REFERÁTOVÝ VÝBĚR®
z dermato venerologie
ODBORNÝ DVOUMĚSÍČNÍK
ROČNÍK 66
4/2024

7 KREDITŮ ČLK
PRO AUTORY ČLÁNKŮ

@referatovyvyber

Download on the App Store
Available on the Google Play

www.rvdnews.cz
www.referatovyvyber.cz

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

CZECH MEDICAL PRESS
VYCHÁZÍ POD ZÁŠTITOU ČESKÉ DERMATOVENEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI
CENA: 57 KČ

SOTYKTU™
(deukravacitinib) 6 mg tablety

RADOST
Z ÚLEVY

První selektivní TYK2 inhibitor
pro pacienty se středně těžkou
až těžkou ložiskovou psoriázou

Reference: Souhrn údajů o přípravku SOTYKTU

ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU:

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

Název léčivého přípravku: SOTYKTU 6 mg potahované tablety. Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje 6 mg deukravacitinibu. **Indikace:** SOTYKTU je indikován k léčbě středně těžké až těžké ložiskové psoriázy u dospělých, kteří jsou vhodní pro systémovou léčbu. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 6 mg jednou denně. Léčba se zahajuje pod vedením lékaře se zkušenostmi s diagnostikou a léčbou psoriázy. Pokud se po 24 týdnech léčby neprojeví přínos, zváží se ukončení léčby. Odpověď na léčbu je třeba pravidelně hodnotit. Další informace o dávkování viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Deukravacitinib může zvýšit riziko infekcí. Léčba nesmí být zahájena u pacientů s jakoukoli klinicky významnou aktivní infekcí, dokud infekce neustoupí nebo nebude adekvátně léčena. U pacientů s chronickou infekcí nebo s anamnézou recidivující infekce se má použití deukravacitinibu zvážit s opatrností. Před zahájením léčby je třeba provést vyšetření na tuberkulózu. U pacientů léčených deukravacitinibem je třeba se vyhnout použití živých vakcín. Podrobné informace viz SPC. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Deukravacitinib nemá klinicky relevantní lékové interakce. Podrobné informace viz SPC. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Podávání přípravku v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Deukravacitinib se vylučuje do mateřského mléka, proto riziko pro kojené děti nelze vyloučit. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky jsou infekce horních cest dýchacích, nejčastěji nazofaryngitida. Další časté nežádoucí účinky jsou vředy v ústech, akneiformní vyrážka, folikulitida a zvýšená kreatinfosfokináza v krvi. Podrobné informace viz SPC. **Velikost balení:** 7, 14, 28 nebo 84 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Dublin, Irsko. **Registrační čísla:** EU/1/23/1718/001-008. **Poslední revize textu:** 07/2024. **Před předepsáním si přečtěte úplný souhrn údajů o přípravku (SPC). Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.** Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) http://ema.europa.eu nebo jsou dostupné u 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.

Bristol-Myers Squibb spol. s r. o.
Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4 | tel.: +420 221 016 111 | https://www.bms.com/cz
1787-CZ-2400046

Bristol Myers Squibb®

JAK BYLO O VÍKENDU?

Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
předseda ČDS ČLS JEP, z.s.

„Jak bylo o víkendu?“ zeptal se mě při pondělku pan Štístko. Přišel si pro další dávku Opdiva, aby jeho melanomové metastázy stejně jako v uplynulých měsících nezlobily. Sestřička právě nastavila rychlost infuze, kapky se železnou pravidelností přenášejí lék ze sáčku do krevní cirkulace. „Je to tak dobrý?“ zeptala se ještě ve dveřích, a když jsem přisvědčil, zavlnila se a s úsměvem zmizela.

■ Aha, on byl vlastně víkend. Strávil jsem ho v dobré společnosti. Hvězdní kolegové z dermatoonkologické skupiny, tedy výbor Evropské asociace dermatoonkologie (EADO) na svém pravidelném podzimním brainstormingu aktualizoval u kulatého stolu klinická doporučení pro kožní nádory. Už tradičně se oprašoval maligní melanom, který vyjde v impaktovém Journal of Clinical Oncology na jaře 2025, nezapomněli jsme na keratinocytární nádory, ale ponořili jsme se také do dermatofibrosarcoma protuberans. Už několik let nade mnou visí Damoklův meč. Nebojte, nic nebezpečného. Svými přednáškami o vzácných maligních kožních nádorech, jak na EADO, Evropské škole dermatoonkologie, tak při dalších příležitostech, jsem si vykoledoval úkol ve smyslu vytvoření klinických doporučení i pro tuto skupinu kožních chorob. Mimochodem, víte, že jich je pětasedmdesát?

■ Tvorba „klinických doporučených postupů“ nebo nedej bože „gajdlajnů“ v pravém slova smyslu neznamená opisování učebnice, i třeba nejnovější, nebo čerpání z přehledného článku, byť v nějakém dobrém zahraničním časopisu. V naší pracovní skupině postupujeme podle předepsaných návodů z Oxford Center for Evidence-Based Medicine, a všechna tvrzení v pravých Doporučených postupech proto musí být označena podle jejich Levels of Evidence (obr. 1).

■ Doporučení se dále klasifikují písmeny A, B, C, X a 0 tak, že
A znamená Strong recommendation (silné doporučení) a ve tvrzení se použije slovo ‚shall‘.
B je jen Recommendation (doporučení) a ve tvrzení užíváme slovo ‚should‘.
C je Weak recommendation (slabé doporučení), přičemž ve tvrzení se může použít buď výraz ‚may‘ nebo ‚can‘.
X znamená Should not be recommended (nedoporučuje se).
0 použijeme tam, kde je Recommendation pending due to insufficient evidence (tedy zatím nelze vyslovit doporučení, protože nemáme dostatečné důkazy).

■ Kromě příslušně hodnotných literárních podkladů se tedy vlastní doporučení nejen tvoří, ale v týmu expertů se o něm hlasuje a výsledky pro-proti-zdržel se, se v něm uvedou v procentech.

■ Kromě nádorů jsme připravovali i konsenzuální jednoduchý a praktický souborný návod k pobytu na sluníčku, respektive spíše, co dělat, aby se nám ho dostalo na kůži co nejméně. Zanedlouho budeme mít i český překlad pro naši populaci. Dovedete si představit, jak vás to vykolejí, když se jeden z kolegů profesorů „vytasil“ s dole uvedeným článkem, který citujeme v původní angličtině? Dost času jsme strávili tím, abychom si objasnili,

jak může takový prestižní časopis, sice jen jako Letter to Editor, takové odvážné tvrzení publikovat. Nakonec převážil názor, že je to zřejmě honba za Impact Factorem, protože takovou kontroverzní novinku spousta autorů ocituje jen proto, aby se vůči ní vymezila. Prostě čím bombastičtější, byť třeba i nepravdivé tvrzení, tím čtenější text a tím i časopis nebo zpravodajství je. To vlastně známe velmi dobře i z vlastní české zkušenosti. Jak je vidět, honba za i nepravdivou senzací zvyšuje čtenost a přináší vydavateli peníze. Prostě začneme tvrdit, že melanom a sluníčko spolu nesouvisejí a lidem bychom opalování měli doporučovat, a je to. Klidně si v klidu text přečtěte, a my s panem Štístkem rádi počkáme:

„Dear Editor,
Melanoma has the highest mortality of all skin cancers and efforts to reduce this are focussed on sun avoidance. Current UK guidance suggests that 86 % of melanomas could be prevented by sun avoidance, which is considerably more than the 72 % of lung cancers attributed to cigarette smoking. Unfortunately, the data on which the attributable risk of melanoma to sunlight are based are either speculative or incorrect and recent advances show that they and our approach to preventing melanoma deaths must be reconsidered.

Public health advice on sun exposure in the UK is originally based on that developed for white skinned Australians with its slip, slap, slop policy, yet the UV environment in these two countries is completely different. Nambour in Queensland, where the largest controlled clinical trial of sunscreen was performed has a mean noon UV index of 5 in mid-winter rising to in mid-summer. In Reading, UK, average noon UV Index peaks at 6 in mid-summer and is below 5 for about 40 weeks each year. Britons live in an entirely different UV environment to Australians and Australian sun protection habits are of little relevance to us.

Pale skin has evolved as an adaptation to cope with a low light environment. Analysing data from the UK Biobank, we have shown that increased sunlight exposure – estimated from both geographical and behavioural information- correlates with significantly reduced all-cause, cardiovascular and cancer mortality in the white skinned UK population. Although there was a 21 trend to increased incidence in melanoma with increased sun exposure, there was no rise in mortality. Our UK data corroborate similar studies from Sweden, showing that for north European populations, insufficient sunlight exposure is probably a significant health problem and physical activity outside with non-burning sun exposure will improve public health.

Evidence for sunlight exposure being of much importance to melanoma development in northern Europe is poor. In the 2018 WHO classification system, most melanomas now diagnosed are classified histologically as 'low cumulative sun exposure' melanomas. Intermittent rather than chronic UV is the risk factor, particularly when acquired in childhood and teenage years, yet public health advice is to reduce all sun exposure at all ages. Serum vitamin D levels are a marker for UV exposure, and vitamin D deficiency is more prevalent in patients diagnosed with melanoma than controls. Individuals with higher measured vitamin D have thinner melanomas when diagnosed and lower mortality. Yet oral Vitamin D supplementation has no effect on improving melanoma survival, or indeed any other cancer survival confirming that vitamin D-independent, sunlight driven pathways are probably responsible.

In the USA there has been a 6 fold rise in diagnoses of melanoma in the last 40 years and the same rate of increase in the UK is seen with a 4% year on year rise in incidence, yet in neither country has there been a comparable rise in melanoma mortality. Early diagnosis and improved treatment may be partly responsible, but the extent of the incidence/mortality differential and tight link between diagnostic scrutiny and incidence is consistent with overdiagnosis. In the USA melanoma diagnoses at county level correlate with wealth and number of physicians and not with annual sunlight. In the UK, deprivation level inversely correlates with melanoma diagnoses. Diagnoses of melanoma are only slightly related to melanoma mortality. The proportion of melanoma attributable to UV exposure is calculated by comparing Age Standardised Incidence from a historical birth cohort (e.g. 1920) with Age Standardised Incidence in a modern birth cohort. The historical cohort is stated (without evidence) to have had an ideal low UV exposure despite being from an era before widespread electric lighting and screens, when outdoor activities would have been favoured. The more modern birth cohort, where overdiagnosis is probably responsible for much of the raised incidence are compared and feeding in a 6-fold rise the formula produces the specious figure of 86%. 'Garbage in, garbage out', as computer programmers say.

Preventing deaths from melanoma is too important to be left mired in this misinformation. The Hallett report into errors in the UK's handling of the COVID pandemic highlighted the dangers of 'groupthink' and this advice should serve as a timely warning to the dermatology community and their resolute objection to sunlight exposure, however disjointed the evidence. Overstating the risks of sunlight has the effect of reducing our focus on the more significant risk factors for melanoma such as intermittent sun exposure and sunburn, naevi and genetic predisposition. Focussing on understanding and managing this is more relevant to reducing melanoma mortality. Simultaneously underestimating the benefits of non-burning sunlight on cardiovascular and cancer mortality, which impose a vastly greater public health burden than melanoma means the sun avoidance advice that we preach will be detrimental to the health and wellbeing of the population."

(citace z Weller R.B., Gu J.: Ultraviolet radiation is not the major cause of melanoma mortality in the UK and sun exposure advice should be revised. Br. J. Dermatol., 2024 Oct 30: ljae426. doi: 10.1093/bjd/ljae426. Online ahead of print.)

■ Tak jste dočetli až sem? Super, a alou na pláž, a bez fotoprotekce. Pan Štístko už má kanylu venku, plavky na sobě a spěchá se svým melanomem aspoň do solárka. Nebo když ho po cestě přesvědčíte, bude vás doprovázet…, prostě „Vamos a la playa".

Obr. 1

Levels of Evidence

Question	Step 1 (Level 1*)	Step 2 (Level 2*)	Step 3 (Level 3*)	Step 4 (Level 4*)	Step 5 (Level 5)
How common is the problem?	Local and current random sample surveys (or censuses)	Systematic review of surveys that allow matching to local circumstances**	Local non-random sample**	Case-series**	n/a
Is this diagnostic or monitoring test accurate? (Diagnosis)	Systematic review of cross-sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Individual cross-sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards**	Case-control studies, or "poor or non-independent reference standard**	Mechanism-based reasoning
What will happen if we do not add a therapy? (Prognosis)	Systematic review of inception cohort studies	Inception cohort studies	Cohort study or control arm of randomized trial*	Case-series or case-control studies, or poor-quality prognostic cohort study**	n/a
Does this intervention help? (Treatment Benefits)	Systematic review of randomized trials or *n*-of-1 trials	Randomized trial or observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control studies, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the COMMON harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials, systematic review of nested case-control studies, *n*-of-1 trial with the patient you are raising the question about, or observational study with dramatic effect	Individual randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are enough to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.)**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the RARE harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials or *n*-of-1 trial	Randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect			
Is this (early detection) test worthwhile? (Screening)	Systematic review of randomized trials	Randomized trial	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning

OBSAH

4/2024

1 JAK BYLO O VÍKENDU?
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA

6 KOŽNÝ LUPUS ERYTHEMATOSUS: SÚČASNÝ POHĽAD NA DIAGNOSTIKU A TERAPIU
MUDr. Beata Mayer

16 ANETODERMIE
MUDr. Alexandra Bodnárová

20 PŘEHLED NEJČASTĚJŠÍCH SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ U KOŽNÍCH ONEMOCNĚNÍ
Prim. MUDr. Marek Broul, Ph.D., MBA, FECSM

28 PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA U CHORÝCH S ULCUS CRURIS VENOSUM
PhDr. Iveta Ondriová, PhD.

40 VĚDOMOSTNÍ TEST

36 SCABIES NORVEGICA U IMUNOSUPRIMOVANÉHO PACIENTA
MUDr. Iryna Pidodvirna

44 ZÁPISY

INZERCE

TITULNÍ FOTO: © FROZENBANN/123RF
OSTATNÍ FOTO: **NENÍ-LI UVEDENO JINAK, JE AUTOREM FOTOGRAFIÍ AUTOR ČLÁNKU**

z dermato venerologie
REFERÁTOVÝ VÝBĚR

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

ODBORNÉ RECENZE A KONZULTACE
Prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.
MUDr. Hana Ciferská, Ph.D.

REDAKCE
PhDr. Jarmila Drhlíková
602 229 255, czechopress@czechopress.cz
Jari Sheller
724 918 215, jarisheller@gmail.com
Adéla Burešová
referatovyvyber@czechopress.cz
Marie Tormová
referatovyvyber@czechopress.cz
Dominik Höpfler
referatovyvyber@czechopress.cz
Asistentka
724 116 414, office@czechopress.cz

REDAKČNÍ RADA
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
Prof. MUDr. Mária Šimaljaková, Ph.D. MHA, MPH
Prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.
Prof. MUDr. Martin Péč, Ph.D.
Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.
Doc. MUDr. Eliška Dastychová, CSc.
Doc. MUDr. Dučan Buchvald, CSc.
As. MUDr. Libuše Mardešićová
Prim. MUDr. Slavomír Urbanček, Ph.D.
MUDr. Marta Hašková
JUDr. Jan Mach

DO ČÍSLA PŘISPĚLI
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
MUDr. Júlia Bartková, MBA, MPH
MUDr. Petra Fedorcová
MUDr. Zuzana Nevoralová
MUDr. Denisa Vašková
MUDr. Dominika Diamantová, Ph.D.

LAYOUT, GRAFICKÁ ÚPRAVA
Michaela Croft, Petra Costello

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

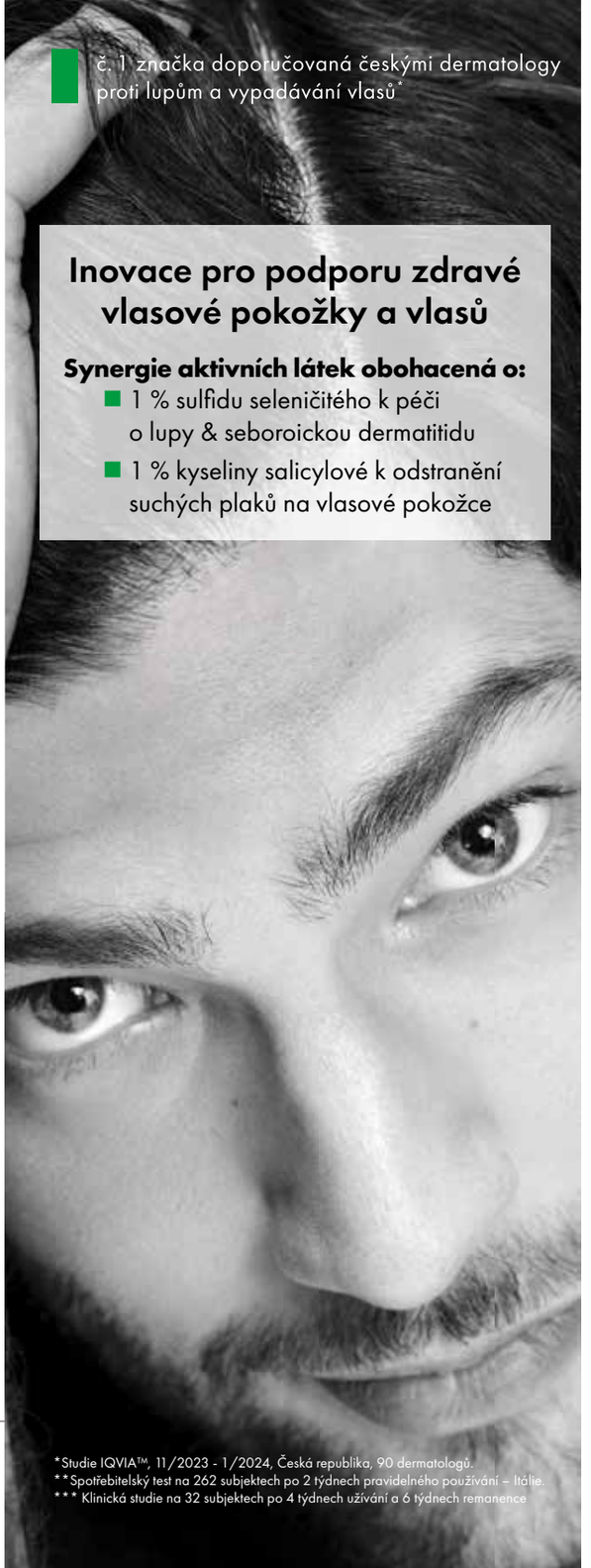
OBJEDNÁVKY PŘEDPLATNÉHO A INZERCI PŘIJÍMÁ
CZECHOPRESS AGENCY, s.r.o.
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4
Tel.: 602 229 255, fax: 272 941 824
E-mail: czechopress@czechopress.cz
E-mail: referatovy.vyber@czechopress.cz

MK ČR E 13665
ISSN 1213-9106 (Print), ISSN 1803-778X (Online)
Číslo 3/2024, Ročník 66
Excerpováno v Bibliographia medica Čechoslovaca
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.



DERCOS
VICHY
VLASOVÁ PÉČE

DERCOS DS šampon proti lupům

Pomáhá udržovat rovnováhu mikrobiomu & odstraňuje lupy.

DERMATOLOGICKY PROKÁZANÁ ÚČINNOST
Odstraňuje až 100 % viditelných lupů.**
Klinicky prokázaný šestitýdenní antirecidivní účinek.***

KOŽNÝ LUPUS ERYTHEMATOSUS: SÚČASNÝ POHĽAD NA DIAGNOSTIKU A TERAPIU

Mayer, B.
Dermatovenerologická klinika LF Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava

SÚHRN: **Lupus erythematosus (LE) je heterogénne autoimunitné ochorenie so širokou škálou klinických prejavov. Môže sa manifestovať izolovaným kožným postihnutím ako tzv. kožný LE (CLE) alebo ako systémové ochorenie postihujúce viaceré orgány nazývané systémový LE (SLE). CLE sa delí na subtypy- akútny kožný LE (ACLE), subakútny kožný LE (SCLE) a chronický kožný LE (CCLE). Vzhľadom na možné komplikácie a progresiu nálezu je dôležitá promptná diagnostika a manažment CLE. Systémová liečba antimalarikami sa má začať v prípade rozsiahleho nálezu alebo pri neadekvátnej terapeutickej odpovedi na topické kortikosteroidy. Ak je liečebný efekt nedostatočný, v druhej línii je európskym konsenzom odporúčaný metotrexát a acitretín. Cieľom príspevku je zhrnúť najnovšie diagnostické a terapeutické modality CLE a poukázať na význam interdisciplinárnej spolupráce v starostlivosti o pacienta.**

KĽÚČOVÉ SLOVÁ: lupus erythematosus – kožný lupus erythematosus – akútny kožný lupus erythematosus – subakútny kožný lupus erythematosus – chronický kožný lupus erythematosus

SUMMARY: **Cutaneous lupus erythematosus: current perspectives on diagnosis and treatment.** Lupus erythematosus (LE) is a highly heterogeneous autoimmune disease with a wide range of clinical manifestations. LE may present as a systemic disorder affecting multiple organs – systemic LE (SLE) or be limited solely to the skin- cutaneous LE (CLE). CLE is further divided into three main subsets: acute CLE (ACLE), subacute CLE (SCLE) and chronic CLE (CCLE). Prompt diagnosis and appropriate treatment reduces the risk of complications and progression of the disease. For large lesions or lesions that do not improve enough with topical corticosteroids, systemic therapy with hydroxychloroquine should be started as soon as possible. Additional medications, such as methotrexate or acitretin, may be added to the treatment plan if this therapy proves ineffective. The aim of this paper is to provide an overview of the suggested CLE diagnostic and treatment modalities and to emphasize the value of interdisciplinary collaboration in patient care.

KEY WORDS: lupus erythematosus – cutaneous lupus erythematosus – acut cutaneous lupus erythematosus – subacute cutaneous lupus erythematosus – chronic cutaneous lupus erythematosus

> Prístup k pacientovi by mal byť komplexný, esenciálna je včasná diagnostika ochorenia, správna klasifikácia podtypu CLE a vylúčenie systémového postihnutia pomocou kritérií EULAR/ ACR 2019.

ÚVOD

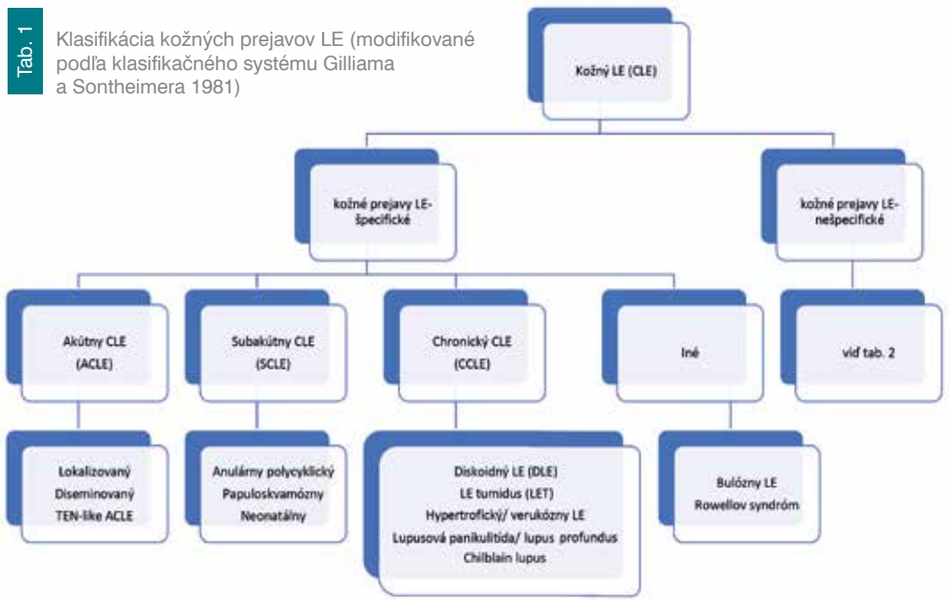
Lupus erythematosus (LE) je vzácne autoimunitné ochorenie nejasnej etiológie charakterizované tvorbou autoprotilátok proti rôznym antigénom celulárneho jadra. Nakoľko môže postihovať akýkoľvek orgán, vyznačuje sa širokým spektrom klinických prejavov a variabilným priebehom. Lupus sa manifestuje izolovaným kožným postihnutím ako tzv. kožný LE (CLE) alebo ako systémové ochorenie postihujúce viaceré orgány nazývané systémový LE (SLE). Kožné lézie sú častým prejavom SLE, sú prítomné až u 80 % pacientov.[1] Udáva sa, že asi u 25 % pacientov so SLE je CLE úplne prvým prejavom ochorenia.[2]

Viacerí autori prejavili snahu o zjednodušenie problematiky v rámci spektra kožných prejavov LE, pričom klasifikačný systém navrhnutý Gilliamom a Sontheimerom získal všeobecné uznanie. Podľa neho možno rozdeliť kožné prejavy LE na základe histopatologického nálezu na LE-špecifické a LE-nešpecifické.[3]

Kožné prejavy špecifické pre LE vykazujú typický histopatologický obraz s lichenoidnou tkanivovou reakciou a na základe odlišných charakteristík ho možno kategorizovať na ďalšie tri podtypy – akútny kožný LE (ACLE), subakútny kožný LE (SCLE) a chronický kožný LE (CCLE), ktorého najčastejšou formou je diskoidný LE (DLE) (tab. 1). Alternatívna klasifikácia považuje lupus erythematosus tumidus (LET) za samostatnú podskupinu, tzv. intermitentný podtyp kožného LE (ICLE).[4] Asociácia jednotlivých podtypov CLE so SLE sa líši, odhaduje sa na takmer 100 % pre ACLE, 50 % pre SCLE a 5–20 % pre DLE.[5]

LE-nešpecifické kožné prejavy zahŕňajú širokú škálu symptómov s rôznorodým histopatologickým obrazom. Nešpecifické prejavy LE sú väčšinou spojené so systémovou formou LE (SLE), nie sú však charakteristické pre LE, nakoľko sa vyskytujú aj pri iných ochoreniach. Zahŕňajú najmä vaskulárne lézie ako Raynaudov fenomén, periunguálne teleangiektázie, leukocytoklastickú

Tab. 1 Klasifikácia kožných prejavov LE (modifikované podľa klasifikačného systému Gilliama a Sontheimera 1981)



vaskulitídu či livedo reticularis (tab. 2). U pacientov s kožným LE (CLE) je dôležité vykonať skríning LE-nešpecifických kožných symptómov, pretože ich prítomnosť môže naznačovať systémové postihnutie a progresiu do SLE.[6]

Diagnostika

Diagnostika CLE je častokrát náročná vzhľadom na jeho rôznorodú klinickú prezentáciu a variabilnú symptomatológiu prekrývajúcu sa s inými patologickými stavmi. Diferenciálna diagnostika kutánnych prejavov LE je široká, zahŕňa kolagenózy, poliekové reakcie, sarkoidózu, lymfóm, mykózy, polymorfnú svetelnú erupciu, rozaceu, psoriázu a iné. Definitívna diagnóza sa tak opiera o kombináciu samotného klinického obrazu, anamnézy pacienta, probatórnej excízie s následným histopatologickým vyšetrením s priamou imunofluorescenciou (PIF) a laboratórnych vyšetrení. Pri podozrení na diagnózu CLE je potrebné správne klasifikovať podtyp a zároveň vylúčiť systémové postihnutie u pacienta. Klinický obraz ochorenia je variabilný, pričom častokrát nie je možné pacienta bez klinicko-histopatologickej korelácie jednoznačne priradiť k určitému subtypu. ACLE je typickým prejavom aktívneho SLE. Môže sa prejavovať lokalizovane ako malárny erytém postihujúci bilaterálne infraorbitálnu oblasť a koreň nosa, diseminovane alebo formou pripomínajúcou toxickú epidermálnu nekrolýzu (TEN) ako tzv. TEN-like ACLE. SCLE je charakterizovaný anulárnymi alebo papuloskvamóznymi kožnými zmenami s predilekciou na trupe, extenzorových plochách končatín a na tvári (obr. 1). Najbežnejším variantom CCLE je DLE, ktorého typická morfológia vykazuje infiltrované erytematózne lézie s hyperkeratotickými skvamami zasahujúcimi do folikulov s tendenciou k centrálnemu jazveniu (obr. 2).

Tab. 2 Nešpecifické kožné prejavy LE (modifikované podľa klasifikačného systému Gilliama a Sontheimera 1981)

Vaskulárne lézie

- Vaskulitída
- Vaskulopatia
- Periunguálne teleangiektázie
- Tromboflebitída
- Raynaudov fenomén
- Erythromelalgia
- Livedo reticularis

Ostatné

- Nejazviaca alopécia
- Telogénne eflúvium
- Sklerodaktýlia
- Reumatoidné noduly
- Calcinosis cutis
- Urtikária
- Papulonodulárna mucinóza
- LE-nešpecifické bulózne lézie
- Cutis laxa /anetoderma
- Acanthosis nigricans
- Lichen planus
- Ulcerácie
- Erythema multiforme
- Sweetov syndróm- like neutrofilná dermatóza

Obr. 1 Kožné prejavy typu SCLE (archív Dermatovenerologickej kliniky LFUK a UNB)

Obr. 2 Pacient s diskoidnými léziami (archív Dermatovenerologickej kliniky LFUK a UNB)

Na odlíšenie CLE od SLE slúžia kritériá EULAR/ ACR 2019 (tab. 3). Ide o skórovací systém, ktorý je založený na vstupnej pozitivite antinukleárnych protilátok ANA, klinických a imunologických kritériách, ktoré sa zohľadňujú vo výslednej kalkulácii.[7] Vzhľadom na to, že až u 20% pacientov v priebehu 3 až 5 rokov od stanovenia prvotnej diagnózy dochádza k prechodu z kožnej do systémovej formy LE, odporúča sa pacientov reklasifikovať raz ročne a tiež aj v prípade zmeny klinického či laboratórneho nálezu.[8]

Vzhľadom na polysymptómový klinický obraz CLE a jeho tendenciu progredovať bolo doteraz navrhnuté množstvo skórovacích systémov na posúdenie aktivity ochorenia. Najpoužívanejším a najspoľahlivejším nástrojom na kvantitatívne meranie aktivity a poškodenia sa stal CLASI skórovací systém (Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index), ktorý zohľadňuje morfológiu lézií aj jednotlivé anatomické lokality, čím môže byť nápomocný najmä pri monitoringu ochorenia u pacientov s viac než jedným subtypom CLE.[9]

Na potvrdenie diagnózy CLE sa odporúča histopatologické vyšetrenie vzorky z kožnej lézie pacienta, avšak pri typickom motýľovitom erytéme alebo slizničných ložiskách sa histologické vyšetrenie rutinne nerealizuje. Všetky formy CLE vo všeobecnosti vykazujú znaky lichenoidnej tkanivovej reakcie (interface dermatitis), ktorá je charakteristická svojimi známkami vakuolárnej alebo hydropickej degenerácie s prítomnou infiltráciou lymfocytov, ale histologický záver sa u jednotlivých podtypov mierne líši a je závislý aj od štádia

Tab. 3 Klasifikačné kritériá EULAR/ ACR 2019 pre SLE

Klinické kritériá	Body	Imunologické kritériá	Body
Všeobecné		**Antifosfolipidové protilátky**	
Teplota	2	Antikardiolipínové alebo anti beta2GP alebo lupus koagulans	2
Mukokutánne		**Komplement**	
Nejazviaca alopécia	2	Nízke C3 alebo nízke C4	3
Orálne ulcerácie	2	Nízke C3 a nízke C4	4
SCLE/ DLE	4	**SLE špecifické protilátky**	
ACLE	6	Anti-ds DNA	6
Muskuloskeletálne		Anti-Smith	6
Artritída	6		
Neuropsychiatrické			
Delírium	2		
Psychóza	3		
Kŕče	5		
Serózne blany			
Pleurálny alebo perikardiálny výpotok	5		
Akútna perikarditída	6		
Hematologické			
Leukopénia	3		
Trombocytopénia	4		
Autoimunitná hemolytická anémia	4		
Renálne			
Proteinúria viac než 0,5 g/ deň	4		
Lupusová nefritída triedy II alebo V	8		
Lupusová nefritída triedy III alebo IV	10		

- Vždy musí byť splnené **vstupné kritérium** pozitivity titra **ANA** protilátok ≥ 1:80 vyšetrovaných na bunkách Hep-2 alebo ekvivalentným testom
- Klasifikácia SLE vyžaduje prítomnosť **10 a viac bodov** z pridaných (klinických a imunologických) kritérií
- Do kalkulácie je potrebné zarátať len kritérium s najvyšším počtom bodov z danej oblasti

lézie.[10] Špeciálne farbenia preparátov a imunohistochemické vyšetrenia (PAS, alciánová modrá, CD123, MxA) môžu byť taktiež nápomocné pre verifikáciu diagnózy. Tzv. lupus band test je vyšetrenie priamej imunofluorescencie z lezionálneho tkaniva s nálezom imunoglobulínov a C3 zložky komplementu na dermo-epidermálnej junkcii, pričom depozity bývajú typicky granulárne s prevahou IgG a IgM, zriedkavejšie IgA.[11]

Pri kladení otázok pacientovi je nevyhnutné sa okrem fotosenzitivity zamerať aj na pacientovu súčasnú a minulú liekovú anamnézu, cielene pátrať po terapii antimykotikami (terbinafin), blokátormi kalciového kanála (verapamil), diuretikami (hydrochlorotiazid, spironolaktón), chemoterapeutikami (5-fluorouracil), antacidmi (omeprazol), imunomodulátormi (etanercept, infliximab) a inými liečivami asociovanými s erupciou CLE lézií.[12] Vzhľadom na výraznú svetlocitlivosť sú potenciálnym diagnostickým nástrojom aj fotoprovokačné testy, nakoľko v štúdiách po provokácii UVA a UVB žiarením došlo k novotvorbe kožných lézií až u polovice pacientov s CLE.[13]

Z hľadiska laboratórnej diagnostiky je potrebná detekcia autoprotilátok proti intracelulárnym antigénom ANA v sére pacienta. V rutinnej praxi je okrem stanovenia titra ANA smerodajný aj dôkaz špecifických protilátok. U 95 % ACLE pacientov možno detekovať pozitívne ANA protilátky ako aj zvýšenú incidenciu anti-dsDNA a anti-Sm protilátok.[14] Asi 70 % až 80 % SCLE pacientov vykazuje anti-Ro/SSA pozitivitu.[15] Sérologicky bol u pacientov s DLE nižší výskyt pozitivity ANA, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-U1RNP, anti-Ro/SSA v porovnaní s ďalšími subtypmi.[16] Uvedená rôznorodosť svedčí o tom, že pozitívny nález ANA je vždy nutné hodnotiť v kontexte s klinickým stavom chorého a výsledkom ostatných pomocných vyšetrení. Zároveň sa odporúča vyšetrenie komplementových faktorov C3 a C4, antifosfolipidových protilátok, reumatoidného faktora ako aj rutinné vyšetrenie krvného obrazu a biochemických parametrov a moču, ktoré by mohli naznačovať systémové postihnutie.[17]

Terapia

V súčasnosti existuje európsky konsenzus, ktorý upravuje štandardné terapeutické a diagnostické postupy u pacientov s CLE.[18] Najmä pri CCLE je potrebná rýchla a efektívna liečba kutánnych lézií, pretože môže u pacientov dôjsť k ireverzibilnému zjazveniu. Terén chronickej zápalovej reakcie kože je náchylný aj na vznik spinocelulárneho karcinómu, ktorému možno predchádzať [18,19] včasnou intervenciou.

Preventívne opatrenia

Základným predpokladom úspešnej liečby je fotoprotekcia. Pacientov edukujeme o potrebe vyhýbať sa UV žiareniu zo spektra UVA aj UVB a o dôležitosti denného používania preventívnych fyzikálnych a chemických opatrení. Randomizovaná kontrolná štúdia preukázala, že aplikácia dostatočného množstva (2 mg/cm^2) širokospektrálneho opaľovacieho krému s ochranným faktorom SPF 50 aplikovaným 20–30 minút pred očakávanou slnečnou expozíciou zabraňuje vzniku lézií, ktoré sú podmienené UV žiarením.[20] Vzhľadom na Köbnerov izomorfný fenomén a doteraz publikované prípady indukovania CLE rôznymi fyzikálnymi a chemickými stimulmi (napr. tetovaním a teplom) je vhodné pacientov poučiť, aby sa uvedeným spúšťacím faktorom vyhýbali.[21,22] Zároveň sa odporúča monitoring a eventuálna suplementácia vitamínu D u všetkých pacientov a zdržanie sa aktívneho aj pasívneho fajčenia.[23] Fajčenie je relevantným rizikovým faktorom vzniku, ktorý ovplyvňuje závažnosť ochorenia aj samotnú účinnosť antimalarika.[24]

Lokálna terapia

Ako liečba prvej línie sa uvádzajú topické kortikosteroidy, ktoré sa vzhľadom na riziko nežiaducich účinkov počnúc atrofiou a teleangiektáziami odporúča aplikovať len po dobu niekoľkých týždňov. Odporúča sa siahnuť po potentnejších triedach, ktoré pôsobia efektívnejšie.[25] U pacientov s rozsiahlym ochorením a s rizikom zjazvenia je vhodná súbežná liečba antimalarikami.[18] Nielen kortikosteroidná trieda ale aj typ vehikula je dôležitý faktor, ktorý treba zohľadňovať pri liečbe. Krémy sú najtolerovanejšia aplikačná forma, pri závažnejšom postihnutí volíme masťové základy. Roztoky a peny sú vhodné na ošetrenie kože kapilícia, pri refraktórnom lokalizovanom DLE sa triamcinolón injektuje intralezionálne.[26]

Inhibítory kalcineurínu sú preferované pri aktívnych edematóznych kožných léziách najmä na tvári. Tacrolimus vo forme 0,1% masti vykazuje superioritu oproti pimecrolimu, ktorého účinok bol v štúdiách o niečo menej evidentný.[27, 28] U pacientov s rozsiahlym ochorením a s rizikom zjazvenia je vhodná súbežná liečba antimalarikami.[18] Topické retinoidy sú vhodné pri refraktórnych hyperkeratotických léziách.[29]

Fyzikálna liečba

Svetelná terapia využívajúca UV žiarenie, kryoterapia ani laserové ošetrenie sa vzhľadom na fotosenzitivitu a Köbnerov izomorfný fenomén neodporúčajú. Niektorí autori aj napriek vyššie uvedenému v niekoľkých kazuistikách preukázali pulzným farebným a argónovým laserom dobrý efekt na ložiská CLE.[30]

Systémová liečba

Antimalariká sa považujú za prvú líniu liečby u pacientov s CLE s rozsiahlymi léziami, ktorí vykazujú riziko zjazvenia a rozvoja systémového ochorenia. Hydroxychlorochín (HCQ) sa odporúča v maximálnej dennej dávke 5 mg/kg telesnej hmotnosti.[18] Účinok HCQ sa dostaví o približne 6–8 týždňov, preto je častokrát najmä zo začiatku liečby potrebná kombinácia s lokálnymi kortikosteroidmi. Pred iniciovaním terapie sa má stanoviť aktivita glukóza-6-fosfát dehydrogenázy (G6PD) pre riziko vzniku hemolýzy u pacientov s G6PD deficienciou. Oftalmologická kontrola je pre retinálnu toxicitu u pacientov odporúčaná pred nasadením antimalarickej liečby, následne v ročných intervaloch, pri prítomnosti rizikových faktorov častejšie.[31] Antimalariká sú kontraindikované u pacientov s preexistujúcou retinopatiou, poruchami krvi a myastheniou gravis.[32]

Systémové kortikosteroidy sa v prípadoch rozsiahlych aktívnych kožných lézií odporúčajú ako prvolíniová terapia v kombinácii s antimalarikami. Obvyklá perorálna dávka je 0,5 až 1 mg/kg telesnej hmotnosti denne po dobu 2–4 týždňov, po ktorých nasleduje postupná detrakcia dávky.[32] Ako alternatíva sa odporúča trojdňová intravenózna pulzná terapia metylprednizolónom v dávke 1 mg/kg pacienta.[33] Vzhľadom na množstvo známych nežiaducich účinkov (cushingoidná facies, osteoporóza a podobne) sa neodporúča dlhodobá liečba kortikosteroidmi.

Ako druhá línia liečby predovšetkým u pacientov so SCLE sa uvádza metotrexát v dávke do 20 mg týždenne, ideálne subkutánne a v kombinácii s antimalarikami.[18] V retrospektívnej analýze pacientov s refraktórnym CLE došlo po nasadení subkutánneho metotrexátu k zlepšeniu kožného nálezu až v 98 %.[34] Pri liečbe týmto imunosupresívom je potrebná substitúcia kyselinou folovou a pravidelné kontroly vzhľadom na nežiaduce účinky zahŕňajúce gastrointestinálnu toxicitu, supresiu kostnej drene, hepatotoxicitu a nefrotoxicitu.

Retinoidy v kombinácii s antimalarikami sú druholíniovou liečbou u refraktérnych pacientov s CLE, pričom zvyčajná perorálna dávka acitretínu a izotretinoínu je 0,2 až 1 mg/kg telesnej hmotnosti.[18] Terapeutická odpoveď je zvyčajne rýchla, dochádza k nej už po 2–6 týždňoch od iniciovania liečby.[35] Negatívom je rýchly relaps po vysadení terapie. Pretože ide o teratogénne liečivá spôsobujúce hepatotoxicitu a hyperlipidémiu, je potrebný dôsledný monitoring pacientov.

Pri bulóznej forme LE sa odporúča terapia dapsónom. Pri refraktórnom kutánnom lupuse je možná

jeho kombinácia s antimalarikami ako liečba druhej línie. Odporúčané dávkovanie je 50 mg/kg/deň per os, ktoré sa zvyšuje podľa klinickej odpovede a nežiaducich účinkov na maximálnu dávku 1,5 mg/kg denne.[18] Pred začiatkom liečby je potrebné stanoviť aktivitu G6PD. Medzi jeho nežiaduce účinky patrí agranulocytóza, hemolýza a methemoglobinémia, preto sú nevyhnutné pravidelné kontroly krvného obrazu a biochemických parametrov.[36] Mykofenolát mofetil sa uvádza v kombinácii s antimalarikami ako treťolíniová liečba u pacientov nereagujúcich na liečbu. Počiatočná perorálna dávka 2x 500 mg denne sa navyšuje až na 3 g denne v závislosti od klinickej odpovede.[18] U vybraných pacientov refraktórnych na liečbu sa spomína talidomid v kombinácii s antimalarikami v perorálnej dávke 100 mg denne, ktorá sa po klinickej účinnosti znižuje na minimálnu dávku. Ide o známy teratogén spôsobujúci aj periférnu neuropatiu. Azatioprin, cyklosporín A a cyklofosfamid, ktoré zohrávajú významnú úlohu pri liečbe SLE, sa na liečbu kožného lupusu neodporúčajú.[18] Podľa európskeho guidelinu pre diagnostiku a manažment CLE sa neodporúčajú ani intravenózne imunoglobulíny (IVIG), monoklonálne protilátky belimumab, rituximab, anti-CD4, anti-TNF-alfa, anti-IFN-alfa či antibiotiká.[18]

ZÁVER

Kožný lupus erythematosus (CLE) zahŕňa celé spektrum kutánnych prejavov, vrátane akútneho kožného lupusu (ACLE), subakútneho kožného lupusu (SCLE), chronického kožného lupusu (CCLE) a nešpecifického kožného postihnutia predovšetkým vaskulárnymi léziami. Prístup k pacientovi by mal byť komplexný, esenciálna je včasná diagnostika ochorenia, správna klasifikácia podtypu CLE a vylúčenie systémového postihnutia pomocou kritérií EULAR/ ACR 2019. Vzhľadom na rozmanitosť klinickej manifestácie je nevyhnutná interdisciplinárna spolupráca medzi dermatovenerológmi, reumatológmi, nefrológmi a ďalšími odborníkmi. Terapeutická stratégia CLE zahŕňa kombináciu preventívnych opatrení na čele s fotoprotekciou, lokálnu liečbu topickými kortikosteroidmi a inhibítormi kalcineurínu. Nezanedbateľnú úlohu zohráva systémová liečba s antimalarikami ako liečivom voľby.

MUDr. Beata Mayer
Dermatovenerologická klinika LF Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava
Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
mayer.derma@gmail.com

LITERATÚRA

1. Cervera, R; Khamashta, M.A.; Font, J. et al. Systemic Lupus Erythematosus. *Medicine*. 1993;72(2):113–124. doi:10.1097/00005792-199303000-00005.
2. Stull, C.; Sprow, G.; Werth, V.P. Cutaneous Involvement in Systemic Lupus Erythematosus: A Review for the Rheumatologist. *J Rheumatol*. 2023;50(1):27–35. doi:10.3899/jrheum.220089.
3. Gilliam, J.N.; Sontheimer; R.D. Distinctive cutaneous subsets in the spectrum of lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol*. 1981;4(4): 471–475. doi:10.1016/S0190-9622(81)80261-7.
4. Kuhn, A.; Bein, D.; Bonsmann, G. The 100th anniversary of lupus erythematosus tumidus. *Autoimmun Rev.* 2009;8(6):441–448. doi:10.1016/j.autrev.2008.12.010.

croma
skincare

Užijte si svůj spa moment.

Rakouská značka Croma nabízí široké portfolio masek.
Vyberte si masku, která vyhovuje aktuálním potřebám Vaší pokožky a užijte si chvíle čisté relaxace.

Představujeme novinky **DETOX FACE MASK** a **TIGHTENING FACE MASK**.

Jsou vhodné pro všechny typy pleti.
Dermatologicky testované, veganské.

Nakupujte na www.annabrandejs.cz
nebo www.annabrandejs.sk

CM_AD2_B2C_0623

5. Jarrett, P.; Werth, V.P. A review of cutaneous lupus erythematosus: improving outcomes with a multidisciplinary approach. *J Multidiscip Healthc*. 2019;Volume 12:419–428. doi:10.2147/JMDH.S179623.
6. Cardinali, C.; Caproni, M.; Bernacchi, E.; Amato, L.; Fabbri, P. The spectrum of cutaneous manifestations in lupus erythematosus – the Italian experience. *Lupus*. 2000;9(6):417–423. doi:10.1191/096120300678828569.
7. Aringer, M.; Costenbader, K.; Daikh, D. et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatology*. 2019;71(9):1400–1412. doi:10.1002/art.40930.
8. Petersen, M.P.; Möller, S.; Bygum, A.; Voss, A.; Bliddal, M. Epidemiology of cutaneous lupus erythematosus and the associated risk of systemic lupus erythematosus: a nationwide cohort study in Denmark. *Lupus*. 2018;27(9):1424–1430. doi:10.1177/0961203318777103.
9. Albrecht, J.; Taylor, L.; Berlin, J.A. et al. The CLASI (Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index): An Outcome Instrument for Cutaneous Lupus Erythematosus. *Journal of Investigative Dermatology*. 2005;125(5):889–894. doi:10.1111/j.0022-202X.2005.23889.x.
10. Kuhn, A.; Rondinone, R.; Doria, A.; Shoenfeld, Y. 1st International Conference on Cutaneous Lupus Erythematosus Düsseldorf, Germany, September 1–5, 2004. *Autoimmun Rev*. 2005;4(1):66–78. doi:10.1016/j.autrev.2004.09.005.
11. David-Bajar, K.M.; Bennion, S.D.; Despain, J.D.; Golitz, L.E.; Lee, L.A. Clinical, Histologic, and Immunofluorescent Distinctions Between Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus and Discoid Lupus Erythematosus. *Journal of Investigative Dermatology*. 1992;99(3):251–257. doi:10.1111/1523-1747.ep12616582.
12. Borucki, R.; Werth, V.P. Cutaneous lupus erythematosus induced by drugs – novel insights. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020;13(1):35–42. doi:10.1080/17512433.2020.1698290.
13. Kuhn, A.; Wozniacka, A.; Szepietowski, J.C. et al. Photoprovocation in Cutaneous Lupus Erythematosus: A Multicenter Study Evaluating a Standardized Protocol. *Journal of Investigative Dermatology*. 2011;131(8):1622–1630. doi:10.1038/jid.2011.101.
14. Tebbe, B.; Mansmann, U.; Wollina, U. et al. Markers in cutaneous lupus erythematosus indicating systemic involvement. A multicenter study on 296 patients. *Acta Derm Venereol*. 1997;77(4):305–308. doi:10.2340/0001555577305308.
15. Lee, L.A.; Werth, V.P. Lupus Erythematosus. In: *Bolognia JL Dermatology*. 3rd ed. Elsevier Ltd; 2012:p.601.
16. McCauliffe, D.P. Cutaneous lupus erythematosus. *Semin Cutan Med Surg*. 2001;20(1):14–26. doi:10.1053/sder.2001.23091.
17. Ziemer, M.; Milkova, L.; Kunz, M. Lupus erythematosus. Part II: Clinical picture, diagnosis and treatment. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2014;12(4):285–302. doi:10.1111/ddg.12254.
18. Kuhn, A.; Aberer, E.; Bata-Csörgő, Z. et al. S2k guideline for treatment of cutaneous lupus erythematosus – guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2017;31(3):389–404. doi:10.1111/jdv.14053.
19. Grover, S.; Murthy, P.; Rajagopal, R.; Jalpota, Y.; Sudha, K. Discoid Lupus Erythematosus leading to Squamous Cell Carcinoma. *Med J Armed Forces India*. 2007;63(2):184–185. doi:10.1016/S0377-1237(07)80074-8.
20. Kuhn, A.; Gensch, K.; Haust, M. et al. Photoprotective effects of a broad-spectrum sunscreen in ultraviolet-induced cutaneous lupus erythematosus: a randomized, vehicle-controlled, double-blind study. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64(1):37-48. doi:10.1016/j.jaad.2009.12.053.
21. Jolly, M. Discoid lupus erythematosus after tattoo: Koebner phenomenon. *Arthritis Rheum*. 2005;53(4):627–627. doi:10.1002/art.21334.
22. Berger, E.; Robinson, M.; Patel, R.; Franks, A.G. Koebner phenomenon to heat in cutaneous (discoid) lupus erythematosus (lupus ab-igne). *Dermatol Online J*. 2012;18(12):17.
23. Heine, G.; Lahl, A.; Müller, C.; Worm, M. Vitamin D deficiency in patients with cutaneous lupus erythematosus is prevalent throughout the year. *British Journal of Dermatology*. 2010;163(4):863–865. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.09948.x.
24. Kuhn, A.; Sigges, J.; Biazar, C. et al. Influence of smoking on disease severity and antimalarial therapy in cutaneous lupus erythematosus: analysis of 1002 patients from the <scp>EUSCLE database. *British Journal of Dermatology*. 2014;171(3):571–579. doi:10.1111/bjd.13006.
25. Jessop, S.; Whitelaw, D.A.; Grainge, M.J.; Jayasekera, P. Drugs for discoid lupus erythematosus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2017(5). doi:10.1002/14651858.CD002954.pub3.
26. Chang, A.Y.; Werth, V.P. Treatment of cutaneous lupus. *Curr Rheumatol Rep*. 2011;13(4):300–307. doi:10.1007/s11926-011-0180-z.
27. Kuhn, A.; Gensch, K.; Haust, M. et al. Efficacy of tacrolimus 0.1% ointment in cutaneous lupus erythematosus: A multicenter, randomized, double-blind, vehicle-controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(1):54–64.e2. doi:10.1016/j.jaad.2010.03.037.
28. Pothinamthong, P.; Janjumratsang, P. A comparative study in efficacy and safety of 0.1% tacrolimus and 0.05% clobetasol propionate ointment in discoid lupus erythematosus by modified cutaneous lupus erythematosus disease area and severity index. *J Med Assoc Thai*. 2012;95(7):933–940.
29. Terao, M.; Matsui, S.; Katayama, I. Two cases of refractory discoid lupus erythematosus successfully treated with topical tocoretinate. *Dermatol Online J*. 2011;17(4):15.
30. Erceg, A.; Bovenschen, H.J.; Van de Kerkhof, P.C.M.; de Jong, E.M.J.G.; Seyger, M.M.B. Efficacy and safety of pulsed dye laser treatment for cutaneous discoid lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(4):626–632. doi:10.1016/j.jaad.2008.11.904.
31. Marmor, M.F.; Kellner,U.; LAI, T.Y.Y.; Melles, R.B.; Mieler, W.F. Recommendations on Screening for Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinopathy (2016 Revision). *Ophthalmology*. 2016;123(6):1386–1394. doi:10.1016/j.ophtha.2016.01.058.
32. Winkelmann, R.R.; KIM, G.K.; Del Rosso, J.Q. Treatment of Cutaneous Lupus Erythematosus: Review and Assessment of Treatment Benefits Based on Oxford Centre for Evidence-based Medicine Criteria. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2013;6(1):27–38.
33. Goldberg, J.W.; Lidsky, M.D. Pulse methylprednisolone therapy for persistent subacute cutaneous lupus. *Arthritis Rheum*. 1984;27(7):837–838. doi:10.1002/art.1780270720.
34. Wenzel, J.; Brahler, S.; Bauer, R.; Bieber, T.; Tuting, T. Efficacy and safety of methotrexate in recalcitrant cutaneous lupus erythematosus: results of a retrospective study in 43 patients. *British Journal of Dermatology*. 2005;153(1):157–162. doi:10.1111/j.1365-2133.2005.06552.x.
35. Ruzicka, T.; Meurer, M.; Bieber, T. Efficiency of acitretin in the treatment of cutaneous lupus erythematosus. *Arch Dermatol*. 1988;124(6):897–902.
36. Wozel, G.; Blasum, C. Dapsone in dermatology and beyond. *Arch Dermatol Res*. 2014;306(2):103–124. doi:10.1007/s00403-013-1409-7.

ZOZNAM SKRATIEK

ACLE akútny kožný lupus erythematosus

ANA antinukleárne protilátky

CLASI skórovací systém Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index)

CCLE chronický kožný lupus erythematosus

CLE kožný lupus erythematosus

EULAR/ ACR 2019 kritériá pre systémový lupus erythematosus European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria)

G6PD glukóza-6-fosfát dehydrogenáza

HCQ Hydroxychlorochín

ICLE intermitentný podtyp kožného lupus erythematosus

IVIG intravenózne imunoglobulíny

LE lupus erythematosus

LET lupus erythematosus tumidus

PIF priama imunofluorescencia

SCLE subakútny kožný lupus erythematosus

SLE systémový lupus erythematosus

TEN-like ACLE akútny kožný lupus erythematosus pripomínajúci toxickú epidermálnu nekrolýzu

ANETODERMIE

Bodnárová, A., Žáková, A., Jedličková, H.
I. dermatovenerologická klinika LF MU Brno a FN u Sv. Anny v Brně

SOUHRN: **Anetodermie je velmi vzácné kožní onemocnění, které souvisí s chronickým zánětem, fragmentací a ztrátou elastických vláken v dermis.[5]Jedná se o kožní chorobu, která je řazena mezi elastózy, způsobující diskrétní ložiska ochablé kůže. Lze ji pozorovat u lidí všech věkových kategorií, ale nejčastěji se vyskytuje u mladých žen ve věku 15–25 let. Existují dvě formy anetodemie – primární a sekundární. V klinickém obraze postihuje především kůži na trupu nebo končetinách, kde vznikají měkké, mírně vyklenuté, palpovatelné léze.[2] V níže uvedené kazuistice popisujeme případ pacientky s anamnézou získané formy anetodermie.**

KLÍČOVÁ SLOVA: anetodermie – poruchy elastických vláken – atrofie kůže

SUMMARY: **Anetoderma.** Anetoderma is a very rare skin condition that is associated with chronic inflammation, fragmentation and loss of elastic fibers in the dermis.[5] It is an uncommon condition in which the elastic tissue in the dermis is lost, resulting in a depression in the skin. Anetoderma more commonly affects women and the usual age range is 15–25 years. There are two forms of anetodema – primary and secondary. The typical clinical presentation of anetoderma is of multiple lesions with wrinkly skin overlying a palpable depression, are most commonly found on the chest or limbs.[2] In the case report below, we describe the case of a female patient with a history of an acquired form of anetoderma.

KEY WORDS: anetoderma – disorders of elastic tissue – skin atrophy

> Anetodermie patří mezi vzácná onemocnění. Možnosti terapie jsou dosud omezené.

ÚVOD

Anetodermie neboli makulární atrofie, je idiopatické benigní onemocnění kůže, charakterizované měkkými oválnými ložisky barvy kůže, někdy i depigmentovanými, která jsou výsledkem oslabení pojivové tkáně dermis. Název anetodermie je odvozen z řeckých slov „anetos“, což znamená uvolněný, povolený, a „derma“ kůže.[3] Anetodermie byla poprvé popsaná německým dermatologem Josefem Jadassohnem v roce 1892.[4]

Existují dvě formy: primární neboli idiopatická anetodermie, která vzniká na předem neporušené kůži, a sekundární anetodermie, která souvisí s autoimunitním onemocněním (systémový lupus erythematosus, Gravesova choroba, Addisonova choroba, Sjögrenův syndrom a antifosfolipidový syndrom, aj.), neoplastickým procesem (pilomatrixom, plazmocytom, schwannom, kožní B-buněčný lymfom, juvenilní xantogranulom), zánětlivým kožním onemocněním (akné vulgaris, granuloma annulare, sarkoidóza), s podáním léku (penicilamin) nebo s prodělanou infekcí (plané neštovice, syfilis, lymeská borelióza, tuberkulóza, lepra, infekce HIV).[2] Familiární forma anetodermie je vzácná a má autozomální dědičnost, může být spojena s kostními, neurologickými a očními anomáliemi.[3] Vzácně byla popsána i anetodermie u nedonošených novorozenců v gestačním věku 24 až 29 týdnů.[7]

Na základě přítomnosti zánětlivé reakce byly popsány **dva typy primární anetodermie:** anetodermie Jadassohn-Pellizzari, u které atrofickým lézím předchází zánět s přítomností plazmocytů, neutrofilů, eozinofilů a histiocytů v časném stadiu a anetodermie Schweninger-Buzzi, u které nejsou žádné známky zánětu. Jde o starší klasifikaci, oba typy primární anetodermie jsou výsledně histologicky identické, a proto se již nepoužívá. Popsána je i primární anetodermie typu Alexander, u které předchází bulózní stadium.[1] Typickým klinickým projevem jsou mnohočetné oválné, dobře ohraničené léze o velkosti 1–2 cm, se zvrásněným kožním povrchem, pod kterým je palpovatelná jamka, tzv. „button-hole“, znamení knoflíkové dírky. Léze mohou být ploché, vyvýšené nebo prohloubené, barvy kůže nebo modrobílé. Nejčastěji se nacházejí na trupu, zádech, končetinách, ale může být postižené jakékoliv místo.[2]

KAZUISTIKA

V říjnu 2022 byla vyšetřena na kožní ambulanci I. dermatovenerologické kliniky FN u Sv. Anny 50letá pacientka s exantémovými projevy na těle. Od roku 2018 ji trápil makulózní nesvědivý exantém na extenzorových stranách předloktí a na hrudníku s postupnou progresí projevů kaudálním směrem. Současně s exantémem udávala únavu a celkovou slabost. Pacientka se s ničím neléčila a neužívala žádné léky. Byla vyšetřena na kožní ambulanci v Praze, kde byla provedena 1. probatorní excize (PE) v 7/2020 se závěrem: popsané histologické změny vylučují lichen ruber planus i lichen planopilaris, bez morfologických změn svědčících pro dg pityriasis rubra pilaris, chybí alternující orto a parakeratóza, hypergranulóza a akantóza se ztluštěním suprapapilární vrstvy, přítomná je pouze perivaskulární lymfocytární celulizace a zvýraznění ortokeratózy v místech ústí vlasových folikulů. Poté byla pacientka sledována v kožní ambulanci v Brně, kde byla v 5/2022 provedena 2. PE se závěrem: v rozsahu klinické rozvahy (granuloma anulare, lichen ruber actinicus, pityriasis rubra pilaris) se může jednat jen o granuloma annulare, intersticiální (inkompletní) forma. Méně pravděpodobně připadá v úvahu kožní mastocytóza typu urticaria pigmentosa.

Lokálně byla pacientka léčena kortikosteroidními a antimykotickými externy – bez patrného efektu. Spouštěčů si nebyla vědoma (nové léky, potravinové doplňky, kosmetika, prací prostředky, nové potraviny). Nevypozorovala ani faktory zlepšující kožní projevy. Vysadila lepek (potíže stále trvaly), bez vlivu na kožní nález. V 8/2022 měla klíště. ATB neužívala, horečky neměla, nachlazená nebyla.

V 10/2022 byla hospitalizována na I. dermatovenerologické klinice FN u Sv. Anny k celkovému přešetření a nastavení terapie. Klinická suspekce na anetodermii byla potvrzena následně speciálním barvením vzorku na elastiku se závěrem: mikroskopicky elastická vlákna v pruhu retikulární dermis jsou fragmentovaná, zkrácená a početně

Obr. 1

výrazně redukovaná. Nález elastolýzy odpovídá dg. anetodermie. V laboratoři byl v normě krevní obraz, biochemické vyšetření krve, celkové IgE, výtěr z krku, RRR, antiTP, ASLO, sérologie borelií, glykovaný hemoglobin, hormony štítné žlázy, protilátky proti štítné žláze, screening celiakie (pl. proti retikulinu, pl. proti endomysiu, pl. proti transglutamináze), autoprotilátky ANA a ENA. V lipidogramu bylo nepatrné zvýšení LDL cholesterolu. Základní onkomarkery (AFP, CEA, CA 125, CA 15-3, CA 19-9, CA 72-4, CYFRA 21-1), kultivace moči na bakterologii, quantiferon, stolice na okultní krvácení, výsledek sérového angiotenzin-konvertujícího enzymu (SACE), sérové hladiny železa, mědi byly negativní. V ELFU bílkovin bylo mírné snížení celkové bílkoviny. V rámci došetření fokusů: gynekologické vyšetření s nálezem 2 subserózních myomů a polypu těla děložního, dále RTG srdce a plic, UZ břicha, ORL a stomatologické vyšetření byly bez patologie.

V celkové terapii byl aplikován bolus kortikosteroidů i.v. (celkem metylprednisolon v dávce 280 mg, 7 dní) s následným převodem na orální metylprednisolon 20 mg/d s postupnou deeskalací, 12/2022 byl vysazen pro třes, brnění DKK, vertigo. Lokálně byla kůže ošetřována kortikosteroidními externy, 5% pix pastou, emoliencii. V terapii byl dále zvažován hydroxychlorochin, celkové retinoidy a fototerapie. Od 11/2022 do 5/2023 pacientka docházela na fototerapii UVA1 1x týdně, s dosažením dávky 10 J/cm^2. Na zavedené terapii – UVA1 fototerapie, přechodně celková terapie kortikoidy v kombinaci s lokální terapií, exantém pozvolna regredoval – probledl a vyhladil se. Po ukončení terapie pacientka přestala chodit ke kontrolám.

DISKUZE

Anetodermie se řadí mezi poruchy elastických vláken, kam dále patří: cutis laxa, elastolýza střední oblasti dermis (mid dermal elastolysis), pseudoxanthoma elasticum, fokální lineární elastóza.[5] V praxi v rámci diferenciální diagnostiky je třeba odlišit nevus lipomatosus, postaknózní jizvy, sklerodermii, lichen sclerosus et atrophicus, iatrogenní atrofie po kortikoidech, strie aj.[3]

U naší pacientky byla primárně stanovena diagnóza intersticiální formy granuloma annulare. U sekundárního typu anetodermie mohou vznikat projevy v terénu zánětlivých dermatóz, právě jednou z nich může být i kožní onemocnění granuloma annulare. U granuloma annulare dochází v centru ložiska k degeneraci kolagenu i elastiky. U některých jednotek může naopak granulomatózní reakci vyvolat poškození elastických vláken (aktinický granulom).[9]

Obr. 1

Etiopatogeneze anetodermie prozatím zůstává neznámá. Předpokládá se, že může být důsledkem nerovnováhy mezi metaloproteinázami a inhibitory metaloproteináz v postižené kůži, což vede k degradaci elastické tkáně. Lidská makrofágová metaloelastáza může přispívat k degradaci elastinu nebo fagocytóza elastické tkáně makrofágy může hrát roli ve vývoji anetodermie z lézí granuloma annulare.[8]

Diagnostika anetodermie se opírá o klinický obraz, provedení kožní biopsie se speciálním barvením (Verhoeff-van Gieson, orcein a další), které je nezbytné k prokázání fragmentace a ztráty elastických vláken v horní až střední dermis. Desmosin je hlavní aminokyselinou v elastinu, a proto se může využít k měření koncentrace elastinu v postižené kůži, která je u anetodermie významně snížena. Při klasickém barvení hematoxylin – eozin kůže vypadá relativně normálně, jen se známkami zánětu. Prokázané solitérní léze mohou být excidovány. Laserová terapie může mít pozitivní kosmetický efekt. [2] Při sekundární formě může léčba základního onemocnění zabránit tvorbě dalších lézí. Jiné možnosti terapie jsou také kryoterapie, fototerapie, celkové a intralezionální steroidy, kolchicin, hydroxychlorochin, vitamín E, aspirin, niacin, dapson, fenytoin. Penicilín G je účinný u boreliózy, jinak ale anetodermii může i vyvolat. Po zklidnění zánětu zůstávají léze anetodermie bez progrese, v průběhu času však nemizí.[6]

ZÁVĚR

Anetodermie patří mezi vzácná onemocnění. V současnosti neexistuje žádná kauzální léčba, která by zvrátila již vytvořené léze. Možnosti terapie jsou dosud omezené, u naší pacientky terapie KS a UVA 1 zánětlivé projevy utlumila. Pacientka je nyní bez dispenzarizace, projevy jsou již stacionární.

MUDr. Alexandra Bodnárová
I. dermatovenerologická klinika
LF MU Brno a FNUSA v Brně
Pekařská 664/53, 602 00 Brno
alexandra.bodnarova@fnusa.cz

LITERATURA

1. Altmeyer, P. *Anetoderma*. Online. Altmeyers Encyklopedia. 2024, 15.02.2024. Dostupné z: https://www.altmeyers.org/en/dermatology/anetoderma-118607. [cit. 2024-08-29].
2. Dyall-Smith, D. *Anetoderma*. Online. DermNet. 2011, 2024. Dostupné z: https://dermnetnz.org/topics/anetoderma. [cit. 2024-08-29].
3. Laumann, E.; Faad, A. *Anetoderma*. Online. Medscape. 2022, 01.03.2022. Dostupné z: https://emedicine.medscape.com/article/1073850-overview?form=fpf. [cit. 2024-08-29].
4. Kineston, D.P.; Xia, Y.; Turiansky, G.W. *Anetoderma:* a case report and review of the literature. Cutis. 2008 Jun;81(6):501–6. Dostupné z: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809440/ [cit. 2024-08-29].
5. Feit, J. *Poruchy elastických vláken*. Online. MASARYKOVA UNIVERZITA. Atlas dermatopatologie. 2024. Dostupné z: https://atlases.muni.cz/atlases/stary-kuze/atl_cz/main+nenadory+disordersela.html. [cit. 2024-08-29].
6. Altmeyer, P. *Anetoderma*, Treatment of anetoderma. J Am Acad Dermatol 38:1002–1003. [cit. 2024-08-29].
7. Paravar, T. *Anetoderma*. Online. UpToDate. 2023, 07.2024. Dostupné z: https://www.uptodate.com/contents/anetoderma. [cit. 2024-08-29].
8. Wollina, U.; Mühle, D.; Lotti, T.; Vojvodic, A. Anetoderma Schweninger-Buzzi: Two Case Reports. Online. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2019, roč. 7, č. 18, s. 3093–3095. ISSN 1857-9655. Dostupné z: https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.560. [cit. 2024-08-29]
9. Hanna, W.M., Granuloma annulare: an elastic tissue disease, *Ultrastruct Pathol*. 1999 Jan-Feb; 23(1):33–8. [cit. 2024-08-29].

PŘEHLED NEJČASTĚJŠÍCH SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ U KOŽNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Broul, M. [1, 2, 3], Hujová, A. [3]
[1] Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.
[2] Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Litoměřice, o. z.
[3] Katedra ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

SOUHRN: **Dermatovenerologie je jednotným lékařským oborem, zahrnujícím jak choroby kůže, jejich adnex a přechodných sliznic (dermatologie), tak choroby venerické, resp. sexuálně přenosné, tj. STD (venerologie).[1] Bylo publikováno mnoho studií, které ukázaly velké množství psychických problémů pacientů, kteří mají dermatologická onemocnění, ale stále je příliš málo prací o sexuálních problémech a dysfunkcích těchto pacientů. Cílem tohoto článku je přinést přehled sexuálních dysfunkcí u pacientů s dermatologickými onemocněními. Největší počet dosud vydaných prací se týká sexuálních problémů pacientů s psoriázou a výrazně méně jich je u jiných kožních onemocnění, jako je akné, atopická dermatitida či chronický ekzém rukou. Nejčastějšími sexuálními problémy u kožních onemocnění byly: sexuální dysfunkce, zejména erektilní dysfunkce; některé vztahové problémy a problematické sexuální chování. Je třeba poznamenat, že všechny uváděné publikace o sexuálních dysfunkcích při kožních onemocněních byly zaměřeny na dospělé pacienty. U dospívajících a dětí je zatím těchto publikací příliš málo.**

KLÍČOVÁ SLOVA: dermatologie – dermatovenerologie – sexuální dysfunkce – erektilní dysfunkce – selhání genitální odpovědi – lupénka – akné – atopická dermatitida – ekzém rukou

SUMMARY: **Overview of the Most Common Sexual Dysfunctions in Skin Diseases.** Dermatovenerology is a unified medical field, including both diseases of the skin, its adnexa and transitional mucous membranes (dermatology) and venereal or sexually transmitted diseases, i.e. STDs (venereology).[1] Many studies have been published that have shown a large number of psychological problems of patients who have dermatological diseases, but there are still too few papers on the sexual problems and dysfunctions of these patients. The aim of this article is to provide an overview of sexual dysfunctions in patients with dermatological diseases. The largest number of papers published so far concerns sexual problems in patients with psoriasis, and there are significantly fewer papers on other skin diseases such as acne, atopic dermatitis and chronic hand eczema. The most common sexual problems in skin diseases were: sexual dysfunction, especially erectile dysfunction; some relationship problems and problematic sexual behaviour. It should be noted that all the reported publications on sexual dysfunctions in skin diseases were aimed at adult patients. For adolescents and children, these publications are still too few.

KEY WORDS: dermatology – dermatovenerology – sexual dysfunction – erectile dysfunction – failure of genital response – psoriasis – acne – atopic dermatitis – hand eczema

> Chronické dermatologické stavy mají významný vliv na psychický stav pacientů, jejich sebevědomí a obraz těla.

ÚVOD

Dermatologie je část medicíny, která zkoumá a léčí kožní onemocnění. Mezi nejčastější kožní onemocnění patří: akné, atopický ekzém, nezhoubné nádory avaskulární léze, kontaktní dermatitida a jiné ekzémy, bércové vředy, rakovina kůže, lupénka a virové bradavice. Je třeba zdůraznit, že dermatologie nejen léčí nemoci, ale je také studiem kůže, zejména jejích struktur.[1] Četné studie prokázaly, že u pacientů s dermatologickými onemocněními se často vyskytují psychické problémy, jako je úzkost a deprese, které negativně ovlivňují jejich psychosociální pohodu.[2] Kůže hraje klíčovou roli v mezilidské komunikaci, neboť je důležitá pro estetiku a emocionální vyjádření. Kožní senzorika je systémem, který umožňuje lidskému tělu vnímat různé formy stimulů z vnějšího prostředí. Díky této kožní senzorické soustavě jsme schopni komplexně vnímat a reagovat na různé podněty z prostředí, což je zásadní pro interakci se světem a bezpečnost organismu.[3]

Chronické dermatologické stavy mají významný vliv na psychický stav pacientů, jejich sebevědomí a obraz těla. Ovlivňují také fungování pacientů ve všech ostatních sférách života (sociální, rodinné, profesní atd.) a zásadně přispívají ke kvalitě života. Navíc mohou mít negativní vliv nejen na mezilidskou spolupráci a vztahy s druhými lidmi, ale mohou také nevědomky vést k psychosexuálním problémům v kontextu lidské sexuality.[4–6]

Lidská sexualita je definována jako komplexní a vícerozměrný aspekt lidského života, který je spojen s biologickými, psychologickými, sociálními a kulturními faktory. Existují studie, které zaznamenaly, že mnohé rysy lidské osobnosti i vzorce chování mají kořeny v různých fázích psychosexuálního vývoje jedince. Dermatologická onemocnění mohou mít také negativní vliv na psychosexuální vývoj, zejména u dospívajících a mladých dospělých. Je třeba zdůraznit, že jak psychosexuální vývoj, tak vývoj osobnosti spolu souvisejí. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je sexualita základní lidskou potřebou a zároveň důležitým aspektem lidského bytí. Tuto potřebu nelze oddělit od ostatních. WHO zdůrazňuje, že sexualita je nesmírně důležitá pro udržení dobrého duševního zdraví.[7]

Podle 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je sexuální dysfunkce označení pro potíže, které muž, žena nebo oba partneři pociťují v jakékoli fázi běžné sexuální aktivity, včetně tělesného potěšení, touhy, preferencí, vzrušení nebo orgasmu. Světová zdravotnická organizace definuje sexuální dysfunkci jako „neschopnost vést sexuální život v takové podobě, jak by si člověk přál“. Tato definice je však poměrně vágní a různí lidé si ji mohou vykládat odlišně.[7]

Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN–10) se snaží přesně klasifikovat sexuální poruchy „funkční“, tedy takové, které nemají souvislost s organickými příčinami. Protože v této oblasti se nacházíme na půdě typických psychosomatických souvislostí, je v praxi velice nesnadné tuto klasifikaci beze zbytku dodržet. Rozlišují se poruchy:

- **sexuální apetence**

F52.0 Nedostatek nebo ztráta sexuální apetence
F52.1 Odpor k sexualitě – sexuálně averzivní porucha

- **sexuální vzrušení**

F52.1 Nedostatečné prožívání sexuality
F52.2 Selhání genitální odpovědi

- **orgasmus**

F52.3 Dysfunkční orgasmus
F52.4 Předčasná ejakulace

- **bolestivé poruchy**

F52.5 Neorganický vaginismus
F52.6 Neorganická dyspareunie

- **zvýšený sexuální pud**

F52.7 Hypersexualita [8]

Přehled studií se zaměřením na sexuální dysfunkce

Výsledkem zpracování tohoto přehledu bylo zjištění dominantního počtu publikací o sexuálních problémech u pacientů s psoriázou a výrazně méně u ostatních kožních onemocnění, jako je akné, atopická dermatitida a chronický ekzém rukou. Je třeba poznamenat, že všechny uváděné publikace o sexuálních problémech u kožních onemocnění byly zaměřeny na dospělé pacienty. U adolescentů je stále příliš málo publikací na toto téma.

LUPÉNKA

Lupénka je chronické zánětlivé onemocnění, které je výsledkem imunitních a proliferačních změn, jež postihují kůži. Celosvětový výskyt tohoto onemocnění se odhaduje na 1–3 %.[9] Je třeba zdůraznit, že rozvoj lupénky je spojen s mnoha psychosociálními faktory, jako je chronický stres a několik psychických poruch, například deprese či úzkost.[10, 11]

V přehledu uvádíme několik epidemiologických studií týkajících se psoriázy a sexuální dysfunkce. Některé z nich zdůrazňují, že existuje silný vztah mezi psoriázou a sexuálními funkcemi člověka, protože toto onemocnění způsobuje vysokou mezilidskou zátěž a zhoršuje kvalitu života.[12] Je třeba poznamenat, že sexuální problémy u psoriázy mohou souviset s medikamentózní léčbou nebo vývojem onemocnění v čase. Pokud jde o medikamentózní léčbu, existují studie o sexuálních dysfunkcích u psoriázy, zejména o erektilní dysfunkci vzniklé v důsledku farmakologické léčby, jako je etretinát a metotrexát [12,13]. Existuje však studie, která ukázala, že riziko sexuální dysfunkce nebylo významně zvýšeno u pacientů užívajících systémovou léčbu, včetně retinoidu, metotrexátu a cyklosporinu [14].

Vztah mezi farmakologickou léčbou a sexuální dysfunkcí je v lékařské praxi velmi důležitým problémem. Pokud pacient tento nežádoucí účinek léku sám vypozoruje, má tendenci užívání léků ukončit. Tato situace může mít negativní vliv na celou terapii.

Molina-Leyva a kol. [15] provedli prospektivní studii s 80 pacienty s diagnózou středně těžké až těžké psoriázy a 80 zdravými dobrovolníky jako kontrolní skupinou. V této studii autoři analyzovali nejen sexuální dysfunkce, ale také problémy s úzkostí a/nebo depresí a také vzorce rozšíření psoriázy po těle pacientů. V souvislosti se sexuálními dysfunkcemi vyplnili všichni účastníci dotazník Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ). Dotazník MGH-SFQ se skládá z 5 položek, které se týkají různých fází sexuálního cyklu: [1] sexuální zájem; [2] vzrušení; [3] orgasmus; [4] erekce (pouze u mužů) a [5] celková sexuální spokojenost. Každá položka je hodnocena od 0 (zcela snížená) do 4 (normální). Vysoké skóre znamená lepší sexuální funkci. V této studii se ukázalo, že sexuální poruchy u pacientů s psoriázou se vyskytují ve všech složkách sexuální odpovědi, jako jsou: sexuální zájem, vzrušení, orgasmus, a erekce (pouze u mužů), stejně jako celková sexuální spokojenost. Molina-Leyva a kol. [15] pozorovali, že prevalence sexuální dysfunkce u pacientů s psoriázou byla 53,7 %. Tato prevalence byla významně vyšší než u kontrol – tedy zdravých dobrovolníků (17,5 %). Je třeba poznamenat, že muži s psoriázou se vyznačovali zvýšeným výskytem erektilní dysfunkce ve srovnání s kontrolami. Tento výsledek naznačuje, že sexuální dysfunkce u psoriázy jsou velmi důležitým problémem v lékařské praxi a mohou být důsledkem několika faktorů. Další prospektivní studie stejných autorů [16], která byla provedena na 133 pacientech (44 žen a 79 mužů), ukázala podobné výsledky. V této studii autoři pozorovali, že nárůst sexuální dysfunkce byl přímo úměrně spojen s velikostí lézí psoriázy na břiše, genitáliích, v bederní oblasti a na hýždích žen a na hrudníku, genitáliích a hýždích u mužů. Velmi zajímavé pozorování týkající se sexuální dysfunkce u psoriázy učinili Ji a kol. [17]. Jednalo se o kohortovou studii 73 800 vybraných pacientů, 12 300 mužů s nově diagnostikovanou psoriázou a 61 500 odpovídajících kontrolních zdravých jedinců. Riziko sexuální dysfunkce bylo navíc vyšší u pacientů s psoriatickou artritidou. Z tohoto důvodu by lékaři měli věnovat větší pozornost vlivu lupénky na sexuální zdraví pacientů.

Je třeba zdůraznit, že existuje mnoho studií, které analyzovaly sexuální problémy pacientů s psoriázou, ale pouze několik málo publikací upozorňuje na tento problém u pacientů s jinými dermatologickými onemocněními, jako je akné, atopická dermatitida, chronický ekzém rukou a systémová skleróza.

AKNÉ

Akné je jedním z nejčastějších chronických zánětlivých onemocnění kůže. Toto onemocnění se nejčastěji vyskytuje v adolescentním věku, ale prevalence akné v dospělé populaci se zvyšuje. Hlavními etiologickými faktory akné jsou hormony, bakterie, nadměrná produkce kožního mazu a zánětlivá reakce. Akné může být závažným problémem v mezilidských vztazích dospívajících. V kontextu procesu vývoje člověka je dospívání obdobím přechodu z dětství do dospělosti. Je důležité zejména kvůli změnám od závislosti na vedení a ochraně dospělých k sebeřízení a sebeurčení. Psychologové zdůrazňují, že vývoj dospívajících je velmi důležitým krokem vytváření mezilidských vztahů s vrstevníky pro socializaci, přátelství a podporu. V tomto případě se dospívající musí naučit zvládat psychickou zátěž, zvládat tlak vrstevníků, vyrovnávat se se svými emocemi, řešit konflikty a také budovat mosty s přáteli a rodinou. Onemocnění v dospívání může bránit rozvoji tohoto procesu, zejména pokud jsou příznaky viditelné.

O sexuálních dysfunkcích u akné toho zatím není mnoho známo. Existuje pouze minimum studií zabývajících se pouze výskytem akné a nějakou formou sexuální dysfunkce. Jednou z nich je studie autorů Kurek a kol. [18], kteří prokázali, že pacienti s akné vykazovali signifikantně vyšší výskyt sexuálních dysfunkcí a sexuálního stresu ve srovnání s kontrolní skupinou. Tento nález byl výraznější u žen než u mužů. Závažnost kožních změn nekorelovala se stupněm závažnosti jejich sexuální dysfunkce. Nicméně sexuální problémy negativně ovlivňovaly celkovou kvalitu života, zejména u žen s akné.

Další studií byla práce autorů Afsara a kol. [19], kteří uvedli, že účastnice studie, které měly akné, vykazovaly významně horší sexuální kvalitu života a měly významně nižší skóre na škálách kvality života, vnímání zdraví i jeho fyzické složky ve srovnání s kontrolami. Ani sexuální kvalita života, ani celková kvalita života nekorelovaly s objektivní a subjektivní závažností akné a délkou trvání akné. Akné tedy může u ženských pacientek negativně ovlivňovat jak sexuální kvalitu života, tak i jiné dimenze kvality života. Při odebírání anamnézy u mužů i žen s akné by tedy bylo vhodné se zeptat i na kvalitu jejich sexuálního života a případně by jim měla být nabídnuta péče sexuologa.

ATOPICKÁ DERMATITIDA

Atopická dermatitida je chronické zánětlivé onemocnění kůže, které je charakterizováno ekzémem, pruritem a kožní hyperaktivitou na alergické spouštěče. Mezi fyzické příznaky této poruchy může patřit suchost, zarudnutí, otok, šupinatění, tvorba puchýřů, praskání, intenzivní svědivost a krvácení. Atopická dermatitida může vést také k mnoha psychickým problémům, například k emočnímu stresu, nízkému sebevědomí, změnám nálady a také k depresi. Je třeba poznamenat, že rozpaky v důsledku jejich výskytu mohou vést k sociální izolaci. Z tohoto důvodu by mohly mít vliv i na sexuální funkce [20]. Atopická dermatitida pravděpodobně může mít negativní vliv na psychosexuální vývoj člověka, zejména u dospívajících. Ve studii zpracované

Shiu-Dong Chungem a kol. [21] autoři zkoumali 3 997 pacientů s nově diagnostikovanou erektilní dysfunkcí a zjistili, že existuje souvislost mezi erektilní dysfunkcí a atopickou dermatitidou. Na problematiku dalších sexuálních dysfunkcí u atopické dermatitidy se však nezaměřili. V souvislosti s erektilní dysfunkcí proběhla jiná studie, kterou vypracoval Kimata [22]. Cílem této práce bylo zhodnotit vliv sledování „žertovných" filmů na erektilní dysfunkci u pacientů s atopickou dermatitidou. Účinnost těchto filmů byla hodnocena u náhodně vybraných 18 pacientů a jejich zdravých manželek pomocí Mezinárodního indexu erektilní funkce (IIEF). Výsledek této studie ukázal, že sledování tohoto typu filmů významně zlepšilo výsledek indexu IIEF, zejména v kontextu zvýšené hladiny testosteronu v séru a snížené hladiny estradiolu v séru. Tento účinek byl však krátkodobý.

CHRONICKÝ EKZÉM RUKY

Ekzém rukou je dermatologické onemocnění způsobující emocionální a fyzické strádání. Toto zánětlivé kožní onemocnění je v akutní fázi charakterizováno erytémem, edémem a někdy i puchýřky, v chronickém stavu však v kožních změnách převládají infiltrace, šupinatění a fisury.[23] Ergün a kol. [24] analyzovali sexuální funkce u pacientů s ekzémem rukou. V tomto případě se studovaný soubor skládal z 91 žen (43 pacientů vs. 48 kontrol) a 79 mužů (45 pacientů vs. 34 kontrol). K hodnocení sexuálních funkcí byly použity indexy FSFI (Female Sexual Function Index) a IIEF (International Index of Erectile Function). Výsledky studie prokázaly, že pacienti s ekzémem rukou často trpěli některou ze sexuálních dysfunkcí. Navíc bylo zjištěno, že celkové skóre IIEF je u pacientů mužského pohlaví ve srovnání s kontrolní skupinou významně nižší.

ZÁVĚR

Kožní změny mají vliv jak na vývoj osobnosti, tak na psychosexuální vývoj. Existuje příliš malý počet prací o vztahu mezi některými léky, které se v dermatovenerologii používají a sexuálními funkcemi pacientů. Tento faktor by mohl mít významný vliv na účinnost terapie, jelikož sexuální dysfunkce mohou negativně ovlivnit compliance pacientů a snížit jejich spolupráci při léčbě kožních onemocnění. Přehled také ukazuje, že stále existuje příliš málo publikací o sexuálních dysfunkcích u kožních poruch, zejména jiných než u psoriázy. Toto je důležité téma, které by si zasloužilo více výzkumu, neboť kožní nemoci mohou výrazně ovlivnit sebevědomí, intimní vztahy a celkovou kvalitu života pacientů. Důkladnější porozumění této problematiky by umožnilo zlepšit léčebné přístupy a poskytovat pacientům komplexnější péči, která by zahrnovala i psychologické a sexuologické aspekty. Je nezbytné, aby dermatologové a sexuologové více spolupracovali a zaměřili se na tuto dosud opomíjenou oblast. Komplexní posouzení vlivu kožních onemocnění na intimní život pacientů by mohlo vést k výraznému zlepšení jejich celkové kvality života a spokojenosti s léčbou.

Prim. MUDr. Marek Broul, Ph.D., MBA, FECSM

Sexuologické oddělení
Výzkumné centrum Fakulty zdravotnických studií
Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Krajská zdravotní, a. s.

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
Sociální péče 3316/12A, 400 11 Ústí nad Labem
+420 477 114 874
marek.broul@kzcr.eu

Cosentyx®
secukinumab

PRVNÍ A JEDINÝ ANTI-IL 17A
SCHVÁLENÝ K LÉČBĚ
HIDRADENITIS SUPPURATIVA.[1]

1000+
pacientů zařazených do studie s HS ve více než 40 zemích [1]

Ilustrační obrázek

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 středně těžké až těžké hidradenitidy u dospělých s nedostatečnou odpovědí na konvenční systémovou terapii." Léčba aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů, u nichž se nedostavila adekvátní odpověď na předchozí léčbu chorobu modifikujícími antirevmatiky (přípravek samotný nebo v kombinaci s methotrexátem). Léčba aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých, kteří nedostatečně reagovali na konvenční léčbu. Léčba aktivní non-radiografické axiální spondylartritidy s objektivními známkami zánětu indikovanými zvýšeným C-reaktivním proteinem (CRP) a/nebo zobrazením magnetickou rezonancí (MRI) u dospělých, kteří neodpovídají adekvátně na nesteroidní protizánětlivá léčiva (NSAID). Léčba aktivní artritidy související s entezitidou a léčba juvenilní psoriatické artritidy u pacientů od 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 sekukinumabu 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 sekukinumabu 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-TNFα (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. Dávka může být zvýšena na 300 mg na základě klinické odpovědi. *Non-radiografická axiální spondylartritida (nr-axSpA):* 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 psoriatická 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 kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce (např. aktivní tuberkulóza). **Zvláštní upozornění/varování:** Za účelem zlepšení sledovatelnosti biologických léčivých přípravků je nutné pečlivě zaznamenat název a číslo šarže podaného přípravku. Opatrnosti je zapotřebí, pokud se uvažuje o použití sekukinumabu u pacientů s chronickou infekcí nebo opakovanou infekcí v anamnéze. Pacienty 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 sekukinumab, dokud infekce neodezní. Sekukinumab se nedoporučuje u pacientů se zánětlivým onemocněním střev. Pokud se u pacienta objeví známky a příznaky zánětlivého onemocnění střev nebo dojde-li k exacerbaci již existujícího zánětlivého onemocnění střev, je třeba sekukinumab vysadit a zahájit odpovídající lékařskou péči. Pokud se objeví anafylaktická nebo jiné závažné alergické reakce, musí se podávání sekukinumabu 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 sekukinumabem. Ve studiích s lupénkou nebyly vyhodnocovány bezpečnost a účinnost sekukinumabu v kombinaci s imunosupresivy, včetně biologické léčby, nebo fototerapií. **Interakce:** Ve studii u subjektů s ložiskovou psoriázou nebyly pozorovány interakce mezi sekukinumabem a midazolamem (substrát CYP3A4). Při současném podávání sekukinumabu s methotrexátem a/nebo s kortikosteroidy nebyly v artritických studiích (včetně pacientů s psoriatickou artritidou a axiální spondylartritidou) pozorovány žádné interakce. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu ještě nejméně 20 týdnů po ukončení terapie používat účinnou metodu kontracepce. Podávání přípravku Cosentyx v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se sekukinumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům sekukinumabu na kojené dítě je nutno na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku rozhodnout, zda během léčby a po dobu až 20 týdnů od ukončení léčby přerušit kojení nebo přerušit léčbu sekukinumabem. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: infekce horních cest dýchacích. Časté: orální herpes, rinorea, diarea, bolest hlavy, nauzea, únava. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C-8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v krabičce, 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, Vista Building, Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Irsko. **Dříve než lék předepíšete, 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.**

1. Kimball AB, Jemec GBE, Alavi A, et al. Secukinumab in moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (SUNSHINE and SUNRISE): week 16 and week 52 results of two identical, multicentre, randomised, placebo-controlled, double-blind phase 3 trials. Lancet 2023; 401: 747-761.

Novartis s. r. o., Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4
tel.: +420 225 775 111, www.novartis.cz, info.cz@novartis.com

CZ2402054297/02/2024

NOVARTIS | Reimagining Medicine

LITERATURA

1. Arenberger, Petr; Hátlová Petra; Arenbergerová Monika. *Sto let české dermatovenerologie*. První vydání. Mlečice: Axonite s.r.o., nakladatelství lékařské literatury, 2023. ISBN 978-80-88046-36-3.
2. Barankin, Benjamin; Dekoven Joel. Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*. 2002, 48(4), 712–716. ISSN 0008-350X, 1715-5258.
3. Garg, Amit; Grant-Kels Jane, M. Ethical considerations in dermatology residency. *Clinics in Dermatology*. 2012, 30(2), Ethics in Dermatology: Part I, 202–209. ISSN 0738-081X. doi:10.1016/j.clindermatol.2011.06.008
4. Davis, Loretta, S. Psychodermatology. *JAMA*. 2007, 297(1), 94–98. ISSN 0098-7484. doi:10.1001/jama.297.1.97
5. *Current concepts in psychodermatology | Current Psychiatry Reports*. https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-009-0033-x
6. Jaworski, Mariusz. Is sexology necessary in dermatology? Review of most common sexual dysfunction in skin disorders. *Our Dermatology Online*. 2017, 8, 341–347. doi:10.7241/ourd.20173.97
7. *Defining sexual health* https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health
8. World Health Organization, ed. *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 2004. ISBN 978-92-4-154649-2.
9. Lowes, Michelle, A.; Suárez-Fariñas, Mayte; Krueger, James G. Immunology of Psoriasis. *Annual Review of Immunology*. 2014, 32(1), 227–255. ISSN 0732-0582, 1545-3278. doi:10.1146/annurev-immunol-032713-120225
10. Rieder, Evan; Tausk Francisco. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *International Journal of Dermatology*. 2012, 51(1), 12–26. ISSN 0011-9059, 1365-4632. doi:10.1111/j.1365-4632.2011.05071.x
11. Žarković Palijan, Tija; Kovačević, Dražen; Koić Elvira; a kol. The Impact of Psoriasis on the Quality of Life and Psychological Characteristics of Persons Suffering from Psoriasis. *Collegium antropologicum*. 2011, 35(suppl. 2), 81–85. ISSN 18489486, 03506134.
12. Wylie, G.; Evans, C. D.; Gupta, G. Reduced libido and erectile dysfunction: rarely reported side-effects of methotrexate. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2009, 34(7), e234–e234. ISSN 03076938, 13652230. doi:10.1111/j.1365-2230.2008.03082.x
13. Aguirre, Maria Angeles; Vélez, Antonio; Romero Manuel a kol. Gynecomastia and sexual impotence associated with methotrexate treatment. *The Journal of Rheumatology*. 2002, 29(8), 1793–1794. ISSN 0315-162X, 1499-2752.
14. Chen, Yi-Ju; Chen Chih-Chiang; Lin, Ming-Wei a kol. Increased Risk of Sexual Dysfunction in Male Patients with Psoriasis: A Nationwide Population-Based Follow-Up Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013, 10(5), 1212–1218. ISSN 17436095. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02767.x
15. Molina-Leyva, Alejandro; Almodovar-Real, Ana; Carrascosa, Jose Carlos-Ruiz a kol. Distribution pattern of psoriasis, anxiety and depression as possible causes of sexual dysfunction in patients with moderate to severe psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2015, 90, 338–345. ISSN 0365-0596, 1806-4841. doi:10.1590/abd1806-4841.20153254
16. Molina-Leyva, Alejandro; Almodovar-Real, Ana; Carrascosa, Jose C. R. a kol. Distribution Pattern of Psoriasis Affects Sexual Function in Moderate to Severe Psoriasis: A Prospective Case Series Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2014, 11(12), 2882–2889. ISSN 1743-6109, 1743-6095. doi:10.1111/jsm.12710
17. Ji, S.; Zang, Z.; Ma, H. a kol. Erectile dysfunction in patients with plaque psoriasis: the relation of depression and cardiovascular factors. *International Journal of Impotence Research*. 2016, 28(3), 96–100. ISSN 1476-5489. doi:10.1038/ijir.2016.6
18. Kurek, Agata; Peters, Eva M. J.; Chanwangpong, Akewit a kol. Profound disturbances of sexual health in patients with acne inversa. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2012, 67(3), 422-428.e1. ISSN 0190-9622. doi:10.1016/j.jaad.2011.10.024
19. Afsar, F. Sule; Seremet, Sila; Demirlendi Duran, Hatice a kol. Sexual quality of life in female patients with acne. *Psychology, Health & Medicine*. 2020, 25(2), 171–178. ISSN 1354-8506. doi:10.1080/13548506.2019.1679845
20. Ahmed, Ammar; Leon, Argentina; Butler, Daniel C. a kol. Quality-of-Life Effects of Common Dermatological Diseases. 2013, 32(2), 101–109. doi:10.12788/j.sder.0009
21. Chung, Shiu-Dong; Keller, Joseph J.; Lin, Herng-Ching. Association of Erectile Dysfunction with Atopic Dermatitis: A Population-Based Case-Control Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012, 9(3), 679–685. ISSN 1743-6095. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02587.x
22. Kimata, Hajime. Short-term Improvement of Erectile Dysfunction by Viewing Humorous Films in Patients with Atopic Dermatitis. *The Journal of Sexual Medicine*. 2008, 5(9), 2107–2110. ISSN 1743-6109, 1743-6095. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00767.x
23. Thyssen, Jacob P.; Johansen, Jeanne D.; Linneberg, Allan a kol. The epidemiology of hand eczema in the general population – prevalence and main findings. *Contact Dermatitis*. 2010, 62(2), 75–87. ISSN 0105-1873, 1600-0536. doi:10.1111/j.1600-0536.2009.01669.x
24. Ergün, Mahizer; Türel Ermertcan, Aylin; Öztürkcan, Serap a kol. Sexual Dysfunction in Patients with Chronic Hand Eczema in the Turkish Population. *The Journal of Sexual Medicine*. 2007, 4(6), 1684–1690. ISSN 1743-6109, 1743-6095. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00465.x

PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA U CHORÝCH S ULCUS CRURIS VENOSUM

Ondriová, I.
Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

SÚHRN: **Ulcerácie dolných končatín žilového pôvodu vznikajú spustením zložitej kaskády zmien v makro a mikrocirkulácii. Ohrozenie života alebo zvýšená incidencia amputácií dolných končatín sú pri venóznych ulceráciách veľmi zriedkavé. Problémom je zreteľné zhoršenie kvality života v dôsledku chronicity, bolestivosti a nárokov na dlhotrvajúce liečenie. Chronická povaha ochorenia vyplýva z lokálnych, celkových a najmä fyzických a psychosociálnych problémov.**

KĽÚČOVÉ SLOVÁ: ulcus cruris venosum – kvalita života – chronické ochorenie

SUMMARY: **Ulcus cruris venosum in the context of patients' quality of life.** Ulcerations of the lower limbs of venous origin are caused by the initiation of a complex cascade of changes in macro- and microcirculation. Life-threatening or increased amputation of the lower limbs are very rare in venous ulcerations. The problem here is a clear deterioration of the quality of life due to chronicity, pain and demands for long-term treatment. The chronic nature of the disease results from local, general and especially physical and psychosocial problems.
KEY WORDS: ulcus cruris venosum – quality of life – chronic disease

> Efektívna liečba vredov predkolenia si vyžaduje presnú diagnózu a úzku interdisciplinárnu spoluprácu.

ÚVOD

Ochorenie ulcus cruris venosum predstavuje najvyššie percento ulcerácií na dolných končatinách (DK). Ide o chronické ochorenie s častou recidívou, zahŕňajúcou zdĺhavé hojenie a dlhodobú liečbu. Klinický obraz a priebeh ochorenia je rozmanitý z hľadiska príčiny vzniku vredu predkolenia, často je však prítomných viacero etiologických faktorov (napr. ochorenie tepien a žíl a diabetes mellitus). Najzávažnejšou komplikáciou ochorenia je chronická venózna insuficiencia, ktorá vzniká väčšinou ako následok primárnych varixov alebo posttrombotického syndrómu, posttrombotickej obštrukcie hĺbkových žíl, deštrukcie chlopní hĺbkového žilového systému súvisiacej s flebotrombózou.[1, 2]

DIAGNOSTIKA

V **anamnéze** sa zisťuje prítomnosť alebo prekonanie venózneho ochorenia vrátane posttrombotického syndrómu, venóznej insuficiencie, hĺbkovej žilovej trombózy, flebitídy alebo varixov DK, anamnéza profesionálnej záťaže v povolaní s dlhodobým státím, sedením, anamnéza životného štýlu, všetky relevantné choroby, operácie a úrazy, ktoré pacient v minulosti prekonal.[3] V rodinnej anamnéze sa overuje výskyt genetických ochorení alebo sklon k cievnym ochoreniam v rodine, napr. ochorenia žíl, hypertenzia alebo diabetes mellitus, u žien je dôležitá gynekologická anamnéza (množstvo tehotenstiev, potratov, pôrodov a dĺžka užívania antikoncepcie). V problematike súčasného ochorenia je kľúčové zistiť čas vzniku prvého vredu, častosť recidív, dĺžku hojenia, absolvovanú liečbu vrátane dodržiavania preventívnych a režimových opatrení.

Z **fyzikálnych vyšetrení** ide o Homansov test, Plantárny test, Schwartzov test, Perthesov test a Trendelenburgov test. K prístrojovým a zobrazovacím vyšetreniam patria zobrazovacie neinvazívne vyšetrovacie metódy – MR flebografia, Doppler, duplexná ultrasonografia a pletyzmografia. Zvláštnu pozornosť venujeme vyšetreniu dolných končatín. Sledujeme výskyt varixov, ich rozsah a typ, všímame si objem, opuchy, sledujeme farbu kože a morfologické zmeny – purpuru, pigmentáciu, ekzémové prejavy, jazvy, hypertrofiu, atrofické zmeny a ulcerácie. Aspekciu u pacienta vykonávame v stoji (zreteľné plnenie varixov) aj v ľahu na lôžku. Pri hodnotení vredu zaznamenávame lokalizáciu, veľkosť, okraje (ostré, nepravidelné, priľahlé atď.), tvar, charakter spodiny (nekrotická, povlečená, čistá, granulujúca, epitelizujúca), sekréciu vredu, zápach a zmeny v najbližšom okolí. Palpačným vyšetrením (pohmatom) hodnotíme teplotu kože, napätie kože, charakter opuchov, zisťujeme infiltráty (difúzne, ohraničené – pruhovité, uzlovité a pod.), charakter okrajov rany. Je potrebné vyšetriť periférnu pulzáciu na DK (a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior).[3]

K **zobrazovacím invazívnym metódam** patria RTG flebografia, CT flebografia, izotopová flebografia, flebodynamometrické meranie žilového tlaku.[1, 4]

LIEČBA

Princíp lokálnej liečby spočíva vo vyčistení rany pomocou prípravkov s obsahom proteolytických enzýmov, ktoré majú za úlohu kumulovať a štiepiť proteíny v rane, čím stimulujú proces rastu nového epitelu. Zároveň zmierňujú známky zápalu, tlmia bolesť, rozkladajú mikrotromby. Nanášajú sa v tenkej vrstve na vlhký povrch rany a prekrývajú tlakovým obväzom. Nevýhodou je, že aplikácia je možná najviac 14 dní, ak nie sú prítomné žiadne známky zlepšenia, je nutné liečbu proteolytickými enzýmami ukončiť a hľadať iný spôsob debridementu, najčastejšie sa pristupuje k chirurgickej nekrektómii. Ak sa objavia prvé známky infekcie a zápalu, je nutné zmeniť metódu lokálnej liečby a prejsť na využívanie vlhkej terapie, ktorá predstavuje aplikáciu prípravkov s obsahom hydrokoloidov a antiseptík s obsahom aktívneho striebra alebo aktívneho uhlia spolu s nepriľnavým mastným tylom alebo kombináciou striebra a uhlia. Vhodnou alternatívou a frekventovane využívanou pomôckou sú produkty s obsahom zložiek podporujúcich granuláciu tkaniva. Na okolie rany je vhodné aplikovať indiferentnú alebo rybaciu pastu, ktorá chráni okolité tkanivo pred mokvaním. V momentálnej dobe stúpa do popredia liečba podtlakovým VAC systémom, ktorý aktívne odsáva sekrét a podporuje tvorbu nových cievnych kapilár. Ak vred nereaguje na lokálnu a celkovú liečbu, je potrebné odobrať vzorky na biopsiu za účelom vylúčenia ulcerovaného tumoru.

Chirurgická liečba spočíva v odstránení odumretého epitelu zo spodiny a okrajov rany či už formou debridementu alebo nekrektómie.

Fyzikálna liečba sa zameriava na využívanie infračerveného žiarenia v podobe solux lampy známej ako horské slnko. Zmierňuje známky zápalu, pôsobením tepla podporuje prirodzený debridement, stimuláciu a kumuláciu leukocytov, najmä makrofágov a fagocytov. Menej často je indikovaná elektrostimulácia a magnetoterapia.

Proces **celkovej terapie** sa zameriava najmä na kompenzáciu pridružených ochorení (arteriálna hypertenzia, diabetes mellitus, srdcové zlyhávanie, hyperlipidémia) a úpravu životného štýlu,

a to zníženie hmotnosti na čo najprimeranejšiu úroveň, najlepšie v rozmedzí hodnôt 18,5–25 BMI.[2, 6]

PREVENCIA

Prevencia a liečba ulcus cruris venosum musí byť komplexná a celoživotná. Osoby s predispozíciou na ochorenie by sa mali vyhýbať statickému zaťažovaniu dolných končatín. Dôsledne a včas treba kauzálne liečiť všetky choroby, ktoré spôsobujú sekundárnu formu ochorenia. V rámci pohybového režimu, ktorý musí viesť k tomu, aby venostatické ťažkosti pacientov neprogredovali, mali by čo najmenej stáť a sedieť a čo najviac chodiť. Ak to však nie je možné, mali by posilňovať žilovú pumpu na dolných končatinách: prestupovať na mieste alebo pri dlhšom sedení často dvíhať nohy na špičky a nie na päty. V noci by mali mať nohy nad úrovňou srdca – najvhodnejšie podložením nôh postele tak, aby spali v Trendelenburgovej polohe. Cez deň by mali nosiť ovínadlá s krátkym ťahom (ťažnosť 60–90 %) – majú výrazný kompresívny účinok, vysoký pracovný a nízky pokojový tlak. Pri správnom nasadení ich možno ponechať tri dni vrátane noci v priebehu intenzívneho liečebného režimu (nemožno ich použiť na končatiny s výraznými opuchmi). Ich výhodou je lepší liečebný efekt, držanie ťahu po celý deň a skutočnosť, že nedochádza k ich rolovaniu. Cieľom správnej kompresie je vytvoriť dostatočný odpor lýtkovým svalom a stimulovať činnosť žilovo-svalovej pumpy. Kompresia pod obväzom by mala stimulovať fyziologický tlakový gradient v žilovom systéme, teda maximum kompresie distálne, proximálne tlak pod kompresiou klesá. Kompresia sa začína za prstami, je aplikovaná cez pätu, väčšinou postačuje podkolenná aplikácia bandáže. Obväz vždy zakladáme pri dorzálnej extenzii nohy, aby sme zabránili tvorbe nežiaducich záhybov, pod ktorými je vždy riziko rozvoja dekubitu. Pri aplikácii ovínadiel s krátkym ťahom je potrebná určitá erudícia sestry. Tento typ kompresie môže sám pacient použiť jedine po cielenej edukácii a zvládnutí správnej techniky. Pre optimálnu kompresiu treba použiť na jedno predkolenie aspoň 10 m kompresného ovínadla so šírkou 12–14 cm.[6]

Kvalita života pacientov s ulcus cruris venosum

Kvalita života je chápaná ako celková spokojnosť so životom a všeobecný pocit osobnej pohody, duševnej harmónie a životnej spokojnosti. Kvalita života je mnohorozmerná, má svoje aspekty biologické, filozofické, sociologické, psychologické, ekonomické i politické. Súvisí s integritou a vyspelosťou osobnosti, vzdelaním a inteligenciou, s otázkami zdravia, hodnotového systému jednotlivca a spoločnosti. Do kvality života sa premieta úroveň osobnej pohody, schopnosti ovplyvňovať vývoj vlastného života a schopnosť uspokojovať svoje individuálne potreby.[3, 9] V posledných rokoch sa problematika hodnotenia kvality života u pacientov s chronickým ochorením berie do úvahy čoraz častejšie vrátane hodnotenia u pacientov s nehojacimi sa ranami. Pacienti s nehojacimi sa ranami chápu pojem kvality života v kontexte možností ich plnohodnotného fungovania v každodennom živote a schopnosti využívať výhody a príležitosti, ktoré majú k dispozícii. Posudzujú kvalitu života z hľadiska skutočnosti, nakoľko ich aktuálny zdravotný stav a choroba ovplyvňujú životný štýl, fungovanie a sociálne vzťahy.

U pacientov s nehojacimi sa ranami posudzujeme kvalitu života podľa aktuálnej symptomatológie ochorenia – napr. bolesť, svrbenie, suchá pokožka; emocionálnych faktorov – ako sú zmeny nálady, úroveň sebaúcty a pocit hanby alebo strachu; podľa hodnotenia denných režimov, záľub, sociálnych vecí, práce a liečby (preväzovanie rán a liečba všeobecne).[10, 11] Zahrnutý je aj počet rán, ich stav (zápach, intenzita výtoku exsudát, infekcia); bolesť; ťažkosti so spánkom; znížená pohyblivosť; sociálna izolácia, nefunkčné sociálne vzťahy v rodine; obmedzená schopnosť alebo dokonca neschopnosť pracovať a užívať si voľnočasové aktivity; zmeny v (zníženej) sebaúcte; depresie; strach a úzkosť; odkázanosť na pomoc iných. Vek pacientov s diagnózou ulcus cruris je tiež jedným

z významnejších faktorov ovplyvňujúcich kvalitu ich života. Starší pacienti s ulceráciami majú nižšiu kvalitu života ako mladší pacienti.[12]

K ďalším faktorom, ktoré majú vplyv na kvalitu života pacientov, patria pohlavie, polymorbidita, rodinná situácia, hodnoty, ekonomické okolnosti, vzdelanie, náboženstvo a príležitosti na dosiahnutie spoločenského uplatnenia. V kontexte kvality života chorých s ulcus cruris venosum je dôležitá ochota spolupracovať a dodržiavať terapeutický režim. Compliance s liečbou znamená doslova ochotu vyhovieť tomu, čo požaduje zdravotnícky pracovník. Často sa prekladá aj ako poslušnosť v dodržiavaní liečby. Dôležitá je nielen schopnosť ale aj motivácia pacienta a charakter vzťahu medzi pacientom a lekárom.[13]

V komplexnej liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti uplatňujeme princípy „person centred care“, teda starostlivosti, ktorá je zameraná na potreby, želania a preferencie pacientov. Pri tomto type starostlivosti sú pacienti plnohodnotnými partnermi zdravotníkov. Schneider et al. (2013) v kvalitatívnej štúdii o situácii pacientov s vredom predkolenia v súvislosti s ich edukáciou zdôraznili, že dôležitou súčasťou liečby pacientov s vredom predkolenia je práve „person centred care“, starostlivosť zameraná na individuálne problémy a potreby. Pacienti sa snažia integrovať svoje ochorenie do každodenného života a maximalizovať svoju nezávislosť. Uprednostňujú individuálne poradenstvo pri pravidelnej liečbe pred skupinovým poradenstvom alebo stretnutiami s inými pacientmi s vredom predkolenia.[14] Dias et al. (2014) realizovali štúdiu zacielenú na hodnotenie kvality života pacientov s a bez venózneho vredu. Cieľom príspevku bola komparácia kvality života pacientov s chronickým venóznym ochorením s vredom a bez neho a identifikácia najviac postihnutých aspektov. V prierezovej štúdii so vzorkou 204 pacientov s chronickým žilovým ochorením bola kvalita života hodnotená pomocou dotazníka SF-36. Všetky aspekty kvality života boli viac ohrozené u pacientov s ulcus cruris venosum s vredom. Skóre kvality života pacientov s vredom bolo nižšie v porovnaní s pacientmi bez vredu vo všetkých doménach a rozmeroch SF-36, najmä v doménach fyzický aspekt a funkčná kapacita s veľmi nízkym skóre.[15] Situm et al. (2016) v štúdii Kvalita života a psychologické aspekty u pacientov s chronickým vredom konštatujú, že chronické rany výrazne znižujú kvalitu života mnohými spôsobmi, ako sú znížená pohyblivosť, bolesť, nepríjemný zápach.

Chronické rany predstavujú významnú záťaž pre pacientov, zdravotníkov a celý zdravotnícky systém. Medzi najčastejšie psychické reakcie na chronické ochorenia vrátane chronických rán patrí depresia, úzkosť, agresivita a frustrácia z neschopnosti vykonávať každodenné povinnosti. Psychologické faktory nemusia byť len dôsledkom oneskoreného hojenia, ale môžu mať vplyv aj na hojenie rán samotných. Úzkosť a depresia majú priamy dopad na endokrinné a imunitné funkcie.[16] Maddox (2012) v príspevku Účinky venóznej ulcerácie nôh na kvalitu života pacientov poskytuje prehľad literatúry o kvalite života ľudí s ulcus cruris. Komplexné psychologické a sociálne účinky ulcerácie na pacienta sa však často prehliadajú, pretože zdravotník sa zameriava predovšetkým na klinické aspekty starostlivosti o rany. Táto práca identifikuje dôležitosť akceptácie holistického prístupu k starostlivosti o pacientov s venóznymi vredmi na nohách s cieľom zlepšiť výsledky terapie a kvalitu života.[17] Personoon et al. (2004) v metaanalýze Vredy na nohách poskytuje prehľad ich vplyvu na každodenný život. Zámerom bolo získať informácie o vplyve vredov na nohách na každodenný život pacienta, ako je opísané v kvantitatívnych a kvalitatívnych štúdiách. Do analýzy bolo celkovo zahrnutých 37 štúdií. Všetky štúdie uvádzajú, že vredy na nohách predstavujú hrozbu pre fyzické fungovanie. Okrem toho sa uvádza negatívny vplyv na psychické fungovanie, v menšej miere aj na sociálne fungovanie. Hlavnými obmedzeniami sú bolesť a nehybnosť, po ktorých nasleduje porucha spánku, nedostatok energie, obmedzenia v práci a pri voľnočasových aktivitách, starosti a frustrácie, nedostatok sebaúcty. Pacienti majú výrazne horšiu kvalitu života v porovnaní so zdravými ľuďmi. Nakoniec pacienti uvádzali aj problémy s následnou liečbou, náznaky nedostatočnej liečby bolesti. To, že majú negatívny dopad na život pacienta, znamená, že mnohí pacienti trpia dlhší čas. Táto skutočnosť zdôrazňuje potrebu zamerať sa v starostlivosti o pacienta na aspekty kvality života a na nevyhnutný rozvoj programov komplexnej starostlivosti.

Psychologický rozmer vnímania kvality života predstavuje predovšetkým vlastnú osobnostnú pohodu. Je vysoko subjektívne vnímaná a u každého jedinca reprezentuje individuálny rozmer vnímania, charakterových vlastností. Výsledkom dlhodobej vysokej hladiny stresu je systémové poškodenie nadobličiek vysokou tvorbou a hladinou kortizolu, čo negatívne vplýva na biochemické procesy v tele, fyzický stav, vrátane zhoršenia psychického stavu, ktorý je osobitne prepojený so strachom. Strach a frustrácia: Pacienti s vredom predkolenia sa obávajú zhoršenia zdravotného stavu, tvorby nových rán, strach z bolesti ako aj novej traumy v podobe úrazu, čo potvrdzuje aj výsledok výskumu. Frustrácia sa vyskytuje v súvislosti s dĺžkou a náročnosťou liečby, zníženou sebestačnosťou a obmedzením spoločenských aktivít. K tomu sa pripája strach zo samoty, straty zamestnania, zvýšených výdavkov... Chronická rana ako taká a bolesť s ňou súvisiaca sa podieľajú na znížení kvality života aj v socializačnej stránke.

Zamestnanie a dostatočný finančný príjem tvoria ďalší z radu faktorov hodnotenia kvality života. Problém nastáva, keď je pacient nútený ukončiť výkon svojho povolania v dôsledku ochorenia, ktoré mu spôsobuje ťažkosti s chôdzou a bolesti. Pri výkone povolaní, kde je nutné dlhodobé státie alebo chôdza, napr. poštár, práca v pásovej výrobe, na stavbe, treba zmeniť zamestnanie, čo ohrozuje príjem pacienta, a tým zabezpečenie základných životných potrieb a nákladov spojených s liečbou. Hrozba zníženého príjmu a zvýšených výdavkov predstavuje rapídne zníženie kvality života pacienta, a to tak u zamestnaných pacientov ako aj u dôchodcov, čo vplýva na finančnú situáciu v rodine.[18]

DISKUSIA

Chronické ochorenie ulcus cruris venosum výrazným spôsobom zasahuje do života človeka a ovplyvňuje všetky jeho dimenzie života – fyzickú, psychickú, emocionálnu. Z hľadiska vplyvu na bežné denné aktivity ide predovšetkým o vplyv na pracovné a tiež voľnočasové aktivity. Život pacientov je negatívne ovplyvnený nielen fyzickými a funkčnými symptómami ale aj depresiou, úzkosťou, únavou a poruchami spánku.

Chronická choroba sa prejavuje dlhotrvajúcim často celoživotným priebehom. Vo výskume Ivanovej (2017) Fyzické, funkčné a emocionálne aspekty života pacientov s diagnózou ulcus cruris venosum zameranom na zmapovanie vybraných aspektov kvality života ako najvýraznejší problém bola identifikovaná bolesť u 92,38 % pacientov, vo funkčnej oblasti života obťažuje pacientov na začiatku liečby najviac pocit obmedzenia vo výkone bežných aktivít, čo potvrdilo 67,62 % opýtaných. V emocionálnej oblasti dominuje na začiatku liečby pocit napätia vo vzťahu s rodinou, túto skutočnosť uviedlo 47,62 % respondentov.[19] Psychická reakcia na dané ochorenie je ovplyvňovaná kvalitou dostupnej rodinnej podpory. Vondráčková (2014) zdôrazňuje, že toto ochorenie ovplyvňuje aj životný štýl a spoločenský život. Schmitz (2011) v štúdii Informačné potreby ľudí trpiacich žilovým vredom na nohách podčiarkuje, že informácie súvisiace s pacientom, sú orientované na potreby.

Hlavným cieľom pacientov je zvládať každodenný život a naučiť sa žiť s chronickým ochorením.

Tab. 1

Prehľadové štúdie psychosociálnych aspektov chorých trpiacich ulcus cruris venosum

Autor a rok	Ciele	Metódy	Výsledky
Schmitz, A. (2011)	Monitorovať informácie zamerané na potreby pacienta, ktoré pomáhajú pacientom zvládať každodenný život s chronickým ochorením.	Analýza 27 prepisov rozhovorov, ktoré poskytli ľudia s chronickou ulceráciou nôh.	Informácie zamerané na pacienta môžu byť návodom pre ľudí trpiacich venóznou ulceráciou nôh a ich rodinných príslušníkov, ale aj podporou pre ZP, aby odrážali ich profesionálne správanie a pochopenie.
Persoon, A. a kol. (2004)	Získať informácie o vplyve vredov na nohách na každodenný život pacienta.	V databázach Medline a Cinahl sa hľadali štúdie (celkovo bolo zahrnutých 37 štúdií) nasledovala „metóda snehovej gule“.	Hlavnými obmedzeniami sú bolesť a nehybnosť, porucha spánku, nedostatok energie, obmedzenia v práci a voľnočasových aktivitách, starosti a frustrácie a nedostatok sebaúcty. Pacienti majú výrazne horšiu kvalitu života v porovnaní so zdravými ľuďmi.
Dias, T.Y. et al (2014)	Porovnať kvalitu života pacientov s chronickým venóznym ochorením s vredom a bez neho a identifikovať najviac postihnuté aspekty.	Prierezová štúdia so vzorkou 204 pacientov s chronickým žilovým ochorením. Kvalita života bola hodnotená dotazníkom SF-36.	Skóre kvality života pacientov s vredom bolo nižšie v porovnaní s pacientmi bez vredu vo všetkých doménach a rozmeroch SF-36, najmä v doménach fyzický aspekt a funkčná kapacita, s veľmi nízkym skóre.
Maddox (2012)	Manažment ulcerácie nôh predstavuje hlavnú zložku pracovnej záťaže komunitného ošetrovateľstva, pričom komunitné sestry trávia približne polovicu svojho času liečením pacientov s vredmi na nohách.	Prehľad literatúry o kvalite života ľudí s vredmi na nohách.	Táto štúdia identifikuje dôležitosť prijatia holistického prístupu k starostlivosti o pacientov s venóznymi vredmi na nohách s cieľom zlepšiť výsledky a kvalitu života.
Schneider et al (2013)	Aby sa pacienti mohli aktívne podieľať na zvládaní chronického ochorenia, potrebujú informácie, ktoré zodpovedajú ich individuálnym potrebám.	Kvalitatívny dizajn štúdie. V prvom kroku sa realizovalo päť naratívnych rozhovorov. V druhom kroku sedem rozhovorov.	Analýza identifikovala 4 vzájomne prepojené hlavné kategórie: život s chorobou, skúsenosti so starostlivosťou o rany, byť odborníkom a vzdelávacie potreby.

ZÁVER

Vredy predkolenia sú jedným z najbežnejších medicínskych problémov. Efektívna liečba si vyžaduje presnú diagnózu a úzku interdisciplinárnu spoluprácu. Pri terapii ulcus cruris je nutná dôkladná znalosť etiológie, klinického obrazu, diagnostiky a základných terapeutických postupov pri jednotlivých typoch vredov. V neposlednom rade v procese hojenia ulcus cruris zohráva veľmi dôležitú úlohu pacient, pretože bez jeho dôvery a aktívnej spolupráce možno len ťažko dosiahnuť adekvátny úspech.

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva FZO PU v Prešove
Partizánska 1, 080 01 Prešov, SR
iveta.ondriova@unipo.sk

LITERATÚRA

1. Hlinková, E.; Nemcová, J.; Huľo, E. *Management chronických rán*. Praha: Grada Publishing, a.s.; 2019. 231 s.
2. Cibulková, M. Ošetrovanie pacienta s ulcus cruris v domácnosti – praktické skúsenosti. Revue medicíny v praxi. 2013;11(3):25–26.
3. Péč, J. Silne secernujúci vred predkolenia. Revue medicíny v praxi. 2013;11(4):29–30.
4. Vondráčková, D. Bolesti u bércových vředů a jejich léčení. Med. praxi. 2014;11(4):155–158.
5. Otrubová, J. Ulcus cruris – možnosti využitia vlhkej terapie. Revue medicíny v praxi. 2013; 11(1):21–22.
6. Hnátek, L. Farmakoterapie chronického žilního onemocnění. Med. praxi. 2014;11(4):159–163.
7. Kožuchová, M. et al. *Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti* 1. Martin: Osveta; 2019. 373 s.
8. Dobosonyová, A.; Jankechová, M.; Mazanová, D. *Využitie moderného terapeutického krytia v starostlivosti o rany*. Mladá Fronta. 2016;12 (1–2):40–41.
9. Slonková, V.; Vašků, V. Kvalita života, sociálně-ekonomické aspekty bércových vředů a nové možnosti celkové terapie. *Dermatol. praxi.* 2014;8(3):89–91.
10. Vraníková, L. Manažment nehojaceho sa vredu predkolenia. *Dermatol. prax.* 2020;14(1): 6–8.
11. Heizerová, M. Vredy predkolenia z pohľadu dermatológa. Via practica. 2013;10(3–4):137–140.
12. Kalný, J. Léčba žilního bércového vředu. *Dermatol. prax.* 2014;8(1):22–24.
13. Schneider, I.; Keller, A.; Fleischer, S.; Berg, A. „Und ‘Propagandamaterial’ ist auch viel da“. Eine qualitative Studie zur Situation von Patienten mit Ulcus cruris und ihren Bedürfnissen hinsichtlich Patientenedukation [And there are always enough ‘promo leaflets’. A qualitative study on the situation of leg ulcer patients and their needs in regard to patient education]. Pflege Z. 2013;66(8):488–93.
14. Dias, T. Y.; Costa, I. K.; Melo, M. D.; Torres, S. M.; Maia, E. M.; Torres G. de V. Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer. Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(4): 576–81. doi: 10.1590/0104-1169.3304.2454.
15. Situm, M.; Kolić, M.; Spoljar, S. Quality of life and psychological aspects in patients with chronic leg ulcer. Acta Med Croatica. 2016;70(1):61–3.
16. Maddox, D. Effects of venous leg ulceration on patients’ quality of life. Nurs Stand. 2012; 26(38):42–9. doi: 10.7748/ns2012.05.26.38.42.c9111.
17. Persoon, A.; Heinen, M. M.; van der Vleuten, C. J.; de Rooij, M.J.; van de Kerkhof, P. C.; van Achterberg, T. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. J Clin Nurs. 2004;13(3): 341–54. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00859.
18. Ivanová, D. *Fyzické, funkčné a emocionálne aspekty života pacientov s diagnózou ulcus cruris venosum*. Rigorózna práca. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne. Fakulta zdravotníctva. Trenčín: FZ TnUAD; 2017. s. 111.
19. Schmitz, A. Informationsbedarf von Menschen mit Ulcus cruris venosum. Expertenwissen Betroffener als Grundlage für patientenzentrierte Informationen [Information needs of people suffering from venous leg ulcer. Expertise of people concerned as a basis of patient-centered information]. Pflege. 2011;24(3):161–70. doi: 10.1024/1012-5302/a000117.

SCABIES NORVEGICA U IMUNOSUPRIMOVANÉHO PACIENTA

Pidodvirna, I. Krajská zdravotní a.s., Teplice

SOUHRN: **Svrab u pacientů s imunosupresivní terapií nebo imunodeficiencí je v ordinaci dermatologa výzvou vzhledem ke specifickým kožním nálezům, které se mohou podobat například lupénce nebo jiným dermatózám.**

KLÍČOVÁ SLOVA: scabies – scabies norvegica – imunosuprese – lokální terapie

SUMMARY: Case report of scabies norvegica in an immunosuppressed patient. Scabies in patients with immunosuppressive therapy or immunodeficiency is sometimes a challenge for the dermatologist due to specific skin findings resembling, for example, psoriasis or other dermatoses.

KEY WORDS: scabies – scabies norvegica – immunosuppression – local therapy

> Scabies je celosvětový globální problém s incidencí cca 300 miliónů případů ročně, postihující osoby všech věkových kategorií, ras a socioekonomických skupin.

ÚVOD

Scabies je onemocnění, s nímž se setkává každý dermatolog nesčetněkrát za dobu své praxe. Může se zdát, že neexistují žádné překážky na cestě ke stanovení správné diagnózy: neustupující pruritus, zvláště v nočních hodinách, patognomonické projevy na kůži, anamnéza kontaktu s jinými nemocnými s podobnými projevy – to jsou jasné signály… Občas se ale stane, že správnou diagnózu stanovíme až po nějaké době pátrání.

Scabies je infekční parazitární onemocnění, které se přenáší z člověka na člověka, ve vzacných případech ze zvířete na člověka. Inkubační doba je cca od 2 do 6 týdnů.[4] Onemocnění vyvolává zákožka svrabová – Sarcoptes scabiei.
Do rizikových faktorů onemocnění patří např.:

- malnutrice
- nedostatečná hygiena

Obr. 1 Hyperkeratotické nánosy na břiše, v tříslech a na genitálu

- práce v ošetřovatelských ústavech
- bezdomovectví / chudoba
- imunodeficience

Onemocnění se přenáší těsným kontaktem, např. podáním rukou, kontaminovaným předmětem, např. ložním prádlem, ale nezřídka i pohlavním stykem.[1]

Na správnou diagnózu nás většinou navede klinický obraz a anamnéza. Laboratorně u některých pacientů prokážeme elevaci IgE a eosinofilie v krevním obraze. Z moderních diagnostických metod využíváme polymerázovou řetězovou reakci (PCR) k detekci DNA roztočů rodu Sarcoptes přímo v kožních šupinách.[1]

KAZUISTIKA

Na kožní oddělení byl přijat pacient k akutnímu vyšetření pro rozsáhlý celotělový exantém. Pacient byl měsíc léčen ambulantně, cestou PL byla nasazena lokální kortikoidní léčba – Betamethason, celkově antihistaminika, v diagnostických rozpacích přidán kalcipotriol – vše bez efektu, navíc došlo ke zhoršení projevů.

Z anamnestického rozhovoru s pacientem vyplynulo, že má komplexní a zajímavou zdravotní historii. V době vyšetření bylo pacientovi 78 let; v roce 2011 prodělal transplantaci srdce pro kardiomyopatii, v chronické medikaci od té doby byla imunosupresiva – takrolimus a mykofenolát mofetil. Jak víme, dané preparáty mohou časem vést k rozvoji malignit, dost často k melanomu. U našeho pacienta se zpočátku rozvinul karcinom močového měchýře, později adenocarcinom prostaty. V rámci postižení močové soustavy došlo k bilaterální hydronefróze, proto byly zavedeny dvě nefrostomie. Laboratorně byla prokázána trombocytopenie, normochromní anemie, leukopenie, svědčící pro útlum kostní dřeně s další negativní dynamikou. Nález byl konzultován s transplantologickým centrem; bylo doporučeno vysadit jedno z imunosupresiv.

Subjektivně pacient udával výrazné svědění narušující spánek, podobné potíže měla i manželka. Lokálně byla zřetelná rozsáhlá hyperkeratotická splývající ložiska, převážně na bocích (obr. 1), na genitálu (obr. 2), v axilách (obr. 3) a na břiše (obr. 4).

Obr. 2 Hyperkeratotické projevy v podpaží

Obr. 3 Rozsah onemocnění s generalizací i na záda

V diferenciální diagnostice se zvažovaly hlavně dvě diagnózy: Pemphigus vegetans a Scabies norvegica. Pro potvrzení bylo rozhodnuto doplnit probatorní excizi, kterou pacient odmítl. Za hospitalizace byl negativisticky naladěn, odmítal i běžná vyšetření. Vzhledem k osobní anamnéze, klinickému obrazu a údajům o podobných potížích manželky, byla empiricky lokálně zahájena léčba 20% sírovou vazelínou po dobu 5 dní a keratolytiky s dobrou odpovědí – nánosy hyperkeratóz se odloučily, pruritus se zmírnil, nové projevy za hospitalizace nevznikly. Léčba ivermektinem nebo permethrinem se nenasazovala. Pacienta jsme předali do péče ortopedického odděleni pro TAP kyčle, jakmile to jeho stav dovoloval.

DISKUZE

Scabies je celosvětový globální problém s incidencí cca 300 miliónů případů ročně, postihující osoby všech věkových kategorií, ras a socioekonomických skupin. Pacienti se špatným smyslovým vnímáním a imunokomprimované osoby v důsledku stavů jako je transplantace, onemocnění virem lidské imunodeficience (HIV) a stáří, jsou zvláště ohroženi krustovou variantou.[3] Tyto skupiny vykazují klinicky atypické léze a často jsou špatně diagnostikovány, čímž se oddaluje léčba a zvyšuje riziko lokálních epidemií.

Obr. 1

Proces symetrický bilaterální

ZÁVĚR

Vzhledem ke specifice kožních projevů u krustového svrabu – rozsahlá hyperkeratotická ložiska především na loktech, kolenou, dlaních a na ploskách – je snadné zaměnit diagnózu s psoriázou nebo těžkým ekzémem.[3] Je proto nezbytné důsledně vyšetřovat pacienty s imunosupresí a pacienty nereagující na obvyklou léčbu pro stanovení správné diagnózy.

MUDr. Iryna Pidodvirna
Krajská zdravotní a.s.
Duchcovská 53, Teplice
+420 417 519 305
ira.pidodvirna@gmail.com

LITERATÚRA

1. Kauffman, C.L. Scabies. 2022; 11. Dostupné z: https://emedicine.medscape.com/article/1109-204-overview. [cit. 2024-8-15].
2. Švecová, D; Chmurová, N.; Pallová, A.; Babál, P. Norwegian Scabies in Immunosuppressed Patient Misdiagnosed as an Adverse Drug Reaction. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 58, 2009, č. 3, s. 121–123.
3. Lauren, T. Crusted scabies. *DermNet*. Oct. 2021. Dostupné z: https://dermnetnz.org/topics/crusted-scabies. [cit. 2024-8-15].
4. Benáková, N. a kol. *Moderní farmakoterapie v dermatologii*. Parazitární dermatózy. 2. dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2023. ISBN 978-80-7345-766-2.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU EBGLYSS
Název přípravku: Ebglyss 250 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce; Ebglyss 250 mg injekční roztok v předplněném peru. Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje 250 mg lebrikizumabu ve 2 ml roztoku (125 mg/ml); Jedno předplněné pero k jednorázovému použití obsahuje 250 mg lebrikizumabu ve 2 ml roztoku (125 mg/ml). Pomocné látky: histidin, ledová kyselina octová, sacharosa, polysorbát 20 a voda pro injekci. Roztok je čirý až opalizující, bezbarvý až slabě nažloutlý až slabě nahnědlý, bez viditelných částic. **Terapeutické indikace:** Přípravek Ebglyss je indikován k léčbě středně těžké až těžké atopické dermatitidy u dospělých a dospívajících od 12 let s tělesnou hmotností nejméně 40 kg, kteří jsou kandidáty na systémovou terapii. **Dávkování:** Léčba má být zahájena lékaři se zkušeností v diagnostice a léčbě atopické dermatitidy. Doporučená dávka lebrikizumabu je 500 mg (dvě injekce po 250 mg) v 0. týdnu a 2. týdnu, následovaná dávkou 250 mg podávanou subkutánně jednou za dva týdny až do 16. týdne. Po dosažení klinické odpovědi je doporučená udržovací dávka lebrikizumabu 250 mg jednou za čtyři týdny. Zvláštní populace: nedoporučuje se žádná úprava dávky. Pediatrická populace: Bezpečnost a účinnost lebrikizumabu u dětí ve věku od 6 měsíců do 12 let ani u dospívajících ve věku od 12 do 17 let s tělesnou hmotností nižší než 40 kg nebyly dosud stanoveny. Nejsou dostupné žádné údaje. **Způsob podání:** Subkutánní injekci do stehna nebo do břišní krajiny, s výjimkou oblasti 5 cm kolem pupku. Pokud injekci aplikuje jiná osoba, může být podána také do horní části paže. U úvodní dávky 500 mg je třeba podat dvě 250mg injekce po sobě do různých míst. Při každé injekci se doporučuje střídat místo vpichu. Injekce nesmí být aplikována do citlivé nebo poškozené kůže nebo do oblastí kůže s přítomností modřin nebo jizev. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pokud se objeví systémová hypersenzitivní reakce (okamžitá nebo opožděná), musí se Ebglyss přestat podávat a musí se zahájit příslušná léčba. Pacienti léčení Ebglyssem, u nichž dojde k rozvoji konjunktivitidy přetrvávající i po standardní léčbě, mají podstoupit oftalmologické vyšetření. Pacienti s již existujícími helmintovými infekcemi mají být léčeni před zahájením léčby Ebglyssem, pokud se pacienti infikují během léčby Ebglyssem a nereagují na antihelmintickou léčbu, musí být léčba lebrikizumabem přerušena, dokud infekce nevymizí. Je třeba se vyhnout současné aplikaci živých a živých atenuovaných vakcín. Doporučuje se, aby pacienti před zahájením léčby lebrikizumabem absolvovali veškerou imunizaci vhodnou pro daný věk. Za účelem zlepšení sledovatelnosti biologických léčivých přípravků, se má přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Studie na zvířatech neprokázaly žádnou poruchu fertility. Údaje o podávání lebrikizumabu těhotným ženám jsou omezené, podávání Ebglyssu v průběhu těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se lebrikizumab vylučuje do lidského mateřského mléka. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Ebglyss nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Konjuktivitida, alergická konjuktivitida, suché oko, reakce v místě injekce, herpes zoster, eozinofilie, keratitida, blefaritida. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 - 8 °C). Chraňte před mrazem. Po vyjmutí z chladničky nutno uchovávat při teplotě do 30 °C a použít do 7 dnů nebo zlikvidovat. Po uložení mimo chladničku nevracet přípravek zpět do chladničky. Neprotřepávat. Uchovávat v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Reg. čísla:** EU/1/23/1765/001; EU/1/23/1765/007. **Velikosti balení:** 250MG INJ SOL ISP 1X2ML; 250MG INJ SOL PEP 1X2ML. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Almirall, S.A. Ronda General Mitre, 151, 08022 Barcelona, Španělsko. **Způsob úhrady a výdeje:** Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 7/2024

▽ 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 seznamte s úplnou informací o přípravku.

* U pacientů s odpovědí na léčbu (pacientů, kteří dosáhli skóre EASI-75 nebo IGA 0/1 s ≥ 2bodovým snížením skóre bez podání záchranné léčby); $p < 0,001$ oproti placebu v 16. týdnu.[5]

AD – atopická dermatitida; IL-13 – interleukin-13

Reference: 1. EBGLYSS® Souhrn údajů o přípravku; **2.** Silverberg JI, et al. N Engl J Med. 2023 Mar 23;388(12):1080–1091; **3.** Blauvelt A, et al. Br J Dermatol. 2023 May 24;188(6):740–748; **4.** Simpson EL, et al. JAMA Dermatol. 2023 Feb 1;159(2):182–191. Erratum in: JAMA Dermatol. 2023 Jul 19; **5.** Paller AS, et al. Dermatol Ther (Heidelb). 2023 Jul;13(7):1517–1534; **6.** Guttman-Yassky E, et al. SKIN The Journal of Cutaneous Medicine, 7(6), s271

almirall
feel the science

Almirall s.r.o.
Pujmanové 1753/10, 140 00 Praha 4 | tel.: +420 296 187 334
www.almirall.com/czechia | info.czechia@almirall.com
CZ-EBG-2400022, říjen 2024

VĚDOMOSTNÍ **TEST**

1 Jaké projevy jsou typické pro anetodermii?
a) diskrétní ložiska ochablé kůže, která jsou měkká, mírně vyklenutá
b) verukózní léze, papuly
c) puchýřnaté projevy, makuly
d) erytemoskvamózní projevy

2 V jaké oblasti se nejčastěji objevují projevy anetodermie?
a) trup, záda, končetiny
b) obličej
c) dlaně, plosky
d) kštice

3 Jaký typ speciálního barvení se používá u elastických vláken?
a) barvení Verhoeff – van Gieson
b) barvení Kongo červení
c) barvení metodou PAS
d) barvení dle Giemsy

4 Ktoré tvrdenie o účinkoch antimalarík je pravdivé?
a) antimalariká sa u pacientov s myastheniou gravis a preexistujúcou retinopatiou nasadzujú len za prísneho monitoringu chorých
b) oftalmologická kontrola je u pacientov odporúčaná pred nasadením antimalarickej liečby a následne v polročných intervaloch
c) benefit liečby hydroxychlorochínom (HCQ) je rýchly nástup účinku už do dvoch týždňov od podania prvej dávky
d) HCQ sa odporúča v maximálnej dennej dávke 5 mg/kg telesnej hmotnosti

5 Do rizikových faktorů scabies hominis patří:
a) časté záněty HCD
b) práce v zaprášeném prostředí
c) malhygiena
d) očkování

6 Celosvětový výskyt lupénky se odhaduje na:
a) 1–3 %
b) 3–5 %
c) 5–10 %
d) 10–12 %

7 Nociceptory reagují na podněty:
a) mechanické
b) chemické
c) termické
d) všechny výše uvedené

8 Scabies je:
a) virové onemocnění
b) bakteriální
c) parazitární
d) prionové

9 Ochorenie ulcus cruris venosum predstavuje najvyššie percento ulcerácií na dolných končatinách (DK). Ide o:
a) chronické ochorenie s častou recidívou, zahŕňajúcou zdĺhavé hojenie a dlhodobú liečbu
b) akútne ochorenie bez recidívy
c) ochorenie subakútne s častou recidívou
d) chronické ochorenie

10 Najzávažnejšou komplikáciou ochorenia ulcus cruris venosum je:
a) chronická venózna insuficiencia
b) zmena kvality života
c) zdĺhavé hojenie
d) lokálne bolesti

CENA ZA NEJRYCHLEJŠÍ ODPOVĚĎ

MUDr. KOČNÁROVÁ Naďa
Praha 6

Správné odpovědi z čísla 2/2024

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

VÝHERCI VĚDOMOSTNÍHO TESTU z čísla 3/2024:

MUDr. KRŠKOVÁ Pavlína
České Budějovice

MUDr. METZNEROVÁ Věra
Nové Město n/M

MUDr. VESELÝ Jiří
Říčany

Vyberte jednu nebo více správných odpovědí a zapište je do tabulky. **Tabulku zašlete do 31.10.2024 prostřednictvím elektronického formuláře umístěného na stránkách časopisu 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 2024 věnuje a zasílá značka: **La Roche-Posay**.

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

EFFACLAR DUO+M

TROJITÁ UČINNOST PROTI NEDOKONALOSTEM

Speciálně vyvinuto pro mastnou pleť se sklonem k akné, určeno pro dospělé i dospívající.

AKTIVNÍ LÁTKA [PHYLOBIOMA]

RVD 4/2024

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

Jméno

Korespondenční adresa

Telefon

E-mail

ZÁPIS ZE SCHŮZE VÝBORU ČDS KONANÉ DNE 6.6.2024 V OLOMOUCI

Přítomni: prof. Arenberger, prof. Arenbergerová, as. Benáková, prof. Cetkovská, prim. Diamantová, prim. Drlík, doc. Ettler, Dr. Jarešová, as. Dr. Litvik, prim. doc. Slonková, Dr. Rafčíková, prof. Štork
Omluveni: Dr. Zákoucká
Místo: Hotel Clarion, Olomouc
Čas: 11.00–12.30 h

PROGRAM

Projednáno

A. Kontrola zápisu ze schůze výboru ČDS konané dne 25.4.2024 – rozeslán e-mailem, připomínkován a schválen.
B. Nově projednáno:

1. Detaily přípravy 19. kongresu ČDS-SDVS v Olomouci
   Přihlášeno 677 účastníků. Byla vytvořena aplikace SLIDO, která umožňuje klást otázky a také má přístup k aktuálnímu programu.

2. Stanovisko k používání léčebného přípravku Dupixent pro SÚKL
   V mezidobí od poslední schůze výboru bylo finalizováno a odesláno stanovisko k HoZ LP Dupixent. Samostatnou součástí dopisu je formální upozornění pro SÚKL na nepřesnosti v dotčené HoZ, mj. i na citaci článku Machovcová et al. Atopická dermatitida: současná doporučení pro diagnostiku a léčbu II (2023) jako doporučených postupů ČDS ČLS JEP. Prof. Cetkovská následně, jako jedna ze spoluautorek, informovala, že to může být vnímáno negativně. V následných emailových diskusích, a i na tomto výboru, se problematika podrobně probírala. Výbor závěrem konstatuje, že interpretace tohoto nezbytného formálního odlišení jako záměr směřující v neprospěch autorů i výboru je chybný. Naopak úsilí autorů článku, recenzentů a redakce je letos na kongresu ČDS oceněno udělením ceny za nejlepší publikaci 2023 v kategorii souhrnných článků časopisu Čs. Dermatologie.

3. Stanovisko k používání léčebného přípravku Spevigo
   Doporučení výboru pro zpřístupnění preparátu v ČR i po získání trvalé úhrady alespoň ve stávajících dvou centrech zpracuje pro VZP prof. Arenberger.

4. Schvalování moderních léků pro areátní alopecie
   Zatím je možné předepisovat inhibitory JAK pouze na § 16, týká se ale také nových léků na hidradenitidu a další linie léčby melanomu. Je vhodné klást důraz na medicínské hledisko. K problému se vyjádří ve svém vystoupení také zítra Ing. Kabátek (generální ředitel VZP), který zdůrazňuje 3 podmínky pro schválení mimořádné úhrady: neúhrada přípravku, výjimečnost situace a jediná možnost léčby.

5. Návrh protokolu analýzy dat vykazované péče u pacientů s chronickou urtikárií
   Výbor ČDS podporuje analýzu dat pacientů s chronickou urtikárií podle draftu protokolu, který byl předložen a vznikl ve spolupráci Kanceláře zdravotních pojišťoven za necílené podpory grantem společnosti Novartis.

6. Žádost o zřízení centra biologické léčby pro kožní ambulanci Městské nemocnice Ostrava
   Žádost podává prim. MUDr. Fuksová. Výbor ČDS znovu projednal a požádal o doplnění údajů.

7. Žádost o zřízení centra biologické léčby pro kožní ambulanci Dr. Eva Fialová na Praze 6
   Výbor žádost schvaluje.

8 Multioborové setkání dermatologů se segmentem primární péče a sesterskou sekcí v září v Praze
   Proběhla informace o přípravách, byla již vytvořena pozvánka a možnost přihlášení. Ve stejném termínu se koná také seminář primářů v Trutnově.

9. Faktura za web ČDS
   Faktura za web za půl roku ve výši 17 800 Kč schválena k proplacení.

10. Noví členové
    Přijati dva noví členové.

11. Web ČDS – výběr dodavatele
    Doc. Ettler informuje o třetí došlé nabídce. Pro nedostatek potřebného času však nebyl při tomto jednání výboru ČDS proveden výběr dodavatele. Doc. Ettler byl pověřen tabelárním zpracováním nabídek, rozesláním členům výboru ČDS a poté do konce června 2024 se per rollam provede výběr dodavatele.

12. Různé
    Společnost Coquio nám opět jako každý rok zpracovala podklady pro dohodovací řízení týkající se našich požadavků k navýšení prostředků na biologickou a další cílenou centrovou léčbu v kategorii PSO, nyní na rok 2025. Dermatologické indikace i objem financí na biologickou a další cílenou léčbu se nám každoročně dařilo velmi dynamicky rozvíjet. V dermatologii, na rozdíl od jiných odborností (například revmatologie a další), proto díky tomu narůstal velmi pozitivně index navýšení úhrady, v letech 2022/2023/2024 pro každý rok 1,29/1, 24/1, 27, tedy o 29, 24 a 27 procent. Na rok 2025 bychom optimálně potřebovali navýšení o 31 procent, o které při očekávané takzvané „nedohodě" v dohodovacím řízení budeme žádat. Letos je však situace s ohledem na špatné bilance pojišťoven velmi nepříznivá.

Příští schůze výboru ČDS: 12.9.2024 v Praze

Zapsal: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.
Dokument je publikován v souladu se zásadami GDPR.

ZÁPIS ZE SCHŮZE VÝBORU ČDS KONANÉ DNE 12.9.2024 V PRAZE

Přítomni:	prof. Arenberger, prof. Arenbergerová, as. Benáková, prof. Cetkovská, prim. Diamantová, prim. Drlík, doc. Ettler, Dr. Jarešová, as. Dr. Litvik (účast do 12.00 h, pak omluven z důvodu služební cesty), prim. doc. Slonková, Dr. Rafčíková
On-line:	prof. Arenbergerová
Omluveni:	prof. Štork, Dr. Zákoucká
Svolavatel:	prof. Arenberger
Místo:	Knihovna dermatovenerologické kliniky, VFN, U Nemocnice 2, Praha 2
Čas:	10.00–15.00 h

PROGRAM

Projednáno pod vedením předsedajícího prof. Arenbergera:

Výbor schválil

1. zápis ze schůze 6. 6. 2024
2. společnost Biheler jako zhotovitele nových webových stránek
3. záštitu 48. brněnským onkologickým dnům
4. podání žádosti o grant u spol. Pfizer na pořádání semináře v Parlamentu ČR
5. podpis trojstranné smlouvy s UCB na sponzorství při organizaci Hradeckých dnů 2024
6. zahájení přípravy upravených podmínek pro nová Centra biologické léčby z podnětu VZP a s okamžitou platností pozastavení přijímání nových žádostí
7. doporučení žádosti o Centrum biologické léčby z Kožního oddělení nemocnice Kolín
8. stanovisko prof. Arenbergera schválené per rollam pro srpnové zasedání Etické komise VFN
9. spolupráce s ambulantními dermatology pokračuje trvale z principu, že ambulantní dermatologové tvoří většinu naší členské základny. Probíhá prostřednictvím všech členů výboru ČDS. S výborem SADu aktuálně spolupracuje předseda ČDS, zejména při tvorbě nových kódů. Výbor ČDS se proto po delší diskusi hlasováním rozhodl zrušit funkci 2. místopředsedy ČDS pro ambulantní dermatologii, která se z tohoto pohledu nejeví jako nezbytná. Pro zrušení hlasovalo 5 členů včetně předsedy, 4 proti, 1 se zdržel hlasování. Tato agenda ale nadále zůstává aktuální a jako u jiných oblastí působnosti výboru ji není potřeba institucionalizovat
10. záštitu pro sérii seminářů o systémové léčbě v dermatologii pro společnost Johnson & Johnson
11. dokument pro zdravotní pojišťovny a MZd, vypracovaný prof. Arenbergerem, k tématu nového zařazení deukravacitinibu do arzenálu systémové léčby psoriázy k usnadnění práce v Centrech biologické léčby
12. přijetí 9 nových členů ČDS
13. udělení odměny paní J. Čížkové za dodatečnou práci pro výbor
14. návrh na technického pořadatele (Jasta) a termínu Derma Update 2025 na středu 5.2.2025 v Cubex centru, Praha 4, Pankrác

Výbor pověřil

1. doc. Ettlera a Dr. Rafčíkovou jednáním při návrhu a konstrukci nových stránek, zpráva na příští schůzi
2. prof. Arenbergera, Dr. Jarešovou a Dr. Rafčíkovou k účasti na sjezdu SAD
3. doc. Ettlera a prof. Arenbergera k odeslání žádosti Společnosti pro rehabilitační a fyzikální medicínu ke sdílení kódu 21113
4. doc. Ettlera k oslovení potenciálních pořadatelů odborných akcí ČDS s cílem sestavení kalendáře na 2025
5. prof. Arenbergera k předání smlouvy s FN Ostrava o zpracování dat týkajících se podávání biologik k posouzení právníkem ČLS

Výbor rozhodl

1. pracovní verze zápisu budou rozesílány členům výboru týden před následující schůzí k internímu připomínkování
2. nereflektovat na požadavek Lymfologické společnosti ČLS JEP ke zrušení Lymfologické sekce ČDS

Výbor vzal na vědomí

1. zhodnocení kongresu ČDS-SDVS v Olomouci 6.–8.6.2024
2. návrh VZP, aby se výkon 44112 nepoužíval u fototerapie. Zatím bez odpovědi VZP na vyslovené námitky
3. návrh vyhlášky o telemedicínských službách, diskutována i SkinVision k sebevyšetřování znamének
4. přehled kombinací výkonů, které lze vykazovat společně
5. v úhradové vyhlášce pro rok 2025 se podařilo na základě analýzy specializované agentury a následného dopisu a jednání prof. Arenbergera se zúčastněnými subjekty vyjednat navýšení úhrady biologik pro dermatologii o 30 %
6. seminář dětské dermatologie (18.10.2024) byl oceněn kredity ČLK
7. lékovou agendu s následujícími položkami **Cosentyx** (sekukinumab): v indikaci hidradenitis suppurativa SÚKL nepřiznal úhradu – „pro nejednoznačnou a nedostatečně podloženou výši přínosů“
   Taltz (ixekizumab): nepřiznání 1. linie biologické léčby u psoriázy – „neboť jeho použití v uvedených indikacích nesplňuje podmínku účelné terapeutické intervence“. (Pozn. týká se balení Taltz 80 mg inj sol pep 3x 1ml – kód 0209311; podmínky pro balení Taltz 80 mg inj sol pep 2x 1ml – kód 0209310 – se nemění).
   Pembrolizumab: získal úhradu v léčbě melanomu ve stadiu IIB a IIC

Výbor vyzval

1. kožní ambulanci Černý Most s.r.o. k doplnění žádosti na Centrum biologické léčby
2. členy ČDS, aby zasílali návrhy na potřebnost navýšení hodnoty výkonů

Výbor vyslechl

1. informaci prof. Arenbergerové k jednání na MZd ke kvalifikaci k provádění estetických dermatol. výkonů
2. lékovou agendu s následujícími položkami
   Opdualag (relatlimab + nivolumab): přiznání úhrady této kombinace v léčbě pokročilého MM v 1. linii
   Dupixent (dupilumab) - 2. HoZ: SÚKL reaguje na naše připomínky a vysvětluje, proč může přiznat jednu další zvýšenou úhradu (DZÚ) u dětí jen v kategorii 6–12 (a ne 6–18 let, jak jsme navrhovali). DZÚ lze totiž přiznat, jen pokud v dané kategorii není žádný srovnatelně účinný lék k dispozici – a tím je v kategorii 12–18 let upadacitinib. Dále naše formální připomínky zohlednili a v „Doporučení k léčbě AD“, napravili znění na „středně těžkou až těžkou AD“ v schématu léčby dle EDF. Stran námi navrhované úpravy indikační formulace dupixentu u dětí (zjednodušující a odpovídající indikaci dle doporučených postupů EDF). SÚKL uvádí, že pro zahájení jednání to musí být výrobce, kdo žádá, ne OS.

Sotyktu (deucravacitinib): přiznání úhrady u psoriázy v následujícím znění:
P: Léčivé přípravky s obsahem deukravacitinibu jsou hrazeny v indikaci středně těžké až těžké psoriázy s PASI více než 10 u dospělých, kteří již podstoupili alespoň jeden z následujících způsobů konvenční systémové léčby: acitretin, cyklosporin, methotrexát, dimethylfumarát nebo fototerapii (PUVA či NBUVB). Ukončení léčby deukravacitinibem nebo převedení na další terapii je indikováno v případě: - nedosažení hodnoty PASI 75 po 16 týdnech léčby deukravacitinibem, - poklesu účinnosti léčby deukravacitinibem pod PASI 50 nebo v intervalu PASI 50–75, ale se současnou hodnotou DLQI větší nebo rovno 5
Elidel (pimekrolimus): schválení indikace atopické dermatitidy v kategorii tři měsíce – dva roky
Ebglyss (lebrikizumab – Almirall): přiznání úhrady u těžké atopické dermatitidy, podmínky jako Dupixentu (a JAKinibů)

3. Informaci o pokračování ve vydávání časopisu Čs. dermatologie dle redakčního plánu a v původním složení redakční rady. Odbornými garanty jsou prof. Arenberger, as. Benáková, doc. Ettler, Dr. Drlík s administrativní podporou přednosty kliniky VFN doc. Kodeta

Příští schůze výboru ČDS: 17.10.2024 v Praze

Zapsal: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.
Ověřil: Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc, MBA, FCMA
Dokument je publikován v souladu se zásadami GDPR.

ZÁPIS ZE SCHŮZE VÝBORU ČDS KONANÉ DNE 17.10.2024 V PRAZE

Přítomni:	prof. Arenberger, prof. Arenbergerová, as. Benáková, prof. Cetkovská, prim. Diamantová, prim. Drlík, doc. Ettler, Dr. Jarešová, as. Dr. Litvik
On-line:	prof. Arenbergerová, Dr. Rafčíková, prim. doc. Slonková
Omluveni:	prof. Štork, Dr. Zákoucká
Svolavatel:	prof. Arenberger
Místo:	Knihovna dermatovenerologické kliniky, VFN, U Nemocnice 2, Praha 2
Čas:	10.00–11.30 h; 11.45–14.20 h

PROGRAM

Projednáno pod vedením předsedajícího prof. Arenbergera:

Výbor projednal:

1. **Návrh na tvorbu nových stránek webu ČDS se společností BIHELER** – toho času je v procesu podepisování (za ČLS podepisuje vedoucí sekretariátu České lékařské společnosti JEP).
2. **Platbu za doménu derm.cz a webhosting Webnode Mini na rok 2025** (ve výši 499 Kč + 2 866 Kč) a schválil její proplacení.
3. **Stanovisko k aplikaci nesíťované kyseliny hyaluronové** v rámci živnostenského oprávnění pro MZČR: protože se jedná o narušení integrity kůže, výbor ČDS nesouhlasí s uvolněním této metody pro laické provádění a schválil stanovisko pro MZd, odeslané prof. Arenbergerem. Problematika je v návrhu řešení v novém Zákoně o zdravotních službách, který je t.č. v připomínkovém řízení.
4. **Poskytnutí záštity akci Trýbův den 21.–22. 11. 2024 v Brně** (žádá prof. H. Jedličková – www.dermaden.cz/index): výbor ČDS záštitu uděluje.
5. **Pořízení triček EADV** pro 4 mladé dermatology reprezentující českou dermatologii v soutěži na podzimním Kongresu EADV v Amsterdamu: výbor ČDS souhlasí.
6. Žádost o zřízení **Centra biologické léčby v Městské nemocnici Ostrav**a (podává prim. MUDr. P. Fuksová): výbor ČDS žádost podpořil.
7. Žádost o zřízení **Centra biologické léčby v Kožní ambulanci Černý Most, Praha** (podává jednatel T. Juříček): výbor ČDS žádost podpořil.
8. Žádost o zřízení **Centra biologické léčby ve spol. Proderma s.r.o.** (podává ředitel MUDr. M. Sklenář): výbor ČDS projednání s ohledem na rozhodnutí z výborové schůze 12.9.2024 o aktualizaci kritérií pozastavil. Zároveň je třeba pro případné vyjádření upozornit na existenci PRODERMA s.r.o., IČ 24735914, a ProDerma s.r.o., IČ 28641655.
9. **Prosba MUDr. L. Petrů z Kožní ambulance Kutná Hora o podporu při odvolání proti zamítnutí VZP úhrady poskytnuté biologické léčby u pacientky s psoriázou.** Doporučujeme kolegyni zformulovat argumenty a důvody, proč nebyly splněny podmínky, které VZP uvádí. Konzultovat právníka zběhlého v této problematice (ČLK apod.) jako pomoc při zdůvodnění (práva pacienta, zmírnění tvrdosti zákona apod.). A pokud bude vyvoláno smírčí řízení, za výbor ČDS se zúčastní prof. Arenberger.
10. Potřebu vytvoření odborného **stanoviska k mobilním aplikacím**, které s pomocí umělé inteligence (AI) posuzují kožní útvary (např. AI Dermatologist, DermEngine, EHealth, Miiskin, SkinTracker, SkinVision a další): výbor ČDS pověřil Dermatoskopickou sekci ČDS (prof. Arenbergerová a kol.) k posouzení podkladů a vypracování analýzy.
11. Písemný podnět výboru SADu týkajícího se stanoviska ke službě **SkinVision**: výbor ČDS již problematiku projednával na minulých schůzích a postoj je nadále neutrální. Stále obecně platí, že zatím žádný systém AI plně nenahradí dermatologické posouzení a konečné slovo má kvalifikovaný dermatolog a případně histopatolog. Výbor ČDS připomíná, že intenzivní, preventivní, dermatoskopická vyšetření pacientů dermatology probíhají řadu let a že s podporou výboru a prostřednictvím prof. Arenbergera, jeho týmu a dalších kolegů probíhají již dvě desetiletí také při Evropském dni melanomu, Stanech proti melanomu a dalších akcích. Pro výše uvedenou mobilní aplikaci si výbor vyžádal a seznámil se s reakcemi výrobce na dopis SADu. S ohledem na stávající nedostatek potřebných podkladů k odbornému posouzení a zároveň předejití interference s obchodními právy výrobce výbor ČDS nejprve vyčká na výsledky zpracování problematiky podle předchozího bodu 10, aby mohl na dopis SADu kvalifikovaně reagovat.
12. Pokračování v přípravě **požadavků na nová centra biologické léčby**: výbor ČDS vyzývá své členy, aby do příští schůze 28.11.2024 zaslali své náměty k rukám doc. Ettlera.
13. **Smlouvu o výzkumné spolupráci mezi ČDS a Kanceláří zdravotních pojišťoven za podpory společností Novartis** (epidemiologie chronické urtikarie): výbor ČDS souhlasí s podpisem.

14. **Smlouvy na Regionální dermatologický seminář v Hradci Králové s agenturou Signify** (předkládá J. Filip): výbor ČDS souhlasí s podpisem.
15. **Úhradu členství v EADV na rok 2025** (do 31. 1. 2025): výbor ČDS souhlasí a realizací pověřuje Dr. Drlíka.
16. Email prof. Arenbergera zaslaný na ústředí ČLS JEP, které bylo osloveno z MZ ČR, aby se vyjádřilo možnosti **vytvoření rezidenčních míst** v některých oborech: prof. Arenberger požádal a zdůvodnil potřebu vytvoření rezidenčních míst i v dermatovenerologii
17. Žádost fy Sanofi k souhlasu s provedením **analýzy dat z registru Biorep agenturou IQVia týkající se Dupixentu**: výbor ČDS souhlasí.
18. **Přijetí formy a zveřejňování dosud nevyvěšených zápisů ze schůzí výboru ČDS** podle stanoviska JUDr. Vacka, právníka ČLS JEP: stručné formulace zapisovatel předkládá ověřovateli (předseda, předsedající) a následně připomínkováno členy výboru. Připomínky buď integrovány do textu, který je poté vyvěšen na web, nebo archivovány u zapisovatele.
19. **Přijetí nových členů ČDS:** byli přijati 4 noví členové.

Výbor vzal na vědomí:

1. **Plán odborných akcí ČDS na rok 2025:** zatím se sešlo 17 návrhů. Seznam bude průběžně doplňován. O udělení záštity akcím výbor ČDS rozhodne na základě žádosti pořadatele.
2. Informaci o **oslovení Dr. Vacka s emailovými námitkami Dr. Jarešové a as. Litvika**: týkalo se připomínek k zápisům ze schůze výboru ČDS.
3. **Stanovisko revizní komise k zápisu ze dne 6. 6. 2024:** je zpracováváno a bude ověřeno právníkem ČLS JEP JUDr. Vackem.
4. **Lékovou agendu:** v mezidobí od 12. 9. 2024 nedošly žádné požadavky
5. Nové **informace od zástupců ambulantních dermatologů** směrem k výboru nebyly předneseny. Na dotaz vedení výboru z hlediska dopadu Úhradové vyhlášky pro rok 2025 na jejich provoz a připojení k plánovaným protestním akcím přítomní ambulantní kolegové odpovídají kladně.
6. Různé: **Epikutánní testy** – doprovodné texty k jednotlivým haptenům (pasporty pro pacienty) jsou na webu ČDS v alergologické sekci (původní www.epitesty.cz již neexistuje).

Další náměty a připomínky k zápisům z 6. 6. 2024, 12. 9. 2024 a 17. 10. 2024 budou archivovány u zapisovatele.

Příští schůze výboru ČDS: 28.11.2024 v Praze

Zapsal: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.
Ověřil: Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc, MBA, FCMA

Dotazy adresujte na derma.assistant@gmail.com.

Dokument je publikován v souladu se zásadami GDPR.

Právě připravujeme:

*PASI, index rozsahu a závažnosti psoriázy.

Zkrácená informace o léčivém přípravku

Název léčivého přípravku: Kyntheum® 210 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. **Složení:** Předplněná injekční stříkačka obsahuje brodalumabum 210 mg v 1,5 ml roztoku. Jeden ml roztoku obsahuje brodalumabum 140 mg. **Léková forma:** Injekční roztok (injekce). **Indikace:** Léčba středně těžké až těžké ložiskové psoriázy u dospělých pacientů, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. **Dávkování:** Doporučená dávka je 210 mg ve formě subkutánní injekce v týdnech 0, 1 a 2, následovaná dávkou 210 mg každé 2 týdny. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku, aktivní Crohnova nemoc a klinicky významné aktivní infekce např. aktivní tuberkulóza. **Zvláštní upozornění:** Případy nových nebo exacerbovaných zánětlivých střevních onemocnění byly hlášeny s inhibitory IL-17, proto se Kyntheum nedoporučuje pacientům se zánětlivým střevním onemocněním. Byly hlášeny případy sebevražedných představ a chování, včetně dokonaných sebevražd. Většina pacientů, u kterých se objevilo sebevražedné chování, měla v anamnéze depresi a/nebo sebevražedné představy a chování. Byly hlášeny vzácné případy anafylaktických reakcí. Přípravek může zvyšovat riziko infekcí. Jestliže se plánuje použít přípravek u pacientů s chronickou infekcí nebo s opakovanou infekcí v anamnéze, je třeba postupovat opatrně. Doporučuje se, aby pacienti v souladu s místními imunizačními předpisy podstoupili všechna potřebná očkování ještě před zahájením léčby přípravkem. **Interakce:** Současně s přípravkem se nesmí podávat živé vakcíny. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu nejméně 12 týdnů po jejím ukončení používat účinnou antikoncepci. Údaje o podávání brodalumabu těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Není známo, zda se brodalumab vylučuje do lidského mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Časté - chřipka, dermatofytózy, bolest hlavy, orofaryngeální bolest, průjem, nauzea, artralgie, myalgie, únava, reakce v místě injekce. Méně časté – kandidózy, neutropenie, konjunktivitida. Vzácné – anafylaktická reakce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek se smí uchovávat v krabičce a při pokojové teplotě (do 25 °C) maximálně po dobu 14 dnů, a to pouze jednou. Jakmile se přípravek vyjme z chladničky a nechá se ohřát na pokojovou teplotu (do 25 °C), musí se použít do 14 dní nebo zlikvidovat. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK-2750 Ballerup, Dánsko. **Registrační číslo:** EU/1/16/1155/001, EU/1/16/1155/002. **Způsob výdeje a hrazení:** Výdej je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum první registrace:** 17. 7. 2017 **Před předepsáním léčivého přípravku si přečtěte plnou verzi souhrnu údajů o přípravku.**

Reklama na léčivý přípravek.

MAT-64498

Reference: 1. Strober B, et al. J Am Acad Dermatol 2016;75(1):77–82. **2.** Souhrn údajů o přípravku Kyntheum® (brodalumab), 17. 7. 2017. **3.** Chiricozzi A, et al. Int J Mol Sci 2018;19(1):179. **4.** Blauvelt A, et al. Rapid onset of action in patients with moderate-to-severe psoriasis treated with brodalumab: A pooled analysis of data from two phase 3 randomized clinical trials (AMAGINE-2 and AMAGINE-3). **5.** Lebwohl M, et al. N Engl J Med 2015;373:1318 –28.

LEO®

LEO Pharma s.r.o., Lomnického 1705/7, 140 00 Praha 4

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

č. 1 DERMOKOSMETICKÁ ZNAČKA
DOPORUČOVANÁ DERMATOLOGY
V ČESKÉ REPUBLICE*

40 ml

EFFACLAR DUO+M

TROJITÁ UČINNOST PROTI NEDOKONALOSTEM

Speciálně vyvinuto pro mastnou pleť se sklonem k akné, určeno pro dospělé i dospívající.

AKTIVNÍ LÁTKA [PHYLOBIOMA]

Cíleně působí proti nadměrné produkci kožního mazu, čímž zklidňuje pleť a pomáhá odstraňovat nedokonalosti.

*Studie provedená společností IQVIA, listopad–prosinec 2023, Česká republika, 90 dermatologů odpovídalo na otázku: Kterou dermokosmetickou řadu (značku) přípravků doporučujete svým pacientům celkově nejčastěji?