

# REFERÁTOVÝ VÝBĚR® z **dermato** **venereologie**

ODBORNÝ DVOUMĚSÍČNÍK

ROČNÍK 65

4/2023

**7 KREDITŮ ČLK**  
PRO AUTORY ČLÁNKŮ

Available on the  
**Google Play**

Download on the  
**App Store**

 @referatovyvyber

[www.referatovyvyber.cz](http://www.referatovyvyber.cz)

**LA ROCHE POSAY**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



VYCHÁZÍ POD ZÁŠTITOU ČESKÉ DERMATOVENEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

CENA: 57 Kč

**OPDIVO**  
(nivolumab)

# VELKÉ PLUS PRO ONKOLOGICKÉ PACIENTY v monoterapii nebo jako kombinovaná léčba



## ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

**Název přípravku:** OPDIVO 10 mg/ml koncentrát pro infuzní roztok. **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Nivolumabum 10 mg v 1 ml koncentrátu. **Indikace\*:** Melanom: v monoterapii/kombinaci s ipilimumabem u pokročilého (neresekovatelného nebo metastazujícího) melanomu u dospělých a dospívajících ve věku od 12 let. **Adjuvantní léčba melanomu:** monoterapie k adjuvantní léčbě dospělých a dospívajících ve věku od 12 let s melanomem stadia IIB nebo IIC nebo s melanomem s postižením lymfatických uzlin nebo metastázami po kompletní resekci. **Nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC):** monoterapie lokálně pokročilého nebo metastazujícího NSCLC po předchozí chemoterapii u dospělých; v kombinaci s ipilimumabem a 2 cykly chemoterapie na bázi platinu v první linii u dospělých bez EGFR nebo ALK. **Neoadjuvantní léčba NSCLC:** v kombinaci s chemoterapií na bázi platinu k neoadjuvantní léčbě dospělých s resekovatelným NSCLC s vysokým rizikem recidivy, jejichž nádory mají expresi PD-L1  $\geq 1\%$ . **Maligní mezoteliom pleury (MPM):** v kombinaci s ipilimumabem k léčbě neresekovatelného MPM u nepředléčených dospělých. **Renální karcinom (RCC):** monoterapie pokročilého RCC po předchozí terapii u dospělých; v kombinaci s ipilimumabem terapie pokročilého RCC v první linii u dospělých se středním nebo vysokým rizikem; v kombinaci s kabozantinem terapie pokročilého RCC v první linii u dospělých. **Klasický Hodgkinův lymfom (CHL):** monoterapie recidivujícího nebo rezistentního CHL po autologní transplantaci kmenových buněk (ASCT) a léčbě brentuximab vedotinem. **Skvamózní karcinom hlavy a krku (SCCHN):** monoterapie rekurentního nebo metastazujícího SCCHN progredujícího při nebo po léčbě platinovými deriváty u dospělých. **Kolorektální karcinom s fenotypem dMMR/MSI-H (dMMR/MSI-H CRC):** v kombinaci s ipilimumabem terapie dMMR/MSI-H CRC po kombinované chemoterapii na bázi fluoropyrimidinu u dospělých. **Urotelální karcinom (UC):** monoterapie lokálně pokročilého neresekovatelného nebo metastazujícího UC u dospělých po selhání léčby platinovými deriváty. **Adjuvantní léčba urotelálního karcinomu:** monoterapie k adjuvantní léčbě dospělých s urotelálním karcinodem postihujícím svalovinu (MIUC) s expresí PD-L1 na nádorových buňkách  $\geq 1\%$ . **Skvamózní karcinom jícnu (ESCC):** monoterapie neresekovatelného pokročilého, rekurentního nebo metastazujícího ESCC u dospělých po předchozí kombinované chemoterapii na bázi fluoropyrimidinu a platinu; v kombinaci s ipilimumabem nebo chemoterapií na bázi fluoropyrimidinu a platinu k léčbě v první linii u dospělých s neresekovatelným pokročilým, rekurentním nebo metastazujícím ESCC s expresí PD-L1 na nádorových buňkách  $\geq 1\%$ . **Adjuvantní léčba karcinomu jícnu nebo gastroezofageálního jícnu (EJ nebo GEJ):** monoterapie k adjuvantní léčbě dospělých s EJ nebo GEJ po předchozí neoadjuvantní chemoradioterapii. **Adenokarcinom žaludku, gastroezofageálního jícnu (GEJ) nebo jícnu:** v kombinaci s chemoterapií na bázi fluoropyrimidinu a platinu k léčbě v první linii u dospělých s HER2-negativním pokročilým nebo metastazujícím adenokarcinodem žaludku, GEJ nebo jícnu, jejichž nádory exprimují PD-L1 s kombinovaným pozitivním skóre (CPS)  $\geq 5$ . **Dávkování\*:** Monoterapie: bud 240 mg i.v. infuzí (30 min) každé 2 týdny (všechny indikace), nebo 480 mg i.v. infuzí (60 min) každé 4 týdny (pouze indikace melanom, renální karcinom a MIUC), u adjuvantní léčby melanomu 480 mg i.v. infuzí (30 min) každé 4 týdny u adjuvantní léčby EJ nebo GEJ 240 mg i.v. infuzí (30 min) každé 2 týdny, nebo 480 mg i.v. infuzí (30 min) každé 4 týdny po dobu prvních 16 týdnů a následně 480 mg i.v. infuzí (30 min) každé 4 týdny. **Zvláštnosti dávkování u dospívajících viz SmPC. Kombinace s ipilimumabem:** Melanom: 1 mg/kg nivolumabu i.v. infuzí (30 min) s ipilimumabem 3 mg/kg i.v. infuzí (30 min) každé 3 týdny u prvních 4 dávek, dále nivolumab i.v. infuzí 240 mg (30 min) každé 2 týdny, nebo 480 mg (60 min) každé 4 týdny, první dávka za 3 týdny (240 mg), resp. 6 týdnů (480 mg), a pak dále každé 2 týdny, resp. 4 týdny. **SCCHN:** 360 mg nivolumabu i.v. infuzí (30 min) každé 3 týdny s ipilimumabem 1 mg/kg i.v. infuzí (30 min) každých 6 týdnů. **RCC:** 3 mg/kg nivolumabu i.v. infuzí (30 min) s ipilimumabem 1 mg/kg i.v. infuzí (30 min) každé 3 týdny u prvních 4 dávek, dále nivolumab i.v. infuzí 240 mg (30 min) každé 2 týdny, nebo 480 mg (60 min) každé 4 týdny, první dávka za 3 týdny (240 mg), resp. 6 týdnů (480 mg), a pak dále každé 2 týdny, resp. 4 týdny. **dMMR/MSI-H CRC:** 3 mg/kg nivolumabu i.v. infuzí (30 min) s ipilimumabem 1 mg/kg i.v. infuzí (30 min) každých 6 týdnů. **Kombinace s kabozantinem:** RCC: 240 mg nivolumabu i.v. infuzí (30 min) každé 2 týdny, nebo 480 mg nivolumabu i.v. infuzí (60 min) každé 4 týdny s kabozantinem 40 mg perorálně každý den. **Kombinace s ipilimumabem a chemoterapií:** NSCLC: 360 mg nivolumabu i.v. infuzí (30 min) každé 3 týdny s chemoterapií na bázi platinu ve 3 cyklech. **ESCC:** 240 mg nivolumabu i.v. infuzí (30 min) každé 2 týdny nebo 480 mg každé 4 týdny i.v. infuzí (30 min) s chemoterapií na bázi fluoropyrimidinu a platinu. **Adenokarcinom žaludku, GEJ nebo jícnu:** 360 mg nivolumabu i.v. infuzí (30 min) každé 3 týdny s chemoterapií na bázi fluoropyrimidinu a platinu nebo 240 mg nivolumabu i.v. infuzí (30 min) každé 2 týdny s chemoterapií na bázi fluoropyrimidinu a platinu. **Léčba vždy pokračuje,** dokud je pozorován klinický přínos nebo dokud ji pacient nesí, u adjuvantní léčby po dobu max. 12 měsíců a u léčby NSCLC v kombinaci, MPM v kombinaci, adenokarcinomu žaludku, GEJ nebo jícnu v kombinaci a RCC v kombinaci s kabozantinem po dobu max. 24 měsíců. **Léčba kabozantinem pokračuje** po nepřijatelné toxicitě. Další podrobnosti dávkování viz SmPC. **Způsob podání:** Pouze jako i.v. infuze. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Nivolumab je spojen s imunitní podmiňovanými nežádoucími účinky. Pacienti mají být průběžně sledováni (min. do 5 měsíců po poslední dávce). Podle závažnosti NÚ se nivolumab vysadí a podání se kortikosteroidy zlepší. **Zvláštní upozornění:** Nivolumab je spojen s imunitní podmiňovanými nežádoucími účinky. Pacienti mají být průběžně sledováni (min. do 5 měsíců po poslední dávce). Podle závažnosti NÚ se nivolumab trvale vysazen. U pacientů s vysokými ECOG  $\geq 2$ , s aktivními mozgovými metastázami, autoimunitním onemocněním, symptomatizovanými intersticiálními plicními onemocněními a u pacientů, kteří již užívali systémová imunosupresiva, je třeba přípravek používat jen s opatrností. **Interakce:** Nivolumab je humánní monoklonální protilátka a nepředpokládá se, že inhibuje nebo indukce enzymů cytochromu P450 (CYP) nebo jiných enzymů metabolizujících léky současně podávanými přípravky bude mít dopad na jeho farmakokinetiku. Vzhledem k potenciální interakci systémových kortikosteroidů nebo jiných imunosupresiv s farmakodynamikou nivolumabu je třeba se jejich podávání na počátku, před zahájením léčby, vyhnout. Lze je nicméně použít k léčbě imunitně podmiňovaných nežádoucích účinků. **Těhotenství a kojení:** Nivolumab se nedoporučuje během těhotenství a u fertálních ženám, které nepoužívají účinnou antikoncepci, pokud klinický přínos nepřevyšuje možné riziko. Není známo, zda se nivolumab vylučuje do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky\*:** **Velmi časté:** infekce horních cest dýchacích, lymfopenie, anémie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, snížená chuť k jídlu, hyperglykemie, dyspnoe, kašel, průjem, zvracení, nauzea, bolest břicha, zácpa, vyrážka, pruritus, únava, pyrexie, zvýšení AST, ALT, alkalické fosfatázy, kreatininu, lipázy, amylázy, a dále také hyponatémie, hypokalcémie, hypokalcémie, hypokalcémie, hypomagnezémie, hypokalcémie a hyperkalcémie; u kombinace s ipilimumabem (s chemoterapií nebo bez ní) dále i hypotyreóza, hypoglykémie, bolest hlavy, závrat, artralgie, muskuloskeletální bolest, edém, a zvýšení celkového bilirubinu; u kombinace s chemoterapií dále i hypoglykemie, periferní neuropatie, stomatitida, muskuloskeletální bolest, edém, zvýšené aminotransferázy, zvýšení celkového bilirubinu; u kombinace s kabozantinem dále i hypotyreóza, hypertenze, hyperglykemie, snížení tělesné hmotnosti, hypertenze, dyspnoe, závrat, bolest hlavy, dysfonie, stomatitida, dyspepsie, syndrom palmooplantární erytrodysepsie, muskuloskeletální bolest, artralgie, svalové spazmy, proteinurie, edém, zvýšení celkového bilirubinu, hypofosfatémie, hypermagnezémie, hypernatremie. Další podrobnosti k NÚ, zvláště imunitně podmiňovaným, viz SmPC. **Předavkování:** Pacienti musí být pečlivě monitorováni a ohledem na příznaky nežádoucích účinků a zahájena vhodná symptomatická léčba. **Uchovávaní:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C) v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chraňte před mrazem. **Balení:** 4 ml nebo 10 ml koncentrátů u 10ml injektivních lahviček s uzavěrem a tavnou membránou; 12 ml nebo 24 ml koncentráty ve 25ml injektivních lahvičkách s uzavěrem a modrým, resp. červeným odtrhovacím víčkem. **Velikost balení:** 1 injektivní lahvička. **Dříteľ rozhodnutí registrační:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Dublin, Irsko. **Registrační číslo:** EU/1/15/1014/0101-04. **Datum první registrace:** 19. 6. 2015. **Datum poslední revize textu:** sep 2023.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění v těchto indikacích: pokročilý maligní melanom v monoterapii, v kombinaci s ipilimumabem a v adjuvantní, pokročilý renální karcinom v monoterapii i kombinaci s ipilimumabem, nemalobuněčný karcinom plic v monoterapii i v kombinaci s ipilimumabem a chemoterapií, klasický Hodgkinův lymfom, skvamózní karcinom hlavy a krku, pokročilý skvamózní karcinom jícnu v monoterapii, maligní mezoteliom pleury v kombinaci s ipilimumabem, kolorektální karcinom v kombinaci s ipilimumabem, karcinom jícnu nebo GEJ v adjuvantní, urotelální karcinom postihující svalovinu v adjuvantní, pokročilý skvamózní karcinom jícnu v kombinaci s ipilimumabem nebo chemoterapií a adenokarcinom žaludku, GEJ nebo jícnu v kombinaci s chemoterapií. Před předepsáním se seznáme s úplnou informací o přípravku. Podrobné informace o tomto přípravku jsou dostupné na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: Bristol-Myers Squibb spol. s r.o., Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4, www.bms.com/cz.

\*Všimněte si, prosím, změn v Souhrnu údajů o přípravku.

# Z BERLÍNSKÉHO EADV KE SVĚTOVÉMU DNI PSORIÁZY



■ Přecházím právě, dnes už popáté, uličku mezi naším ambulantním pavilonem J a hlavní budovou kliniky v pavilonu D. Z parkoviště se ke mně blíží pan Štístko. Jde si pro další šleh, jak sám říká. My tomu říkáme infuze Opdiva, tedy PD-1 inhibitoru k terapii metastazujícího melanomu. U něj funguje nadmíru dobře už několik let, metastázy tam někde stále číhají, ale imunitní systém je drží úspěšně v šachu. Nálada je dobrá. „Jak bylo v Berlíně,“ začíná small talk.

■ Někde asi zjistil, že jsme měli minulý týden podzimní kongres EADV v německém hlavním městě. Principál z cirkusu Berolina by to nazval „sukces“. Z mého pohledu, po odborné stránce, úspěch na všech úrovních. Špičkový program, bylo z čeho vybírat, nabitě sály zvláště tehdy, když v šapitó (tedy na pódiu) vystupovali umělci (tedy přednášející) s atraktivními tématy jako je dermatoskopie (obr. 1), hidradenitida, dermatoonkologie, atopický ekzém, trichologie, estetická dermatologie a další. Přijelo přes 16 000 účastníků z celého světa a Česká republika se svými desítkami přítomných kolegů nebyla vůbec pozadu. Byly tu dokonce i dvě podložky, ale stejně jako mezi více než 900 členy ČDS byl jejich počet pod hranicí statistické významnosti. Na zasedání boardu EADV se také vyhlášovaly výsledky vašeho hlasování o tom, kdo ze tří kandidátů bude zastupovat Českou republiku následující 4 roky ve vedení EADV. Mám vám všem vyřídít velký dík od Moniky, že jste jí dali důvěru. Velmi si toho váží a stejně jako v minulém období, bude aktivně pracovat ve prospěch naší země.

■ Dnes si ale s panem Štístkem budu povídat o blížícím se Světovém dni psoriázy. Někde se o něm dozvěděl a ptal se, jestli to jeho biologikum na ni také funguje.

■ To se občas plete i některým kolegům z jiných oborů. U psoriázy, stejně jako u atopické dermatitidy, hidradenitis suppurativa nebo chronické kopřivky potřebujeme imunitní reakci tlumit, u melanomu, karcinomu z Merkelových buněk nebo „bílé rakoviny (weiβer Krebs)“, abychom tematicky použili terminologii hostující země letošního kongresu EADV pro baso a spino, naopak podpořit. Dotaz mi ale evokoval celou historii lupénky, se kterou jsem se od nástupu na kožní kliniku setkal.

■ Už v Emauzích a Apolináři jsem byl pod metodickým vlivem profesora Záruby, který psoriázu miloval. Tehdy se pacienti periodicky hospitalizovali v průměru tři až šest týdnů ročně a tvořili významnou část léčených na více než stovce lůžek I. kožní kliniky. Moc jsme toho neměli k dispozici, kromě cignolinu, lokálních kortikoidů nebo kamenouhelného dehtu. Ten nám jednou došel a používal se pix betulae (březový dehet), který při vstupu na kliniku nenechal nikoho na pochybách, že se v domě pracuje s dehtem – ať už

terapeuticky nebo k izolaci střechy. Ještě bylo možné sáhnout po Psoriazinu, tedy emulzi s obsahem bojové chemické látky yperit, který fungoval dobře, ale rád bych viděl naše tehdy léčené pacienty s odstupem času. Rádi jsme využívali i fototerapii a z celkové léčby také injekce vitamínu B12, v nejtěžších případech krátkodobě systémové kortikoidy.

■ Pak jsem se přesunul do fakultní nemocnice na Vinohradech a můj tehdejší šéf profesor Novotný mě pověřil hledáním specifického psoriatického antigenu. Ten se měl vychytávat v dialyzačních kapslích při hemodialýze pacientů s lupénkou a se současným selháváním ledvin. Proto jsme kapsle po použití vyplachovali a v roztoku hledali antigen jak diví. Byli jsme dost umazaní od krve, ale to byl také jediný hmatatelný výsledek našeho usilovného snažení. Protože původní nápad pocházel od profesora Guillou a Meynadiera z Univerzity v Montpellier, podařilo se mi za nimi vyrazit a vyzpovídat je, jak jim metoda s antigenem chodí. Potvrdili mi, že je to slepá ulička a že než boj s antigenem funguje proti zánětu lépe heparinizace, která se při dialýze používá.

■ Hned po sametové jsem kvůli psoriáze vyrazil do Mnichova a ve výzkumné laboratoři tamní dermatologické kliniky pod vedením prof. Braun Falka a tehdejšího docenta Ruzicky objevil defekt receptorů pro kyselinu 12(S)-hydroxyeikosatetraenovou na psoriatických keratinocytech.

■ Posilněn tímto úspěchem jsem se po dvou letech práce v Německu vydal k profesorovi Farberovi, (u kterého pracoval o dvacet let dříve i profesor Barták), do Psoriasis Research Institute při Stanfordské univerzitě v Kalifornii. Ten byl dalším světovým guru přes psoriázu a hodně sázel na roli substance P v patogenezi psoriázy. Abych mu udělal radost, etabloval jsem tam metodu, kterou se dala vyfotit vazba substance P na její receptory na keratinocytech, a práci s ním publikoval v British Journal of Dermatology. Sám jsem ale ze zájmu paralelně poprvé detektoval přítomnost cytokinu RANTES v kůži a zároveň se již na začátku devadesáté seznámil s prvními krůčky biologické terapie u psoriázy. Tehdy jsme tam totiž experimentovali s osmotickými kontinuálními infuzemi antagonisty interleukinu 2 do psoriatických ložisek. Pokud se ptáte, proč právě anti-IL-2, má to dva důvody. Protizánětlivě to z logiky věci mělo fungovat a navíc o moc víc cytokinů tehdy ještě nebylo známo.

■ Po návratu do Prahy se u transplantací orgánů místo azathioprinu nasazoval cyklosporin. Začal jsem ho používat i u lupénky a naše tehdejší revizní lékařka MUDr. Cabalová musela vysvětlovat, že to zřejmě Arenberger viděl někde na kongresu a zkouší to i u nás. Fungovalo to, to víme i dnes.

■ Základní výzkum mi na začátku devadesátých let v Praze chyběl, protože peněz na něj moc nebylo, respektive nebyly žádné. S jednou kolegyní jsme ale, dnes by se dalo říct po brainstormingu, vyslovili hypotézu, že těžká psoriáza se nemusí projevit jen masivním výsevem na kůži a postižením kloubů, ale také na vnitřních orgánech. Metabolický syndrom se tehdy moc neřešil, kdo ztloustnul, tak se „spravil“. Chtěli jsme zjistit, jestli se zánět a deskvamace u těžké psoriázy neobjevuje v močovém traktu nebo cévách. Připadalo nám to jako jednoduchý a levný experiment. V Bürkerově komůrce jsme počítali močové epitelie a trochu složitěji cévní endotelie u pacientů s těžkou psoriázou a zkoumali změny po léčbě cyklosporinem. Zjistili jsme významné rozdíly oproti zdravým jedincům a ihned publikovali v zahraniční literatuře. Po dvou letech naše experimenty zopakovali kolegové na Slovensku se srovnatelnými výsledky a také publikovali. Naše nálezy o postižení vnitřních orgánů, kterým teď říkáme komorbiditu u psoriázy, a jejich zlepšení po

## Codexial Lipolotio Codexial Hydrolotio

Hydrolotio  
- hydrofilní emulze

Lipolotio  
- lipofilní emulze

### Vlastnosti

- Vyvinuto na velkoplošné použití:
  - Snadno se aplikuje, rychle proniká do pokožky, a proto nezanechává mastný film
  - Dlouhodobě intenzivně hydratuje a doplňuje kůži lipidy
- Zmírňuje a zklidňuje pocity svědění, napětí, podráždění
- Prodlužuje období bez projevů závažně vysušené kůže
- Vhodné při svědivých dermatózách, např. po léčbě svrabu
- 400ml balení s pumpičkou

### Použití

- Atopická, ekzematická, psoriatická kůže
- Citlivá kůže, dětská kůže, kůže seniorů

### Pro koho

- Novorozenci, děti, dospělí, senioři

### Aplikace

- Nanáší se 1-2krát denně
- Každodenní použití
- Celé tělo i tvář

48H  
HYDRATAČE<sup>1</sup>



Reference: 1. Codexial Lipolotio - potvrzeno korneometricky pod dermatologickým dohledem na vzorku dobrovolníků.

[www.spiridea.com](http://www.spiridea.com)

Spiridea s.r.o., Nobelova 28, 831 02 Bratislava 3

systémové terapii, se po dalších dvaceti letech potvrdily biochemickými a epidemiologickými metodami, když se začal hledat význam léčení biologiky nejen pro kožní a kloubní postižení lupénkou, ale i pro jiné orgány, včetně šance na prodloužení života nemocných.

■ V roce 2005 se začala u nás na klinice ve studiích testovat Raptiva. Takže jsem mohl od té doby začít posílat pacienty z Pro Sanum, tedy sanatoria pro psoriatiky a ekzematiky ve Štěpánské ulici, kterou jsem po prof. Novotném odborně převzal, na biologickou a další cílenou léčbu ve studiích i na pojišťovnu k nám do FNKV. Ti také tvoří velkou část z dnes léčených psoriatiků biologiky na naší klinice. Zařízení Pro Sanum převzala před časem Poliklinika IPP, ale všech 15 000 registrovaných psoriatiků tam poctivě dochází do současnosti a je tak bezkonkurenčně největším specializovaným centrem pro významná zánětlivá onemocnění v České republice.

■ S nástupem biologik také vznikl Světový den psoriázy a o této chorobě se začalo ve světě víc mluvit. Před pěti lety vydala Světová zdravotnická organizace dokument o tom, že lupénka je závažnou chorobou nejen z pohledu kvality života, ale i s ohledem na zdravotní obtíže s ní spojené, které mohou život významně zkrátit. Tento dokument asi znáte v mém překladu, který jsme vydali jako suplement časopisu Česko-Slovenská dermatologie v češtině.

Obr. 1

Podzimní kongres EADV



■ Za poslední dvě desetiletí se biologická a cílená léčba stala terapeutickým standardem v léčbě těžké lupénky a nahrazuje ve většině případů dlouhé hospitalizace psoriaticů a k jejich malé radosti i „křížkovou“ lázeňskou léčbu, tedy léčbu hrazenou pojišťovnou. Také počet center se už rozšířil na více než trojnásobek a oproti prvnímu roku se zvýšil počet léčených nemocných z desítek na tisíce. Je i velká šance, že se první cílený lék moderní terapie brzo dostane do běžné preskripce mimo centrový režim. V tomto kontextu asi českého pacienta i dermatologa překvapí motto letošního Světového dne psoriázy – Access for All – s vysvětlením, že k léčbě by měl mít přístup každý, bez ohledu na příjem nebo místo bydliště. U nás můžeme hrdě říct, že už jsme dál.

■ Pane Štístko, váš lék se ale zatím mimo centrový režim nedostane, tedy vaší biologické léčby se to netýká, ale psoriatici, ti už jsou dnes s účinnou léčbou o kus dál. Ještě vytáhneme kanylu, náplast a přijďte zas.

*Prof. MUDr. Petr Arenberger,  
Dr.Sc., MBA, FOMA*  
Předseda ČDS ČLS JEP, z.s.

INZERCE

**VICHY**  
LABORATOIRES

REDUKUJTE TMAVÉ SKVRNY  
POMOCÍ NAŠEHO  
**B3 PROTOKOLU**

LIFTACTIV B3 KRÉM  
PROTI TMAVÝM  
SKVRNÁM SPF50



LIFTACTIV  
SPECIALIST B3 SÉRUM

## Obsah

1

## ÚVOD

**Z berlínského EADV ke Světovému dni psoriázy***Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA*

8

**Erytrodermická forma psoriázy u předškolního dítěte***MUDr. Jana Čadová*

14

**Je termální ablace stále zlatým standardem léčby kmenových varixů?***MUDr. Svatopluk Kašpar, Ph.D.*

20

**Sekundární lymfedém v souvislosti s léčbou karcinomu prsu s komplikacemi***MUDr. Naděžda Vojáková*

26

**Novinky ve venerologii***MUDr. Hana Zákoucká*

36

**VĚDOMOSTNÍ TEST**

38

**Hojení ran u diabetické nohy***MUDr. Veronika Fárová*

43

**ZÁPISY**

INZERCE

**KOLLAGEN resorb™**- kolagenová houba z koňských šlach  
K bezpečnému lokálnímu zastavení krvácení**GENTA-COLL resorb®**- kolagenová houba s gentamicinem  
Homeostáza a antibiotická ochrana před infekcíresorba@resorba.cz  
www.resorba.com**RESORBA®**  
REPAIR AND REGENERATE

an Advanced Medical Solutions Group plc company

TITULNÍ FOTO: © ANGELNT/123RF

OSTATNÍ FOTO: NENÍ-LI UVEDENO JINAK, JE AUTOREM FOTOGRAFIÍ AUTOR ČLÁNKU

**ŠÉFREDAKTOR**

Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA

**ODBORNÉ RECENZE A KONSULTACE**Prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.  
MUDr. Hana Čiferská, Ph.D.**REDAKCE**PhDr. Jarmila Drhlíková  
602 229 255, czechopress@czechopress.czJari Sheller  
724 918 215, jarisheller@gmail.comAdéla Burešová  
referatovyvyber@czechopress.czAsistentka  
724 116 414, office@czechopress.cz**REDAKČNÍ RADA**Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA  
Prof. MUDr. Mária Simaljaková, Ph.D. MHA, MPH  
Prof. MUDr. Alena Pospišilová, CSc.  
Prof. MUDr. Martin Peč, Ph.D.  
Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.  
Doc. MUDr. Eliška Dastychová, CSc.  
As. MUDr. Libuše Marděšicová  
Prim. MUDr. Slavomír Urbanček, Ph.D.  
MUDr. Marta Hašková  
JUDr. Jan Mach**DO ČÍSLA PŘÍSPĚLÍ**Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA  
MUDr. Svatopluk Kašpar, Ph.D.  
MUDr. Naděžda Vojáková  
MUDr. Jana Čadová  
MUDr. Hana Zákoucká  
MUDr. Veronika Fárová**LAYOUT A GRAFICKÁ ÚPRAVA**

Bc. Michaela Croft

**ADRESA REDAKCE**FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY  
Dermatovenerologická klinika  
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA  
Přednosta kliniky  
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10**VYDÁVÁ**CZECHOPRESS AGENCY, s.r.o.  
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4  
Tel: 602 229 255, fax: 272 941 824  
E-mail: czechopress@czechopress.cz**STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCE**

PhDr. Jarmila Drhlíková – jednatelka

**OBJEDNÁVKY PŘEDPLATNÉHO  
A INZERCI PŘIJÍMÁ**CZECHOPRESS AGENCY, s.r.o.  
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4  
Tel.: 602 229 255, fax: 272 941 824  
E-mail: czechopress@czechopress.cz  
E-mail: referatovyvyber@czechopress.cz

MK ČR E 13665

ISSN 1213-9106 (Print), ISSN 1803-778X (Online)

Číslo 4/2023, Ročník 65

Excerptováno v Bibliographia medica Českoslovacca  
Časopis je indexován v Seznamu recenzovaných  
neimpaktovaných periodik Rady pro výzkum,  
vývoj a inovace Úřadu vlády ČR**DISTRIBUCE**

Czechopress Agency, s.r.o.

**CENA: 57 Kč****ZA ODBORNOU SPRÁVNOST  
PŘÍSPĚVKŮ ODPOVÍDAJÍ  
AUTOŘI ČLÁNKŮ.**



# CICAPLAST B5 SÉRUM

NOVINKA

**MAXIMÁLNĚ OBNOVUJÍCÍ  
A HYDRATUJÍCÍ SÉRUM  
S EFEKTEM NEVIDITELNÉ NÁPLASTI**

Vhodné pro dehydratovanou  
a podrážděnou pokožku.  
Testováno na pokožce po  
dermatologických zákrocích.

## INOVACE:

stahující textura pro posílení kožní bariéry.

## OBSAHUJE:

- 10% vitamín B5\*\* – obnovuje a chrání kožní bariéru proti zánětu
- Aqua Posae Filiformis – vyrovnává mikrobiom na povrchu kůže
- Hapes – vyhlazuje povrch pokožky

**+87%**

TEXTURA POKOŽKY JE  
OKAMŽITĚ VYHLAZENA\*\*\*



\* Studie provedená společností IQVIA, listopad–prosinec 2022, Česká republika, 90 dermatologů odpovídalo na otázku: Kterou dermokosmetickou řadu (značku) připravků doporučujete svým pacientům u následující diagnózy nejčastěji: rekonstrukce a hojení kůže, např. po chirurgických nebo estetických zákrocích? \*\* provitamín B5 \*\*\* Na základě sebehodnocení, 52 žen.

# ERYTRODERMICKÁ FORMA PSORIÁZY U PŘEDŠKOLNÍHO DÍTĚTE

Čadová, J. Dermatologické oddělení pro děti FN v Motole, Praha

**SOUHRN:** Psoriáza je chronické, multifaktoriální, imunitně podmíněné onemocnění, které se vyskytuje u dětí i dospělých. Na základě kazuistiky předškolního dítěte, léčeného pro závažnou formu lupénky metotrexátem, jsou v článku uvedeny základní údaje a specifika dětské psoriázy se shrnutím léčebných možností v dětském věku.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** psoriáza – děti – terapie – metotrexát

**SUMMARY:** Erythrodermic form of psoriasis in a preschool child – case report. Psoriasis is a chronic, multifactorial, immune-related disease that occurs in both children and adults. Based on the case report of a preschool child treated for a severe form of psoriasis with methotrexate, the article presents the basic data and specifics of childhood psoriasis with a summary of treatment options in childhood.

**KEY WORDS:** psoriasis – children – therapy

**„Závažné formy lupénky v dětském věku jsou vzácné a jejich léčba při absenci standardizovaných postupů léčby u dětí zůstává pro dětské dermatology výzvou.“**

## POPIS PŘÍPADU

Pacientkou je t.č. 5,5letá dívka, která poprvé navštívila ambulanci našeho oddělení ve věku 4 let a 3 měsíců. Lupénka u ní začala ve 3,5 letech, kdy zcela prvním projevem bylo erytematózní zašupené ložisko v místě poranění na paži (Koebnerův fenomén). V následujících měsících podobné projevy postupně přibývaly na trupu i končetinách. Půl roku po začátku obtíží došlo ke generalizaci kožního nálezu s erythrodermií. Subjektivně pacientku trápilo výrazné svědění s negativním vlivem na kvalitu spánku. Kůži promazávala emolienčními přípravky, na obličej aplikovala pimekrolimus krém

s malým efektem, na trup a končetiny intervalově středně potentní kortikosteroid s postupně se snižujícím efektem.

V rodinné anamnéze je zátěž lupénkou ze strany obou rodičů, matka trpí ložiskovou a otec generalizovanou formou s psoriatickou artritidou, přechodně byl léčen metotrexátem. V rodině matky se dále vyskytl maligní melanom u její matky a epidermolysis bullosa congenita u sestřence.

Osobní anamnéza děvčete je bez závažnějších onemocnění, perinatální období proběhlo bez kom-

plikací, v sedmi měsících věku prodělala akutní pyelonefritidu, z dětských nemocí varicellu. Dispenzarizována je v oční ambulanci pro strabismus.

V objektivním kožním nálezu při prvním vyšetření na našem oddělení popisujeme erythrodermii na trupu, horních končetinách i v obličeji, na dolních končetinách jsou mnohočetná splývající erytematoskvamózní ložiska. Dlaně jsou suché, plošky se olupují, nehtové ploténky nejeví patologické

známky. Ve kštici ulpívají na povrchu hlavy bílošedé nánosy šupin. Hodnota PASI (Psoriasis Area Severity Index) je 57, BSA (Body Surface Area) 90 % (obr. 1, 2, 3).

Pro přechodné bolesti velkých kloubů (ramena, kolena) a kloubů na palcích HK jsme doplnili revmatologické vyšetření, které vyloučilo klinické známky artritidy (v době vyšetření bez bolesti kloubů, hybnost bez omezení, neguje ranní ztuhlost.)

Před léčbou

Obr. 1



Erythrodermické projevy na dolních končetinách před léčbou

Obr. 2





Obr. 3 Projevy ve kštici před léčbou

chronické přední uveitidy nevykazují patologický nále. Iničiální dávka MTX byla 2,5 mg 1x týdně + Acidum folicum 10 mg následující den. V lokální léčbě pacientka pokračovala v pravidelném promazávání emoliencií a intervalovou léčbou potentním kortikosteroidem na místa s akcentovaným erytémem (zejména na končetinách). V rámci edukace bylo doporučeno vynechat dávku MTX v případě horečnatého infektu a neočkovat živými vakcínami.

Po týdnu léčby při dobré toleranci celkové léčby a normálních kontrolních laboratorních hodnotách (KO, JT, urea, kreatinin), jsme navýšili dávku MTX na 5 mg 1x týdně a za další 2 týdny na 6,25 mg týdně (0,4 mg/kg/týden). Subjektivně se zlepšil pruritus, objektivně ustupuje erytodermie, patrná jsou spíše mnohočetná erytematózní ložiska s již výrazně hladším povrchem. Po třech týdnech léčby došlo k poklesu PASI na 19,8.

Po šesti měsících od zahájení celkové terapie se kožní nále. velmi zlepšil, ve kštici přetrvává již jen slabá vrstva hnědavých šupinek, kůže těla je

bez zarudnutí, na hýždích, kolem loktů a kotníků nacházíme několik drobných oválných erytematotoxkvamózních ložisek, v bederní oblasti jsou depigmentace v rámci pozánětlivé leukodermy (obr. 4, 5). Hodnota PASI byla 2,2. V důsledku zlepšení stavu jsme snížili dávku MTX na 5 mg (0,3 mg/kg/týden). V té době lokální léčba zahrnovala již jen pravidelnou aplikaci emoliencií a nepravidelnou krátkodobou aplikaci lokálního kortikosteroidu na dlaně a chodidla. Pacientka docházela na pravidelné laboratorní kontroly dle platných doporučení (viz. diskuze) – vždy s normálními hodnotami kontrolovaných parametrů. I přes imunosupresivní terapii se nezvýšila nemocnost, dítě navštěvuje mateřskou školkou a běžné aktivity zvládá bez omezení.

Po roce léčby zůstává stav nadále uspokojivý, při poslední kontrole jsou patrná drobná erytematózní zašupená ložiska na hýždích a dolních končetinách, ve kštici již jen dvě izolovaná drobnější suchá ložiska bez zarudnutí, PASI 5,1. K mírnému zhoršení nálezu vede zřejmě relativní snížení dávky MTX při nárůstu hmotnosti pacientky, proto znovu navyšujeme týdenní dávku na 6,25 mg (0,3 mg/kg/týden). V rámci komplexní péče má v plánu čtyřtýdenní lázeňský pobyt, který absolvuje společně se svým stejně nemocným otcem.

## DISKUZE

Psoriáza je chronické, multifaktoriální, imunitně podmíněné onemocnění s možností genetické predispozice. Přestože jde o poměrně častou kožní diagnózu, v dětských ambulancích ji příliš často nevidáme. Prevalence je u dětí obecně 0,5–0,8 %, s lineárním nárůstem s přibývajícím věkem od 0,2 % ve 2 letech věku do 1,2 % v 18 letech.<sup>(1)</sup>

U dětí se vyskytují stejné typy psoriázy jako u dospělých, ale liší se četností výskytu jednotlivých typů.<sup>(2)</sup> Nejčastějším typem (30–60 %) je plaková ložisková psoriáza (obr. 6) s červenými zašupenými ložisky zejména na loktech, kolenou a ve kštici; vlasová oblast bývá u dětí obvykle prvním místem

výskytu lupénky. Poměrně častá je i gutátní psoriáza (14–30 %), u které se exantematicky vysévají drobná červená zašupená ložiska po celém těle, často 1–3 týdny po prodělané streptokokové infekci v krku či perianálně. Gutátní forma (obr. 7) je u dětí často první manifestací lupénky a následně buď spontánně regreduje, nebo přechází do plakové formy, která pak bývá závažnější. Častěji než u dospělých je u dětí popisována obličejová forma lupénky (4–5 %), kdy jsou erytematoskvamózní ložiska pouze v obličeji, hlavně periorbitálně nebo jen na víčkách. Kojenecká forma lupénky v plenkové oblasti (5–10 %) je charakterizována ostře ohraničenými ložisky, která jsou díky vlhkosti prostředí bez typických šupin na povrchu. Nehtová psoriáza se objevuje ve 2. dekádě života, vyskytuje se u 25–50 % pacientů s lupenkou a signalizuje závažnější průběh onemocnění a vyšší riziko psoriatické artritidy. Izolované postižení nehtů se může vyskytovat i několik let před dalšími kožními projevy. Nehtové ploténky jsou zpravidla dolíčkované, dále mohou být diskolorované s podélným rýhováním nebo mají subunguální hyperkeratózy. Nejzávažnější formy lupénky – pustulózní a erythrodermická – jsou naštěstí vzácné a tvoří 1 % z lupének dětského věku. Jsou však provázeny závažnými komplikacemi, zejména infekcemi či sepsí.

Stejně jako v dospělém věku je psoriáza spojena s výskytem dalších onemocnění, zejména obezitou, cukrovkou, hyperlipidemií, hypertenzí, steatózou jater, artritidou či idiopatickými střevními záněty. Při rozvoji těžkých forem v raném věku je pravděpodobné, že pacienti budou více trpět depresemi, poruchami spánku a sociálním vyloučením.<sup>(3)</sup>

Léčba dětí se závažnou lupenkou zůstává problematickou, protože stále chybí mezinárodní doporučené standardizované postupy. Proto vycházíme z praxe odborníků zabývajících se léčbou dětské psoriázy, z publikovaných případů a z guidelineů pro léčbu dospělých. Zkušenosti s celkovými léky



Kožní nález po 6 měsících léčby

Obr. 4

přebíráme z jiných oborů, které s nimi dlouhodoběji pracují – z revmatologie, gastroenterologie a onkologie.<sup>(4)</sup> V roce 2021 byly publikovány české doporučené diagnostické a léčebné postupy,<sup>(5)</sup> které zahrnují i přehled on-label preparátů, které mohou být použity v dětském věku.

Celková léčba je tedy vyhrazena pro děti s erythrodermickou a pustulózní formou psoriázy a pro pacienty se závažnou ložiskovou psoriázou, která nereaguje na lokální léčbu. Nejčastěji se používá metotrexát p.o., u kterého využíváme jeho



**Obr. 5** Kožní nález po 6 měsících léčby

protizánětlivý, antiproliferativní a imunomodulační účinek. Doporučená dávka u dětí je 0,3–0,6 mg/kg za týden s postupným navyšováním a pravidelnými laboratorními kontrolami (krevní obraz, jaterní

testy, moč chemicky a sediment – po týdnu, dále dva měsíce 1x měsíčně a dále 1x za 3 měsíce; před zahájením léčby vyšetřujeme vše výše uvedené + panel hepatitid). Nutné je určit den v týdnu, kdy bude lék pravidelně podáván, následující den se užívá kyselina listová (5–10 mg), která chrání normální buňky před toxickými účinky MTX. Léčbu přerušujeme v době horečnatých infekcí, v případě neštovic, kdy se přidává i celkově aciklovir a dále nedoporučujeme očkování živými vakcínami.

Cyklosporin A lze využít k léčbě lupénky v dávce 3–5 mg/kg/den. Celková doba léčby by s pravidelnými laboratorními kontrolami neměla přesáhnout 1 rok. Retinoidy se používají u léčby pustulózní a erythrodermické formy lupénky v dávce 0,5–1,0 mg/kg/den. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům jsou i zde nutné kontroly jaterních a ledvinných funkcí, tukového metabolismu a při dlouhodobém užívání i vyšetření kostního věku, protože hrozí předčasný uzávěr růstových štěrbin kostí.

**Obr. 6**

Typická ložiska lupénky s nánosy šupin



**Obr. 7**

Gutátní forma lupénky



Jako teratogeny se retinoidy nedoporučují u léčby adolescentních dívek.

Pro řadu nežádoucích účinků konvenčních systémových preparátů, které jsou v léčbě lupénky u dětí používány off-label, má velký význam rozvoj biologických léků k parenterálnímu podání. Nejdéle používané jsou TNF inhibitory – adalimumab, infliximab a etanercept, z novějších pak anti IL 12/23 – ustekinumab a anti IL-17 – sekukinumab a ixekizumab. V ČR jsou nyní schváleny úhrady v indikaci dětské psoriázy u adalimumabu pro děti od 4 let a u etanerceptu pro děti od 6 let věku. Obecně zatím u biologik, mimo adalimumabu, chybí dlouhodobé studie bezpečnostního profilu u dětí.

Lokální léčba zůstává stěžejní u méně závažných projevů psoriázy a zahrnuje emolienca, kortiko-

steroidy a kalcineurinové inhibitory. Cílem ošetrné emoliencc je zajistit a udržet vlhkost ve stratum corneum.<sup>(6)</sup> Součástí takových extern může být i keratolytikum, které změkčuje kůži a napomáhá odstranění šupin, v dětském věku používáme od 3 let ureu v koncentraci 4–10 %. Z lokálních kortikosteroidů doporučujeme u léčby lupénky preparáty středně silné a jen nárazově silné. Slabší kortikosteroidy jsou na psoriázu málo účinné a bezpečnost zásadně lepší nemají.<sup>(7)</sup> Spolu nebo alternativně s kortikoidy lze u dětí nad 3 roky věku aplikovat i analog vitamínu D3 – kalcipotriol. Na projevy v obličejí a v intertriginózních oblastech se s výhodou používá pimekrolimus (od 3 měsíců) nebo takrolimus (od 2 let věku), které ale v léčbě lupénky nemají úhradu zdravotních pojišťoven. U školních dětí lze využít i fototerapii, nejčastěji UVB 311.

## ZÁVĚR

Závažné formy lupénky v dětském věku jsou vzácné a jejich léčba při absenci standardizovaných postupů léčby u dětí zůstává pro dětské dermatology výzvou. I přes moderní biologika je použití konvenčních systémových léčiv stále důležitým nástrojem v terapii. U námi popisovaného případu se léčba metotrexátem u generalizované formy lupénky předškolního dítěte jeví jako účinná a bezpečná varianta. Výhodou je i perorální podání, které bývá zejména u malých dětí preferovanou formou léčby.



### MUDr. Jana Čadová

Dermatologické oddělení pro děti  
FN v Motole  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
jana.cadova@fnmotol.cz

## LITERATURA

1. Paller, A. S., Mancini, A. J. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 6. edition, Elsevier, 2022.
2. Jůzulová, K., Rob, F., Hercogová, J. Psoriáza v dětském věku a mezioborová spolupráce, Dermatologie pro praxi 2018; 12(3): 112–116.
3. Thaci, D. et al. Setrvalá dlouhodobá účinnost a bezpečnost adalimumabu u dětských pacientů se závažnou chronickou ložiskovou psoriázou z randomizované, dvojitě zaslepené studie fáze III, British Journal of Dermatology, české vydání, květen 2020, roč. 8, č. 1.
4. Polášková, S. Přehled léčby dětské psoriázy; Referátový výběr z dermatovenerologie 3/2018.
5. Třešňák Hercogová, J., Vašků, V., Zelenková, D., Strejček, J. Psoriáza, Doporučený diagnostický a léčebný postup; Česká dermatovenerologie 2021, 11, č. 4.
6. Fialová, J., Kojanová, M. Komplexní léčba psoriázy; Dermato. Praxi 2020; 14(2): 63–70.
7. Benáková, N. Lokální léčba psoriázy I: psoriasis vulgaris; Čes-slov Derm, 87, 2012, No. 1, p. 1–76.

# JE TERMÁLNÍ ABLACE STÁLE ZLATÝM STANDARDEM LÉČBY KMENOVÝCH VARIXŮ?

Kašpar, S., Kašpar, D. Flebocentrum s.r.o. Hradec Králové

**SOUHRN:** Moderní operační techniky v žilní chirurgii kombinují plnou radikalitu výkonu s jeho maximální šetrností. Endovenózním přístupem je eliminován kmenový reflux v povrchovém žilním systému nejčastěji pomocí tepelné energie (termální metody – především laser a radiofrekvence) nebo také metodami netermálními (mechanochemická ablace MOCA a tkáňové lepidlo). Zatímco termální výkony se používají v léčbě varixů dolních končetin již více než 25 let, netermální procedury jsou poměrně nové, s relativně krátkým obdobím pooperačního sledování. Teprve budoucnost ukáže, která z metod bude přinášet větší profit pro pacienty i terapeuty, ale v současnosti jsou stále laser a radiofrekvence suverénním zlatým standardem léčby kmenových varixů.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** varixy – endovenózní terapie – radiofrekvence – laser – MOCA – tkáňové lepidlo

**SUMMARY:** Is the thermal ablation still the gold standard in therapy of truncal varicose veins? . The modern operative techniques in venous surgery combine full radicality of the procedure with maximal fineness. Using endovenous access, the axial reflux in the superficial venou system is eliminated the most frequently with thermal energy (thermal methods – mainly laser and radiofrequency) or also with non-thermal methods (mechanochemical ablation MOCA and tissue glue). While thermal methods have been used for more than 25 years now, non-thermal procedures are relatively new with short post-operative follow-up. Only the future will demonstrate which of these methods will bring better benefit for the patients and therapists, but today, laser and radiofrequency are still the gold standard in truncal varicose veins therapy.

**KEY WORDS:** varices – endovenous therapy – radiofrequency – laser – MOCA – tissue glue

**” Při radiální terapii varixů dolních končetin je cílem léčby eliminace refluxu v saféno-femorální a saféno-popliteální junkci, perforátorech a nedomykavých žilních kmenech a současně také odstranění vlastních varikozit.“**



Při radiální terapii varixů dolních končetin je cílem léčby eliminace refluxu v saféno-femorální a saféno-popliteální junkci, perforátorech a nedomykavých žilních kmenech a současně také odstranění vlastních varikozit. Klasická operace spočívá v kroskтомii saféno-femorální nebo saféno-popliteální junkce (přerušeni ústění safény do hlubokého žilního systému spojené s podvazem všech žilních větví v této oblasti) doplněná v indikovaných případech strippingem kmene safény <sup>(1)</sup> (obr. 1).

V posledních 25 letech byly do klinické praxe zavedeny miniinvazivní operace, které umožňují eliminaci refluxu endovenózním přístupem pod ultrazvukovou kontrolou. Saféna je uzavřena buď teplem (termální metody – radiofrekvence /RF/, laser, vysoce intenzivní fokusovaný ultrazvuk /HIFU/, přehřátá vodní pára) nebo chemicky (pěnová skleroterapie, mechanochemická ablace MOCA a tkáňové lepidlo).

Podrobnější popis uvedených metod byl prezentován v našem sdělení v Referátovém výběru z dermatovenerologie v roce 2021. <sup>(2)</sup>



Stripping velké safény

Obr. 1

Principem radiofrekvenční ablace je termokoagulace safény vysokofrekvenční elektromagnetickou energií (obr. 2). Endovaskulární laser využívá ke stejnému účelu energii světelného paprsku o vlnové délce 810, 940, 980, 1 320, 1 470 nebo 1 940 nm (obr. 3). Přehřátá pára kondenzuje v žíle zpátky na vodu a žilní stěna přitom absorbuje uvolněné teplo.

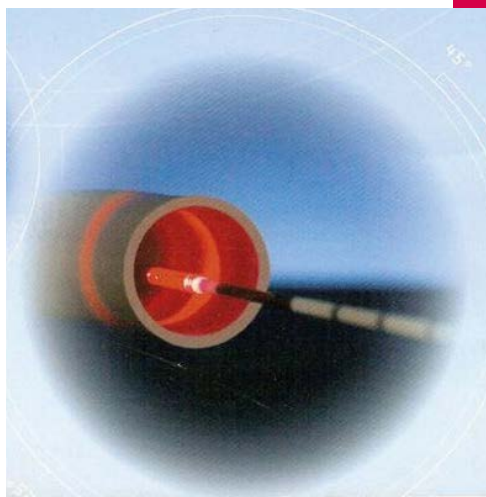
Radiofrekvenční katetr

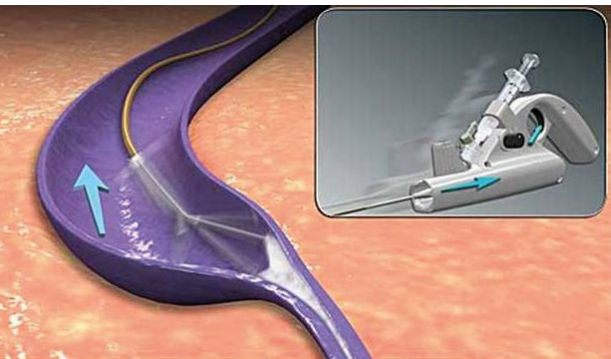
Obr. 2



Laserová ablace

Obr. 3





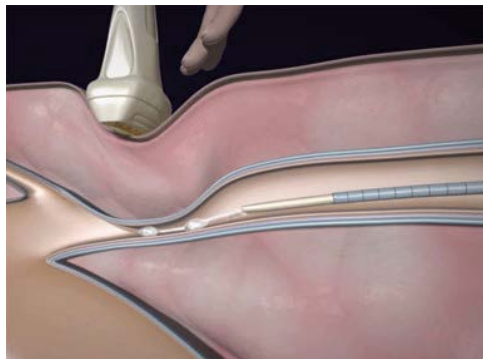
**Obr. 4** Mechanochemická ablace

Mechanochemická ablace kombinuje poškození žilního endotelu rotující kovovou kličkou se současnou aplikací sklerotizačního roztoku (obr. 4). Tkáňové cyanoakrylátové lepidlo v žíle polymerizuje do podoby trvalého implantátu, což vede k uzávěru léčené žíly bez nutnosti pooperační komprese (obr. 5).

Indikační kritéria endovenózní ablace jsou naprosto totožná s tradiční chirurgickou léčbou kmenových varixů ve smyslu krosektomie a strippingu safény včetně extrémně dilatovaných kmenových žil (lase-rem lze řešit i žíly o průměru větším než 2 cm). Je to především reflux ve velké nebo malé saféni, žilních větvích (vena accessoria anterior et posterior) a v perforátorech, ale i recidivy varixů tam, kde byl při původní operaci ponechán kmen safény.

Kontraindikací endovenózní ablace je závažné celkové onemocnění, akutní hluboká žilní trombóza, nepohyblivý pacient, ischemická choroba dolních končetin (stadium III a IV dle Fontaina), těhotenství a laktace.

Termální ablační metody vyžadují užití tumescenční lokální anestezie s ultrazvukovým naváděním, netermální postupy tuto anestezii obvykle nevyžadují. Výhodou tumescence však je, kromě dokonalé



**Obr. 5** Uzávěr safény tkáňovým lepidlem

anestezie, také oddálení okolních struktur s cílem jejich ochrany proti eventuálnímu termickému poškození a také komprese a zmenšení průměru žíly, což umožní bližší kontakt nedomykavé vény s termickým elementem.

Úspěšnost operace je definována zlepšením klinické klasifikace v systému CEAP, uzávěrem safény verifikovaným duplexním ultrazvukem a také pacientovým hodnocením kvality života. Zatímco u termální ablace jsou již k dispozici výsledky dlouhodobé (více než 20 let), u netermálních metod jsou prozatím spíše krátkodobé nebo maximálně střednědobé.

Komplikace radiofrekvenční a laserové ablace z počátečního období klinické praxe (popálení kůže, nervová poškození s pooperačními parestéziemi, hluboká žilní trombóza) <sup>(3)</sup> byly pomocí moderních technologií (Venefit Closure Fast a laser s vyššími vlnovými délkami, především 1 940 nm) prakticky eliminovány. U mechanochemické ablace jsou kazuisticky popisovány případy možného namotání vnitřního povrchu žíly na rotující kličku s rizikem inverzního strippingu safény <sup>(4)</sup> (obr. 6).

Zatímco kvalita života po operaci termální i netermální byla srovnatelná, procento uzávěrů (closure

croma

PhilArt

Injekčně aplikované polynukleotidy

# Krása nepotřebuje filtry

Vyzdvihněte Vaši přirozenou krásu s novými skinboostery PhilArt.  
Pro zářivější pleť, kdy i vaše selfie budou krásné bez jakéhokoli filtru.

Představujeme **PhilArt eye** pro oživení unavených očí  
a **PhilArt next** pro rozjasnění a omlazení pleti.

Dosáhněte omlazené a rozzářené pleti.



CE 0373

Zdravotnický prostředek

Výhradní distributor pro ČR: Medaprex, s.r.o.

Pro více informací kontaktujte obchodního  
reprezentanta společnosti Medaprex, s.r.o.

<https://firma.medaprex.cz/>





Obr. 6

Zachycení žíly na rotující kličku při mechanochemické ablaci

rate) insuficientní safény za jeden rok po výkonu bylo v případě RF ablace a laseru signifikantně vyšší.<sup>(6)</sup>

Nejčastějšími komplikacemi při užití tkáňového lepidla bývá povrchová pseudo-flebitická reakce<sup>(6,7,8)</sup> (obr. 7), alergie na chemickou látku a u některých

Obr. 7

Pseudo-flebitická reakce na tkáňové lepidlo



pacientů také pocit „cizího tělesa“ v žíle, protože v těle zůstává trvalý implantát.

Zajímavé výsledky přinesla práce A. Davise a kolegů z roku 2018<sup>(9)</sup> srovnávající ekonomiku (cost-effectiveness) jednotlivých operačních metod. Jednoznačně nejdražším výkonem je užití tkáňového lepidla následovaným mechanochemickou ablací. Významně levnější je pak RF a laserová ablace (zhruba o 40–50 %) a nejlevnější je samozřejmě pěnová skleroterapie, jejíž dlouhodobé výsledky jsou však ve srovnání s ostatními metodami významně horší.

Jaké jsou tedy výhody a nevýhody termální ablace? Velkou výhodou je především více než 20 let klinických zkušeností, dobře zmapovaný bezpečnostní profil výkonu a jeho cena. Nezbytný je však laserový nebo RF generátor a nutnost tumescenční anestezie. S výjimkou přehřáté vodní páry RF nebo laserová ablace nepostihuje kolaterální větve, (ale to nedokáže ani lepidlo), a optimální je užití mírné analgosedace u některých senzitivnějších pacientů.

U netermálních metod je prozatím k dispozici pouze krátká klinická historie (s výjimkou pěnové skleroterapie) a ani bezpečnostní profil není doposud stabilizován. U lepidla zůstává v těle pacienta trvale

přítomný implantát. Podle vyjádření výrobců není u lepidla nutné použít pooperační kompresi. Pokud však jsou netermální metody doplněné současnou flebektomií varikózních uzlů, pak je elastická punčocha nebo obinadlo nezbytné. Vlastní spotřební materiál pro mechanochemickou ablaci a lepidlo je drahý, k výkonu ale není potřeba generátor ani tumescence.

Nitrožilní metody léčby varixů dolních končetin (termální i netermální) jsou v současnosti považovány za nový „zlatý standard“ a především v USA

co do počtu provedených výkonů jednoznačně převažují nad tradiční chirurgickou léčbou. I když hlavně za Atlantikem jsou netermální metody v některých ohledech upřednostňovány, jistě není termální ablace varikózních žil v současnosti obsoletní. Má výborné klinické výsledky, closure rate a kvalitu života (20 let zkušeností) a pro extrémně dilatované žíly je to nejspolehlivější metoda. Odhlédneme-li od ekonomické stránky věci, nejsou ani všichni pacienti ideálními kandidáty pro lepidlo (možná alergie na cyanoakrylát) a ne všichni akceptují trvalou přítomnost implantátu.

## ZÁVĚR

Všechny, v současnosti používané metody léčby varixů dolních končetin, dosahují signifikantního klinického zlepšení a vyšší kvality života a v krátkodobém follow-up neexistují zásadní rozdíly mezi popsány technikami. Dlouhodobé hodnocení prozatím stále vyznívá ve prospěch termálních ablačních metod, ale použití jednotlivých procedur závisí také na jejich bravurním zvládnutí konkrétním operátorem a na osobním výběru pacienta po zvážení předpokládaného pooperačního průběhu, doby rekonvalescence a možnosti řešení případné recidivy.



### MUDr. Svatopluk Kašpar, Ph.D.

Flebocentrum s.r.o.

Líznerova 737, 500 09 Hradec Králové

kaspar@flebobocentrum.cz

## LITERATURA

1. Babcock, W.W. A new operation for the extirpation of varicose veins of the leg. NY Med J 1907;86:153.
2. Kašpar, D., Kašpar, S. Současnost a budoucnost radikální terapie varixů dolních končetin. RVD 2021;5:26–35.
3. Wozniak, W., Mlosek, R.K., Ciostek, P. Complications and failure of endovenous laser ablation and radiofrequency ablation procedures in patients with lower extremity varicose veins in a 5-year follow up. Vasc and Endovasc Surg 2016;50:475–483.
4. Lane, T.R.A., Moore, H.M., Franklin, I.J., Davies, A.H. Retrograde inversion stripping as a complication of the ClariVein mechanochemical venous ablation procedure. Ann R Coll Surg Engl. 2015 Mar;97(2):e18.
5. Mahmoud, O., Vikatmaa, P., Aho, P., Halmesmäki, K., Albäck, A., Rahkola-Soisalo, P., Lappalainen, K., Venermo, M.J. Randomized clinical trial of mechanochemical and endovenous thermal ablation of great saphenous varicose veins. Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2016 Jul;4(3):355–70.
6. Langridge, B.J., Onida, S., Weir, J., Moore, H., Lane, T.R., Davies, A.H. Cyanoacrylate glue embolisation for varicose veins – A novel complication. Phlebology. 2020 Aug;35(7):520–523.
7. Nishizawa, M., Kudo, T. Septicemia after cyanoacrylate glue closure of varicose veins. J Vasc Surg Cases Innov Tech. 2022 Sep 20;8(4):653–656.
8. Proebstle, T.M. Finally Daily Routine: Endovenous Outpatient Treatment of Varicose Veins. Ther Umsch. 2018;75(8):515–520.
9. Epstein D, Onida S, Bootun R, Ortega-Ortega M, Davies AH. Cost-Effectiveness of Current and Emerging Treatments of Varicose Veins. Value Health. 2018 Aug;21(8):911-920

# SEKUNDÁRNÍ LYMFEDÉM V SOUVISLOSTI S LÉČBOU KARCINOMU PRSU S KOMPLIKACEMI

Vojáčková, N. Dermatologické centrum Anděl, Praha 5

**SOUHRN:** Lymfedém se dělí na dvě skupiny – primární a sekundární. Léčba je u všech typů lymfedémů stejná. Základem je komplexní dekongestivní terapie, v indikovaných případech léčba chirurgická, která se v posledních letech využívá častěji. Konzervativní léčba ji ale předchází a následuje. Možnosti farmakologické léčby jsou omezené; je podpůrná, roli hraje u otoků smíšené etiologie a u komplikací lymfedému. Péče o pacienty s lymfedémem vyžaduje mezioborovou spolupráci. Na diagnostice a správné a včasné léčbě se podílí praktický lékař, internista, angiolog, onkolog, cévní chirurg; vlastní léčbu řídí lymfolog, případně ve spolupráci s chirurgem. Zvláštní skupinu tvoří pacienti, u nichž se lymfedém rozvine v souvislosti s nádorovým onemocněním a jeho léčbou, chirurgickou léčbou a radioterapií. Kazuistika popisuje případ pacientky se sekundárním lymfedémem, který vznikl v návaznost na léčbu karcinomu prsu. Stav byl komplikován rozvojem carcinoma erysipelatoides.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** sekundární lymfedém – komplexní dekongestivní terapie – sekundární lymfedém v souvislosti s nádorovým onemocněním – carcinoma erysipelatoides

**SUMMARY:** Secondary lymphoedema after treatment of breast cancer with complications. Lymphoedema can be divided into two groups – primary and secondary one. Both types share the same protocol of the first line treatment, which consists of complex decongestive therapy, in recent years more commonly followed by surgical treatment. Nevertheless, conservative therapy usually precedes or follows the surgical one. Regarding the pharmacological treatment, the options tend to be limited and it usually plays just a supportive role in the therapy of oedema of combined etiology or complications of the lymphoedema. Care of the patients suffering from lymphoedema requires multidisciplinary approach. The diagnosis and proper treatment should be provided by a medical team consisting of general practitioner, internist, angiologist, dermatologist, oncologist, and vascular surgeon. The treatment itself should be managed by a lymphologist, usually in cooperation with a surgeon. The cases of lymphoedema arising in the setting of tumors, or related to an oncology treatment such as surgery or radiotherapy, represent a special subgroup of patients. This case report describes a patient with a secondary lymphoedema of the upper limb as a complication of the therapy of breast cancer. Her condition was further complicated by the development of carcinoma erysipelatoides.

**KEY WORDS:** secondary lymphoedema – complex decongestive therapy – cancer related lymphoedema – carcinoma erysipelatoides

**Diagnostika, léčba a sledování pacientů s lymfedémem by měly probíhat v lymfologických centrech, která mají příslušné personální a přístrojové vybavení.**

## ÚVOD

Lymfedém je vysokoproteinový otok, který vzniká při patologické funkci lymfatického systému. Dělí se na dvě skupiny: lymfedém primární a sekundární. Sekundární lymfedém může vzniknout po operaci, úrazu, zánětu, po proběhlé trombóze či jiném žilním onemocnění, rozvíjí se také u obézních polymorbidních pacientů. Zvláštní skupinu tvoří pacienti, u nichž lymfedém vzniká v souvislosti s nádorovým onemocněním a jeho léčbou, chirurgickou léčbou a radioterapií. Incidence závisí na typu nádoru, jeho rozsahu, lokalizaci, léčbě a komorbiditách.<sup>(1)</sup> Ženy s diagnózou karcinomu prsu mají až 21–56% pravděpodobnost, že se u nich rozvine končetinový lymfedém a až 10% šanci, že se rozvine nekončetinový lymfedém. Lymfedém představuje dlouhodobou zdravotní komplikaci, která výrazně ovlivňuje kvalitu života pacientek. Rizikové faktory pro rozvoj lymfedému jsou především rozsah chirurgické léčby primárního nádoru a spádových lymfatických uzlin. Riziko je menší, pokud je odstraněna sentinelová uzlina, než když je provedena axilární exenterace. Závisí i od počtu metastázou postižených uzlin. Radioterapie je dalším rizikovým faktorem. Souhrnně lze říci, že riziko lymfedému paže roste s rozsahem chirurgického výkonu v axile. Pravděpodobnost vzniku lymfedému roste i v případech, pokud se kombinuje disekce axilárních uzlin s radioterapií.<sup>(2)</sup> Jako faktory s léčbou nesouvisející se uvádí především vyšší BMI, pooperační infekce. Za rizikové faktory jsou považovány některé komorbidity (hypertenze, diabetes) a životní styl.<sup>(3)</sup>

Diagnóza se stanovuje na podkladě podrobné anamnézy se zaměřením na nynější onemocnění a subjektivní obtíže. Informace o provedené lymfadenektomii a/nebo radioterapii společně s nástupem neurčitých bolestí, pocitu napětí, tlaku a tíže postižené končetiny a v oblasti hrudníku, také erysipel a jeho recidivy mohou být známkou počínající lymfatické nedostatečnosti. V diferenciální diagnostice k odlišení potíží vycházejících například z pohybového aparátu slouží lymfoscintigrafie.<sup>(2,4)</sup>

Zlatým standardem léčby je komplexní dekongesivní terapie. Skládá se ze čtyř pilířů: manuální a přístrojové lymfodrenáže, komprese obinadly nebo kompresivními pomůckami, cvičení pohybových a dechových a režimových opatření a péče o kůži.

Léčba zahrnuje dvě fáze: fázi redukce otoku a fázi udržovací.<sup>(4)</sup> Fáze redukce otoku je intenzivní léčebná kúra, která probíhá za hospitalizace 7x v týdnu po dobu 4–6 týdnů, dochází-li pacient ambulantně, probíhá 5x týdně. Na fázi redukce otoku navazuje fáze udržovací, která je dlouhodobá, u řady pacientů celoživotní. Udržovací léčba se skládá z auto-lymfodrenáže, ve které jsou zaučeni všichni pacienti nebo jejich rodinní příslušníci, někteří pacienti provádí doma přístrojovou lymfodrenáž. Nejdůležitější součástí je komprese zpravidla kompresivními pomůckami na míru, jako vhodná forma komprese

Sekundární lymfedém HK

Obr. 1





**Obr. 2** Carcinoma erysipelatoides



**Obr. 3** Carcinoma erysipelatoides

se jeví mobiderm bandáž nebo mobiderm autofit návleky, nově je k dispozici podprsenka s mobidermovou vložkou, v některých případech také kompresivní systémy na suchý zip. Cvičení a vhodnou pohybovou aktivitu, režimová opatření a péči o kůži by měli pacienti dodržovat také dlouhodobě.<sup>(5,6)</sup>

Častěji než v minulosti se začínají v léčbě uplatňovat chirurgické postupy. Výkony se dělí na kauzální – mikrochirurgické (lymfovenózní anastomózy, transfer lymfatických uzlin) a symptomatické (liposukce, resekce, debulking).<sup>(7,8)</sup> Cílená farmakologická léčba v případě lymfedému není dosud k dispozici. Jako adjuvantní léčba se podávají venotonika, která mají zároveň lymfotonický efekt. Proteolytické enzymy zasahují na úrovni některých patofyziologických mechanismů, které způsobují a následně udržují lymfedém. Jsou schopny zlepšit trofiku fibroindurovaného podkoží. V léčbě komplikací lymfedému se využívají lokální a celková antibiotika a antimykotika.<sup>(1,5)</sup>

Do léčebného protokolu lze kdykoli zařadit lymfotaping.<sup>(1)</sup>

Léčba lymfedému je nezbytná, čím dříve je zahájena, tím lepší je prognóza. Lymfedém je často příčinou snížené kvality života pacientů. Pokud není

lymfedém diagnostikován a léčen v počátečním stadiu, stává se chronickým problémem s tendencí ke zhoršování a vede k chronickým zánětlivým změnám, které mohou vyústit až do jejich fibrotické přestavby.

Diagnostika, léčba a sledování pacientů s lymfedémem by měly probíhat v lymfologických centrech, která mají příslušné personální a přístrojové vybavení. V České republice je síť lymfologických pracovišť, převážně ambulantních, pouze některá poskytují možnost hospitalizace. Tato pracoviště se starají o pacienty v souladu se Standardem léčby lymfedému, který byl vypracován Českou lymfologickou společností a odpovídá evropským i světovým standardům léčby.<sup>(1,9)</sup>

#### KAZUISTIKA

Žena, ročník 1965, byla poprvé vyšetřena v naší lymfologické ambulanci v únoru 2020. Odeslána k nám byla s otokem LHK a kožními změnami v oblasti levé strany hrudníku a zad (obr. 1). V anamnéze před propuknutím nynějšího onemocnění prodělala těžší pneumonii v roce 2014. Operována byla pro apendicitidu a opakovaně podstoupila kyretáž. Jinak se s ničím neléčila, alergická na nic nebyla. Nynější onemocnění začalo biopsií zvětšené lymfatické uzliny v levé axile v 6/2015, histologicky se jednalo



# Představujeme vám pero UnoReady<sup>®</sup> 300 mg Usnadněte si život s Cosentyxem<sup>1</sup>



## Cosentyx pokrývá široké spektrum individuálních potřeb vašich pacientů\*



Vypadat  
lépe



Hýbat se  
lépe



Cítit se  
lépe

**Zkrácená informace o přípravku** • Cosentyx 150 mg injekční roztok v předplněném peru • \*Cosentyx 300 mg injekční roztok v předplněném peru\* • **Složení:** Jedno předplněné pero obsahuje secukinumabum 150 mg v 1 ml. Jedno předplněné pero obsahuje secukinumabum 300 mg ve 2 ml. **Indikace:** Léčba středně těžké až těžké ložiskové psoriázy dospělých, dospívajících a dětí od 6 let, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. \* Léčba aktivní 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). Léčba aktivní artritidy související s entezitidou a léčba juvenilní psoriatické artritidy u pacientů do 6 let, kteří nedostatečně odpovídají na konvenční terapii nebo ji netolerují (přípravek samotný nebo v kombinaci s methotrexátem). **Dávkování:** Přípravek se podává ve formě subkutánní injekce. Injekční roztok v předplněném peru s dávkou 150 mg není určen k podávání dětským pacientům s hmotností <50 kg. **Ložisková psoriáza u dospělých:** Doporučená dávka je 300 mg secukinumabu 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. **Ložisková psoriáza u pediatrické populace (dospívající a děti od 6 let):** Doporučená dávka se odvíjí od tělesné hmotnosti (viz níže) s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Tělesná hmotnost v době podání / doporučená dávka: <25 kg / 75 mg; 25 až <50 kg / 75 mg; ≥50 kg / 150 mg (může být zvýšena na 300 mg). **Hidradenitida:** Doporučená dávka je 300 mg secukinumabu s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Na základě klinické odpovědi může být dávka zvýšena na 300 mg každé 2 týdny. **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 $\alpha$  (IR) je doporučená dávka 300 mg s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. U ostatních pacientů je doporučená dávka 150 mg 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 s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. **Artritida související s entezitidou a juvenilní psoriatické artritida:** Doporučená dávka se odvíjí od tělesné hmotnosti (viz níže) a podává se v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Tělesná hmotnost v době podání / doporučená dávka: <50 kg / 75 mg; ≥50 kg / 150 mg. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv 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 sarže podaného přípravku. Opatrnosti je zapotřebí, pokud se uvažuje o použití secukinumabu u pacientů s chronickou infekcí nebo opakovanou infekcí v anamnéze. Pacienti je nutné poučit, aby vyhledali lékařskou pomoc, pokud se objeví známky nebo příznaky naznačující přítomnost infekce. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, je nutné pacienta pečlivě sledovat a nepodávat secukinumab, dokud infekce neodezní. Secukinumab se nedoporučuje u pacientů se závažným onemocněním střev. Pokud se u pacienta objeví známky a příznaky závažného onemocnění střev nebo dojde-li k exacerbaci již existujícího závažného onemocnění střev, je třeba secukinumab vysadit a zahájit odpovídající lékařskou péči. Pokud se objeví anafylaktická nebo jiné závažné alergické reakce, musí se podávání secukinumabu okamžitě přerušit a je třeba 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. Živé vakcíny nesmí být podávány současně se secukinumabem. Ve studiích s lupénkou nebyly vyhodnocovány bezpečnost a účinnost secukinumabu v kombinaci s imunosupresivy, včetně biologické léčby, nebo fototerapií. **Interakce:** Ve studii u subjektů s ložiskovou psoriázou nebyly pozorovány interakce mezi secukinumabem a midazolamem (substrát CYP3A4). Při současném podávání secukinumabu s methotrexátem a/ nebo s kortikosteroidy nebyly v artritických studiích (včetně psoriatické artritidy a axiální spondylartritidy) 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 laktujícího mateřského mléka. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům secukinumabu na kojení dříve 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, rinorea, diareje, bolest hlavy, nauzea, únava. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C-8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Jednorázová předplněná injekční stříkačka vložená do pera SensoReady, balení obsahuje 2 předplněná pera. Jednorázová předplněná injekční stříkačka vložená do pera UnoReady, balení obsahuje 1 předplněné pero. Registrační čísla: EU/1/14/980/005 (SensoReady), EU/1/14/980/010 (UnoReady). **Datum registrace:** 15.1.2015. **Datum poslední revize textu:** 26.5.2023. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Steeple Building, Elm Park, Merion Road, Dublin 4, Irsko. **Řízení než lék předepisujete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Cosentyx je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. \*Všimněte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.**

\*Komplexní léčba přípravkem Cosentyx se zaměřuje na účinnost jak v oblasti kožních projevů onemocnění včetně projevů v obtížně léčitelných oblastech – nehty, pokožka hlavy, dlaně a chodidla, tak na psoriatickou artritidu. Pomáhá předcházet nevratnému strukturálnímu poškození kloubů u psoriatické artritidy (PsA).

REFERENCE: 1. SPC přípravku Cosentyx a aktuální data o dostupnosti léků. [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz), datum aktualizace textu SPC 26.5.2023.

o málo diferencovaný karcinom. Následovala chemoterapie a poté ablace levé mamky a exenterace levé axily, histologicky byl potvrzen invazivní dukální karcinom. Zároveň byla provedena preventivní ablace pravé mamky. Do 1/2016 pokračovala v chemoterapii. V 1/2018 si nahmatala uzlinu v nadklíčku, z punkce byla diagnostikována metastáza. Vyšetření PET CT ukázalo zvětšené lymfatické uzliny na krku a v axile. Byla provedena disekce krčních uzlin, uzliny v axile byly chirurgicky neřešitelné, a proto byla pacientka předána na onkologii k chemoterapii a paliativní radioterapii. Chemoterapie musela být změněna pro relaps, nález nových metastatických uzlin na krku. V 8/2018 byla hospitalizována na neurologii pro TIA v povodí ICA l. dx.

Již po operaci se objevily první známky otoku LHK a ke zhoršení došlo po radioterapii metastázou postižených uzlin. Otok na doporučení lymfologa řešila bandáží krátkotažnými obinadly a cvičením dle instrukcí. Při prvním vyšetření v naší ambulanci byl otok lokalizován na dorzu ruky, v rozsahu celého předloktí a paže, naplněná byla přední a zadní axilární řasa, otok byl i na levé straně hrudníku v okolí jizvy. Kůže na LHK byla klidná, na levé straně hrudníku a na rameni, nad levou lopatkou byla červená mapovitá hladká ložiska (obr. 2, 3). Onkolog je popsal jako postradiační dermatitidu. U pacientky vzhledem k metastatickému rozsevu primárního nádoru byly lymfodrenáže kontraindikovány, léčba otoku se soustředila na správnou kompresi, pohybová a dechová cvičení a péči o kůži. Denní kompresivní léčba pokračovala formou vícevrstvené bandáže, kterou zvládala přikládat sama, na noc dostala pacientka mobiderm návlek. Nález na kůži neodpovídal postradiační dermatitidě. S podezřením na carcinoma erysipelatoides (CE) byla pacientka odeslána zpět k onkologovi. Na kontrolu se dostavila za 2 měsíce, již s progresí kožního nálezu. Na kůži hrudníku vlevo a proximálně na zádech byly červené mapovité plochy s několika hmatnými uzlíky. Tento nález svědčil pro diagnózu kožních metastáz základního onemocnění. Pacientka pokračovala v udržovací

terapii chronického lymfatického otoku a onkologické léčbě, chemoterapie capecitabinem byla v té době ukončena pro vedlejší účinky a neúčinnost – dle CT hrudníku progresse nálezu metastáz – a změněna na terapii eribulinem. Pacientka na komplikace základního onemocnění zemřela.

## DISKUZE

Léčba pacientů s chronickým sekundárním lymfedémem je dlouhodobá, u řady pacientů celoživotní. Standardní KDT u pacientů s lymfedémem, který vzniká v souvislosti s léčbou nebo komplikacemi nádorového onemocnění, musí být přizpůsobena aktuálnímu stavu základního onemocnění. KDT v celém rozsahu se doporučuje v případě ukončené onkologické léčby, v době, kdy je základní onemocnění v remisi.<sup>(1,4,5)</sup> Lymfodrenáže jsou prováděny se souhlasem onkologa. Pokud dojde k metastatickému rozsevu, je KDT modifikována, protože manuální a přístrojové lymfodrenáže jsou kontraindikované.<sup>(5,6)</sup> I přesto se u těchto pacientů doporučuje aktivní přístup s cílem otok stabilizovat a stabilizovaný stav udržet, ulevit od bolesti a zlepšit kvalitu života.<sup>(1,8)</sup> Velmi důležitá je v této fázi správná komprese, zpravidla vícevrstvená bandáž, která se dobře přizpůsobí stavu končetiny nebo kompresivní pomůcky na míru, preferenčně formou plochého pletení. Vícevrstvená bandáž je obvaz náročný na aplikaci, pacientka se techniku naučila a zvládla ji sama. Představuje obvaz skládající se z více vrstev, které se postupně přikládají na končetinu. Obvazový materiál zahrnuje bavlněný tubulární obvaz, gázové obinadlo na prsty, polstrovací materiál, inlaye, mobilizační bandáže a krátkotažná obinadla. Vícevrstvená bandáž nesmí být ukončena v místě otoku, ale alespoň 10 cm nad okrajem otoku, jinak hrozí zaškrcení. Na noc se jako forma komprese využívá mobidermová bandáž, kterou měla pacientka zpočátku, později byla nahrazena mobidermovým návlekiem.<sup>(1,5,6)</sup> Využití je možné také efekt lymfotapingu. Nedílnou součástí léčby je správná péče o kůži a režimová opatření. Úprava životního stylu má za cíl eliminovat všechny faktory, které zvyšují zátěž lymfatického systému, a naopak

podpořit všechny lymfokinetické faktory, které napomáhají udržení a zlepšení jeho funkce.<sup>(1,4)</sup>

U pacientky se nejdříve objevily metastázy do lymfatických uzlin, později vznikly kožní metastázy. Incidence kožních metastáz se udává 1–10 % všech typů metastáz. CE je typ kožní metastázy viscerálních orgánů, nejčastějším původcem je karcinom prsu u žen a melanom u mužů. CE je relativně vzácná kožní metastáza (2–3 %), která vzniká v důsledku šíření nádorových buněk dermálními lymfatickými cévami. CE byl poprvé popsán v roce 1924, název dostal kvůli své podobnosti

s eryzelem. Na kůži jsou poměrně ohraničené mapovité plochy, nejčastěji jsou lokalizovány na přední ploše hrudníku, mohou se šířit na rameno a paži, na záda. Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit eryzel, postradiační dermatitidu, kontaktní ekzém, lymfedém.<sup>(10,11,12)</sup> Subjektivně si pacienti stěžují na svědění, bolestivé pnutí kůže, pocity tepla. V léčbě se uplatňuje radioterapie a chemoterapie, je třeba vyloučit vzdálené metastázy. Naše pacientka byla léčena chirurgicky (metastázy do lymfatických uzlin), radioterapií a chemoterapií (kožní metastázy). Lymfedém kompresivní léčbou, cvičením a režimovými opatřeními.

## ZÁVĚR

Lymfedém je relativně častá komplikace, která se rozvíjí v souvislosti s léčbou karcinomu prsu. Čím dříve je diagnóza lymfedému stanovena a čím dříve je zahájena správná léčba, tím lepší je prognóza. Udržovací fáze léčby je dlouhodobá, u řady pacientů celoživotní. Léčba se musí přizpůsobit nejenom stavu otoku, jeho lokalizaci, ale i věku pacienta, případným komorbiditám a komplikacím základního onemocnění. Naším cílem je zachytit pacienty v časném stadiu tzv. latentního lymfedému, v jehož diagnostice napomůže včas provedená lymfoscintigrafie.



### MUDr. Naděžda Vojáčková

Dermatologické centrum Anděl  
Karla Engliše 2, Praha 5  
nadavojackova@gmail.com

## LITERATURA

1. Eliška, O., Navrátilová, Z., Wald, M. et al. Lymfedém. Diagnostika a léčba. ISBN 978-80-88214-09-0.
2. Wald, M. Lymfedém – komplikace komplexní léčby karcinomu prsu. *Onkologie*, 2009, 3(1), 32–35.
3. Koelmeyer, L.A., Gaitatzis, K., Dietrich, M.S. et al. Risk factors for breast cancer – related lymphedema in patients undergoing 3 years of prospective surveillance with intervention. *Cancer*, 2022, 3408–3415.
4. Vojáčková, N., Fialová, J., Hercogová, J. Management of lymphedema. *Dermatol Ther.* 2012, Sep; 5(4): 352–357.
5. Eliška, O. *Lymfologie. Teoretické základy a klinická praxe.* 2018, Galén, ISBN 978-80-7492-387-6.
6. Földi, M., Földi, E. *Lymfologie.* 2010, Grada, ISBN 978-80-274-4300-4.
7. Wald, M. Co je nového v chirurgické léčbě lymfedému. *Dermatol praxi* 2012; 6(4): 173–177.
8. Donahue, P.M.C., MacKenzie, A., Filipovic, A. et al. Advances in prevention and treatment of breast cancer – related lymphedema. *Breast Cancer Res and Treat*, 2023, 200, 1–14.
9. Executive committee. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 consensus document of the International society of lymphology. *Lymphology.* 2020;53(1):3–19.
10. Mekheal, E., Kania, B., Hawran, R.A. et al. Carcinoma erysipelatoides: An underdiagnosed phenomenon of cutaneous metastases of breast cancer. *Am J Case Rep.*, 2023, 24: e937843 DOI: 10.12659/AJRC.937843.
11. Alexis, F., Leggett, L.R., Agarwal, N. et al. Carcinoma erysipelatoides with clinical and dermatoscopic features: an overlooked clinical manifestation of breast cancer. *Cureus*, 2022, 14(3), e23445. DOI 10.7759/cureus.23445.
12. Sharma, N., Kaur, T., Garg, P. et al. Carcinoma erysipelatoides mimicking radiation dermatitis – a case report and review of literature. *Our Dermatol Online.* 2014, 5(3), 262–263. DOI: 10.7241/ourd.20143.65.

# NOVINKY VE VENEROLOGII

Zákoucká, H. Státní zdravotní ústav, Centrum epidemiologie a mikrobiologie  
Oddělení sexuálně přenosných infekcí

**SOUHRN:** Venerologie zůstává náročnou medicínskou disciplínou i přes enormní pokrok v diagnostických možnostech a velmi dobrou nabídku kauzálních léků. Nejdůležitějším rysem venerologické péče v současné době je komplexní přístup, reflektující behaviorální změny populace a časté mnohočetné simultánní infekce. Je třeba věnovat pozornost také vzrůstajícímu procentu kmenů bakterií vyvolávajících STI rezistentní k antibiotikům. Introdukce patogenů, známých z jiných oblastí, do řetězce šíření sexuálním kontaktem je opravdovou diagnostickou výzvou.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** syfilis – kapavka – STI – mycoplasma – chlamydia – monkeypox

**SUMMARY:** News in venereology. Venereology remains a demanding medical discipline despite enormous progress in diagnostic possibilities and a very good range of causal drugs. The most important feature of venerological care nowadays is a comprehensive approach reflecting population behavioral changes and frequent multiple simultaneous infections. Attention should also be paid to the increasing percentage of antibiotic-resistant strains of STI causing bacteria. The introduction of pathogens known from other areas into the chain of transmission through sexual contact is a real diagnostic challenge.

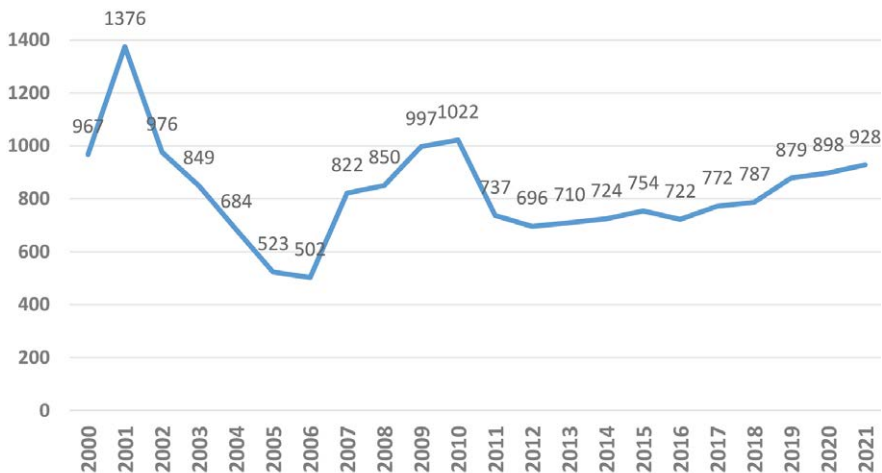
**KEY WORDS:** syphilis – gonorrhoea – STI – mycoplasma – chlamydia – monkeypox

**V důsledku velkých socioekonomických změn, globální turistiky a globální migrace a významných behaviorálních změn v oblasti sexuálního chování se celosvětově roční incidence bakteriálních a parazitárních STI zvyšuje.**

## ÚVOD

Venerologie vždy byla a zůstává oblastí s velkými nároky jak na odbornou klinicko-diagnostickou erudici, tak i na znalosti a pochopení behaviorálních závislostí a jejich dynamiky. Od konce 90. let minulého století jsme svědky skvělého technologického diagnostického vývoje a také obrovského zlepšení terapeutických možností. Na druhé straně původní optimistické očekávání snížení počtu sexuálně přenosných infekcí (STI) se nenaplnilo. Naopak. V důsledku velkých socioekonomických změn, globální turistiky a globální migrace a význa-

mých behaviorálních změn v oblasti sexuálního chování se celosvětově roční incidence bakteriálních a parazitárních STI zvyšuje, u HIV infekce dochází ke stagnaci.<sup>(10)</sup> V ČR je situace, bohužel, stejně nepříznivá, s výjimkou počtu zachycených HIV pozitivních pacientů, kde došlo po roce 2017 k poklesu a aktuálně počty poprvé diagnostikovaných případů stagnují. Extrémně časté jsou infekce více STI patogeny zároveň a infekce na různých anatomických místech (v souvislosti se sexuálními praktikami). V následujícím článku si ukážeme současné trendy výskytu vybraných STI v ČR.



Výskyt syfilis v ČR (zdroj: Registr pohlavních nemocí, ÚZIS)

Graf 1

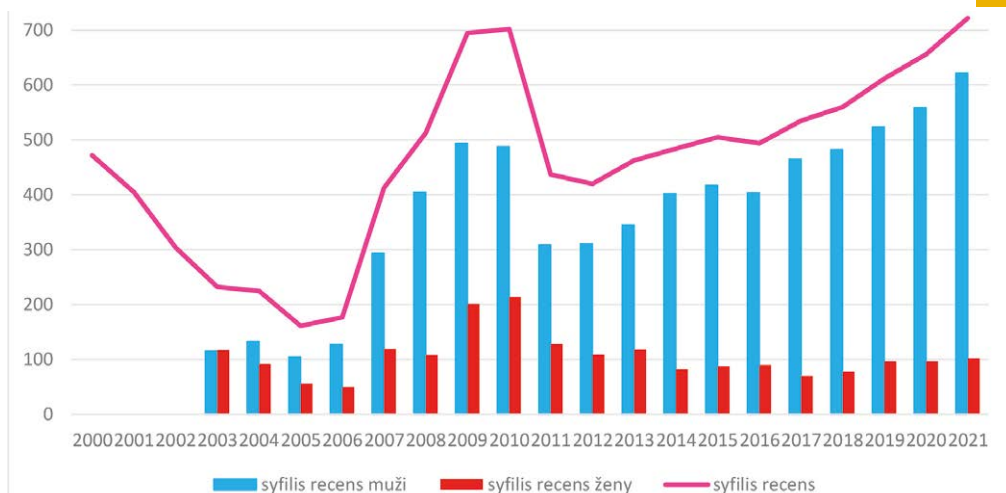
## SYFILIS

Syfilis, jejíž počty se v ČR ke konci 80. let 20. století dramaticky snížily, se od přelomu milénia znovu stala problémem pro pacienty i pro veřejné zdravotnictví (viz graf 1). Platí to ve všech rozvinutých

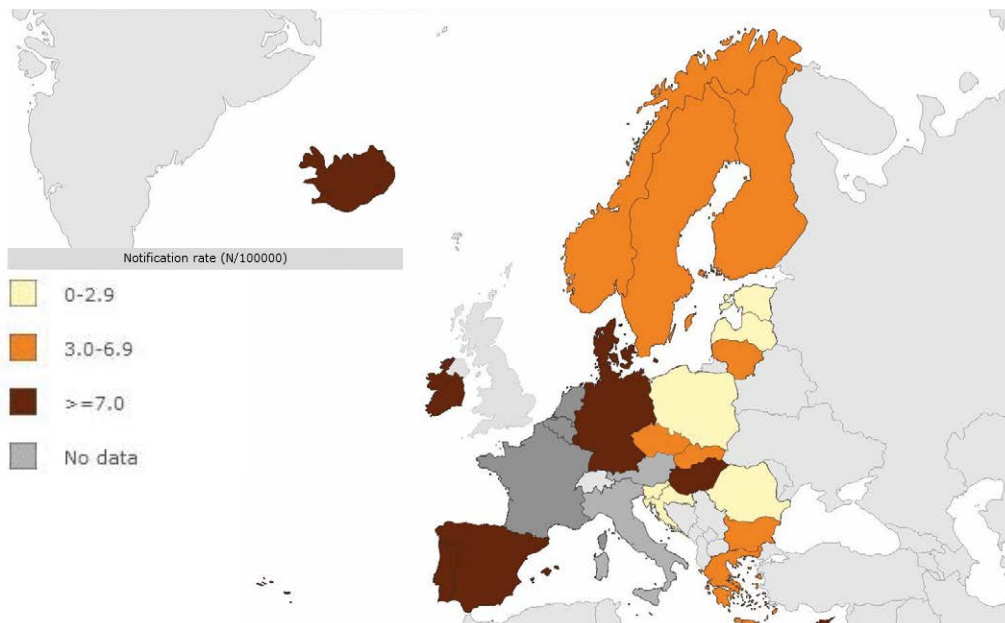
státech světa i Evropy (viz kartogram 1), stejně jako v rozvojových zemích.

V současné době se v ČR vyskytuje (viz graf 2), hlavně u mužů a převážně ve své časně formě,

Výskyt čerstvé syfilis v ČR (zdroj: Registr pohlavních nemocí, ÚZIS)



Graf 2



Kart. 1

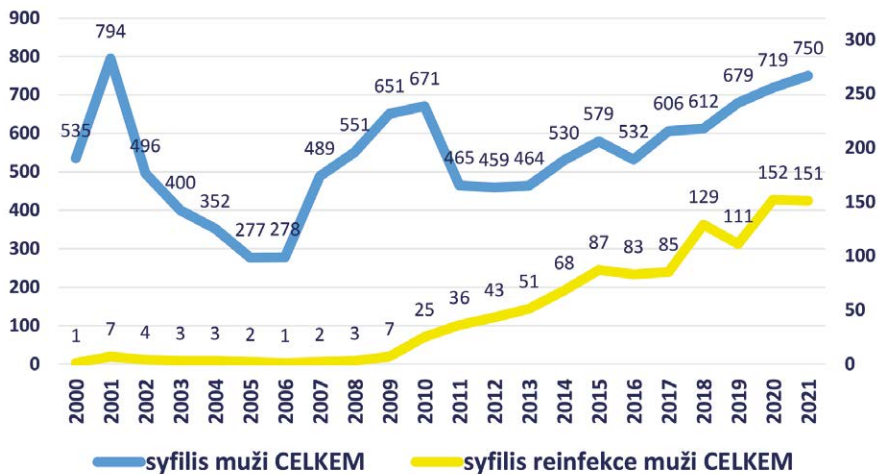
Incidence syfilis v EU/EEA na 100 tisíc obyvatel v roce 2021 (zdroj: ECDC)

syfilis I., syfilis II. a syfilis latens recens. Je proto běžné setkat se s orgánovými komplikacemi časné syfilis i s opakovanými infekcemi.

Rutinní zavedení PCR (polymerázová řetězová reakce – detekce DNA *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* (TPP) k přímé detekci syfilis poskytuje opravdu citlivý a komfortní test pro průkaz syfilis I., syfilis II. a za určitých okolností i syfilis latens recens (vyšetření z plné nesrážlivé krve). PCR vyšetření lze provést z extrémně širokého spektra biologických materiálů – stěr z eroze nebo vředu (ulcus durum, lysé plaky v dutině ústní, kondylomata lata), biopsie tkáně (kožní nebo slizniční léze, placenta, resekát aorty), případně nekropsie tkáně (vzorky z mrtvě rozeného plodu, aorta, játra, ledviny, mozková tkáň), sklivec, mozkomíšní mok a také plná nesrážlivá krev (nejlépe s EDTA). Citlivost testu je pro různé tkáně velmi rozdílná a negativní výsledek není z hlediska syfilis vylučující.

PCR pro diagnostiku syfilis nemá smysl používat v případech, že pacienti překonali akutní, recentní fázi infekce. Problematická je také citlivost testu po zahájení terapie penicilinem nebo ceftriaxonem. Clearance bakterií z periferie je v takovém případě velmi rychlá, obvykle během 48 hodin. Velkou výhodou je velmi snadná příprava a odběr vzorku i jeho uchování před transportem do vyšetřující laboratoře. Užitečná je rovněž možnost stanovit DNA různých patogenů (včetně virových) z jednoho vzorku a dokonce v jedné reakci – multiplexní PCR. Pro zjištění rezistence k antibiotikům (zejména makrolidům a azalidům) a pro epidemiologickou surveillance je možné provést z izolátu DNA sekvenaci.

I přes tento posun v přímém vyšetření je základem diagnostiky syfilis vždy sérologické vyšetření. Základní vyhledávací reakce se řídí nejen klinickým nálezem a anamnézou pacienta, ale jsou pro určitě



Výskyt reinfekcí syfilis v ČR (zdroj: Registr pohlavních nemocí, ÚZIS)

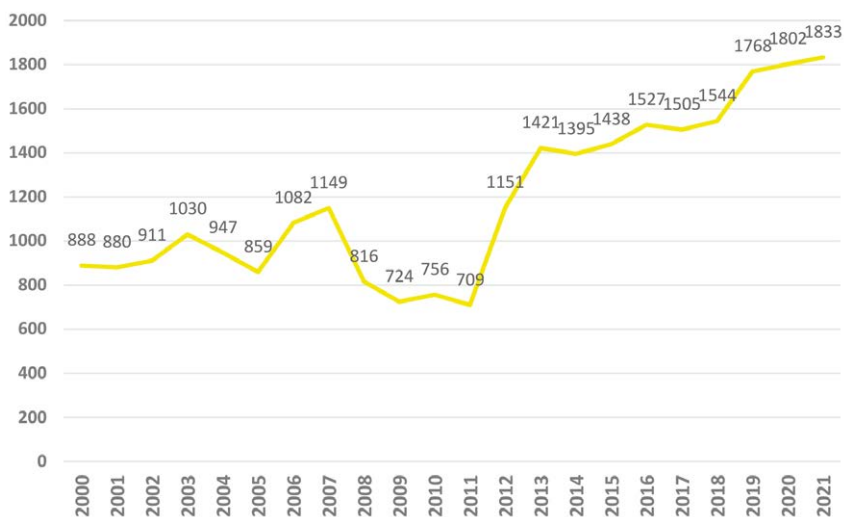
Graf 3

populační skupiny také kodifikovány ve vyhlášce 306/2012 Sb. V současné době je v ČR vytvořena opravdu komplexní síť terénních laboratoří (cca 175), které všechny reaktivní vzorky s podezřením

na nově zjištěnou syfilis, případně její reinfekci, odesílají ke konfirmaci a komplexnímu vyšetření do Národní referenční laboratoře pro diagnostiku syfilis (NRL) ve Státním zdravotním ústavu.

Výskyt kapavky v ČR (zdroj: Registr pohlavních nemocí, ÚZIS)

Graf 4



V posledních deseti letech je v důsledku zvýšeného výskytu recentní syfilis významně častější možnost setkat se se závažnými komplikacemi časného orgánového postižení a také, bohužel, s reinfekcemi syfilis (viz graf 3), které až na vzácné výjimky postihují hlavně muže.

NRL v posledních šesti letech zaznamenala, díky pečlivosti kolegů z kardiologických pracovišť, 6 případů akutní syfilitické aortitidy postihující její vzestupnou část počínajícím aneurysmatem. Dva ze šesti pacientů zemřeli v krátkém odstupu od stanovení diagnózy, protože postižení bylo mimořádně rozsáhlé. U zbývajících pacientů byl stav, kromě antibiotické léčby, řešen akutní náhradou postiženého úseku umělým grafem. Právě u této manifestace syfilis II. je vysoké riziko rozpadu aneurysmatu po útočném zahájení terapie penicilinem nebo ceftriaxonem. Jakýmkoliv kardiálním obtížím u pacientů s čerstvou syfilis je tedy třeba věnovat zvýšenou pozornost a provést kardiologické vyšetření před zahájením terapie.

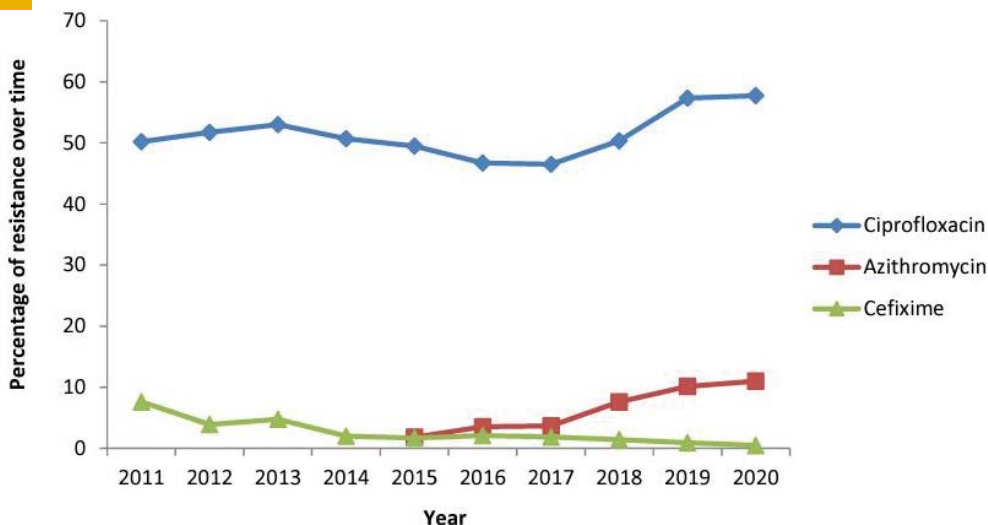
Běžně se rovněž v terénu setkáváme s postižením očí a CNS u akutní syfilis. Důsledné klinické vyšetření včetně očního je naprosto nezbytné. Naproti tomu případy orgánové III. syfilis jsou velmi vzácné.

#### KAPAVKA

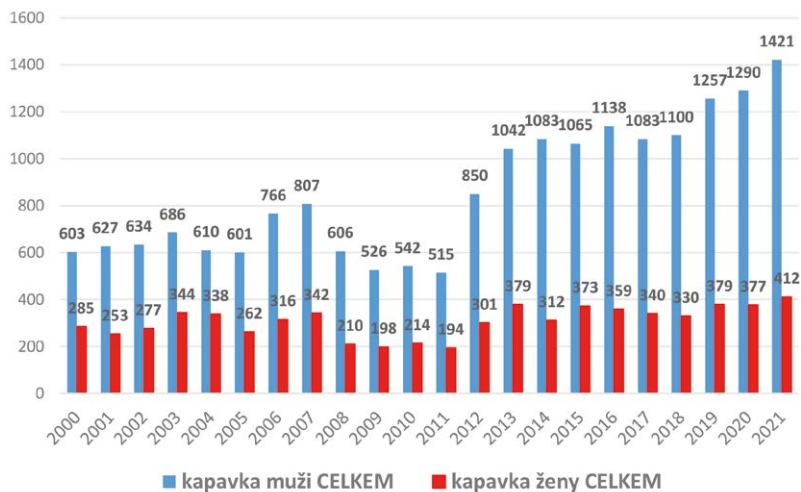
Po letech stagnace se od roku 2016 roční incidence kapavky v ČR významně zvyšuje (viz graf 4) a kopíruje tak situaci v západní Evropě a ostatním světě. Diagnostika gonorrhoe je po zavedení PCR do běžné praxe v 90. letech minulého století velmi snadná a dobře zvládnutá včetně duplexního testování infekce *Chlamydia trachomatis* (až 50 % případů kapavky může být komplikováno současnou infekcí chlamydiovou). Mezitím se však v průběhu přelomu milénia objevil a rozvinul nový problém – významné procento kmenů *Neisseria gonorrhoeae* (NG) rezistentních k antibiotikům (viz obr. 1). Ve světě a intenzivně v Evropě, hlavně v populaci pacientů s mimořádně rizikovým sexuálním chováním, se objevují kmeny NG multirezistentní až panrezistentní k antibiotikům.<sup>(2)</sup> Z tohoto pohledu je nutné

Obr. 1

Procento rezistentních kmenů NG ve studii EUROGASP (zdroj: ECDC)







Výskyt kapavky v ČR podle pohlaví (zdroj: Registr pohlavních nemocí, ÚZIS)

Graf 5

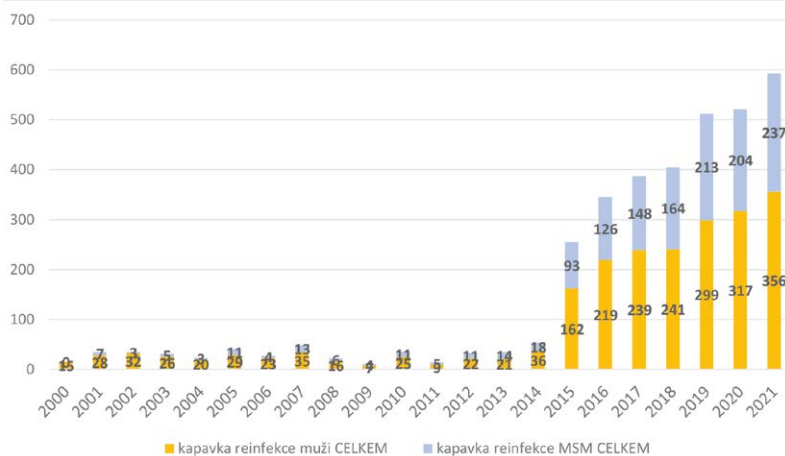
zachovat v rámci testování i kulturační vyšetření se stanovením citlivosti.

Stejně jako u syfilisu, jsou i v příp. kapavky častěji postiženi muži (viz graf 5) a častěji než dříve se u nich objevují reinfekce, zejména u MSM (viz graf 6).

### INFEKCE CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Chlamydia trachomatis (CTR) patří k nejvýznamnějším sexuálně přenosným patogenům na světě, je nejčastější bakteriální STI s ročním odhadem 127 milionů nových infekcí z roku 2016 (zpráva WHO 2018). V ČR se rovněž tato infekce vyskytuje

Výskyt reinfekcí kapavky v ČR (zdroj: Registr pohlavních nemocí, ÚZIS)



Graf 6

hojně, i když její surveillance výrazně zaostává za hlášením příjce a kapavky. Ročně je v ČR hlášeno cca 2 000 případů (viz graf 7). Původně velmi nedostatečné diagnostické přístupy se na konci 90. let minulého století skokově zlepšily zavedením PCR do běžné praxe a s jistým zpožděním se zlepšuje i klinické hlášení. V evropském regionu probíhá surveillance infekce CTR daleko důkladněji již posledních 30 let, zároveň v některých zemích (Skandinávie, Velká Británie) realizují oportunní screening dlouhodobými následky nejvíce ohrožené populační skupiny (mladé ženy, sexuálně aktivní, do 25 let věku). To vede k záchytu řádově většího množství infekcí než v ČR (viz kartogram 2).

U CTR se zatím nevyskytla klinicky významná rezistence k antibiotikům, i když ojedinělé in vitro studie ukazují na možnou odolnost některých kmenů bakterie k doxycyklinu. Naproti tomu byla popsána spontánní clearance CTR bez podání antibiotik. Objevuje se zejména u pacientů bez klinických příznaků a může dosáhnout až 20 % během 12 měsíců po záchytu pozitivitu.<sup>(3)</sup>

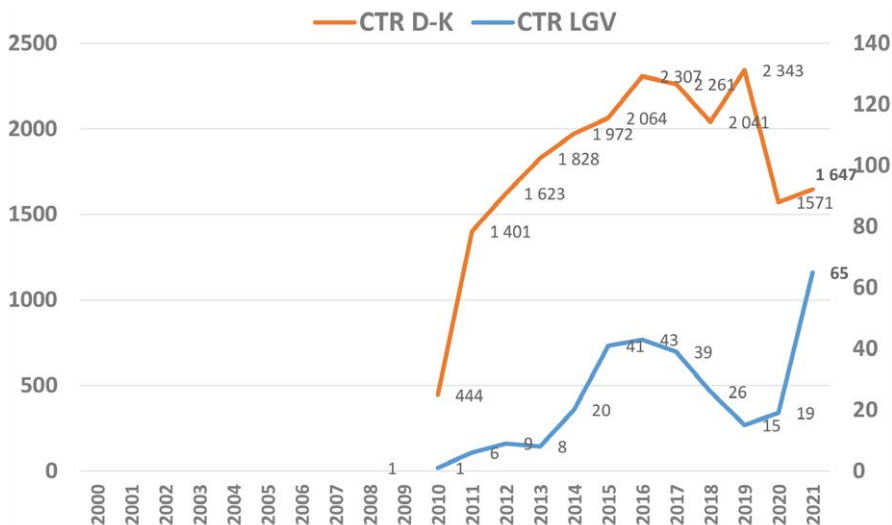
Vzhledem k možným závažným důsledkům chronické infekce CTR je však naprosto nezbytné zachycené pacienty a jejich sexuální partnery přeléčit antibiotiky. Je rovněž důležité pacienty upozornit na časté reinfekce v závislosti na kontaktu se zdrojovým partnerem. V ČR je obvyklé po léčbě infekce CTR dělat vždy kontrolní vyšetření metodou PCR. Test by měl být proveden nejdříve 3 týdny po skončené terapii. Důvodem je vyloučení jak falešné positivity (detekcí zbytkové DNA již mrtvé CTR, tak i falešné negativity při pomalu se rozvíjejícím relapsu infekce po selhání léčby).

### INFEKCE MYCOPLASMA GENITALIUM

Poprvé bylo izolováno u případů mužské uretritidy v roce 1981. Rutinní diagnostika se však plně rozvinula až po zavedení PCR reakce. Důvodem je zejména malá ochota k růstu v in vitro podmínkách vyžadujícím týdny až měsíce kultivace na komplexních půdách nebo v buněčných kulturách (Vero buňky). Mycoplasma genitalium se uplatňuje zejména v etiologii mužské uretritidy, ale i cervicitidy, proktitidy, pánevní zánětlivé nemoci, balanitidy a postitidy.<sup>(7)</sup>

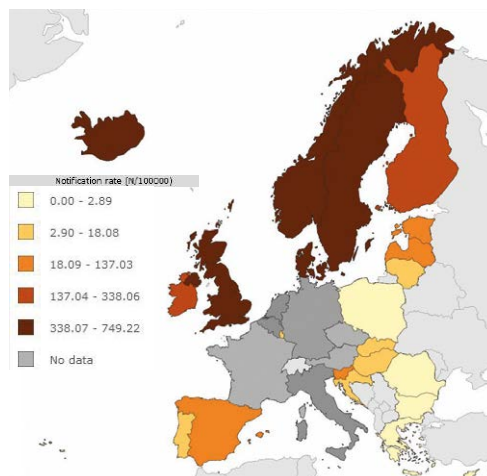
Graf 7

Výskyt infekcí Chlamydia trachomatis (zdroj: ISIN a RPN, ÚZIS)



Prevalence je nejvyšší ve skupině pacientů STI klinik 10–35 %, u mužů a žen ve věku 16–44 let se pohybuje od 1 do 1,5 %.<sup>(11)</sup> U HIV pozitivních pacientů může být 10,8 % ve vzorcích z močové trubice a 6,4 % z rektu.<sup>(12)</sup> Přestože ve studii z roku 1995 byla statisticky významná vazba mezi symptomatickými případy a pozitivitou PCR MG (24 % vs. 8 % u asymptomatických) a objektivně potvrzenou uretritidou (leukocyty v moči) a pozitivitou PCR MG (25 % vs. 4 % bez objektivního nálezu), je zároveň patrné, že se může MG vyskytnout i u asymptomatických pacientů.<sup>(6)</sup> Na základě tohoto zjištění není doporučeno provádět vyšetření u pacientů bez příznaků. Je pravděpodobné, že asymptomatické infekce nejsou patogenní. Ve studii u žen v Ugandě byla rovněž prokázána spontánní clearance infekce 55 % v průběhu 3 měsíců, 83 % během 6 měsíců a 93 % během 12 měsíců.<sup>(13)</sup>

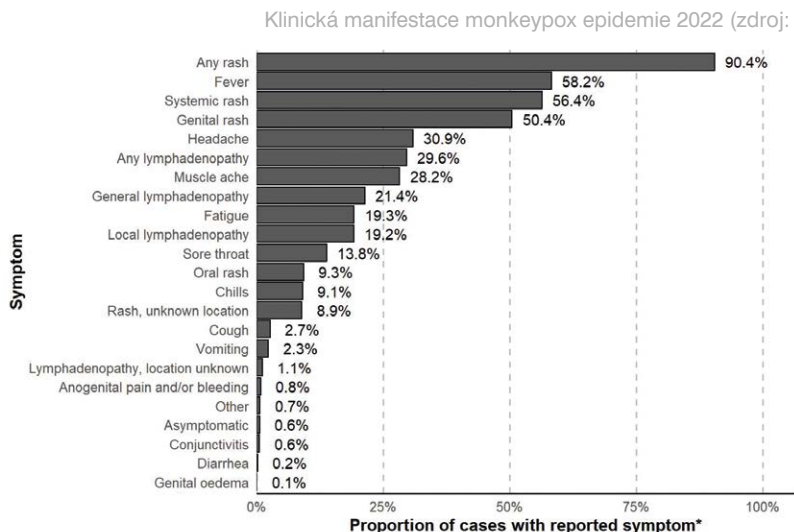
Z terapeutického hlediska může být, bohužel, infekce MG velkým problémem, vzhledem k tomu, že rezistence k antibiotikům se vyskytuje poměrně



Incidence infekcí *Chlamydia trachomatis* na 100 tisíc obyvatel v EU/EEA 2019 (zdroj: ECDC)

Kart. 2

často – až 40 % u azithromycinu. U moxifloxacinu byla zatím rezistence popisována jen sporadicky, ale situace se velmi dynamicky mění.<sup>(1)</sup> Zároveň jsou stále častěji popisovány multirezistentní



Source: WHO  
\*37,138 cases with at least one reported symptom from a country where at least two unique symptoms reported used as denominator

Obr. 2

kmeny 9,8 % v Austrálii, až 30,8 % v Japonsku, v Evropě a USA méně často.

### SEXUÁLNÍ PŘENOS INFEKČÍ, KTERÉ NEJSOU MEZI STI BĚŽNĚ ŘAZENY

V posledních letech se stále častěji setkáváme také se sexuálním přenosem infekcí, pro které tato cesta není typická. Patří sem zejména drobné epidemie virové hepatitidy A (VHA) a bacilární dysenterie.<sup>(8)</sup>

V minulém roce, s lehkým přesahem a novým vzplanutím v roce 2023, nám nově introdukovaná infekce DNA virem opičích neštovic (MPX) do populace mimořádně sexuálně aktivních pacientů (zejména MSM) ukázala potenciál šíření lidské infekce přenášené úzkým kontaktem.<sup>(9)</sup> Od března 2022 se rozvinula výrazná epidemie na všech světadílech čítající více než 80 tisíc nemocných<sup>(5)</sup> mimo původní endemickou oblast (střední a západní Afrika).

Rychlost šíření a rozsah zasažení znovu podtrhl význam dnešní podoby rizikového sexuálního chování, které se netýká jednotlivců, ale velkých skupin lidí (stovek) vstřícných k nechráněnému sexu s naprosto neznámými partnery. Zároveň se projevila zásadní odlišnost manifestace infekce v závislosti na místě příznaků (anogenitální oblast) a postižené populace (dospělí muži vs. malé děti v endemické oblasti). Klinické příznaky podle četnosti v této epidemii jsou uvedeny na obrázku 2.

Na tento aspekt reality je třeba myslet při zjištění infekce bez jasného klasického zdroje a stejně tak při výskytu netypických příznaků a kombinací příznaků s manifestací v anogenitální oblasti. Zvláště složité, u pacientů diagnostikovaných v ČR, bylo hodnocení vyvolávajícího i agens při přítomnosti koinfekcí běžnými STI patogeny (TPP, HSV1, HSV2, CTR). Koinfekce jsou u STI pacientů naprosto běžné.

### ZÁVĚR

Nejdůležitějším rysem venerologické péče v současné době je komplexní přístup k diagnostické rozvaze – mnohočetné simultánní infekce několika patogeny v různých anatomických lokalitách zároveň. Potřeba testovat biologický materiál z různých míst (moč, cervikální výtěr, výtěr z rektu a orofaryngu) nejcitlivějším možným testem (obvykle PCR).

Je třeba si také být vědom možného selhání testu (PCR u syfilis) a zařadit opakované testování a v případě syfilis vždy doplnit sérologické vyšetření. Zhoršující se situaci v oblasti rezistence NG k antibiotikům se zatím daří překonat zvyšováním terapeutické dávky ceftriaxonu (za posledních 10 let stoupla z 250 mg na 1 000 mg jednorázově) a dodržováním kombinované léčby s využitím azithromycinu (1,5 až 2 g jednorázově).

S ohledem na rozvíjející se preventivní podávání antiretrovirových preparátů (PrEP HIV) HIV negativním, vysoce rizikovým pacientům k prevenci HIV infekce, je třeba reagovat na zvýšený výskyt ostatních STI v této skupině, pacienty dobře poučit a opakovaně vyšetřovat.

Kromě PrEP HIV se začíná na základě studií provedených v USA<sup>(4)</sup> prosazovat také profylaxe bakteriálních STI (syfilis, kapavky a chlamydiové infekce) podáním 200 mg doxycyklinu p.o. jednorázově do 72 hodin po rizikovém sexu (DOXY PEP). Přestože mezi odborníky na STI i na problematiku indukce rezistence a ekologických vztahů přenosu genů rezistence trvá značná rezervovanost k tomu postupu, mezi lidmi

s rizikovým chováním je stále populárnější. Podání subinhibiční dávky antibiotik může také významně ovlivnit úspěšnost provedených testů (jak PCR, tak i vývoj protilátek v testech syfilis) a je nutné se pacientů na jeho užití ptát. Pacienti užívající DOXY PEP je nutné vyšetřovat opakovaně a metodické přístupy i intervaly sledování je třeba přizpůsobit podaným antibiotikům.



### MUDr. Hana Zákoucká

vedoucí NRL pro diagnostiku syfilis, Státní zdravotní ústav  
Centrum epidemiologie a mikrobiologie  
Oddělení sexuálně přenosných infekcí  
Šrobárova 49/48, 100 00 Praha 10, hana.zakoucka@szu.cz

### LITERATURA

1. Braam, J.F., van Dommelen, L., Henquet, C.J.M., van de Bovenkamp, J.H.B., Kusters, J.G. Multidrug-resistant *Mycoplasma genitalium* infections in Europe. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2017 Sep;36(9):1565–1567. doi: 10.1007/s10096-017-2969-9. Epub 2017 Mar 30. PMID: 28361246; PMCID: PMC5554300.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in the Europe Union/European Economic Area. Summary of results 2020. Stockholm: ECDC; 2022.
3. Geisler, W.M., Lensing, S.Y., Press, C.G., Hook, E.W. 3rd. Spontaneous resolution of genital *Chlamydia trachomatis* infection in women and protection from reinfection. *J Infect Dis*. 2013 Jun 15;207(12):1850–6. doi: 10.1093/infdis/jit094. Epub 2013 Mar 7. PMID: 23470847; PMCID: PMC3654745.
4. Grant, J.S., Stafylis, C., Celum, C., Grennan, T., Haire, B., Kaldor, J., Luetkemeyer, A.F., Saunders, J.M., Molina, J.M., Klausner, J.D. Doxycycline Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infections. *Clin Infect Dis*. 2020 Mar 3;70(6):1247–1253. doi: 10.1093/cid/ciz866. PMID: 31504345; PMCID: PMC7319058.
5. [https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx\\_global/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/)
6. Janier, M., Lassau, F., Casin, I., Grillot, P., Scieux, C. et al. Male urethritis with and without discharge: a clinical and microbiological study. *Sex Transm Dis* 1995;22:244–252.
7. Jensen, J.S., Cusini, M., Gomberg, M., Moi, H. 2016 European guideline on *Mycoplasma genitalium* infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:1650–1656.
8. Locke, R.K., Greig, D.R., Jenkins, C., Dallman, T.J., Cowley, L.A. Acquisition and loss of CTX-M plasmids in *Shigella* species associated with MSM transmission in the UK. *Microb Genom*. 2021 Aug;7(8):000644. doi: 10.1099/mgen.0.000644. PMID: 34427554; PMCID: PMC8549364.
9. Martín-Delgado, M.C., Martín Sánchez, F.J., Martínez-Sellés, M., Molero García, J.M., Moreno Guillén, S., Rodríguez-Artalejo, F.J., Ruiz-Galiana, J., Cantón, R., De Lucas Ramos, P., García-Botella, A., García-Lledó, A., Hernández-Sampelayo, T., Gómez-Pavón, J., González Del Castillo, J., Muñoz, P., Valerio, M., Catalán, P., Burillo, A., Cobo, A., Alcamí, A., Bouza, E. Monkeypox in humans: a new outbreak. *Rev Esp Quimioter*. 2022 Dec;35(6):509–518. doi: 10.37201/req/059.2022. Epub 2022 Jul 6. PMID: 35785957; PMCID: PMC9728594.
10. Report on global sexually transmitted infection surveillance. World Health Organization 2018, ISBN 978-92-4-156569-1.
11. Soni, S., Alexander, S., Verlander, N., Saunders, P., Richardson, D. et al. The prevalence of urethral and rectal *Mycoplasma genitalium* and its associations in men who have sex with men attending a genitourinary medicine clinic. *Sex Transm Infect* 2010;86:21–24.
12. Sonnenberg, P., Ison, C.A., Clifton, S., Field, N., Tanton, C. et al. Epidemiology of *Mycoplasma genitalium* in British men and women aged 16–44 years: evidence from the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3). *Int J Epidemiol* 2015;44:1982–1994.
13. Vandepitte, J., Weiss, H.A., Kyakuwa, N., Nakubulwa, S., Muller, E. et al. Natural history of *Mycoplasma genitalium* infection in a cohort of female sex workers in Kampala, Uganda. *Sex Transm Dis*. 2013;40:422–427.

# VĚDOMOSTNÍ TEST



- 1** Vyšší riziko psoriatické aritidy lze očekávat u:
- a) gutátní psoriázy
  - b) nehtové psoriázy
  - c) výskytu lupénky v předškolním věku
  - d) lupénky léčené konvenčními imunosupresivními léky

- 2** Metotrexát:
- a) je obsolentní lék, který se již v léčbě lupénky nepoužívá
  - b) je v dětském věku lékem první volby
  - c) má protizánětlivý, antiproliferativní a imunomodulační účinek
  - d) se v léčbě používá s následným užitím vit. D

- 3** K rozpuštění nekrozy v ráně lze použít:
- a) biokeramické krytí Cerdak
  - b) hydrogelový obvaz
  - c) aplikaci autologní plazmy, PRP
  - d) všechny odpovědi jsou správné

- 4** Mezi termální ablační metody patří:
- a) MOCA
  - b) laser
  - c) HIFU
  - d) radiofrekvence

- 5** Co je carcinoma erysipelatoides:
- a) kožní metastáza, která vzniká přímým šířením nádorových buněk lymfatickými cestami
  - b) vyskytuje se jen u žen v souvislosti s léčbou karcinomu prsu
  - c) infekční onemocnění, podobně jako erysipel
  - d) častá komplikace nádorového onemocnění

- 6** Mycoplasma genitalium:
- a) není patogenní
  - b) snadno se kultivuje in vitro
  - c) běžně se detekuje PCR
  - d) je původcem mykóz

- 7** Jaká je nejčastější komplikace diabetické nohy?
- a) špatná hygiena
  - b) infekce
  - c) kouření
  - d) všechny odpovědi jsou správné

- 8** Mezi kontraindikace endovenózní ablace nepatří:
- a) akutní hluboká žilní trombóza
  - b) lymfédém
  - c) významná porucha hemokoagulace
  - d) těhotenství

- 9** Lymfédém v souvislosti s léčbou karcinomu prsu:
- a) může být lokalizován jen na horní končetině
  - b) riziko vzniku se zvyšuje při extirpaci axily a/nebo radioterapii
  - c) je vzácný
  - d) neovlivňuje kvalitu života

- 10** PCR se v diagnostice syfilis uplatní významně:
- a) ve stadiu syfilis I.
  - b) ve stadiu syfilis latens recens
  - c) ve stadiu pozdní latentní syfilis
  - d) nedá se vůbec využít

CENA ZA NEJRYCHLEJŠÍ ODPOVĚĎ

MUDr. VYSLOUŽILOVÁ Martina  
Olomouc

Správné odpovědi z čísla 3/2023

1 C	2 D	3 D	4 A	5 D
6 D	7 C	8 A	9 B	10 A

VÝHERCI  
VĚDOMOSTNÍHO TESTU  
z čísla 3/2023:

**MUDr. PROCHOCKÁ Ivana**

Znojmo

**MUDr. HROMÁDKOVÁ Radana**

Ostrava

**MUDr. FORROVÁ Simona**

Praha 5

Vyberte jednu nebo více správných odpovědí a запиšte je do tabulky. **Tabulku zašlete do 15.12.2023 prostřednictvím elektronického formuláře umístěného na stránkách časopisu [www.referatovyvyber.cz](http://www.referatovyvyber.cz) a v mobilní aplikaci Referátový výběr** nebo vložte do obálky a odešlete na adresu:

**Czechopress Agency, s.r.o.**  
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4

Ceny do soutěže 2023 věnuje značka:  
**La Roche-Posay.**

**LA ROCHE POSAY**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

# CICAPLAST B5 SÉRUM

**NOVINKA**

**KONCENTROVANÉ  
SÉRUM S 10%  
VITAMINEM B5\***

- **OBNOVUJE**
- **HYDTRATUJE**
- **CHRÁNÍ**

Testováno na  
pokožce po  
dermatologických  
zákrocích.

\* provitamin B5



Otázka	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

RVD 4/2023

Jméno

Korespondenční adresa

Telefon

E-mail

# HOJENÍ RAN U DIABETICKÉ NOHY

Fárová, V. FARMED s.r.o., Centrum hojení ran, Dermatologie, Praha 8

**SOUHRN:** Ve své ordinaci FARMED s.r.o. léčím komplikované vředy různé etiologie již dvacet let. Nejčastěji se jedná o bércové vředy při chronické žilní insuficienci, při ischemické chorobě dolních končetin a vředy u diabetiků. Vředy u diabetiků tvoří asi polovinu mých případů. Ulcerace u diabetika mohou být zapříčiněny neuropatií a ischemickou chorobou dolních končetin. Hojení ran komplikuje přítomná infekce, imunosupresivní léčba, antikoagulační léčba, alergie, bohužel, velmi často i špatná hygiena. Důležité je včasné zahájení léčby, prevence infekce. Komplikací vředu u diabetika je rozvoj gangrény s nutností chirurgického výkonu. Až 22 % diabetiků s vředem na noze skončí přes veškerou lékařskou péči amputací končetiny.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** nekróza – diabetes mellitus – hojení – popálenina – plazmaterapie – kouření – vlhké krytí

**SUMMARY:** Wound healing in diabetic foot, case reports. At my clinic FARMED s.r.o. I have been treating complicated ulcer etiology for twenty years. Some of the most common are varicose ulcers such as Chronic varicose disease, peripheral lower limb disease and ulcers found in diabetics. Ulcers in diabetics are about half of my cases. Wound healing can complicate infection, immunosuppressive treatment, anticoagulant treatment, allergies and most often is the cause of bad hygiene. Early initiation of treatment, prevention of infection is important. A complication of a diabetic ulcer is the development of gangrene requiring surgery. 22 % of diabetics who have leg ulcers usually end up having lower limb amputation.

**KEY WORDS:** necrosis – diabetes mellitus – healing – burn – plasmatherapy – smoking – moisture covering

**„Správně zvolenou léčbou lze rány úplně zahojit. Kromě vhodné léčby je důležitá i spolupráce pacienta.“**

## ÚVOD

Pro onemocnění cukrovkou (diabetes mellitus) jsou charakteristické pozdní komplikace, které vznikají na podkladě poškození cév a nervového systému dolních končetin. Tomu se říká tzv. syndrom diabetické nohy. Léčba ulcerací vyžaduje multioborovou spolupráci. Ne vždy se povede vředy zahojit, zvláště, pokud pacient nemá správnou hygiena, nechodí na pedikúru, nepoužívá vhodnou obuv, je obézní a ještě kouří. Kouření obecně negativně ovlivňuje hojení ran

v důsledku kombinace cévních a metabolických faktorů. Poškozuje cévy, aktivuje hemokoagulační kaskádu, dochází ke změnám v lipidovém metabolismu. U pacientů je zhoršena výživa tkání, snížené prokrvení, narušena tvorba kolagenu. Kuřáci s diabetes mellitus mají zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění, nádorového onemocnění i předčasného úmrtí. Kouřící diabetik má 14x vyšší riziko cévních komplikací než nekouřící diabetik. V jedné kazuistice se mi povedlo kombinovaný vřed u diabetika zahojit,





Zahájení léčby

Obr. 1



Po 2 měsících léčby

Obr. 2

následně mu byla diagnostikována v důsledku kouření rakovina plic.

Ulcerace u diabetiků mohou vznikat i v terénu necrobiosis lipoidica. Toto granulomatózní onemocnění je častější u žen a vyskytuje se asi u 2 % diabetiků, nejčastěji na holeních. Kůže je lesklá, červenohnědá, ztenčená s teleangiektáziemi. Ulcerace hodně bolí a špatně reagují na léčbu. U každého pacienta provádím stěr ze vředů a doporučuji vlhká krytí podle svých zkušeností. Antibiotika se nasazují při zhoršení celkového stavu, při nekróze v ráně a riziku přestupu infekce na kost.

#### KAZUISTIKA 1.

Muž, ročník 1961, diabetik I. typu na inzulínu, v minulosti léčen na karcinom plic. V naší ordinaci byl

léčen od ledna 2023, kdy přišel se dvěma nekrotickými vředy na obou palcích dolních končetin. Vředy s nekrotickou spodinou si způsobil sám v zaměstnání, kdy si omylem na nohy vyлил louh. Přišel již třetí den po úrazu. Vředy měly velikost 2 x 1,5 cm a pacient si stěžoval na bolest. Okolní kůže byla mírně zarudlá. Pacientovi jsem nasadila cefalosporinové antibiotikum cefuroxim na 14 dní. Lokálně jsme nekrózu rozpustili aplikací **NAWA Hydrogelu** aplikovaného pod silikonovou mřížku a pacientovi jsem doporučila nohy denně oplachovat **NAWAlution** roztokem. Tato lokální léčba dle mých zkušeností vždy kožní nekrózu rozpustí, není nutná nekrektomie na chirurgické ambulanci. Pacient byl opakovaně odeslán na rentgen palce k vyloučení osteomyelitidy. První nález může být u pacientů diabetiků falešně negativní. Při kontrole

Ukončení léčby vlhkým krytím

Obr. 3



Kontrola po 6 měsících léčby

Obr. 4



za měsíc v únoru 2023 byla spodina vředů čistá, bez nekrózy, pacient se cítil dobře. Na bolest si nestěžoval. Stěr ze spodiny vředu neprokázal žádnou infekci. Na vředy jsme aplikovali nepřilnavé mřížky s povidon jodem, do úplného zahojení. Vředy na palcích se zahojily po 4 měsících léčby.

Poleptání louhem u pacienta způsobilo chemickou popáleninu III. stupně s vlhkou nekrózou. Louhy mají vysoké pH, jsou to zásadité látky. Na kůži může vlhká nekróza přejít i v gangrénu. U pacienta byla včas rozpuštěna nekróza a včas nasazena antibiotika, která zabránila přestupu infekce na kost a kloub palce. **NAWA Hydrogel** se používá na pokrytí nejen nekrotických, ale i suchých perzistentně povlečených ran. Ránu zvlhčuje, optimalizuje v ní pH. Nanáší se v 5mm vrstvě, která pokryje celou spodinu rány. Poté ránu kryjeme silikonovým krytím. Silikonové krytí je perforovaná fólie, na ráně výborně drží a okolní kůži nedráždí. Po ráně „necestuje“. Kůže není v okolí rány macerovaná. Délka léčby je různá, někdy stačí na rozpuštění nekrózy aplikovat 14 dní, následně pokračovat v aplikaci vlhkého krytí.

**NAWAlution** je oplachový roztok, který naprosto bezbolestně čistí chronické rány. Podle zahraniční studie Assadian z roku 2018 (viz literatura níže), která porovnávala různé oplachové roztoky, **NAWAlution** nejvíce snižuje koncentraci kontaminujících látek v ráně. Má redukční faktor 99,9 %. Obsahuje PHMB, zinek a železo. Kromě chronických ran ho lze použít k oplachům kůže u mikrobiálního ekzému, těžkých forem akné i hidradenitis suppurativa.

#### KAZUISTIKA 2.

Muž, ročník 1950, diabetik II. typu na perorální léčbě, s arteriální hypertenzí, kuřák, byl u nás léčen pro kombinovaný vřed na nártu nohy. Pacient s chronickou žilní insuficiencí, ischemickou chorobou dolních končetin, uzávěrem arteria tibialis anterior vpravo, těsnou stenózou arteria iliaca externa vpravo a následně po balónkové PTA, postflebitickým kompletem pravé dolní končetiny a aneurysmatem aorty. Pacient další doporučený cévní chirurgický výkon odmítl. Kombinovaný vřed na zevní straně pravého nártu o velikosti 4,5 x 3,5 cm s nekrotickou spodinou, jsme první měsíc léčili aplikací **NAWA Hydrogelu** pod silikonové krytí. Po necelém měsíci došlo

Obr. 5

NAWA Hydrogel



Obr. 6

NAWA Hydrogel na silikonové mřížce – musí pokrývat celou spodinu rány



Obr. 7

Oplachový roztok NAWAlution





Vřed na nártu nohy vel. 4,5 x 3,5 cm v okrajích s nekrotickou spodinou

Obr. 8



Zahájení aplikace autologní plazmy do vředu

Obr. 9



Vřed po 3 měsících léčby autologní plazmou

Obr. 10

k úplnému rozpuštění nekrózy. Pacient si na žádné bolesti nestěžoval, cítil se dobře. Dál ale kouřil. Po provedení stěru ze vředu a vyloučení infekce jsme začali s aplikací autologní plazmy. Léčba trvala 3 měsíce, celkem sedmkrát jsme aplikovali autologní plazmu na sterilní krytí. Vždy v množství 2 ml. Pacient si doma dělal převazy sám. K úplnému zahojení vředu došlo po 3 měsících léčby.

Pacient následně podstoupil očkování proti onemocnění Covid-19, po kterém třetí den došlo k znovuotevření vředu na nártu. Opět jsme po kontrolním stěru vyloučili přítomnou infekci v ránu a pacientovi jsme opět aplikovali autologní plazmu. Jinou léčbu odmítal. Autologní plazmu jsme neaplikovali na ránu injekčně, ale na sterilní krytí, jelikož

se injekční aplikace pacient bál. Po dalším měsíci se vřed úplně zahojil. Úspěšné vyléčení vředu ovlivnila částečná revaskularizace na cévní chirurgii, vhodná lokální léčba a výborně nastavená léčba diabetu. Po vyléčení vředu pacient doma během několika měsíců zkolaboval a byla mu diagnostikována rakovina plic. Doporučenou léčbu odmítl. Zatím nedošlo k znovuotevření vředu.

### KAZUISTIKA 3.

Žena, ročník 1967, obézní, s diabetes mellitus II. typu, s polyvalentními alergiemi a chronickým žilním onemocněním. V minulosti prodělala operaci varixů. Pacientka odmítala nosit kompresivní punčochy, pouze užívala venotonikum. Na přední ploše bérců se jí opakovaně tvořily vředy v terénu

Zahájení léčby krytím Cerdak

Obr. 11



Biokeramické krytí musí pokrývat celou spodinu rány

Obr. 12



Zahojený vřed po 2 měsících léčby

Obr. 13



necrobiosis lipoidica. Často i po malém traumatu. Léčba vředů vždy trvala několik měsíců až rok.

Do našeho centra hojení ran přišla v únoru 2023 s několika vředy na přední ploše levého bérce velikosti 4 x 3 cm, 2 x 2 cm, 1,5 x 1,5 cm a 1 cm. Stěžovala si na bolest. Kromě oplachového roztoku **NAWAlution** jsem jí doporučila na ulcerace biokeramické krytí **Cerdak**. Pacientka nohu převazovala denně, kompresivní obvaz odmítala nosit. Na zarudlou kůži v okolí vředu dávala chloramphenicol v pontinu. Pacientka byla s léčbou spokojena, vředy se rychle hojily. S tímto krytím ustoupila bolest a nemusela užívat žádná analgetika. K úplnému zahojení vředů došlo po dvou měsících léčby. Doba hojení byla výrazně kratší v porovnání s použitím jiného vlhkého krytí v minulosti.

## DISKUZE

K hojení ran máme v současnosti k dispozici celou řadu kvalitního vlhkého krytí. K rozpouštění nekrotózy v ráně můžeme použít hydrogelové krytí pod silikonovou mřížku. Je to metoda, na rozdíl od chirurgické nekrektomie, naprosto bezbolestná. Závisí na velikosti rány. U ran s přítomným sekretem

ve spodině velmi ráda používám biokeramické krytí **Cerdak**. Má vysokou absorpční a adsorpční schopnost, postačí na všechny fáze hojení. Ze začátku může být přítomná bolest, jelikož pH v ráně klesá a rána se čistí. Při opakovaných stěrech není v ráně přítomná infekce, ani mykotická. Na rozdíl od jiného krytí, po ráně neklouže a v okolí rány není kůže zarudlá ani nesvědí. Pacienti nemusí užívat analgetika a mohou v noci spát. Kvalita spánku je u pacientů s vředem na končetině obvykle snižena. U žádného pacienta se na biokeramické krytí nevyskytla alergická reakce. Doba hojení je výrazně kratší proti jinému krytí, průměrně dva měsíce, závisí samozřejmě na velikosti vředu. To je důležité z ekonomického i psychosociálního hlediska.

U čisté rány lze použít PRP, tzv. plazmaterapii. Je to cenná léčebná metoda pro pacienty s obtížně se hojícími ranami. Autologní plazmu lze aplikovat injekčně do okolí rány nebo přímo do rány na sterilní krytí. Postačí na úplné zahojení rány, vždy je ale nutné vyloučit stěrem infekci v ráně. Případně postačí klinické zhodnocení rány a jejího okolí.

**Příspěvek byl podpořen společností PharmCare.**

## ZÁVĚR

Uvedené případy léčby ulcerací u diabetiků jsou důkazem, že správně zvolenou léčbou lze rány úplně zahojit. Kromě pravidelných převazů, čištění ran a vhodné lokální léčby je důležitá spolupráce pacienta, dobře nastavená léčba diabetu, v případě nutnosti i revaskularizační výkon na cévní chirurgii. Je povinností každého lékaře, aby pacient kuřák a navíc diabetik, dostal v ordinaci krátké, alespoň desetiminutové doporučení k léčbě závislosti na tabáku.



### MUDr. Veronika Fárová

FARMED s.r.o.  
Centrum hojení ran  
Zenklova 1545/39, 182 00 Praha 8  
farmed@email.cz, www.farmedderma.cz

## LITERATURA

1. Závislost na tabáku a syndrom diabetické nohy. Léčba ran. 2023, X (2).
2. NAWA. Online. Dostupné z: [https://www.pharmcare.cz/nawa\\_pece\\_o\\_rany](https://www.pharmcare.cz/nawa_pece_o_rany)
3. Štokr, J. Dermatovenerologie. Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-371-6.
4. Assadian, O., Kammerlander, G., Geyrhofer, C., Luch, G., Doppler, S., Tuchmann, F., Eberlain, T., Leaper, D. Use of wet-to-moist cleansing with different irrigation solutions to reduce bacterial bioburden in chronic wounds. Wound Care 2018, Oct 1, 27 (Sup10): S10-S16.

## Zápis ze schůze výboru ČDS konané dne 8.6.2023 ve vlaku na kongres SDVS-ČDS

Přítomni: prof. Arenberger, Dr. Benáková, prim. Drlík, doc. Ettler, Dr. Pásková,  
prim. Selerová, prof. Štok  
Online: prof. Arenbergerová  
Omluveni: prim. Duchková, Dr. Komrsová, doc. Kuklová, doc. Pánková, Dr. Polášková,  
prof. Resl

### - PROGRAM -

#### A) Projednáno:

Kontrola zápisu ze schůze výboru ČDS konané dne 11.5.2023 – rozeslán e-mailem, připomínkovan a schválen.

#### B) Nově projednáno:

##### 1. Otevřený dopis SADu

Vedení SADu v otevřeném dopisu (jednalo se o email) členům výboru ČDS vyslovilo obavy, že volby do výboru ČDS 2023 neproběhnou regulérně podle platných stanov. Stávající výbor ČDS ujišťuje, že navržená organizace voleb probíhá dle Stanov a byla revidována a schválena právníkem ČLS JEP.

##### 2. Příprava voleb do výboru ČDS 2023

Dne 7.6.2023 (3 měsíce před spuštěním voleb) byly publikovány pokyny s návodem k volbám na webu ČDS ([www.derm.cz](http://www.derm.cz)). Budou elektronické, ve dnech 7.–10.9.2023. Pro ty členy, kteří nemají (nebo nechtějí mít) uvedenou e-mailovou adresu v databázi ČLS JEP, nebo preferují osobní hlasování, bude možné volit přímo na oslavě 100. výročí ČDS v rezidenci primátora Hl. m. Prahy, dne 7.9.2023 (viz bod 9).

##### 3. Příprava 19. kongresu ČDS-SDVS 6.–8.6.2024 v hotelu Clarion

Výbor ČDS navrhl a pověřuje rezervací hotelu Clarion v Olomouci (6.–8.6.2024) a agenturu Jasta, která uzavře s ČLS JEP smlouvu o pořádání.

##### 4. Problematika switchu biologické léčby u AD

Výbor ČDS požádal na základě aktivity jedné ze členek ČDS SÚKL o stanovisko k možnosti switchu při léčbě AD z biologické léčby na malé molekuly a naopak. SÚKL tuto možnost podmínil nutností zhoršení pacienta na výchozí hodnotu EASI. Výbor ČDS podává vůči tomuto stanovisku odvolání podpořené již dlouhodobějšími výsledky klinických studií.

##### 5. Spolupráce s Revma Liga ČR

Revma Liga ČR organizuje happening „Říjen, měsíc kloubů, kostí a kůže“, při kterém zazní odborné přednášky, cvičení, otevřená diskuse s pacienty a vyzval výbor ČDS ke spolupráci. Proběhne v neděli dne 8.10.2023 ve Spojce Karlín. Prof. Arenberger se za výbor ČDS zúčastní a výbor se spoluprací souhlasí.

## 6. Žádosti o zřízení centra biologické léčby

- a) o zřízení 2. centra na pracovišti LASERDERM s.r.o., Dolní Břežany požádal MUDr. Velčevský. Pracoviště splňuje stanovená kritéria, výbor ČDS souhlasí.
- b) Ambicare s.r.o., Praha 4 (MUDr. Diamantová) žádá o možnost zřízení centra biologické léčby. Výbor ČDS se žádostí souhlasí.

## 7. Úhradová vyhláška 2024

Jako každý rok pracuje výbor ČDS s daty od agentury COQVIO, která nám připravuje podklady pro vyjednávání s plátcí o navýšení prostředků na centrovou léčbu ve skupině PSO. Podle předběžných výpočtů bude pro rok 2024 (vs. rok 2022) potřeba navýšení opět jako v minulých letech o 35 %. Prof. Arenberger požádá ministerstvo i pojišťovny o zohlednění tohoto požadavku. V minulých letech byly tyto naše požadavky akceptovány.

## 8. Preparát Ilumetri (tildrakizumab) a Otezla (apremilast)

Tildrakizumab má jako jediný preparát biologické léčby zařazení do II. linie. Vzhledem k dlouhodobějším výsledkům z klinických studií již není důvod tento preparát takto klasifikovat. Výbor ČDS zašle dopis na SÚKL s výzvou toto zařazení změnit. Zároveň na SÚKLu také podpoří snahu o uvolnění preparátu Otezla (apremilast) do široké ambulantní dermatologické praxe mimo centrovou léčbu.

## 9. Oslava 100 let ČDS v Rezidenci primátora se Shromážděním členů 7.9.2023, Mariánské nám.1, Praha 1

Navržen program odborné konference, na které zazní přednášky převážně věnované historii dermatologie. Zmíněna pracovní skupina osobností v dermatologii ze Shromáždění 2011. Výbor ČDS původně zvažoval uspořádat tuto konferenci pro její slavnostní charakter bez účasti firem. Postupně ale tradiční významní

dlouholetí partneři výbor přesvědčili o své účasti.

Proto výbor schválil účast na konferenci zdarma a z uspořené peněz uděluje stipendia. Vylosuje se 10 laureátů Bartákovy ceny, známé z Dermatologického univerzitního nadačního fondu, z aktivních členů ČDS ČLS JEP mladších 50 let. Každý z nich obdrží od ČDS 10 000 Kč. Vylosování mohou částku primárně využít jako příspěvek na tradiční stáže na světově největší dermatologické klinice LMU v Mnichově. Kontaktní osobou je tam paní profesorka Daniela Hartmann, zástupce přednosta ve funkci Leitende Oberärztin. Prostředky ale lze využít i k jiné vzdělávací činnosti jako je úhrada cesty na Euroderm Excellence, kongresy a sympozia Evropské akademie dermatologie a venerologie, kongresy Evropské asociace dermatoonkologie, Evropskou školu dermatoonkologie, evropskou atestaci z dermatovenerologie nebo ze systémové léčby v dermatoonkologii a na jiné významné vzdělávací a odborné akce v zahraničí v roce 2023 a 2024. Mladí dermatovenerologové do 35 let musí využít cenu výhradně pro sebe, kolegové od 36 do 50 let se mohou rozhodnout, zda ji vyčerpají pro vlastní vzdělávání nebo ji věnují mladému českému dermatovenerologovi do 35 let. Vylosování oznámí svůj zájem cenu čerpat s uvedením plánovaného účelu do 30.9.2023 asistentce výboru paní Čížkové na [derma.assistant@gmail.com](mailto:derma.assistant@gmail.com).

Při konferenci proběhne i Shromáždění členů s prezenční formou voleb do výboru a revizní komise papírově nebo elektronicky (AV Media, EL volební lístky budou elektronicky uloženy a zároveň vytištěny volební komisí a vloženy do urny) podle preference voliče pod dohledem volební komise. Ta také před zahájením voleb zkontroluje a uzamkne volební urnu a přezkouší funkčnost a spolehlivost elektronického

systému. Po skončení prezenčního hlasování 7.9.2023 v 16 hod. bude volební urna, do které se vloží sjetina z případného počítačového hlasování, uzavřena, zabezpečena proti neoprávněné manipulaci a převzata od předsedkyně volební komise bezpečnostní službou Bc. Nepožitek (Dohodu o bezpečnostním transportu a úschově s ní podepíše předseda do 31.7.2023) a doručena po skončení voleb 11.9.2023 ke sčítání hlasů volební komisi. Schválena odměna 11 000 Kč. Účast, usnášední schopnost i oprávněnost přístupu k prezenčním volbám bude podle smlouvy s ČLS JEP při dodržení smlouvy o zpracovávání osobních údajů evidována elektronicky agenturou Jasta/AV Media a kontrolována mandátovou, resp. volební komisí. Čestnými hosty bude ředitelka sekretariátu ČLS JEP Monika Šenderová a JUDr. Petr Vacek. Právní pomoc během voleb v rozsahu právního poradenství a konzultací při řešení případně vzniklých právních otázek na shromáždění a při jednání jednotlivých komisí zajistí (host) JUDr. Jaromír Hrouzek. Schválena odměna 15 000 Kč. Bude přednesena zpráva o činnosti výboru a revizní komise ČDS a proběhne schvalování podologické sekce. Finální program Shromáždění bude po zpracování návrhů rozeslán podle Stanov v řádném termínu. Projednání také sponzoři. Organizací pověřena agentura Jasta, technickým zajištěním AV Media. Pozvánka na konferenci je již rozeslána i vyvěšena i na webu.

#### 10. Léková agenda (dr. Benáková)

V mezidobí nebyly zaslány žádné podklady k připomínkám.

#### 11. Noví členové: 9

#### 12. Různé

Předseda Akreditační komise MZ ČR prof. Arenberger informuje o průběhu zasedání a přípravě změn v základním kmenu po

dermatovenerologii ve smyslu zkrácení pobytu na lůžkách o 6 měsíců ve prospěch ambulantní dermatovenerologie, zrušení 2més. stáže na ARO a modifikace stáže na interně a chirurgii. Zároveň přesun povinných 80hodinových kurzů před zkouškou po kmeni do nepovinné varianty.

#### 13. Příští schůze výboru ČDS

(+ nově zvolení členové):

Úterý 12. 9. 2023 v 10 hod. na Dermatovenerologické klinice VFN, U Nemocnice 2, Praha 2, proběhne hybridně (připojení a hlasování zajistí AV Media), aby se voleb funkcionářů výboru a revizní komise mohli zúčastnit všichni oprávnění voliči.

Zapsal: doc. Ettler

*Dokument je publikován v souladu se zásadami GDPR.*

Právě připravujeme RVD 5/2023:



## Zápis ze schůze výboru ČDS konané dne 12.9.2023 v Praze

Přítomni:	prof. Arenberger, prof. Arenbergerová, Dr. Benáková, prof. Cetkovská, Dr. Diamantová, Dr. Drlík, doc. Ettlér, Dr. Jarešová, doc. Kuklová, Dr. Pásková, doc. Slonková, prof. Štork
Online:	Dr. Nevalová, Dr. Raččíková, prof. Resl, prim. Selerová, Dr. Zákoucká
Omluveni:	prim. Duchková, Dr. Komrsová, Dr. Litvik, doc. Pánková, Dr. Polášková
Host:	Dr. Říčař
Místo:	Knihovna Dermatovenerologické kliniky VFN a 1. LF UK, Karlovo nám., Praha 2
Čas:	10.00 – 12.30 h

### - PROGRAM -

#### A) Projednáno:

Kontrola zápisu ze schůze výboru ČDS konané dne 8.6.2023 – rozeslán e-mailem, připomínkovan a schválen.

#### B) Nově projednáno:

##### 1. Oznámení výsledků voleb do výboru ČDS (Dr. Říčař)

Dr. Říčař zplnomocněn předsedkyní volební komise Dr. Fialovou k plnohodnotnému zastupování. Oznámil výsledky voleb do výboru ČDS. Podrobné výsledky jsou ve zprávě volební komise.

Výbor: Dr. Benáková, prof. Arenberger, doc. Ettlér, prof. Cetkovská, Dr. Drlík, Dr. Diamantová, Dr. Raččíková, Dr. Jarešová, Dr. Nevalová, Dr. Litvik, doc. Slonková

Revizní komise: prof. Arenbergerová, Dr. Zákoucká, prof. Štork

##### 2. Volby funkcionářů nového výboru ČDS Návrh na zřízení funkce 2. místopředsedy (pro

oblast ambulantní dermatologie) – členové výboru ČDS souhlasí.

Předseda (prof. Arenberger): 9 pro, 1 se zdržel, 1 nepřítomen

Místopředseda (doc. Ettlér): 9 pro, 1 se zdržel, 1 nepřítomen

2. místopředseda (Dr. Jarešová): 8 pro, 1 se zdržel, 2 nehlasovali

Vědecký sekretář (Dr. Benáková): 9 pro, 1 se zdržel, 1 nehlasoval

Pokladník (Dr. Drlík): 8 pro, 1 se zdržel, 2 nehlasovali

Revizní komise – předseda (prof. Arenbergerová): 2 pro, 1 se zdržel

Byl vyžádán a udělen souhlas od členů výboru a revizní komise ČDS, aby v rámci GDPR mohla být zveřejňována jejich jména. Výbor ČDS děkuje všem členům dřívějšího výboru a revizní komise ČDS, jmenovitě pak členům, kteří nepokračují v novém výboru a revizní komisi, prim. Duchkové, Dr. Komrsové, doc. Kuklové, doc. Pánkové, Dr. Páskové, Dr. Poláškové a prof. Reslovi za jejich obětavou práci v minulém úspěšném funkčním období.



### 3. Členové ČDS ČLS JEP

Centrální evidence členů na ČLS JEP je vedena elektronicky a generuje automaticky potvrzení o přijetí po projednání na výboru ČDS. Každý člen ČDS si může své členství ověřit na sekretariátu ČLS JEP (paní Hanušová: hanusova@cls.cz). Podrobnější instrukce budou vystaveny na webu ČDS.

### 4. Průběh voleb

Během předvolební kampaně docházelo k několika spekulacím o regulérnosti plánovaných voleb. Výbor znovu konstatuje, že volby byly nastaveny v souladu se Stanovami ČLS a vše bylo předem zkontrolováno právníkem ČLS JUDr. Vackem. Volební komise, která byla navíc doplněna o další členy na Shromáždění členů před zahájením voleb, obezřetně dohlížela na veškeré postupy a zajistila plnou transparentnost. Volební urna byla po skončení prezenních voleb řádně zabezpečena, pečetěna,

opatřena podpisy a uchována u prim. Antala. Výbor ČDS děkuje volební komisi, zejména její předsedkyni, za vynikající a náročnou práci a rozhodl její členy finančně odměnit.

### 5. Smlouva s bezpečnostní agenturou pro volby do výboru ČDS

Členové výboru ČDS měli možnost do smlouvy nahlédnout (je předmětem obchodního tajemství). S informacemi během voleb přišlo do styku několik osob ze smluvních obslužných firem, které byly vázány smlouvou s ČLS JEP o zachování povinné mlčenlivosti.

### 6. Smlouva mezi společností Jasta a ČLS JEP a mezi Jasta a AV Media – tH3technika

Ve smlouvách jsou uvedeny konkrétní činnosti, m.j. registrace členů, použití elektronického vybavení. Obě smlouvy jsou uzavřeny i pro GDPR.



## REFERÁTOVÝ VÝBĚR Z DERMATOVENEROLOGIE

odborný, dvojitě recenzovaný časopis pro dermatology

**JSME TU PRO VÁS OD ROKU 1958**

v tištěné podobě ve vašich schránkách ● na webových stránkách [www.ReferatovyVyber.cz](http://www.ReferatovyVyber.cz)  
na instagramu [www.instagram.com/referatovyvyber](http://www.instagram.com/referatovyvyber) ● v mobilní aplikaci Referátový Výběr  
[czechopress@czechopress.cz](mailto:czechopress@czechopress.cz) ● +420 602 229 255



## CICAPLAST BALZÁM B5+

VÍCEÚČELOVÝ BALZÁM,  
KTERÝ POMÁHÁ ZKLIDŇOVAT  
A CHRÁNIT PODRÁŽENOU  
POKOŽKU.

VHODNÝ PRO POKOŽKU  
CELÉ RODINY.

**OBOHÁČENO O:**

- **Tribiomu**  
(unikátní probiotický komplex)
- **5 % Panthenolu**
- **Madecassoside**  
(výtažek z rostliny Centella Asiatica)



INZERCE

### 7. Léková agenda (Dr. Benáková) – v období 11.5.–12.9.2023

V mezidobí od poslední schůze výboru jsme obdrželi od SÚKLu a zaujali stanovisko k níže uvedené hodnotící zprávě:

1. Bereme na vědomí  
Rinvoq (upadacitinib) – rozšíření indikace pro revmatologii – psoriatická artritida a axiální spondylartritida
2. doc. Votava za KPLP oslovil 26.7.2023 e-mailem výbor ČDS s prosbou sestavit na základě požadavků MZ ČR Seznam kritických léčiv v naší odbornosti dle určité metodiky (sestavuje každá odbornost). Dosud nějaký souhrnný seznam léčiv používaných v dermatologii vypracován nebyl, v rámci SÚKLu též neexistuje. Úkolu se ujal Dr. Benáková, zpracovala široký tabulkový přehled léků používaných v dermatologii (kromě léčiv pro léčbu maligního melanomu, které spadají pod onkologii a zdravotnických prostředků pro hojení ran) s modifikovanou metodikou. S podněty přispěla Dr. Vocilková, za venerologii přehled esenciálních antibiotik zpracovala Dr. Zákoucká, kterým děkujeme. Materiál byl rozeslán k připomínkování dalším členům výboru, vzhledem k době

dovolených se na finalizaci nepodíleli. Finální text byl přímo doc. Votavovi odeslán 8.9.2023, v kopii předsedovi ČDS k archivaci.

3. SÚKL požádal výbor ČDS o doplňující stanovisko k žádosti o uvolnění LP Otezla z režimu centrové léčby do volného užívání pro dermatovenerology. Výbor už ve své předchozí žádosti toto podporuje a prof. Arenberger odpověděl i teď pozitivně na dotazy SÚKLu.

### 8. Různé

#### a) Web ČDS – aktualizace

Výbor ČDS doporučil aktualizovat některé části webu (derm.cz). Např. staré guidelines, nefunkční odkazy. Náměty k inovacím zasílejte, prosím, doc. Ettlerovi (ettler@fnhk.cz). Web byl dosud koncipován jako finančně nenáročný, umožňující i ev. nouzovou neprofesionální obsluhu, a především jako (firemně) nezávislý. Výbor ČDS schválil proplacení registrace domény derm.cz ve výši 499 Kč na další rok (expiruje 28.10.2023)

#### b) Odborné akce 2024

Výbor ČDS vyzývá potencionální pořadatele odborných akcí k jejich nahlášení doc. Ettlerovi.

#### c) Podologická sekce ČDS

Hlasováním na Shromáždění členů ČDS dne 7.9.2023 v Praze nebylo zřízení podologické sekce ČDS schváleno. Toto rozhodnutí nemá žádný vliv na členství v ČDS.

### 9. Noví členové: lékaři 26, nelékaři 3

### 10. Příští schůze výboru ČDS:

5.10.2023 v Praze

Zapsal: doc. Ettler

*Dokument je publikován v souladu se zásadami GDPR.*

## ÚČINNÁ ODPOVĚĎ NA ERUPCE PSORIÁZY<sup>1-3</sup>

Účinnější léčba vzplanutí v porovnání  
s kombinací kalcipotriol/betamethason-  
dipropionát v masti a gelu.\*



## PROAKTIVNÍ LÉČBA ZDÁNLIVĚ SPÍCÍ PSORIÁZY<sup>1,6</sup>

Více dní v remisi během roku  
(v porovnání s reaktivní léčbou)<sup>6</sup>

Enstilar® je první lék na lokální léčbu psoriázy, jehož data z klinických studií fáze III porovnávají reaktivní a proaktivní léčbu po dobu 52 týdnů od úvodní léčby vzplanutí.<sup>6</sup>

**Enstilar®**  
kalcipotriol/betamethason-dipropionát

### ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU

**Název přípravku:** Enstilar 50 mikrogramů/g + 0,5 mg/g kožní pěna. **Složení:** Jeden gram kožní pěny obsahuje kalcipotriolum 50 mikrogramů (jako kalcipotriolum monohydricum) a betamethasonum 0,5 mg (jako betamethasonum dipropionas). **Indikace:** Topická léčba psoriasis vulgaris u dospělých. **Dávkování:** Léčba vzplanutí: Jednou denně na postižená místa. Doporučená délka léčby jsou 4 týdny. **Dlouhodobá udržovací léčba:** Pacienti, kteří reagovali ve 4 týdnech na léčbu přípravkem Enstilar jednou denně, jsou vhodní pro dlouhodobou udržovací léčbu. Přípravek má být aplikován dvakrát týdně ve dvou po sobě nenásledujících dnech na oblasti dříve postižené psoriasis vulgaris. Mezi aplikacemi mají být 2 – 3 dny bez léčby přípravkem. Maximální denní dávka nemá překročit 15 g, tj. jedna 50g nádobka má vystačit na nejméně 4 dny léčby. Pokud jsou používány další topické přípravky s obsahem kalcipotriolu, celková denní dávka kalcipotriolu nemá překročit 15 g. Celková ošetřená plocha těla nemá překročit 30%. **Porucha funkce ledvin a jater:** Bezpečnost a účinnost u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin nebo těžkými poruchami funkce jater nebyla hodnocena. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost u dětí mladších 18 let nebyla stanovena. V současnosti dostupné údaje u dětí od 12 do 17 let věku jsou uvedeny v bodech 4.8 a 5.1 plné verze souhrnu údajů o přípravku, ale na jejich základě nelze učinit žádná doporučení ohledně dávkování. **Způsob podání:** Kožní. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Erytodermická a pustulózní psoriáza. Vzhledem k obsahu kalcipotriolu je Enstilar kontraindikován u pacientů se zjištěnými poruchami metabolismu vápníku. Vzhledem k obsahu kortikosteroidů je Enstilar kontraindikován při následujících stavech: virové (např. herpetické infekce nebo varicella) kožní léze, mykotické nebo bakteriální kožní infekce, parazitární infekce, kožní projevy tuberkulózy, periorální dermatitida, atrofická kůže, atrofická stria, fragilita kožních žil, ichthyóza, acné vulgaris,

acné rosacea, rosacea, vědy a rány. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Kvůli systémové absorpci se mohou objevit i během topické léčby kortikosteroidy nežádoucí účinky, které byly pozorovány u systémové léčby kortikosteroidy, jako je suprese kůry nadledvin nebo porucha kompenzace diabetu mellitu. Je nutné se vyhnout aplikaci pod okluzivní obvaz, na velké plochy poškozené kůže, na sliznice nebo do kožních záhybů. Nepoužívat na obličej a genitálie. Po každé aplikaci umýt ruce. Může být hlášena porucha zraku. Pokud se u pacienta objeví symptomy, jako je rozmazané vidění nebo jiné poruchy zraku, zvážit odeslání pacienta k očnímu lékaři za účelem vyšetření možných příčin (katarakta, glaukom nebo centrální serózní chorioretinopatie). Při léčbě psoriázy topickými kortikosteroidy existuje po přerušení léčby riziko generalizované pustulózní psoriázy nebo rebound fenoménu. Doporučuje se vyhnout nadměrné expozici přirozenému nebo umělému slunečnímu záření. Pomocnou látku butylhydroxytoluen může způsobit místní kožní reakce (např. kontaktní dermatitidu), nebo podráždění očí a sliznic. **Interakce:** Žádné studie interakcí nebyly provedeny. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášeným nežádoucím účinkem při léčbě jsou reakce v místě aplikace. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. Extrémně hořlavý aerosol. Tlaková nádobka: může se roztřítnout, pokud je vystavena horku. Chráněte před slunečním zářením. Nevystavujte teplotám nad 50 °C. Nepropichujte nebo nepalte ani po vyprázdnění. Nestříkejte do otevřeného ohně nebo jiného zdroje vzrůcení. Neuchovávejte v blízkosti vzniku jisker, otevřeného ohně nebo jiného zdroje vzrůcení. V blízkosti nádobky nekuřte. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK-2750 Ballerup, Dánsko. **Registrační číslo:** 46/254/16-C **Způsob výdeje a hrazení:** Přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 10.09.2020. **Před předepsáním léčivého přípravku si přečtěte plnou verzi souhrnu údajů o přípravku. Reklama na léčivý přípravek.**

### Literatura

1. Souhrn údajů o přípravku Enstilar 50 mikrogramů/g + 0,5 mg/g kožní pěna (10.09.2020).
2. Pink AE et al. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2019;33(6):1116–1123.
3. Leonardi C et al. *J Drugs Dermatol* 2015;14(12):1468–1477.
4. Koo J et al. *J Dermatol Treat* 2016;27(2):120–127.
5. Paul C et al. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2017;31:119–26.
6. Lebwohl M et al. *J Am Acad Dermatol* 2020; doi: 10.1016/j.jaad.2020.09.037

\* Posuzované podle dosaženého PGA0/1 skóre ve 4. týdnu léčby pro formu masti. Podle dosaženého skóre PGA0/1 a PASI75 ve 4. týdnu pro formu gelu (mimo křtici).





# Cesta k budoucnosti bez obav SNADNÁ VOLBA, SETRVALÁ ZMĚNA

ILUMETRI® je indikován k léčbě dospělých pacientů se středně závažnou až závažnou ložiskovou psoriázou, kteří jsou vhodnými kandidáty na systémovou léčbu.<sup>1</sup>



**Dlouhodobá kontrola** onemocnění se **setrvalou účinností\*** a příznivým bezpečnostním profilem po dobu **5 let<sup>1,4</sup>**



Pohodlné dávkování **4x ročně<sup>†</sup>** a **pozitivní dopad na kvalitu života<sup>§1,3</sup>**

## Zkrácená informace o léčivém přípravku ILUMETRI

**Název přípravku:** Ilumetri 100 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje tildrakizumabum 100 mg v 1 ml, histidin, monohydrát histidin-hydrochloridu, polysorbát 80, sacharózu a vodu 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 některých pacientů (např. s větší mírou postižení onemocněním nebo s tělesnou hmotností  $\geq 90$  kg) může být 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, ztlustlých nebo šupinatých. S předplněnou injekční stříkačkou, určenou pouze k jednorázovému použití, se nesmí třepat. Po správném návčiku techniky 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 nedávno závažné infekce. 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 fertilitní 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 %), gastroenteritida (1,5 %), nauzea (1,3 %), průjem (1,6 %), bolest v místě aplikace injekce (1,3 %) a bolest zad (1,5 %). **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 zlikvidujte po uplynutí 30 dnů nebo data použitelnosti vytištěného na obalu, pokud nastane dřívě. Uchovávejte předplněnou injekční stříkačku ve vnější krabičce, aby byla chráněná před světlem. Neprotřepávejte. **Reg. číslo:** EU/1/18/1323/001. **Velikost balení:** 100MG INJ SOL 1X1ML. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Almirall, S.A. Ronda General Mitre, 151, 08022 Barcelona, Španělsko. **Způsob úhrady a výdej:** Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 01/2023.

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Před předepsáním léku se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku.

<sup>1</sup> Absolutní skóre PASI <3 si udrželo až do 244. týdne 78,8 % pacientů, kteří reagovali na přípravek ILUMETRI® 100 mg (tj. dosáhli ve 28. týdnu přinejmenším skóre PASI 75). Chybějící data byla zpracována metodou vícenásobné imputace.<sup>†</sup> 1244 týdnů. 44 dávků ročně při udržovací léčbě. §Ve studii reSURFACE 1 (n=299) dosáhlo 52 % pacientů DLQI 0-1 ve 28. týdnu po 3 injekcích ILUMETRI® 100 mg. DLQI: Dermatology Life Quality Index; PASI: Psoriasis Area Severity Index; QoL: Kvalita života.

1. ILUMETRI (tildrakizumab) Shrnutí údajů o přípravku, datum revize textu 07/2022. 2. Thaçi D, Piaserico S, Warren RB, et al. Five-year efficacy and safety of tildrakizumab in patients with moderate to severe psoriasis: pooled analyses of two randomised phase 3 clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). Br J Dermatol. 2020. 3. Reich K, Papp KA, Blauvelt A, et al. Tildrakizumab versus placebo or etanercept for chronic plaque psoriasis (reSURFACE 1 and reSURFACE 2): results from two randomised controlled, phase 3 trials. Lancet. 2017;390(10091):276-88. 4. Reich K, Warren RB, Iversen L, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab for moderate-to-severe psoriasis: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2) through 148 weeks. Br J Dermatol. 2020;182(3):605-17.