

Dermatologie pro praxi

2025

A

www.solen.cz | Dermatol. praxi. 2025;19(Suppl. A) | ISBN 978-80-7471-529-7 | 2025

ABSTRAKTA

1. konference Dermatologie pro praxi

27. února 2025

Clarion Congress Hotel České Budějovice



Společnost SOLEN, s. r. o.,
ve spolupráci s Kožním oddělením,
Nemocnice České Budějovice, a. s.

 **SOLEN**
let s vámi

Cesta k budoucnosti bez obav **SNADNÁ VOLBA, SETRVALÁ ZMĚNA**



**DLOUHODOBÁ
KONTROLA
PSORIÁZY¹**



**ZLEPŠENÍ nejen
kožních symptomů,
ale i kvality spánku²⁻⁵**



**DOBŘÍ TOLERANCE
NAPŘÍČ ŠIROKÝM
SPEKTRUM PACIENTŮ⁶⁻⁸**



**JEDNODUCHÉ DÁVKOVÁNÍ:
100 mg v týdnu 0 a 4 a poté
každých 12 týdnů⁹**



**VYSOKÁ MÍRA
SPOKOJENOSTI
PACIENTŮ S LÉČBOU¹⁰**

INDIKACE: Lék Ilumetri je indikován k léčbě dospělých pacientů se středně závažnou až závažnou ložiskovou psoriázou, kteří jsou vhodnými kandidáty na systémovou léčbu.⁹

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU ILUMETRI

Název přípravku: Ilumetri 100 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce; Ilumetri 200 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje 100 mg tildrakizumabu v 1 ml; Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje 200 mg tildrakizumabu ve 2 ml. Pomocné látky: histidin, monohydrát histidin-hydrochloridu, polysorbát 80 (E 433), sacharóza a voda pro injekci. Roztok je čirý až mírně opalescentní, bezbarvý až nažloutlý. **Terapeutické indikace:** Přípravek Ilumetri je indikován k léčbě dospělých se středně závažnou až závažnou ložiskovou (plakovou) psoriázou, kteří jsou kandidáty na systémovou léčbu. **Dávkování:** Léčivý přípravek je určen pro použití pod vedením a dohledem lékaře se zkušenostmi s diagnostikou a léčbou ložiskové psoriázy. Doporučená dávka je 100 mg v týdnu 0 a 4 a poté každých 12 týdnů. U pacientů s větší mírou postižení onemocněním nebo u pacientů s tělesnou hmotností vyšší než 90 kg, může být podle uvážení lékaře účinnější dávka 200 mg. Porucha funkce ledvin nebo jater: Přípravek Ilumetri nebyl u těchto skupin pacientů studován. Nelze učinit žádná doporučení ohledně dávkování. Pediatrická populace: Bezpečnost a účinnost přípravku Ilumetri u dětí a dospívajících ve věku do 18 let nebyly dosud stanoveny. Nejsou dostupné žádné údaje. **Způsob podání:** Tento léčivý přípravek se podává subkutánní injekcí. Místa vpichu se musí střídát. Injekce přípravku Ilumetri se nesmí podávat do oblasti kůže postižených ložiskovou psoriázou, do oblasti citlivých, s podlitinami, zarudlých, zatvrdlých, ztluštělých nebo šupinatých. S injekční stříkačkou nesmí třepat. Injekční stříkačka je určena pouze k jednorázovému použití. Po správném návriku techniky podání subkutánní injekce si mohou pacienti podávat injekce přípravku Ilumetri sami (se souhlasem lékaře). **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významná aktivní infekce, např. aktivní tuberkulóza. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Tildrakizumab může potenciálně zvyšovat riziko infekce. Je třeba pečlivě zvážit použití tildrakizumabu u pacientů s chronickou infekcí nebo anamnézou recidivující nebo nedávne závažné infekce. Před zahájením léčby mají být pacienti vyšetřeni s ohledem na výskyt tuberkulózy (TBC). Pokud se objeví závažná hypersenzitivní reakce, musí se tildrakizumab okamžitě přestat podávat a musí se zahájit příslušná léčba. Před zahájením léčby tildrakizumabem je třeba zvážit provedení veškeré příslušné imunizace v souladu s aktuálními pokyny k imunizaci. Pacienti léčení tildrakizumabem nemají během léčby a nejméně po dobu 17 týdnů po léčbě dostávat živé vakcíny. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu nejméně 17 týdnů po ukončení léčby používat účinnou metodu antikoncepce. Údaje o podávání tildrakizumabu těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Není známo, zda se tildrakizumab vylučuje do lidského mateřského mléka. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Ilumetri nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** infekce horních cest dýchacích (12,6 %), bolest hlavy (4,0 %), průjem (1,6 %), gastroenteritida (1,5 %), bolest zad (1,5 %), nauzea (1,3 %), bolest v místě aplikace injekce (1,3 %). **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Neotevřené předplněné injekční stříkačky přípravku Ilumetri lze vyjmout z chladničky a uchovávat při teplotě do 25 °C po jedno období max. 30 dnů. Po vyjmutí z chladničky a uchování za uvedených podmínek přípravek zklidňuje po uplynutí 30 dnů nebo data použitelnosti vytýčeného na obalu, pokud nastane dříve. Uchovávejte předplněnou injekční stříkačku ve vnější krabici, aby byla chráněna před světlem. Neprotřepávejte. **Reg. číslo:** EU/1/18/1322/003. **Velikost balení:** 100MG INJ SOL 1X1ML; 200MG INJ SOL 1X2ML. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Almirall, S.A. Ronda General Mitre, 151, 08022 Barcelona, Španělsko. **Způsob úhrady a výdeje:** Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 6/2024.

Reference: 1. Haç D, Piaserico S, Warren RB, et al. Five-year efficacy, and safety of tildrakizumab in patients with moderate to severe psoriasis who respond at week 28: pooled analyses of two randomised phase 3 clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). Br J Dermatol. 2021;185(2):323–334. 2. Costanzo A, Llamas-Veslaco M, Fabbrocini G, et al. Tildrakizumab improves high burden skin symptoms, impaired sleep and quality of life of moderate to severe plaque psoriasis patients in conditions close to clinical practice. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2023. Draft manuscript (submitted). 3. Isanakis A, Schwichtenberg U, Pierchalla P, et al. Real-world effectiveness and safety of tildrakizumab in long term-treatment of plaque psoriasis: Results from the non-interventional, prospective, multicenter study TILOT. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2022. 4. Galluzzo M, Talamonti M, Cioni A. Efficacy of Tildrakizumab for the treatment of Difficult-to-Treat Areas: Scalp, Nail, Palmoplantar and Genital Psoriasis. J Clin Med. 2022;11:2631. 5. Menter MA, Murakawa GJ, Glover H, et al. Clearance of head and neck involvement in plaque psoriasis with tildrakizumab treatment in the phase 3 reSURFACE 1 study. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2020;24:e803–805. 6. Barlanto M, Castelli R, Cozzani E, et al. Treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis with tildrakizumab in the real-life setting. Drugs Context. 2021;10(2021):2–6. 7. Galán-Gutierrez M, Rodriguez-Fernandez Freire L, Ruiz-Villaverde R. Tildrakizumab: short-term efficacy and safety in real clinical practice. Int J Dermatol. 2022;61(9):e355–e357. 8. Ruggiero A, Fabbrocini A, Cionelli E, et al. Anti-interleukin-23 for psoriasis in elderly patients: guselkumab, risankizumab and tildrakizumab in real-world practice. Clin Exp Dermatol. 2022;47(3):561–567. 9. ILUMETRI® South india report: Údaje o přípravku. 10. Mrowietz U, Augustin M, Sommer R. Patient-reported well-being in value-based care using tildrakizumab in a real-world setting. 28-week interim data of the phase IV POSITIVE study. Abstract available at 25th World Congress of Dermatology, Singapore, 3–8 July, 2023.

1. konference Dermatologie pro praxi

ČTVRTEK 27. 2. 2025

- 9.00 ZAHÁJENÍ KONFERENCE**
MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.
- 9.05–10.15 SEXUÁLNĚ PŘENOSITELNÉ NEMOCI**
odborný garant doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.
- Syfilis stále aktuální – Horažďovský J. (20')
 - Kapavka, Euro-GASP – Macasová M. (20')
 - Lymfogranuloma venereum – Bartyzalová H. (20')
- 10.15–11.00 TERAPEUTICKÉ AKTUALITY I**
- Hidradenitis suppurativa od teorie k praxi – Horažďovský J. (20')
(Přednáška podpořená společností UCB s. r. o.)
 - Bezpečnost dlouhodobé léčby atopické dermatitidy dupilumabem – Sazmová L. (20')
(Přednáška podpořená společností Sanofi s. r. o.)
- 11.00–11.30 PŘESTÁVKA**
- 11.30–13.20 SYSTÉMOVÁ ONEMOCNĚNÍ**
odborná garantka prof. MUDr. Petra Cetkovská, Ph.D.
- Autoimunitní puchýřnaté choroby a budoucnost terapie – Salavec M. (20')
 - Lékové exantémy – Cetkovská P. (20')
 - Alopecie areata – Řičař J. (20')
 - Syndrom kafilárních a arteriovenózních malformací (CM-AVM syndrom) – Plzáková Z. (20')
 - Paravirové exantémy u dospělých – Policarová M. (20')
- 13.20–14.10 PŘESTÁVKA NA OBĚD**
- 14.10–15.20 KAZUISTIKY Z DĚTSKÉ DERMATOVENEROLOGIE**
odborná garantka MUDr. Eliška Dorčáková
- Ehlers-Danlos syndromy – Drochytková J. (20')
 - Kazuistiky z ambulance dětského dermatologa – Komorousová M. (20')
 - Psoriasis pustulosa generalisata von Zumbusch – Dorčáková E. (20')
- 15.20–16.10 TERAPEUTICKÉ AKTUALITY II**
- Cílená léčba atopické dermatitidy a psoriázy – Horažďovský J. (20')
(Přednáška podpořená společností Almirall s. r. o.)
 - Probiotika jako součást léčby atopického ekzému a alergické rýmy – Vagnerová H. (5')
(Přednáška podpořená společností FAVEA Plus, a. s.)
 - Význam minimální aktivity onemocnění (MDA) v léčbě atopické dermatitidy pro pacienta a lékaře – Horažďovský J. (20')
(Přednáška podpořená společností AbbVie s. r. o.)

PROGRAM

16.10–16.40 PŘESTÁVKA

16.40– 17.50 KAZUISTIKY MLADÝCH DERMATOLOGŮ

odborná garantka MUDr. Hana Janatová

- **Hyperpigmentace obličeje (Blue-gray syndrom)** – Janatová H. (15')
- **Sweetův syndrom** – Zmarak A. (15')
- **Překvapivý výsledek** – Točíková O. (15')
- **Akrální peeling skin syndrom** – Kadlecová M. (15')

17.50 LOSOVÁNÍ ANKETY, ZÁVĚR KONFERENCE

TIRÁŽ

1. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI

27. února 2025 | Clarion Congress Hotel České Budějovice

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o.,

ve spolupráci s Kožním oddělením, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Mediální partner

časopis Dermatologie pro praxi

Odborný garant konference

MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Organizační zajištění: Ing. Dominika Reková, 770 158 643, rekova@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Eva Kultánová, 774 712 162, kultanova@solen.cz

Zajištění výstavních ploch a satelitních sympozií: Daniela Stojanovská, 721 603 709, stojanovsk@solencz

Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Michal Bajnok

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání

dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 6 kredity pro lékaře.



Supplementum A časopisu Dermatologie pro praxi

Citační zkratka: Dermatol. praxi. 2025;19(Suppl. A)

Vydavatel: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-529-7

PRVNÍ A DOPOSUD JEDINÁ LÉČBA ZACÍLENÁ NA IL-4 A IL-13, KLÍČOVÉ SPOUŠTĚČE PŘETRVÁVJÍCÍHO ZÁNĚTU TYPU 2^{1,2}

6 INDIKACÍ 2 KLÍČOVÉ CYTOKINY 1 DUPIXENT

INDIKACE:¹



Nově schváleno



1 MILION PACIENTŮ NA TERAPII CELOSVĚTOVĚ NAPŘÍČ VŠEMI INDIKACEMI^{1,3}

Reference: 1. SPC Dupixent, datum revize textu 4. 11. 2024. 2. Gandhi NA et al. *Nature Rev Drug Discov*. 2016; 15: 35–50. 3. KVIA Sanofi Integrated DUPIXENT Platform.

Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: Dupixent 200 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce / v předplněném peru, Dupixent 300 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce / v předplněném peru. **Léčivá látka:** Dupilumab. **Indikace:** *Atopická dermatitida (AD):* Dupixent je indikován k léčbě středně těžké až těžké AD u dospělých a dospívajících ve věku od 12 let a starších, kteří jsou vhodnými kandidáty na systémovou terapii. *Prurigo nodularis (PN):* Dupixent je indikován jako primární léčba u těžké AD u dospělých, dospívajících ve věku od 12 let a starších, kteří jsou vhodnými kandidáty na systémovou terapii. *Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN):* Dupixent je indikován k léčbě středně těžké až těžké chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) charakterizované zvýšeným počtem eosinofilů v krvi a nebo zvýšením množství exhalovaného oxidu dusnatého (FENO), jejichž nemoc není dostatečně kontrolována inhalacími kortikosteroidy (IKS) v rámci terapie systémovými kortikosteroidy a/nebo chirurgicky zákrok nezajišťují dostatečnou kontrolu onemocnění. *Prurigo nodularis (PN):* Dupixent je indikován k léčbě středně těžké až těžké prurigo nodularis (PN) u dospělých, kteří jsou vhodnými kandidáty pro systémovou terapii. *Eozinofilní ezofagitida (EEZ):* Přípravek Dupixent je indikován k léčbě eozinofilní ezofagitidy u dospělých, dospívajících a dětí ve věku od 1 roku s tělesnou hmotností alespoň 15 kg, jejichž onemocnění není dostatečně kontrolováno konvenční léčbou, neterapeuti u nebo kteří nejsou při konvenční léčbě vhodnými kandidáty. **Chronická rinosinusitida s nosnými polypozóu (CRNP):** Dupixent je indikován u dospělých pacientů jako primární udržovací léčba nekontrolované chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) charakterizované zvýšeným počtem eosinofilů v krvi v kombinaci s inhalacími kortikosteroidy (IKS), dlouhodobě působícím beta₂-agonistou (LABA) a dlouhodobě působícím muskarinovým antagonistou (LAMA) nebo v kombinaci s LABA a LAMA, nejsou-li IKS vhodné. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Dávování a způsob podání:** Subkutánní injekce. *Atopická dermatitida:* Doporučená úvodní dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dospívajících pacientů ve věku od 12 do 17 let s hmotností méně než 60 kg: úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden. U dospívajících s hmotností 60 kg nebo více: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 15 kg až méně než 60 kg: úvodní dávka 300 mg v den 1, následovaná dávkou 300 mg v den 15, následovaná dávkou 300 mg každé 4 týdny (Q4W), začínaje 4 týdny po dávce v den 15. Dávka může být u pacientů s tělesnou hmotností 15 kg až méně než 60 kg na základě posouzení lékařem zvýšena na 200 mg Q2W. U dětí ve věku od 6 měsíců do 5 let s hmotností 60 kg nebo více: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dětí ve věku od 6 měsíců do 5 let s hmotností 15 až méně než 30 kg: úvodní dávka 300 mg, následovaná dávkou 300 mg každé 4 týdny. Dupilumab v předplněném peru je určen k použití u dospělých a pediatrických pacientů ve věku od 2 let. Dupilumab v předplněné injekční stříkačce je určen k použití u dospělých a pediatrických pacientů ve věku od 6 měsíců. Dupilumab lze použít s topickými kortikosteroidy (TKS) nebo bez nich. U pacientů, u nichž nebylo po 16 týdnech léčby zaznamenána žádná odpověď, je třeba zvážit ukončení léčby AD. *Prurigo nodularis:* Doporučená dávka dupilumabu u dospělých a dospívajících pacientů je 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden formou subkutánní injekce. U dospívajících pacientů ve věku od 12 do 17 let s hmotností méně než 60 kg: úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden. U dospívajících s hmotností 60 kg nebo více: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U všech ostatních pacientů je úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden. Dupilumab lze použít s topickými kortikosteroidy nebo bez nich. *Chronická rinosinusitida s nosnými polypozóu (CRNP):* Doporučená dávka dupilumabu u pacientů s tělesnou hmotností alespoň 15 kg až méně než 20 kg je 200 mg každý druhý týden (Q2W), s tělesnou hmotností 30 kg až méně než 60 kg: úvodní dávka 300 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden (Q2W). U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 30 kg až méně než 60 kg: 200 mg každý druhý týden (Q2W). U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 60 kg nebo více: 200 mg každý druhý týden (Q2W). U pediatrických pacientů (ve věku od 6 do 11 let) s astmatem a kombinací těžké atopické dermatitidy má být podle schválené indikace dodržována doporučená dávka uvedená pro atopickou dermatitidu. Pacienti užívající současně perorální kortikosteroidy mohou snížit dávku steroidů, pokud již léčbu dupilumabem dostlo ke klinickému zlepšení. Dupilumab je určen pro dlouhodobou léčbu. Potéba pokračování v léčbě má být zvážena nejméně jednou ročně na základě lékařského vyhodnocení závažnosti příznaků astmatu u pacienta. *CRNP:* Doporučená úvodní dávka u dospělých pacientů je 300 mg dupilumabu, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. Dupilumab je určen pro dlouhodobou léčbu. U pacientů, u nichž nebylo po 24 týdnech zaznamenána žádná odpověď, je třeba zvážit ukončení léčby. *Prurigo nodularis:* Doporučená úvodní dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 600 mg (dítě 300mg injekce), následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. Dupilumab lze používat s topickými kortikosteroidy nebo bez nich. *Eozinofilní ezofagitida:* Doporučená dávka dupilumabu u pacientů s tělesnou hmotností alespoň 15 kg až méně než 20 kg je 200 mg každý druhý týden (Q2W), s tělesnou hmotností 30 kg až méně než 40 kg je 300 mg každý druhý týden (Q2W), s tělesnou hmotností 40 kg nebo více je 300 mg každý týden. *CHOPN:* Doporučená dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 300 mg, podávána každý druhý týden. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Dupilumab není určen k léčbě akutních příznaků ani akutních exacerbací astmatu nebo CHOPN. Dupilumab není určen k léčbě akutního bronchospazmu ani statusu asthmaticus. Po zahájení léčby dupilumabem se nemusí náhle zvýšit systémové, topické či inhalující kortikosteroidy. **Hypersenzitivita:** Pokud dojde k systematické hypersenzitivní reakci (okamžitě nebo opožděně), musí být podávání dupilumabu okamžitě přerušeno a musí být zahájena příslušná léčba. **Eozinofilní stav:** U dospělých pacientů léčených dupilumabem, kteří se zúčastnili programu zaměřeného na vývoj astmatu, byly hlášeny příznaky eozinofilní pneumonie a příznaky vaskulární kongestivní kardiomyopatie s polyangitidou (EGPA). **Parazitární infekce (Delmivirozi):** Pacienti se známými parazitárními infekcemi mají být vyhodnoceni v rámci klinických studií. Pacienti s již existujícími parazitárními infekcemi mají být léčení ještě před zahájením léčby dupilumabem. Pokud se pacienti nakazí během léčby dupilumabem a neustoupí na antiparazitární léčbu, musí být léčba dupilumabem přerušena, doložit infekci neexistuje. **Příznaky související s konjunktivitou a keratitidou:** Pacienti léčení dupilumabem, u nichž došlo k rozvoji konjunktivitidy přetrvávající po standardní léčbě nebo pacienti se změnami a příznaky naznačujícími keratitidu, mají v případě potřeby podstoupit oftalmologické vyšetření. **Kombinovaná astma:** Pacienti léčení dupilumabem pro středně těžkou až těžkou AD nebo těžkou CHOPN měli také kombinovat astma, nemají upravovat nebo přerušovat léčbu astmatu bez konzultace s lékařem. Pacienti s kombinací astmatu by měli pečlivě sledování po vyznění dupilumabu. **Ovčíchví:** Živočišné nebo atenuované vakcíny se nemají aplikovat při podávání dupilumabu, protože nejsou stanovena jejich klinická bezpečnost u osob. Aby se zabránilo možnému biologickému účinku léčivých přípravků má se předléhne zaznamenat názvy podaného přípravku a číslo záru. **Interakce:** V klinické studii u pacientů s AD byly hodnoceny účinky dupilumabu na PK substrátů CYP. Účinek dupilumabu na PK substrátů podávajících léčiv se nepředpokládá. **Fertilita, těhotenství a kojení:** *Léčba žen:* Údaje o podávání dupilumabu těhotným ženám jsou omezené. Dupilumab lze v těhotenství použít pouze tehdy, pokud potenciální přínosy převažují potenciálními riziky pro plod. **Kojení:** Není známo, zda se dupilumab vylučuje do laktujícího mateřského mléka nebo zda je systematicky absorbován po perorálním podání. Je třeba rozhodnout, zda je vhodné přerušit kojení nebo přerušit léčbu dupilumabem s přihlídektím k přínosu kojení pro dítě a přínosu léčby pro ženu. **Fertilita:** Studie na zvířatech neprokázaly zhoršení fertility. **Účinky na schopnost řídit a ovládnout stroj:** Dupilumab nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo ovládnout stroj. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky při léčbě atopické dermatitidy, astmatu a CHOPN jsou reakce v místě injekce (včetně svědění, zarudnutí, bolesti a otoků), konjunktivitida, alergická konjunktivitida, artralgie, herpes úst a eozinofilie. Další nežádoucí účinkem hlášeným při léčbě čast a CHOPN byl modřina v místě injekce. U pacientů s CHOPN byly hlášeny další nežádoucí účinky, jako je indurace v místě injekce, vyražka v místě injekce a dermatitida v místě injekce. Vzácně byly hlášeny příznaky serové nemoci, reakce podobné serové nemoci, anafylaktické reakce a urocenní krevní testy. **Předavování:** Při předavování dupilumabu neexistuje žádná specifická léčba. V případě předavování je třeba u pacienta sledovat jakékoli známky a příznaky nežádoucího účinku a okamžitě zahájit vhodnou symptomatickou léčbu. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Léčivová viala: Chladit při 2°C až 8°C. Ochránit před mrazem, uchovávat v původní zabíječce. Aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** Dupixent 200 mg v 1,4 ml roztoku a Dupixent 300 mg ve 2 ml roztoku v předplněné injekční stříkačce / v předplněném peru. **Registrační číslo:** EU/1/17/123/019; CZ-036-036-010-013-014; DE-018-018-020-028. **Důležité rozhodnutí o registraci:** Sanofi/Weinberg Industrie, 52 Avenue Kappel, 94 250 Cernilly. **Datum poslední revize textu:** 4. 11. 2024. Přípravek Dupixent je vydáván pouze na lékařský předpis, je plně hrazen prostřednictvím zdravotního pojištění dospělých pacientů, pediatrických a dospívajících pacientů s těžkou formou atopické dermatitidy od 12 do 18 let, a léčebných pacientů s CHOPN a v léčbě dospělých a dospívajících pacientů ve věku od 6 měsíců do 5 let s těžkou formou atopické dermatitidy, dětí ve věku od 6 do 11 let s těžkým astmatem, prurigo nodularis, eozinofilní ezofagitida a CHOPN není doložen hazard z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku. **Další informace jsou k dispozici na adrese:** Sanofi s.r.o., Generála Píky 430/26, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111 nebo na www.sanofi.cz.

MAT-CZ-2300149-9-01/2025. Určeno pro odbornou veřejnost.

sanofi REGENERON

Sanofi s.r.o.
Generála Píky 430/26,
Dejvice, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 086 111
e-mail: cz-info@sanofi.com

DUPIXENT
(dupilumab)

Sexuálně přenositelné nemoci

odborný garant doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.

ČTVRTEK / 27. února 2025 / 9.05–10.15 hod.

Syfilis stále aktuální

MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.

Kožní oddělení,

Nemocnice České Budějovice, a. s.

Evropská data ukazují nárůst počtu případů syfilisu každoročně o 34 %. Stejnou tendenci registrujeme i v ČR. Muži jsou častěji postiženi než ženy, hlavní zastoupení mají MSM, z nichž je více než 32 % HIV pozitivních.

Syfilis je *simia morborum*, je třeba na tuto nemoc pomýšlet i v rámci diferenciální diagnózy běžných onemocnění.

Problémem jsou pozdní komplikace tohoto onemocnění.

Prezentována kazuistika neurosyfilisu z vlastní praxe.

Kapavka, Euro-GASP

MUDr. Miloslava Macasová

Kožní oddělení,

Nemocnice České Budějovice, a. s.

Kapavka patří mezi sexuálně přenosné choroby. Termín gonorrhoea pochází ze starořeckého slovního spojení gonos (semeno) rhoein (téci). V Evropě je kapavka druhou nejčastější bakteriální sexuálně přenosnou infekcí po chlamydiových infekcích genitálu.

Infekce postihuje epitel uretry, endocervixu, faryngu, rekta a konjunktiv. U mužů jsou většinou příznaky takové, které nutí vyhledat kurativní

léčbu, čímž se předejde možným následkům neléčené kapavky. U žen jsou gonokokové infekce běžně asymptomatické, což může vést ke komplikacím – hlubokým pánevním zánětům, které vedou ke zjizvení vejcovodů, neplodnosti, mimoděložním těhotenstvím.

Celosvětovým problémem kapavky je narůstající rezistence *Neisseria gonorrhoeae* na antibiotika používaná v léčbě. Rostoucí obavy vzbuzuje rostoucí incidence rezistence na Ceftriaxon, včetně případů selhání léčby. Evropská směrnice pro kapavku z roku 2020 poskytuje aktuální pokyny pro diagnostiku a léčbu kapavky.

Antimikrobiální rezistence *Neisseria gonorrhoeae* je monitorována v zemích EU a EEA prostřednictvím Evropského programu Euro-GASP (European Gonococcal Antimicrobial Surveillance Program). Cílem tohoto programu je včas odhalit změny ve vzorcích rezistence a informovat o pokynech pro léčbu.

Lymfogranuloma venereum

MUDr. Hana Bartyzalová

Kožní oddělení,

Nemocnice České Budějovice, a. s.

Tato infekce patří mezi pohlavně přenosné choroby a je způsobena bakterií *Chlamydia trachomatis* sérovar L1-L3. Donedávna byla infekcí endemickou, a to v tropických a subtropických oblastech. V dnešní době se šíří i ve vyspělých státech, zejména mezi muži majícími sex s mu-

ži (MSM), kde nejčastěji způsobuje proktitidy, které připomínají jiné typy anorektálního postižení – například idiopatické střevní záněty (IBD). Častá je koincidence s ostatními pohlavně přenosnými chorobami (HIV, syfilis, kapavka, hepatitis C). Diagnóza tohoto onemocnění vychází z klinického obrazu choroby, důkladně odebrané anamnézy, především se zaměřením na anamnézu cestovní. V rámci laboratorní diagnostiky se jako nejspolehlivější jeví přímý průkaz *Chlamydia trachomatis* pomocí molekulárně diagnostických metod (PCR). V rámci terapie jsou doporučena tetracyklinová a makrolidová antibiotika. Lékem první volby je doxycyklin v dávce 2x 100 mg po dobu 21 dnů. První případ v České republice byl diagnostikován v roce 2011. Ve spolupráci s genetickým oddělením Nemocnice České Budějovice jsme v roce 2021 začali provádět PCR stěr ze vředů – multiplex ulcer, který zahrnuje i diagnostiku právě zmíněné lymfogranuloma venereum. Dříve se při suspekci na lymfogranuloma venereum odesílal stěr do Národní referenční laboratoře (NRL) pro chlamydie v Praze.

I na našem oddělení jsme se setkali s touto relativně vzácnou infekcí. V tomto případě se jednalo o muže středního věku, který byl na naše pracoviště odeslán z gastroenterologic-

kého oddělení. Mezi hlavní symptomy patřily tenesmy, krvácení z konečníku, krev ve stolici a zácpa. Byla provedena kolonoskopie, kde byl popisován nález hemoragicko-ulcerózní proktitidy. V první řadě bylo tedy pomýšleno na idiopatický střevní zánět (IBD). Byla provedena biopsie s histologickou verifikací, která popsala změny spíše imponující jako ulcerózní kolitida. Pro anamnestické údaje – tj. doba trvání 6 měsíců, rizikové promiskuitní chování (muž mající sex s muži (MSM), časté střídání sexuálních partnerů, nechráněné pohlavní styky) byl pacient odeslán k vyšetření na dermatovenerologii. Zde byl vyšetřen – odebrána anamnéza s důrazem na venerologickou anamnézu, klinické vyšetření, odběr krve – sérologie lues, HIV, hepatitidy, provedeny stěry na PCR z uretry, recta, krku na pohlavně přenosné nemoci (STD). Z vyšetření bylo zjištěno celkem 5 pohlavně přenosných infekcí – 1) Syfilis, 2) *Chlamydia trachomatis* (rectum), 3) *Ureaplasma urealytikum* (rectum), 4) *Mycoplasma hominis* (rectum), 5) lymfogranuloma venereum (rectum). Pacient byl řádně léčen antibiotiky, po kterých potíže ustoupily. U pacientů s příznaky proktitidy je nutné klást důraz na podrobnou venerologickou anamnézu a v případě podezření předat pacienta do péče dermatovenerologa.

Systémová onemocnění

odborná garantka prof. MUDr. Petra Cetkovská, Ph.D.
ČTVRTEK / 27. února 2025 / 11.30–13.20 hod.

Autoimunitní puchýřnaté choroby a budoucnost terapie

doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.

Klinika nemocí kožních a pohlavních,
FN a LF UK Hradec Králové

V prezentaci je představena klasifikace autoimunitních puchýřnatých dermatóz (AIBD) skupiny pemphigu, pemphigoidu a dermatitis herpetiformis. Shrnuty jsou patogenetické aspekty a zejména terapeutické možnosti s ohledem na budoucí možnosti účinné léčby těchto závažných onemocnění.

Nastíněny jsou i klinické přístupy dle lokalizací iniciačních lézí a zásady odběru vzorků pro specializovaná mikroskopická onemocnění. Pozornost je přitom věnována zvláště imunofluorescenčním vyšetřením a principům a doporučením.

V závěru je připomenuta nutnost podpory nutrice u AIBD.

Lékové exantémy

prof. MUDr. Petra Cetkovská, Ph.D.

Dermatovenerologická klinika,
FN a LF UK v Plzni

Lékové exantémy jsou obecným názvem pro kožní projevy nechtěné reakce na podaný lék. Postihují zhruba 2 % léčených pacientů a mohou vznikat jak na imunologickém, tak neimunologickém podkladě. Nejčastějšími příčinami jsou

antibiotika zejména penicilinová, sulfonamidy, nesteroidní antiflogistika, antiepileptika a alopurinol. Vyšší riziko vzniku lékových reakcí mají ženy, starší a imunitně oslabení nemocní a pacienti s mnohočetnou terapií. Většina lékových reakcí se projevuje na kůži jako makulopapulózní exantém, ale léky mohou vyvolat i kopřivku, angioedém, vaskulitidu, fixní či lichenoidní exantém. Vzácně se může rozvinout závažná léková reakce pod obrazem Stevensova-Johnsonova syndromu, toxické epidermální nekrolýzy, lékové reakce s eozinofilii a systémovými symptomy či akutní generalizované exantematické pustulózy. Varovnými známkami jsou bolestivá kůže, splývající erytém s puchýři, otok obličeje, slizniční postižení, nekróza či krvácení do kůže, systémové příznaky. Mezi lékové reakce lze zařadit i léky vyvolané kožní autoimunitní nemocí, jako je subakutní lupus erythematosus a puchýřnaté nemoci, které se objevují až po delší době než běžné lékové exantémy.

Alopecie areata

MUDr. Jan Říčař, Ph.D.

Dermatovenerologická klinika,
LF UK a FN v Plzni

Alopecie areata (AA) je nejizvící, většinou náhle vzniklá ložisková a ohraničená ztráta vlasů ve kštici, obočí, vousích i jinde na těle. Může vést ke kompletní ztrátě terminálních i velusových vlasů. Vyznačuje se náhlým vznikem, který se obvykle projevuje oválnými, dobře ohraničenými ložisky

vypadávání vlasů. Autor ve svém sdělení uvádí prevalenci tohoto onemocnění, dále komentuje patofyziologii a popisuje klinický obraz a jednotlivé typy alopecia areata (ložisková alopecia areata, ořízáza, sisaipho, alopecia totalis, alopecia universalis a difúzní typ). Autor popisuje hodnotící škálu SALT, která se používá u alopecia areata k hodnocení závažnosti ztráty vlasů a odpovědi na léčbu a uvádí prognózu jednotlivých klinických typů alopecia areata. V poslední části sdělení autor probírá léčebné možnosti včetně moderní systémové léčby JAKi.

Syndrom kapilárních a arteriovenózních malformací (CM-AVM syndrom)

MUDr. Zuzana Plzáková, Ph.D.,

MUDr. Nikola Lochmanová,

MUDr. Antonín Šípek

Dermatoverologická klinika a Ústav biologie a lékařské genetiky, 1. LF UK a VFN, Praha

Kapilární malformace v podobě drobných erytematózních makul jsou častým nálezem na kůži dětí. Většinou se jedná o benigní solitární projevy. Při jejich mnohočetném výsevu je však nutné vyloučit syndrom s možnými systémovými komplikacemi. Diagnostiku a management tohoto syndromu představí tato přednáška.

Paravirové exantémy u dospělých

MUDr. Marie Polícarová

Kožní oddělení, Nemocnice Jihlava

Klasické virové exantémy s jednoznačnou etiologií jsou běžné v dětském věku, ale nejsou vzácné ani u dospělých, kdy mohou mít i závažnější průběh. Mezi klasické virové exantémy u dospělých s typickým kožním exantémem řadíme spalničky, zarděnky, plané neštovice, herpes zoster, Hand, foot and mouth disease, herpanginu, papulopurpurický syndrom ponožek a rukavic, pityriasis rosea Gibert, onemocnění herpes simplex virem, eczema herpeticatum, moluscum contagiosum, infekční mononukleózu, orf. Setkáváme se také s kožními exantémy, jejichž etiologie s virovou infekcí může souviset. Mezi tyto exantémy patří erythema exsudativum multiforme, vaskulitidy, urtikarie, pityriasis lichenoides et varioliformis acuta, akutní HIV syndrom, AGEP syndrom. Na závěr pak krátká zmínka o petechiálních/purpurických erupcích a exantémech u virových hemorrhagických horeček, kterými mohou být ohroženi lidé po návratu z endemických oblastí Jižní Ameriky a Afriky.

Cílem přednášky je připomenout přehled uvedených diagnóz, jejich klinický obraz.

Kazuistiky z dětské dermatovenerologie

odborná garantka MUDr. Eliška Dorčáková

ČTVRTEK / 27. února 2025 / 14.10–15.20 hod.

Ehlers-Danlos syndromy

MUDr. Jana Drochytková

Dětské kožní oddělení, Pediatrická klinika,
Fakultní nemocnice Brno

Ehlers-Danlos syndromy (EDS) tvoří skupinu vrozených onemocnění pojivové tkáně s postižením kůže, kloubů, cév a dalších orgánů. Patří mezi vzácná onemocnění. Patogenetickým podkladem těchto vzácných onemocnění jsou mutace (sekvenční varianty) genů způsobující defekty syntézy kolagenu.

Projevují se hypermobilitou kloubů, zvýšenou elasticitou a křehkostí kůže, vznikem pseudotumorů a zejících jizev.

Pro pacienty s EDS neexistuje kauzální léčba, terapie je pouze podpůrná. Důležitá je včasná diagnóza EDS, dispenzarizace pacientů, preventivní zaměření péče v centru, kde mají s pacienty zkušenosti.

Poslední klasifikace z roku 2017 na základě molekulární diagnostiky rozlišuje 13 subtypů Ehlersových-Danlosových syndromů.

Komplexní péče vyžaduje mezioborový tým specialistů. Ve své prezentaci představíme 2 naše pacienty a systém péče o pacienty na našem pracovišti.

Kazuistiky z ambulance dětského dermatologa

MUDr. Michaela Komorousová

Dermatovenerologická klinika,
Fakultní nemocnice Plzeň

Erythrokeratoderma variabilis je vzácné onemocnění ze skupin dědičných poruch charakterizovaných poruchou rohovění. Dědičnost je převážně autozomálně dominantní. Nejčastěji je spojena s mutací genu kodujícíci konexin. Projevy vznikají obvykle v prvním roce života, vzácně později. Na kůži jsou přítomny erytémy často anulárního tvaru, které mohou mít i stěhovavý charakter. V pozdějším věku se na povrchu těchto lézí vytváří šupiny až hyperkeratózy. Nejčastěji jsou projevy lokalizované na trupu, extenzorových plochách končetin a bývají velmi symetrické. Věkem může dojít ke zlepšení klinického nálezu. Stanovení diagnózy není jednoduché, histologie bývá pouze nápomocná. V léčbě se využívají především emolienta, keratolytika a lokální retinoidy. U těžkých forem je indikována celková léčba nízkými dávkami retinoidů.

Psoriáza je chronické zánětlivé onemocnění s autoimunitními rysy. Jedná se o onemocnění s pestrým klinickým obrazem postihující kůži, nehty i klouby. Postihuje děti i dospělé. U dětí se nejčastěji setkáváme s akutní psoriázou. Ta bývá velmi často vyvolána probíhající především streptokokovou infekcí. U dětí může mít onemocnění odlišný klinický nálezh než u dospě-

lých. Prognóza je především u akutních forem příznivá, ale můžeme se setkat i s chronickým průběhem, včetně postižení kloubů. Léčba se řídí rozsahem postižení a věkem dítěte. Zahnuje lokální léčbu, fototerapii a systémovou léčbu, včetně léčby biologické.

V přednášce jsou prezentovány případy těchto dvou klinických jednotek se zaměřením na diferenciální diagnostiku a léčbu.

Psoriasis pustulosa generalisata von Zumbusch

MUDr. Eliška Dorčáková

Kožní oddělení,

Nemocnice České Budějovice, a. s.

Generalizovaná pustulózní psoriáza von Zumbusch je klinická varianta generalizované pustulózní psoriázy. Pustulózní formy psoriázy se řadí mezi vzácnější varianty této imunitně zprostředkované choroby a představují přibližně 3 % případů. Jedná se o nejtěžší formu dětské psoriázy, kdy mohou být pacienti ohroženi bakteriální septikemií a vyžadují hospitalizaci. Ojedinele se může vyskytnout i u novorozenců. Často se u dětí jedná o první manifestaci psoriázy. Popisují se dvě podjednotky, a to varianta bez asociace s ložiskovou psoriázou a varianta s ložiskovou psoriázou. Mají mírné odlišnosti v klinickém obrazu a rozdíly v patogenezi. Varianty bez asociace s ložiskovou psoriázou jsou způsobeny deficitem antagonisty pro receptor interleukinu 36. U varianty s asociací s ložiskovou psoriázou tento deficit nebyl prokázán. Kromě známých spouštěcích faktorů u ložiskové psoriázy se popisuje vzplanutí i po lokální iritaci, hypoparatyreóze nebo náhlém ukončení systémové terapie kortikosteroidy.

Průběh bývá velmi bouřlivý. Febrilie a celková schvácenost jsou následovány výsevem v klidných psoriatických ložiscích anebo i na zdravé kůži. Velmi rychle se objevují hustě uspořádané droboučké povrchní sterilní pustuly velikosti špendlíkové hlavičky. Ložiska se rychle rozšiřují na zdravou kůži. Výsev bývá nejčastěji v oblasti flexur, genitálu, meziprstí a kolem nehtových plotének. Časté je postižení sliznice dutiny ústní a jazyka. Projevy progredují od diskrétních pustulek k subkorneálním mikroabscesům, suchým hnědávým krustám až ke generalizované exfoliativní dermatitidě. Průběh je cyklický s kompletní remisí pustul a náhlou nevysvětlitelnou exacerbací. Relapsy jsou časté, vždy těžší a se špatnou prognózou. Příčina je u dětí neznámá.

Diagnózu je možné určit na podkladě klinických projevů. Při nejasnosti můžeme provést histopatologické vyšetření, kde kromě typických změn pro psoriázu vidíme nahromadění neutrofilů ve stratum korneum nebo subkorneálně – Munroovy abscesy. V laboratoři je elevace zánětlivých markerů (leukocytóza v krevním obraze, CRP), hypokalcemie a hypoalbuminemie.

Pustulózní psoriáza může být zaměněna za stafylokokovou infekci, kandidovou infekci, herpes simplex, akutní generalizovanou exantematickou pustulózu a eozinofilní folikulitidu.

Terapie vyžaduje nasazení intenzivní systémové terapie. Zevní léčba emolieny a kortikoidními externy má pouze podpůrný význam. V systémové terapii vzhledem k závažnosti stavu volíme preparáty s rychlým nástupem účinku. V 1. linii je doporučován cyklosporin (2,5–5 mg/kg/den), v další linii retinoidy (0,5–1,0 mg/kg/den), metotrexát (0,2–0,4 mg/kg/týden). Event. biologická terapie anti TNF alfa (adalimumab, etanercept).

ŽÁDNÉ KOMPROMISY JEN ZHOJENÁ KŮŽE

PŘÍPRAVEK BIMZELX NABÍZÍ KOMBINACI RYCHLÉHO,
SETRVALÉHO, ÚPLNÉHO ZHOJENÍ KŮŽE SPOLU
S PROKÁZANOU ÚČINNOSTÍ V LÉČBĚ PsA^{1,2}



*V klinickém hodnocení BE VIVID v 16. týdnu dosáhlo 84 % pacientů koprimárních cílových parametrů odpovídá PASI 90 a IGA 0/1; 58 % pacientů dosáhlo v 16. týdnu odpovědi PASI 100. V poolované analýze údajů z klinických hodnocení BE VIVID, BE READY a BE SURE si 88 % pacientů udrželo odpověď PASI 100 do 52. týdne. V klinickém hodnocení BE RADIANT dosáhlo 4. týdne po první dávce 71 % pacientů odpovědi PASI 75. V klinickém hodnocení BE OPTIMAL dosáhlo v 16. týdnu 43 % pacientů primárního cílového parametru odpovědi ACR 50 a 54 % pacientů si tuto odpověď udrželo do 52. týdne.

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Bimzelx ▼
(bimekizumab)

Zkrácené informace o přípravku • **Bimzelx 160 mg injekční roztok v předplněném peru** • **Složení:** Jedno předplněné pero obsahuje 160 mg bimekizumabu v 1 ml. **Indikace:** *Ložisková psoriáza:* Léčba středně těžké až těžké formy ložiskové psoriázy u dospělých, u nichž je indikována systémová léčba. *Psoriatická artritida:* Jako monoterapie nebo v kombinaci s methotrexiátem, k léčbě aktivní psoriatické artritidy u dospělých, kteří reagovali nedostatečně na jeden nebo více chorob modifikujících antirevmatických léků (Disease-Modifying Antirheumatic Drugs, DMARD) nebo tyto léky netolerovali. *Axiální spondylartrida:* *Neuradiografická axiální spondylartrida:* Léčba dospělých s aktivní neuradiografickou axiální spondylartridou s objektivními známkami zářetů indikovanými zvýšenou hladinou C-reaktivního proteinu (CRP) a/ nebo magnetickou rezonancí (MRI), kteří reagovali nedostatečně na nesteroidní protizánětlivé léky (NSAID) nebo tyto léky netolerovali. *Ankylozující spondylitida:* Léčba dospělých s aktivní ankylozující spondylitidou, kteří nereagovali dostatečně na konvenční léčbu nebo tuto léčbu netolerovali. *Hidradenitis suppurativa (HS):* Léčba aktivní středně těžké až těžké hidradenitis suppurativa (acne inversa) u dospělých s nedostatečnou reakcí na jinou konvenční systémovou léčbu HS. **Dávkování:** *Ložisková psoriáza:* Doporučená dávka pro dospělé pacienty s ložiskovou psoriázou je 320 mg (podaných jako 2 subkutánní injekce po 160 mg) v 0., 4., 8., 12., 16. týdnu a poté každých 8 týdnů. *Psoriatická artritida:* Doporučená dávka pro dospělé pacienty s aktivní psoriatickou artritidou je 160 mg (podaných jako 1 subkutánní injekce po 160 mg) každé 4 týdny. Více informací naleznete v SPC. **Pacienti s psoriatickou artritidou a zároveň ložiskovou psoriázou:** *Axiální spondylartrida:* Doporučená dávka pro dospělé pacienty s axiální spondylartridou je 160 mg (podaných jako 1 subkutánní injekce po 160 mg) každé 4 týdny. *Hidradenitis suppurativa:* Doporučená dávka pro dospělé pacienty s hidradenitis suppurativa je 320 mg (podaných jako 2 subkutánní injekce po 160 mg) každé 2 týdny do 16. týdne, a poté každé 4 týdny. **Pacienti s nadváhou:** U některých pacientů s ložiskovou psoriázou (včetně psoriatické artritidy spolu se středně těžkou až těžkou psoriázou), a tělesnou hmotností ≥ 120 kg, kteří nedosáhli kompletního zhojení kůže v 16. týdnu, může dávka 320 mg každé čtyři týdny (4TW) po prvních 16 týdnech léčby dále zlepšit odpověď na léčbu po 16. týdnu. Úprava dávky u *starších pacientů (65 let a starší)* a u pacientů *s poruchou funkce ledvin nebo jater* není nutná. **Způsob podání:** Tento léčivý přípravek se podává subkutánní injekcí. Dávka 320 mg může být podána jako 2 subkutánní injekce po 160 mg. Vhodná místa pro podání injekce zahrnují stehno, břícho a horní část paže. Předplněné pero se nesmí protřepávat. Po třádném proškolení v technice aplikace subkutánní injekce si pacienti mohou aplikovat přípravek Bimzelx sami. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce (např. aktivní tuberkulóza). **Zvláštní upozornění a opatření při používání:** **Infekce:** Bimekizumab může zvýšit riziko infekcí (včetně horních cest dýchacích a orální kandidózy). Při zvažování použití bimekizumabu u pacientů s chronickou infekcí nebo rekurentní infekcí v anamnéze je třeba postupovat opatrně. Léčba bimekizumabem se nesmí zahájit u pacientů s jakoukoli klinicky významnou aktivní infekcí, dokud infekce neustoupí nebo není adekvátně léčena. Pacienti léčení bimekizumabem mají být pečlivě a/ nebo vyhledáni lékaře, pokud se objeví známky nebo příznaky naznačující infekci. **Hodnocení tuberkulózy (TBC) před léčbou:** Před zahájením léčby mají být pacienti vyšetřeni na přítomnost TBC. Bimekizumab nesmí být podáván pacientům s aktivní TBC. V průběhu léčby mají být u pacientů monitorovány známky a příznaky aktivní TBC. **Zánětlivé střevní onemocnění:** Při podávání bimekizumabu byly hlášeny nové případy nebo exacerbace zánětlivého střevního onemocnění. Bimekizumab se u pacientů se zánětlivým střevním onemocněním nedoporučuje. **Hypersenzitivita:** U inhibitorů IL-17 byly pozorovány závažné hypersenzitivní reakce včetně anafylaktických reakcí. **Občasně:** Před zahájením léčby bimekizumabem má být zvaženo dokončení všech očkování příslušných pro daný věk v souladu s aktuálními vakcinačními doporučeními. Pacientům léčeným bimekizumabem nemají být podávány živé vakcíny. Tento léčivý přípravek obsahuje 0,4 mg polysorbátu 80 v 1 ml roztoku. Polysorbát mohou způsobit alergické reakce. Bimekizumab obsahuje v podstatě zanedbatelné množství *sodíku* - více viz SmPC. **Interakce:** Nelze vyloučit klinicky významný účinek na substráty CYP450 s úzkým terapeutickým indexem, u kterých se dávka individuálně upravuje (např. warfarin). Při zahájení léčby bimekizumabem u pacientů léčených tímto typy léčivých přípravků je třeba zvážit terapeutické monitorování. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilitní věku musí během léčby a nejméně 17 týdnů po ukončení léčby používat účinnou antikoncepci. Podávání přípravku Bimzelx v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Je třeba zvážit zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit léčbu. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: infekce horních cest dýchacích; časté: orální kandidóza; mykotické infekce; infekce uší; infekce virem herpes simplex; orofaryngeální kandidóza; gastroenteritida; folikulitida; vulvovaginální mykotické infekce (včetně vulvovaginální kandidózy); bolest hlavy; vyrážka; dermatitida a ekzém; akné; reakce v místě aplikace; únava; méně časté: slzičnice a kožní kandidóza (včetně jícnové kandidózy, konjunktivitida), neutropenie, zánětlivé střevní onemocnění. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat ve chladničce (2 °C–8 °C). Chráňte před mrazem. Uchovávejte v krabici. Aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek je uchovávat při pokojové teplotě (do 25 °C) po jedno období trvající maximálně 25 dnů s ochranou před světlem. Po vyjmutí z chladničky a uchování za těchto podmínek zlikvidujte po 25 dnech nebo do data předepsání vyčištěního na obalu, podle toho, co nastane dříve. Vyznačené místo pro datum na krabici slouží pro záznam data vyjmutí z chladničky. **Dostupné léčivé formy a velikosti balení:** Balení s 1 předplněným perem, 2 předplněnými perem. **Dížel zdravotní o registraci:** UCB Pharma S.A., Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/21/1575/005-006. **Datum revize textu:** 12. 12. 2024. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění v indikaci ložiskové psoriázy, psoriatické artritidy a ankylozující spondylitidy. V indikaci neuradiografická axiální spondylartrida a hidradenitis suppurativa není přípravek hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podrobné údaje najdete v Souhrnu údajů o přípravku.

Reference: 1. SPC BIMZELX®; 2. Strober B, Tada Y, Mrowietz U, et al. Bimekizumab maintenance of response through 3 years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: results from the BE BRIGHT open-label extension trial. Br J Dermatol. 2023;188(6):749-759.

© UCB Biopharma SRL, 2023. Všechna práva vyhrazena. BIMZELX® je registrovanou ochrannou známkou společnosti UCB Groups of Companies.

UCB s.r.o., Jankovcova 1518/2, 170 00 Praha 7, tel: +420 221 773 411,

e-mail: info.prague@ucb.com, www.ucb.cz

CZ-BK-2400183 • Datum přípravy: leden 2025



Inspired by patients.
Driven by science.

V přednášce je prezentován klinický případ této vzácnější varianty pustulózní psoriázy se zaměřením na vývoj klinického obrazu a terapeutické možnosti.

Terapeutické aktuality II

ČTVRTEK / 27. února 2025 / 15.20–16.10 hod.

Probiotika jako součást léčby atopického ekzému a alergické rýmy

Hana Vagnerová

Favea Plus, a. s., Praha

Úloha střevního mikrobiomu v patogenezi onemocnění kůže je novou oblastí vý-

zkumu, ve které teprve začínáme získávat informace. V krátké prezentaci uvedeme kazuistiky z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost, které souvisejí s léčbou atopické dermatitidy.

Kazuistiky mladých dermatologů

odborná garantka MUDr. Hana Janatová

ČTVRTEK / 27. února 2025 / 16.40–17.50 hod.

Hyperpigmentace obličeje (Blue-gray syndrom)

MUDr. Hana Janatová

Kožní oddělení,

Nemocnice České Budějovice, a. s.

Klinický případ popisuje případ 58letého muže, který se do naší ambulance dostavil s tři roky trvajícím postupně se zhoršujícím šedo-modrým zbarvením kůže obličeje. V rodinné anamnéze se vyskytl u matky diabetes mellitus. V 54 letech prodělal infarkt myokardu, od té doby má trvalou kardiostimulaci, je v péči kardiologů pro komorové arytmie. Celkově v té době užíval metoprolol, perindopril, amiodaron, atorvastatin, amlodipin, acidum acetylosalicylicum. Z chro-

nických nemocí má diabetes mellitus na dietě a dyslipidemii. Je exkuřák 7 let, předtím kouřil 20 cigaret denně. Abúzus alkoholu 1 J denně (pivo), dříve i 5 J denně. Pacient pracoval jako dělník při údržbě silnic, jednalo se o práci venku a na slunci, po prodělaném infarktu myokardu byl v invalidním důchodu.

Klinicky se jednalo o modrošedé jakoby skvrnitě zbarvení kůže obličeje a několik drobných ložisek této kožní dyskolorace bylo přítomno na hřbetech rukou. V přednášce je prezentována fotodokumentace klinických projevů. Pro pacienta bylo toto tmavé lividní šedavé zbarvení obličeje subjektivně velmi nepříjemné, udával například, že děti se ho bály. V rámci diferenciální diagnostické rozvahy jsme uvažovali o porfyrii,

intoxikaci těžkými kovy (argyróza, chryzodermie), ochronóze, Addisonově chorobě, polékové reakci či fotodermatóze.

Provedli jsme indikovaná laboratorní vyšetření a probatorní excizi s histologickým vyšetřením kůže. Vzhledem k chronickému užívání amiodaronu jsme měli podezření na tzv. Blue-gray syndrom.

Histologické vyšetření kožní excize prokázalo v horním koriu převážně perivaskulárně přítomné makrofágy, které obsahují žluto-hnědo-černý pigment. Tento pigment není pozitivní ani na železo, ani nejde o melaninový pigment. Vedle toho je v horním koriu nepravidelně rozložen velmi mírný kulatobuněčný zánětlivý infiltrát. Epidermis je v podstatě beze změn. Nález odpovídá klinicky diagnostikované hyperpigmentaci po amiodaronu. Tento lék byl po konzultaci s kardiologem vysazen a během několika týdnů se kožní kolorit znormalizoval. Vyjma vysazení amiodaronu bylo pacientovi doporučeno omezení pobytu na slunci a důsledná fotoprotekce. Při kontrole po několika týdnech po vysazení amiodaronu byla kožní dyskolorace výrazně zlepšena a při kontrole po dvou letech nebylo již modrošedé zbarvení kůže obličeje znatelné.

Jednalo se o Blue-gray syndrom, jehož podstatou je zvýšená akumulace amiodaronu a jeho metabolitu mono-N-desethylamiodaronu v kůži. Klinický obraz je důsledkem fagocytózy amiodaronu makrofágy v dermis a akumulaci v lyzosomech. Pod vlivem UV záření se váže amiodaron na buněčné membrány v cévní stěně, působí vazodilataci, zvýšenou difúzi amiodaronu do perivaskulární tkáňe a chronickou akumulaci.

Mezi nežádoucí účinky amiodaronu patří fotosenzitivita, Blue-gray syndrom – šedomodré

zbarvení kůže v obličeji, proarytmický účinek, zvýšení hodnot jaterních transamináz, poruchy funkce štítné žlázy, pneumotoxicita (intersticiální pneumonitida, plicní fibróza) a další (třes, poruchy spánku).

Klinický případ šedomodrého zbarvení obličeje prezentuje poměrně vzácný nežádoucí účinek amiodaronu, významnou roli kožního vyšetření a důležitost mezioborové spolupráce.

Sweetův syndrom MUDr. Amiri Zmarak

Kožní oddělení,

Nemocnice České Budějovice, a. s.

Kazuistika prezentuje 61letou pacientku hospitalizovanou pro infiltrované projevy v obličeji. Sérií diagnostických úkonů byla zjištěna přítomnost Febrilní neutrofilní dermatózy neboli Sweetova syndromu, který autor blíže specifikuje, a to včetně příznaků, diferenciální diagnostiky a managementu léčby.

Jedná se o 61letou pacientku, která byla v rozmezí března až července 2023 celkem třikrát hospitalizována na kožním oddělení. K hospitalizaci byla indikována pro náhle vzniklé, zarudlé a infiltrované projevy v obličeji – subjektivně bolestivé a dosahující velikosti až 10 centimetrů. Ty byly zpočátku považovány za flegmonózní zánět, čemuž napovídaly i výsledky základního laboratorního vyšetření. Antibiotická terapie však nevedla k jakémukoliv zlepšení, opakované stěry z projevů byly navíc kultivačně negativní stran bakteriologie i mykologie. V rámci diferenciální diagnostiky postupně vyloučena hluboká tinea, mykobakteriózy, aktinomýkózy. Pro toxoalergický exantém v sou-

vislosti s podáním antibiotik bylo přistoupeno k celkovému podání kortikosteroidů, během kterého dochází k rychlému ústupu projevů primárního onemocnění. Po propuštění však dochází k jejich recidivě nejen v obličeji, ale nově i na krku a šíji. Pomocí histopatologického vyšetření byl potvrzen hnisavý zánět, nicméně bez nálezu infekčního agens. Ve spolupráci s biotickou laboratoří v Plzni bylo přistoupeno k revizi odebraného biologického materiálu s vyloučením kožního lymfomu i pseudolymfomu. Parenterální aplikace kortikosteroidů opět vedla k regresi lokálního nálezu. Druhá biopsie během rehospitalizace byla již přínosnější – odhalila mutace CSF3R genu a ASXL1 genu, které se často vyskytují u chronické leukemie. Pro tento nálezu, doplněný výraznou leukocytózou pacientky, byla provedena trepanobiopsie potvrzující chronickou myeloidní leukemii. Pacientka splnila dvě hlavní i vedlejší kritéria k diagnostice Sweetova syndromu, který bývá přítomen u hematologických onemocnění. V současné době je proto dispenzarizována jak na dermatologické, tak i hematologické ambulanci.

Překvapivý výsledek

MUDr. Olena Točíková

Kožní oddělení,

Nemocnice České Budějovice, a. s.

Kazuistika pojednává o 50letém pacientovi, který byl na naše oddělení přijat pro nespécifický generalizovaný výsev na těle k provedení probatorní excize, stanovení diagnózy a návrhu terapie. Pacient byl přijat na naše oddělení v březnu 2024 pro 3 týdny trvající nesvědív

výsev na integumentu. Ambulantním dermatologem byla zvažována diagnóza lichen planus, dif. dg. psoriasis. Pacient se dlouhodobě s ničím neléčil a v osobní i rodinné anamnéze se žádná kožní onemocnění nevyskytovala. Při příjmu udával v předchorobí chřipkovité příznaky a následně postupný výsev nesvědivých papulek – zpočátku na předloktí a na bříše, poté diseminace na zbytek těla. Jiné obtíže negoval. Za hospitalizace byla provedena probatorní excize z ložisek, základní odběry krve vč. lues screen. Jako překvapivý výsledek vyšel lues screen pozitivně, proto byla doplněna další vyšetření na ostatní pohlavně přenosné onemocnění. Ještě větším překvapením byla pozitivita bakterie *Neisseria gonorrhoeae* v rektu. Vzhledem k promiskuitnímu způsobu života bylo doplněno oční a neurologické vyšetření, vč. provedení lumbální punkce k vyloučení neurosyfilis. Vyšetření mozkomíšního moku potvrdilo, že by se mohlo jednat o neurosyfilis. Pacient byl řádně zaléčen na všechny zjištěné diagnózy a nyní je v dispenzární péči naší venerologické ambulance. Syfilis, někdy nazývaná též simia morborum, je sexuálně přenosné onemocnění způsobené původcem *Treponema pallidum* ssp. *pallidum* se stoupající incidencí. Klinický obraz druhého stadia syfilidy – stadium generalizace – je velice rozmanitý, nálezy mohou imponovat lékové či virové exantémy, mykotické infekce a mnoho dalších kožních onemocnění. Z těchto důvodů je vždy velice důležité pečlivě klinické vyšetření pacienta a důkladné odebrání venerologické a osobní anamnézy. Dále bych chtěla poukázat na svízelnost venerologické depistáže, která je někdy nelehká.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

HLAVNÍ PARTNEŘI

abbvie



Inspired by patients.
Driven by science.

PARTNEŘI



Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

sanofi

MEDIÁLNÍ PARTNER

Dermatologie
pro praxi

Zkrácené informace o léčivém přípravku • **Název přípravku:** Rinvoq 15 mg tablety s prodlouženým uvolňováním, Rinvoq 30 mg tablety s prodlouženým uvolňováním, Rinvoq 45 mg tablety s prodlouženým uvolňováním • **Složení:** Jedna tableta s prodlouženým uvolňováním obsahuje upadacitinib 15 mg, 30 mg nebo 45 mg. **Indikace:** Léčba středně těžké až těžké aktivní revmatoidní artritidy u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí nebo intolerancí na jedno nebo více chorobou modifikujícími antirevmatik (DMARD). Přípravek RINVOQ lze použít v monoterapii nebo v kombinaci s methotrexátem. Léčba aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí nebo intolerancí na jedno nebo více DMARD. Přípravek RINVOQ lze použít v monoterapii nebo v kombinaci s methotrexátem. Léčba axiální spondylitidy; *neradiografické axiální spondylitridy* u dospělých pacientů s objektivními známkami zánětu vyjadřenými elevací C-reaktivního proteinu (CRP) a/ nebo nálezem na magnetické rezonanci (MRI), kteří nedosáhli dostatečné odpovědi na léčbu nesteroidními protizánětlivými léky (NSAID); *ankylozující spondylitidy (radiografické axiální spondylartritidy)* u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí na konvenční léčbu. Léčba středně těžké až těžké atopické dermatitidy u dospělých a dospívajících ve věku od 12 let, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. Léčba ulcerózní kolitidy u dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou aktivní ulcerózní kolitidou s nedostatečnou odpovědí, se ztrátou odpovědi nebo intolerancí na konvenční nebo biologický přípravek. Léčba dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou aktivní Crohnovou chorobou s nedostatečnou odpovědí, se ztrátou odpovědi nebo intolerancí na konvenční nebo biologický přípravek. **Čávkování a doba léčby:** Revmatoidní artritida, psoriatická artritida, axiální spondylartritida: Doporučená dávka je 15 mg jednou denně. U pacientů s ankylozující spondylitidou, u kterých nebylo dosaženo klinické odpovědi po 16 týdnech léčby, se má zvážit ukončení léčby. **Atopická dermatitida:** Doporučená dávka upadacitinibu je 15 mg nebo 30 mg jednou denně na základě individuálních potřeb pacienta. U dospívajících (ve věku od 12 do 17 let) s tělesnou hmotností nejméně 30 kg je doporučená dávka upadacitinibu 15 mg jednou denně. Pokud pacient neodpovídá adekvátně na léčbu 15 mg jednou denně, může být dávka zvýšena na 30 mg jednou denně. U pacientů, u kterých se neprojeví žádné známky terapeutického přínosu po 12 týdnech léčby, je nutno zvážit ukončení léčby upadacitinibem. **Ulcerózní kolitida: Zahájení léčby:** Doporučená úvodní dávka upadacitinibu je 45 mg jednou denně po dobu 8 týdnů. U pacientů, u kterých není dosaženo dostatečného terapeutického přínosu do 8. týdne, se může pokračovat s léčbou upadacitinibem 45 mg jednou denně dalších 8 týdnů. Podávání upadacitinibu musí být ukončeno u všech pacientů, u kterých se do 16. týdne neprojeví žádné známky terapeutického přínosu. Udržovací léčba: Doporučená udržovací dávka upadacitinibu je 15 mg nebo 30 mg jednou denně podle individuálních potřeb pacienta. **Crohnova choroba: Zahájení léčby:** Doporučená úvodní dávka upadacitinibu je 45 mg jednou denně po dobu 12 týdnů. U pacientů, u kterých nebylo dosaženo dostatečného terapeutického přínosu po 12týdenním úvodním období, lze zvážit prodloužení úvodní léčby dávkou 30 mg jednou denně po dobu dalších 12 týdnů. U těchto pacientů má být podávání upadacitinibu ukončeno, pokud se po 24 týdnech léčby neprojeví žádné známky terapeutického přínosu. **Udržovací léčba:** Doporučená udržovací dávka upadacitinibu je 15 mg nebo 30 mg jednou denně podle individuálních potřeb pacienta. **Zahájení léčby:** Léčba nemá být zahajována u pacientů s celkovým počtem lymfocytů (ALC) < 0,5 × 10⁹ buněk, celkovým počtem neutrofilů (ANC) < 1 × 10⁹ buněk nebo s hladinou hemoglobinu (Hb) < 8 g/dl. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, léčba má být přerušena, dokud není infekce zvládnuta. **Lehká až středně těžká porucha funkce ledvin:** není nutná žádná úprava dávky. **Těžká porucha funkce ledvin:** pro podávání upadacitinibu jsou k dispozici omezené údaje, pacienti mají upadacitinib užívat se zvýšenou opatrností. **Lehká nebo středně těžká porucha funkce jater:** není nutná žádná úprava dávky. **Těžká porucha funkce jater:** podání je kontraindikováno. **Kontraindikace:** Precitlivlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku; aktivní tuberkulóza nebo aktivní závažná infekce; těžká porucha funkce jater; těhotenství. **Zvláštní upozornění: Upadacitinib má být používán pouze v případě, že nejsou dostupné žádné jiné vhodné alternativní léčby u následujících pacientů: ve věku 65 let a starších; pacientů s anamnézou kardiovaskulárních aterosklerotických nemocí nebo jiných kardiovaskulárních rizikových faktorů (jako jsou současné nebo bývalé dlouhodobé kouření); pacientů s rizikovými faktory pro malignitu (např. malignita v současnosti nebo malignita v anamnéze). Použití u pacientů ve věku 65 let a starších.** U pacientů ve věku 65 let a starších existuje při používání upadacitinibu v dávce 30 mg jednou denně zvýšené riziko výskytu nežádoucích účinků. V důsledku toho je doporučená dávka pro dlouhodobé používání u této populace pacientů 15 mg jednou denně. **Závažné infekce:** Pacienti je třeba během léčby a po léčbě upadacitinibem pečlivě sledovat s ohledem na vývoj známek a příznaků infekce. Léčba upadacitinibem má být přerušena, pokud se u pacienta rozvine závažná nebo oportunní infekce. **Vyšší výskyt závažných infekcí byl pozorován u upadacitinibu v dávce 30 mg oproti upadacitinibu v dávce 15 mg.** Před zahájením léčby upadacitinibem mají být pacienti vyšetřeni na přítomnost *tuberkulózy* (TBC). V klinických studiích byla hlášena reakce na virus, včetně případů reakce virus herpes (např. herpes zoster). Pokud se u pacienta vyvine herpes zoster, má být zváženo přerušení léčby upadacitinibem, dokud není epizoda uzavena. **Čávkování:** Podání živých atenuovaných vakcín během léčby upadacitinibem nebo bezprostředně před ní se nedoporučuje. **Maligní onemocnění:** U pacientů užívajících inhibitory JAK, včetně upadacitinibu, byly hlášeny případy výskytu lymfomu a malignit. Vyšší výskyt malignit byl pozorován u upadacitinibu v dávce 30 mg oproti upadacitinibu v dávce 15 mg. **NM/SC:** U pacientů léčených upadacitinibem byl hlášen výskyt NM/SC. Vyšší výskyt NM/SC byl pozorován u upadacitinibu v dávce 30 mg oproti upadacitinibu v dávce 15 mg. U všech pacientů, zejména u těch s rizikovými faktory pro vznik kožního nádoru, se doporučuje pravidelné kožní vyšetření. Upadacitinib má být používán s opatrností u pacientů s rizikem gastrointestinální perforace. **Zlíní tromboembolie:** U pacientů se známými rizikovými faktory pro VTE kromě kardiovaskulárních rizikových faktorů nebo rizikových faktorů pro malignitu má být upadacitinib podáván se zvýšenou opatrností. Pacienti mají být během léčby upadacitinibem pravidelně vyšetřováni, aby bylo možné posoudit změny rizika výskytu VTE. U pacientů užívajících upadacitinib byly hlášeny závažné *hypersenzitivní reakce*, jako jsou anafylaxe a angioedém. U pacientů, kteří používají léky na diabetes, byly po zahájení léčby inhibitory JAK, včetně upadacitinibu, hlášeny případy hypoglykemie. V případě výskytu hypoglykemie může být nutná úprava dávky antidiabetické léčby. U pacientů užívajících upadacitinib se objevily zprávy o zbytkovém léku ve stolici nebo ve vývodu ze stómie. Pacienti mají být klinicky sledováni a v případě nedostatečné terapeutické odpovědi má být zvážena alternativní léčba. **Interakce:** Upadacitinib je metabolizován především prostřednictvím CYP3A4. Během léčby upadacitinibem je třeba se vyhnout pokrmům a nápojům obsahujícím grapefruit. Upadacitinib v dávce 15 mg jednou denně má být používán s opatrností u pacientů, kteří jsou dlouhodobě léčeni silnými inhibitory CYP3A4. Upadacitinib v dávce 30 mg jednou denně se nedoporučuje používat u pacientů, kteří jsou dlouhodobě léčeni silnými inhibitory CYP3A4. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí používat účinnou antikoncepci během léčby a 4 týdny po poslední dávce upadacitinibu. Během těhotenství je upadacitinib kontraindikován. Upadacitinib nemá být používán během kojení. **Nežádoucí účinky: Velmi časté:** infekce horních cest dýchacích, akné. **Časté:** bronchitida, herpes zoster, herpes simplex, folikulitida, chřipka, infekce močových cest, pneumonie, nemelanomový kožní nádor, kopřivka, anemie, neutropenie, lymfopenie, hypercholesterolemie, hyperlipidemie, bolest hlavy, závratě, vertigo, kašel, bolest břicha, nauzea, vytržka, únavy, pyrexie, zvýšení krevní CPK, ALT, AST, zvýšení tělesné hmotnosti; **méně časté:** orální kandidóza, divertikulitida, závažné hypersenzitivní reakce, hyperglycémie, gastrointestinální perforace. **Balení:** 28 nebo 98 tablet s prodlouženým uvolňováním. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Německo. **Registrační čísla:** Rinvoq 15 mg: EU/1/19/1404/01 (28 tablet v blistru) – na trhu, EU/1/19/1404/02-05; Rinvoq 30 mg: EU/1/19/1404/06-09; Rinvoq 45 mg: EU/1/19/1404/10-11. **Datum poslední revize SmPC:** 12/2024. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.



LÉK VOLBY V 1. LINII

CÍLENÉ LÉČBY

ATOPICKÉ DERMATITIDY¹

RYCHLE
ÚSTUP SVĚDĚNÍ & ZHOJENÍ KŮŽE
CÍTÍ ONI **VIDÍTE VY**

Přípravek RINVOQ® je indikován k léčbě středně těžké až těžké atopické dermatitidy u dospělých a dospívajících ve věku od 12 let, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu.

Reference: 1. Dle indikačních omezení úhrady www.sukl.gov.cz.

Upadacitinib má být používán pouze v případě, že nejsou dostupné žádné jiné vhodné alternativy léčby u následujících pacientů: – ve věku 65 let a starších; – pacientů s anamnézou kardiovaskulární aterosklerotické nemoci nebo jiných kardiovaskulárních rizikových faktorů (jako jsou současní nebo bývalí dlouhodobí kuřáci); – pacientů s rizikovými faktory pro malignitu (např. malignita v současnosti nebo malignita v anamnéze).