končetiny (**obr. 1**).
- Určíme skóre kožních lézí (**obr. 2**).
- Vypočteme skóre EASI, které nabývá hodnot 0–72 (**tab. 3, 4**).



Obr. 1 EASI: určení procenta postižení ekzémem ve čtyřech lokalizacích, každá se hodnotí zvlášť, podle⁽¹⁾

Skóre	Erytém	Papuly/plaky	Exkoriace	Lichenifikace
0	žádný	žádné	žádné	žádná
1	sotva patrný, růžový	sotva palpovatelné	ojedinělé, povrchové	mírné ztlustění kůže
2	zřetelný, červený	palpovatelné	četné, povrchové a hluboké	zřetelné ztlustění, ojediněle noduly
3	tmavě nebo jasně červený	zřetelně patrná elevace	difúzní, četné povrchové a hluboké	zřetelné ztlustění, četné noduly

Obr. 2 EASI – určení skóre kožních lézí


Tab. 2 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. 3 Výpočet EASI

Lokalizace	Erytém (0–3)	Papuly/plaky (0–3)	Lichenifikace (0–3)	Skóre kožního nálezu	Skóre lokalizace (0–6)	Skóre kožního nálezu × skóre lokalizace	Koeficient	Celkové skóre lokalizace
hlava a krk							× 0,1 (do 7 let × 0,2)	
trup							× 0,3	
horní končetiny							× 0,2	
dolní končetiny							× 0,4 (do 7 let × 0,3)	
Celkové skóre EASI je součtem skóre čtyř lokalizací (mezi 0–72)								

Tab. 4 Závažnost atopické dermatitidy podle skóre EASI, podle⁽¹⁾

Skóre EASI (výpočet v tab. 2)	Závažnost atopické dermatitidy
0	AD zhojena
0,1–1,0	AD téměř zhojena
1,1–7,0	AD mírná
7,1–21,0	AD středně těžká
21,1–50,0	AD těžká*
50,1–72,0	AD velmi těžká*

* Léčba cílenými/biologickými léky je indikována u těžké AD, tj. EASI > 21
AD – atopická dermatitida

4 Screening komorbidit: KO a diff., celkové IgE

Posouzení dalších systémových projevů:

- vyloučení polinózy, astmatu, očního postižení,
- odeslání pacienta ke specialistovi (alergolog a klinický imunolog, oftalmolog, event. gastroenterolog, obezitolog, kardiolog atd.).

5 Léčba

V souvislosti s léčbou AD jsou užívány termíny uvedené v **tabulce 5**.

Tab. 5 Terminologie fází atopické dermatitidy a typu terapie

Terminologie	Definice	
Stadium ekzému	akutní vzplanutí, exacerbace	klinicky signifikantní zhoršení příznaků AD, které vyžaduje změnu léčby
	remise (kontrola AD)	uspokojivá redukce příznaků AD během dlouhodobé a bezpečné terapie protizánětlivými léky
	kompletní remise	zhojení příznaků AD bez užívání protizánětlivých léků
Typ terapie	akutní	léčba exacerbace AD, která vede ke zlepšení příznaků AD během několika dnů
	krátkodobá	v souvislosti s klinickými studiemi znamená dobu léčby do 16 týdnů
	dlouhodobá	v souvislosti s klinickými studiemi znamená dobu léčby delší než 16 týdnů
	reaktivní	zahájení nebo změna léčby v případě exacerbace AD (opak proaktivní terapie)
	proaktivní	intermitentní terapie (typicky 2× týdně) protizánětlivým léky na místa dříve postižená AD, společně s užíváním emolencií na postiženou i nepostiženou kůži (opak reaktivní terapie)
	udržovací terapie	pravidelná, obvykle každodenní léčba topickými a systémovými léky po dobu několika měsíců (opak k akutní terapii)



OBECNÁ DOPORUČENÍ – PÉČE O ATOPICKOU KŮŽI

Porucha bariérové funkce kůže při AD, která se manifestuje suchostí kůže, je geneticky dána a je příčinou snadného průniků iritancí a alergenů do povrchových částí kůže a zvýšené transepidermální ztráty vody.

Opatrné mytí kůže a koupání se doporučuje zejména při akutním vzplanutí a při superinfekci ekzému. K mytí používat vlažnou vodu (27–30 °C), event. s přísadou antiseptik, mycí prostředky bez možných alergenů a iritancí, nepoužívat alkalická mýdla. Koupel by měla trvat krátkou dobu (do 5 minut), na poslední 2 minuty přidat do koupele olejovou přísadu. Navíc je možné přidat i chlorid sodný (sůl) do 5% koncentrace. I denní koupání není podle posledních studií spojováno se zhoršením ekzému.

EMOLIENCIA

Základem léčby je každodenní aplikace indiferentních vehikul, hydrofilních v létě a s vyšším obsahem lipidů v zimě. Dále by volba vehikula měla zohlednit fázi zánětu (při akutním zánětu by měl být základ hydrofilní, při chronickém hydrofobní) a místo aplikace (do intertriginózních oblastí pasta, na obličej méně mastný základ).

Emoliencia je třeba použít ihned po sprchování či koupání a opatrném osušení kůže. Pravidelná aplikace emoliencií může zabránit exacerbaci ekzému i zlepšit klinické příznaky. Důležité je použité množství, kdy lze využít tzv. „jednotku bříška prstu“ (finger-tip unit – FTU), což je množství vytlačené z tuby o průměru 5 mm od distálního záhybu posledního článku prstu k jeho vrcholu, je to přibližně 0,5 g. Toto množství stačí k ošetření dvou dlaní u dospělého a představuje asi 2 % povrchu těla. Limitující pro správné používání emoliencií může být cena kvalitního produktu. Oleje (kokosový, olivový) kůži vysušují, narušují epidermální bariéru s následnou transepidermální ztrátou vody, proto se nedoporučují.

Emoliencia mohou obsahovat např. flavonoidy, bakteriální lyzáty (kupř. z *Aquaphilus dolomiae* či *Vitreoscilla filiformis*) nebo syntetické deriváty mentolu. Pro zlepšení hydratačních schopností jsou přidávány např. urea, glycerol, propylenglykol atd. U dětí do 2 let by se měly používat preparáty bez známých alergenů. Dlouhodobé používání emoliencií může zmírnit četnost exacerbací AD. Role emoliencií v sekundární a terciární prevenci AD je prokázána, ale názory na jejich užití v primární prevenci jsou kontroverzní.

Používání emoliencií je bezpečné, občas je možné pozorovat vznik kontaktní alergie na konzervační, emulgující látky či fragrance. U malých dětí může způsobit iritaci kůže urea nebo propylenglykol, proto se nedoporučují do 2 let.

PROTIZÁNĚTLIVÁ LÉČIVA

Topická protizánětlivá léčiva jsou kortikoidy, kalcineurinové inhibitory a inhibitor fosfodiesterázy 4 (PDE-4, ten však není v Evropě k dispozici). Při aplikaci protizánětlivých prostředků se využívají dva přístupy:

- akutní či reaktivní (aplikace pouze na místa postižená AD a ukončení terapie nebo rychlé vysazení poté, co se projevy ekzému zlepší nebo vymizí)
- proaktivní (dlouhodobá aplikace na místa dříve postižená AD 2× týdně společně s používáním emoliencií na celé tělo)

V léčbě akutního AD s madidací lze využít aplikaci topických kortikoidů ve formě vlhkých zábalů („wet wrap therapy“, kortikoidy II. nebo III. třídy v ředění 1 : 3 až 1 : 10), při bakteriální superinfekci (impetiginizaci) je vhodné předepsat celkově antibiotika.

TOPICKÉ KORTIKOIDY

Kortikoidy jsou léky první volby v akutní fázi ekzému. Jsou lipofilní a mají nízkou molekulární hmotnost, což umožňuje dobrý průnik do kůže. Vazbou kortikoidu na steroidní receptor v cytoplasmě vznikne komplex, jenž působí jako transkripční faktor a má dvojitý účinek – snižuje syntézu prozánětlivých cytokinů a zvyšuje syntézu protizánětlivých mediátorů.

Kortikoidy se klasifikují podle Niedera od slabých (I. třída) po velmi silné (IV. třída), blíže v **tabulce 6**. Tato klasifikace je stejná v Evropě vyjma Francie, kde se používá v opačném pořadí. V USA používají sedm tříd (od VII. třídy – nejslabší – po I. třídu – velmi silné).

Dávkování kortikoidů. Silné a velmi silné kortikoidy mohou používat při exacerbaci AD dospělí po krátkou dobu, děti jen kortikoidy slabé nebo středně silné. I. a II. třída se má užívat po krátkou dobu i na problémová místa, jako jsou víčka nebo krk, kožní záhyby. Při mírném průběhu AD se doporučují kortikoidy 2–3× týdně (kojenci 15 g za měsíc, děti 30 g, dospívající a dospělí 60–90 g) spolu s pravidelným používáním emoliencií. V dlouhodobé proaktivní terapii byly ve studiích účinné kortikoidy II. a III. třídy. Četnost aplikace může být zpočátku při akutním vzplanutí ekzému 1× až 2× denně, po několika dnech stačí aplikovat 1× denně. Ukončení léčby kortikoidy se doporučuje v různých režimech – přejít na slabší kortikoid nebo snížit četnost aplikace.

Bezpečnost. Riziko systémové absorpce existuje u kortikoidů III. a IV. třídy, v závislosti na délce užívání. Mírná adrenální suprese byla popsána ve studii 2224 dětí u 3 % z nich. Lokální vedlejší nežádoucí účinky jsou známé a zahrnují atrofii kůže, teleangiektazie (rubeosis steroidica), spontánní jizvy, ekchymózy, strie a hypertrichózu. Dále se může vyskytnout kontaktní dermatitida (alergická nebo iritační). U kojenců může nesprávné používání silných kortikoidů do plenkové oblasti vést ke vzniku granuloma infantum nebo až iatrogenní Cushingovy nemoci. Při aplikaci kortikoidů na obličej se může vyvinout rosacea-like dermatitida nebo až „red face syndrome“ (zarudnutí, pálení a štípání kůže, závislost na používání kortikoidů).

Oční postižení je velmi vzácné, ale je popsáno zvýšením nitroočního tlaku při aplikaci kortikoidů na víčka.

Sledování pacientů užívajících topické kortikoidy je důležité zejména při dlouhodobé terapii.

TOPICKÉ KALCINEURINOVÉ INHIBITORY

Imunosupresivní efekt nastává inhibicí enzymu kalcineurinu, přičemž dochází k inhibici aktivace T-lymfocytů. Transepidermální průnik topických kalcineurinových inhibitorů je v důsledku jejich vyšší molekulární hmotnosti nižší než topických kortikoidů. Inhibitory kalcineurinu jsou dva – takrolimus a pimekrolimus. Jsou první volbou v léčbě AD v citlivých oblastech (obličej, krk,



Tab. 6 Kortikoidy topické k léčbě atopické dermatitidy podle SPC dostupné v ČR k 22. 2. 2022 (www.sukl.cz)

Třída	Účinná látka	Název	Omezení	Děti	Gravidita / kojení	Pozn. / CAVE
I. slabě účinné	hydrocortison acetát 1%	Hydrocortison 10 g	10–60 g týdně	max. 2 týdny	malé plochy / NE prsy	mírná, středně těžká AD
II. středně účinné	hydrocortison butyrát 0,1%	Locoid 15 g, 30 g	2–3 týdny	> 3 měs.	malé plochy / NE prsy	kojenci max. týden
	triamcinolon acetonid 0,1%	Trimacinolon 10 g	< 10 g/den < 2–3 týdny	> 1 rok	NE I. trimestr / NE prsy	NE na plenkovou dermatitidu
	aklometason dipropionát 0,05%	Afloderm 20 g	2–3 týdny	> 3 měs.	? / NE na prsy	
III. silně účinné	betametason dipropionát 0,05%	Beloderm 30 g Diprosone 30 g	< 3 týdnů	> 1 rok	malé plochy / NE	
	fluocinolon acetonid 0,025%	Flucinar 15 g	< 3–4 týdny obličej max. 1 týden	> 2 roky jen malé plochy	NE I. trimestr / NE prsy	na lichenifikovaný ekzém
	mometason furoát 0,1%	Elocom 15 g, 30 g	NE velké plochy	> 2 roky	? / ?	
	metylprednisolon aceponát 0,1%	Advantan 5 g, 10 g, 15 g, 30 g, 50 g, 100 g	< 12 týdnů	> 4 měs. max. 4 týdny	NE I. trimestr / NE prsy	
IV. velmi silně účinné	klobetasol propionát 0,05%	Dermovate 25 g	< 50 g/ týden < 4 týdnů	> 1 rok	malé plochy / ? NE prsy	

Tab. 7 Doporučení lokální léčby atopické dermatitidy, upraveno podle⁽⁹⁾

Léčivo		Akutní (reaktivní) léčba	Dlouhodobá proaktivní léčba	Nejdůležitější nežádoucí účinky	Děti		Těho-tenství	Kojení	Antipru-riginózní efekt
					2–16 let	< 2 roky			
Topické kortikoidy	I. třída	ANO	NE	atrofie kůže, telangiectazie, strie, ekchymózy, hypertrichóza, periorální dermatitida	ANO	ANO	ANO ne prsy	ANO ne prsy	ANO
	II. třída	ANO	NE <i>off-label</i>						
	III. třída	ANO	NE <i>off-label</i>		ANO	jen pod dohledem	ANO ne prsy	ANO ne prsy	ANO
	IV. třída	NE hlava, krk	NE						
Takrolimus 0,1%, 0,03% ung.		ANO / hlavně obličej, oblasti intertriginózní a anogenitální	ANO	zpočátku mravenčení, pálení, pocit tepla	ANO 0,03% koncentrace	<i>off-label</i>	<i>off-label</i>	<i>off-label</i>	ANO
Pimekrolimus 1% crm.		ANO / hlavně obličej, oblasti intertriginózní a anogenitální	NE	zpočátku mravenčení, pálení, pocit tepla	ANO	<i>off-label</i>	<i>off-label</i>	<i>off-label</i>	ANO

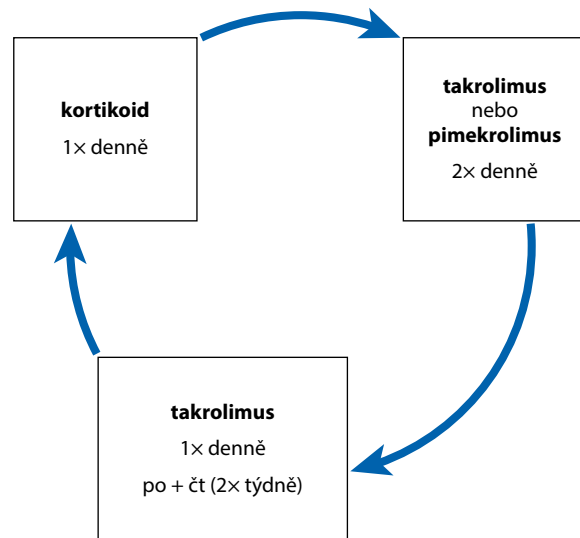
genitál) a takrolimus (0,1% pro dospívající od 16 let a dospělé a 0,03% pro děti od 2 let) je indikován i v dlouhodobé proaktivní terapii. Protizánětlivý účinek 1% takrolimu je srovnatelný s kortikoidem III. třídy a je větší než efekt 1% pimekrolimu.

Bezpečnost. V rozsáhlých klinických studiích nebyla popsána i po 10letém sledování atrofie kůže. Nejčastějším nežádoucím vedlejším účinkem je pálení, štípání a pocit tepla, trvající do hodiny, ale odeznívající během několika dnů. U některých pacientů se po požití alkoholu objeví tranzitní erytém obličej.

V klinických studiích se nepotvrdil zvýšený výskyt lymfomů ani jiných kožních malignit, ale současně s léčbou topickými kalcineurinovými inhibitory se nedoporučuje fototerapie a pacienti by měli používat fotoprotekci.

U gravidních a kojících žen lze s opatrností topické kalcineurinové inhibitory používat, neboť nemají teratogenní potenciál.

Doporučení pro lokální léčbu atopické dermatitidy shrnují **tabulka 7** a **obrázek 3**.



► **Obr. 3** Dlouhodobá proaktivní terapie atopické dermatitidy: při akutní exacerbaci topický kortikoid jen několik dnů, po zlepšení topický kalcineurinový inhibitor 2× denně a dále proaktivně 2× týdně

ANTIMIKROBIÁLNÍ LÉČIVA

Topická antiseptika se doporučují – např. 0,005% hypochlorid sodný jako přídatek do koupele.

ANTIBIOTIKA

Prevalence kolonizace *Staphylococcus aureus* u pacientů s AD je 80 %, u zdravých kontrol 10 %. Topické kortikoidy i kalcineurinové receptory tuto kolonizaci redukují. **Stěr z kůže** na kultivaci bakterií tak nemá smysl s výjimkou podezření na rezistentní kmeny. Proto se doporučuje krátkodobé podání systémových antibiotik v případě akutní impetiginizace AD, naopak dlouhodobé používání topických antibiotik se vzhledem k možné rezistenci nedoporučuje.

ANTIVIROTIKA

Virové infekce jsou u pacientů s AD častější, mají tendenci diseminovat.

Eczema herpeticatum je potencionálně závažná infekce virem herpes simplex (HSV), manifestující se horečkou, diseminovanými vezikulami a lymfadenopatií. Komplikacemi mohou být keratokonjunktivitida, meningitida a encefalitida. Predisponujícím faktorem je extrinzická forma AD (zvýšené hladiny celkového imunoglobulinu třídy E, těžká nebo neléčená AD a atopické komorbidity). Stav vyžaduje okamžité podání systémových antivirotik (acyklovir, valacyklovir) vzhledem k možnému ohrožení života.

Eczema molluscum je infekce virem molluscum contagiosum, je častá a spontánně vymizí. V případě přítomnosti molusek se nemá přerušit terapie topickými kortikoidy.

Eczema verrucatum je infekce HPV, která se manifestuje jako bradavice, často se infekce opakuje nebo jsou bradavice vícečetné.

Eczema vaccinatum je komplikace očkování proti neštovicím u pacientů s AD, která může být až v 5–40 % letální. Proto je očkování proti neštovicím u pacientů s anamnézou AD či akutním ekzémem kontraindikováno.

Eczema Coxsackium je diseminovaná forma infekce virem Coxsackie A6 u dětí s akutními lézemi AD, je nutné odlišit od e. herpeticatum a bulózního impetiga.

Všechny děti s ekzémem mají být očkovány podle vakcinačního kalendáře příslušné země.

ANTIMYKOTIKA

Antimykotika topická (ketokonazol nebo ciklopiroxolamin) nebo systémová (itraconazol nebo flukonazol) je vhodné zvážit u pacientů s ekzémem hlavy a krku, zejména v případech přecitlivělosti na lipofilní kvasinky rodu *Malassezia*.

ANTIPRURIGINÓZA

Terapie pruritu je nedílnou součástí léčby AD. Antipruriginózní efekt mají topické kortikoidy, kalcineurinové inhibitory i systémový dupilumab. Nedoporučuje se používat **topická antihistaminika**.

Fototerapie má protisvědčivý efekt, proto se jak úzkopásmová UVB, tak UVA1 fototerapie doporučuje v léčbě pruritu.

Systémová antihistaminika v terapii svědění u AD neprokázala efekt, proto se v dlouhodobé terapii ekzému nedoporučují. Podobně se nedoporučují ani antagonisté opioidních receptorů (paroxetin, fluvoxamin).

FOTOTERAPIE

V terapii středně těžké a těžké AD se doporučuje úzkopásmové UVB záření (NB UVB 308–313 nm) a střední dávky UVA1. U dětí a dospívajících by fototerapie neměla být častá a cykly fototerapie by se neměly opakovat.

Tab. 8 Indikace fototerapie u atopické dermatitidy, podle⁽²⁾

Fototerapie	Doporučení	Komentář
NB UVB, střední dávky UVA1 (60 J/cm ²)		středně těžká a těžká AD u dospělých
		středně těžká a těžká AD u dětí a dospívajících, po posouzení fototypu
balneofototerapie, BB UVB, UVAB, UVA		2. volba
PUVA		pouze pokud je předchozí fototerapie bez efektu a systémové léky jsou kontraindikovány, mají nežádoucí účinky nebo neúčinkují
během fototerapie používat emolencia		
dlouhodobá fototerapie, opakování cyklů a udržovací fototerapie		
fototerapie u pacientů s kožním nádorem nebo se zvýšeným rizikem kožních nádorů		kůže poškozená světlem, užívání systémových imunosupresiv

1. volba 2. volba nebo méně silné doporučení kontraindikace

NB UVB – narrow band UVB (308–313 nm), BB UVB – broad band UVB, PUVA – fotochemoterapie, tj. psoralen plus UVA

Tab. 9 Systémové léky užívané v terapii atopické dermatitidy podle rychlosti nástupu účinku

	S rychlým nástupem účinku	S pomalým nástupem účinku
Imunosupresiva	systémové kortikoidy	azathioprin
	cyklosporin	metotrexát
		mykofenolát mofetil
Biologika	–	dupilumab
		tralokinumab*
		lebrikizumab*
		nemolizumab*
JAK inhibitory	baricitinib*	–
	abrocitinib*	–
	upadacitinib*	–

* není úhrada v ČR

Foto/chemoterapie je indikována v případě, že topická léčba není účinná (tab. 8). Jednotlivé modalit je třeba posuzovat opatrně, protože není dost kvalitních randomizovaných klinických studií, např. studie hodnotící použití dehtu s UVB (Goeckermanovu metodu), fototerapii u dětí či vliv na akutní vs. chronickou dermatitidu chybí. Autoři doporučeného evropského klinického postupu léčby AD konstatovali, že využití fototerapie je empirické, bez dostatku dat založených na důkazech a že další výzkum v této oblasti je žádoucí. **Nežádoucí účinky fototerapie.** Na základě omezených poznatků z klinických studií mezi akutní vedlejší nežádoucí účinky patří suchost kůže, erytém a pálení, pruritus (UVA1 a celé spektrum UV), GIT obtíže (balneofototerapie), exacerbace AD (UVA, NB-UVB, viditelné světlo), folikulitida (UVA1, PUVA) a fotoonycholýza (PUVA). Mezi infekční komplikace lze řadit opar rtu a plané neštovice. Přestože neexistují data z registrů a dlouhodobé sledování, nedoporučuje se používání fototerapie u pacientů se světlým fototypem a u těch, kdo užívají imunosupresiva. Karcinogenní efekt PUVA je popsán u nemocných s psoriázou, ale data nelze jednoznačně převzít (pacienti s psoriázou užívají častěji celkové imunosupresivní léky).

SYSTÉMOVÁ TERAPIE

Možnosti systémové terapie AD se objevily v posledních letech s rozvojem cílení léčby a příchodem nových léků. Systémová terapie je indikována u pacientů, u kterých topická léčba a fototerapie nejsou dostatečně účinné, a dále u nemocných, kteří vyžadují aplikaci velkého množství topických kortikoidů na velkou plochu těla a po dlouhou dobu. Důležité je ale i hodnocení individuálního pacienta a možnosti jeho sociálního začlenění. Proto se při hodnocení závažnosti ekzému využívají jak lékařská objektivní posouzení (např. EASI), tak dotazníky kvality života (DLQI). V každé zemi jsou národní pravidla regulující preskripci celkových léků. V každém případě se ale jedná vždy o individuální rozhodnutí pacienta, případně jeho zákonných zástupců.