

# SBORNÍK 21.

ročníku setkání  
východočeských  
revmatologů



31. 5. – 1. 6. 2024

**Hotel Orea Devět Skal**

Sněžné - Milovy 11  
resortdevetskal.cz

**Odborný garant:**

**Doc. MUDr. Tomáš Soukup, Ph.D.**

Konference dle Stavovského předpisu ČLK č. 16. Je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů a je ohodnocena 5 kreditními body

Spolupořadatelství spočívá v zajištění odborné záštity

SUBKATEDRA REVMATOLOGIE KATEDRY INTERNÍCH OBORŮ

UNIVERSITA KARLOVA PRAHA, LÉKAŘSKÁ FAKULTA HRADEC KRÁLOVÉ

II. INTERNÍ GASTROENTEROLOGICKÁ KLINIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE A LÉKAŘSKÉ  
FAKULTY UK HRADEC KRÁLOVÉ

EUC KLINIKA A.S., REVMAOLOGICKÉ ODDĚLENÍ PARDUBICE

**Registrace na [www.teoconsulting.cz](http://www.teoconsulting.cz)**  
**uzávěrka registrací, vč. rezervací ubytování 15. 4. 2024**

**Organizátor a pořadatel:**

T.E.O. Consulting s.r.o.

Nademlejská 1086/12, 198 00 Praha 9

IČO: 28746171, DIČ: CZ28746171



**T.E.O.**  
CONSULTING S.R.O.



## 31. 5. 2024, pátek

**od 15.00** **Ubytování**

**15.30 – 16.45** **Registrace účastníků**

17.00 – 17.15 Zahájení 21. ročníku setkání východočeských revmatologů  
– **doc. MUDr. Tomáš Soukup, Ph.D.**

17.15 – 17.40 **Hrnčíř Z.**  
Nevyhraněné formy systémového onemocnění pojiva. (20 min.)

17.40 – 18.00 **Soukup T.**  
Management pacientů intersticiálním postižením plic při systémových onemocněních pojiva, reflexe ACR doporučení (20 min.)<sup>-1</sup>

18.05 – 18.25 **Seibert D., Medková H.**  
Postižení srdce u systémového lupus erythematoses, kazuistika (15 min.)

18.25 – 18.45 **Seibert D.**  
IgG4 asociované onemocnění, kazuistika (15 min.)

18.45 – 19.00 Diskuse

**19.00** **Večeře**

## 1. 6. 2024, sobota

**9.00** **Zahájení druhého dne setkání**

**Odborný blok:**

9.00 – 9.25 **Králíčková P.**  
Imunitní systém v chaosu – poruchy imunity v revmatologii (20 min.)

9.25 – 9.50 **Soukup T.**  
Nová možnost léčby eozinofilní granulomatózy s polyangitidou, mepolizumab (20 min.)<sup>-2</sup>

9.50 – 10.10 **Jansová A.**  
Neobvyklá příčina defektů na dolních končetinách (15 min.)

10.10 – 10.30 Přestávka

10.30 – 10.45 **Medková H.**  
Postižení arterií středního kalibru imitující revmatologické onemocnění, kazuistika (15 min.)

10.45 – 11.05 **Tomš J.**  
Rvematická polymyalgie nebo revmatoidní artritida ve vyšším věku? (20 min)



**FRESENIUS  
KABI**

BIOPHARMA

## **Biologické léky od Fresenius Kabi**

# S odhodláním do každého nového dne



BS016-1(7/2022)-CZ

Fresenius Kabi, s. r. o.  
Na Strži 1702/65  
140 00 Praha 4-Nusle  
Česká republika

Tel.: +420 225 270 111  
Fax.: +420 225 270 562  
E- mail: czech- info@fresenius- kabi.com

# PROGRAM:

- 11.05 – 11.20 **Gabrielová M., Dvořák Z.**  
Problémy při diagnostice a léčbě revmatické polymyalgie, kazuistika (15 min.)
- 11.20 – 11.40 **Tomš J.**  
Specifické projevy psoriázy a psoriatické artritidy v kontextu anti IL-17 terapie (20 min.)<sup>-3</sup>
- 11.40 – 12.00 **Bradna P.**  
Contradictio in adjecto: axiální projevy periferní spondyloartritidy (20 min.)<sup>-4</sup>
- 12.00 – 12.15 **Šípová L.**  
Biologická léčba pacientů s komplikovaným průběhem enteropatické artritidy (15 min.)
- 12.15 – 12.30 **Dvořák Z.**  
Juvenilní idiopatická artritida s vývojem do spondyloartritid v dospělosti, kazuistiky (15 min.)
- 12.30 – 12.45 **Brtková J.**  
Zobrazení CPPD (15 min.)
- 13.00** **Ukončení konference - Doc. MUDr. T. Soukup, Ph.D.**
- 13.00 – 14.00** **Oběd**

*Změna programu vyhrazena*

## **Podporované přednášky:**

**1 - Boehringer Ingelheim**

**2 - GSK**

**3 - ELI LILLY ČR, s.r.o.**

**4 - Novartis**



## DLOUHODOBÁ ÚČINNOST PŘETRÝVÁJÍCÍ AŽ 7 LET<sup>1</sup>

RYCHLÁ KONTROLA BOLESTI<sup>2</sup>

VYVÁŽENÝ BEZPEČNOSTNÍ PROFIL  
KONZISTENTNÍ PO DOBU 9 LET<sup>3</sup>

Evropská léková agentura EMA aktualizovala sekci 4.4., Zvláštní upozornění a opatření pro použití, v SPC inhibitorů janových kináz (JAKi) za účelem informování lékařů, že tyto léky by v dále uvedených pacientů měly být použity pouze pokud není dostupná jiná vhodnější alternativa: pacienti 65 let a starší, se zvýšeným rizikem závažného kardiovaskulárního onemocnění (jako infarkt myokardu a cévní mozková příhoda), aktuální kuřáci nebo dlouhodobí kuřáci v minulosti a pacienti se zvýšeným rizikem malignit. Pro více informací si prosím přečtěte celý text SPC dostupný na <https://www.lilly.cz/nase-lectve-priparky/vpoi>

### Zkrácený souhrn údajů o přípravku:

Olumiant 1 mg\*, 2 mg a 4 mg potahované tablety. **Účinná látka:** Baricitinib. **Indikace:** Středně závažná až závažná aktivní revmatoidní artritida (RA) u dospělých, kteří neodpovídali dostatečně na jedno nebo více chorob modifikujících antirevmatik, nebo je netolerovali. Středně závažná až závažná atopická dermatitida (AD) u dospělých a pediatrických pacientů ve věku od 2 let\*, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. Závažná forma alopecia areata u dospělých. Aktivní juvenilní idiopatická artritida (JIA) u pacientů od 2 let, kteří neodpovídali dostatečně na jedno nebo více csDMARD nebo bDMARD\*. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na pomocné látky. Těhotenství. **Zvláštní upozornění:** Baricitinib se má používat pouze tehdy, pokud nejsou dostupné žádné vhodné alternativy léčby u pacientů: ve věku 65 let a starších, u pacientů s anamnézou aterosklerotického kardiovaskulárního (KV) onemocnění nebo jiných KV rizikových faktorů (jako je současně nebo bývalé dlouhodobé kouření), u pacientů s rizikovými faktory malignity (např. současná malignita nebo malignita v anamnéze). Doporučuje se pravidelné kožní vyšetření, zejména pacientům s rizikovými faktory nádorového onemocnění kůže. Doporučuje se opatrnost u pacientů s diabetem (zvýšené riziko infekcí). Baricitinib se nedoporučuje u pacientů s clearance kreatininu <30 ml/min a u pacientů se závažnou poruchou funkce jater. U pacientů s aktivními, chronickými nebo recidivujícími infekcemi je nutno před zahájením zvážít rizika a přínosy léčby. Dojde-li k vyvoji infekce, která neodpovídá na běžnou léčbu, je třeba léčbu dočasně přerušit. Baricitinib nesmí být podáván pacientům s aktivní tub. U pacientů s latentní tub. je nutno před nasazením zvážít protituberkulózní léčbu. U pacientů s hodnotami ANC <1x10<sup>9</sup>/l, ALC <0,5x10<sup>9</sup>/l nebo hemoglobinu <8 g/dl nemá být léčba zahájena, nebo má být dočasně přerušena. U starších pacientů s RA je zvýšené riziko lymfocytózy. Byly hlášeny vzácné případy lymfoproliferativních poruch. Pokud se u pacienta vyvine herpes zoster, měla by být léčba baricitinibem dočasně přerušena. Před zahájením léčby baricitinibem je třeba provést screening virové hepatitidy. Je-li zjištěna DNA HBV, má být konzultován hepatolog, zda je důvod přerušit léčbu. Použití živých atenuovaných vakcín během léčby či bezprostředně před ní se nedoporučuje. Bylo hlášeno na dávce závislé zvýšení krevních lipidů a ALT a AST. Lipidové parametry mají být hodnoceny přibližně za 12 týdnů po zahájení léčby a dále případně postupovat v souladu s metodickými pokyny pro hyperlipidémii. Je doporučeno pravidelně sledovat krevní obraz a jaterní transaminázy. Při zvýšení ALT nebo AST a při podezření na lékově navozenou poruchu jater má být baricitinib dočasně vysazen. Byly hlášeny případy hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE). Baricitinib má být používán s opatrností u pacientů, kteří mají další rizikové faktory pro DVT/PE, jako jsou žilní tromboembolické příhody (VTE) v anamnéze, velký chirurgický výkon, imobilizace, kombinovaná hormonální antikoncepce nebo hormonální substituční terapie a vrozená porucha koagulace. Pacienti mají být pravidelně hodnoceni stran rizika VTE a podávání baricitinibu má být při podezření na VTE přerušeno. V případě závažné alergické nebo anafylaktické reakce musí být léčba okamžitě ukončena. Opatrnost je potřeba u pacientů s divertikulární nemocí a při současně léčbě přípravky spojenými se zvýšeným rizikem divertikulitidy. Nové vzniklé abdominální symptomy je proto třeba okamžitě vyšetřit. **Nežádoucí účinky\*:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky jsou zvýšený LDL cholesterol (26,0 %), infekce horních cest dýchacích (16,9 %), bolest hlavy (5,2 %), herpes simplex (3,2 %) a infekce močových cest (2,9 %). U pacientů s RA se méně často vyskytla závažná pneumonie a závažný herpes zoster. U pediatrických pacientů s JIA byl výskyt bolesti hlavy (11 %), neutropenie <1 000 buněk/mm<sup>3</sup> (2,4 %) a plicní embolie (1,2 %, 1 pacient). U pediatrické AD byla neutropenie (<1 x 10<sup>9</sup> buněk/l) ve srovnání s dospělými častější (1,7 %). **Interakce:** Kombinace s biologickými DMARD nebo jinými imunomodulátory, JAK inhibitory a imunosupresivy se nedoporučuje. **Dostupné léčivé formy\*:** Potahovaná tableta, 1 mg, 2 mg nebo 4 mg baricitinibu. **Dávkování a způsob podání\*:** 4 mg perorálně jednou denně. Dávka 2 mg jednou denně je doporučena pro pacienty s vyšším rizikem VTE, závažných nežádoucích KV příhod (MACE) a malignit, pacienti ve věku ≥65 let, pacienti s chronickými nebo recidivujícími infekcemi v anamnéze, u pacientů s clearance kreatininu od 30 do 60 ml/min, u pacientů léčených inhibitory OAT3 a má být vzvážena u pacientů, u kterých bylo dosaženo trvalé kontroly aktivity onemocnění při dávce 4 mg jednou denně. Pediatrická populace (JIA a AD, 2-18 let): u dětí s 10-30 kg dávka 2 mg a při váze od 30 kg dávka 4 mg jednou denně. U pacientů léčených silnými inhibitory OAT3 a u pacientů s clearance kreatininu od 30 do 60 ml/min snížit dávku baricitinibu na polovinu. U pediatrických pacientů lze zvážít rozpuštění tablet ve vodě. **Těhotenství a kojení:** Baricitinib je kontraindikován v těhotenství a nemá se užívat během kojení. Ženy ve fertilním věku musí během léčby a alespoň 1 týden po skončení léčby používat spolehlivou antikoncepci. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Nizozemsko. **Registrační čísla:** EU/1/16/1170/004, EU/1/16/1170/010, EU/1/16/1170/012. **Podmínky uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky pro uchovávání. **Poslední re-vize SPC\*:** 18.10.2023.

\*Všimněte si prosím změny v souhrnu údajů o přípravku.

Výdaj přípravku je vázán na lékařský předpis a přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění s omezením. S úhradou přípravku v konkrétní indikaci se seznámte na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

Před předepsáním se prosím seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku – úplné znění obdržíte na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz) anebo na adrese: ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobežní 12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111.

### Reference:

1. Caporali R, et al. Poster presented at EULAR 2022, POS0701.

2. Taylor PC, et al. N Engl J Med 2017;376:652–62 (PLUS SUPPLEMENTARY).

3. Taylor PC et al. Ann Rheum Dis 2022;81:335–43 (PLUS SUPPLEMENTARY).

Datum zpracování materiálu: 05/2024

ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobežní 394/12, 186 00 Praha 8, Tel.: +420 234 664 111, [www.lilly.cz](http://www.lilly.cz)

Lilly

# PARTNEŘI

## 21. ročníku setkání východočeských revmatologů

### Hlavní partneři konference

abbvie



### Partneři konference



### Vystavovatel



# abbvie

AbbVie s.r.o., Metronom Business Center  
Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5 – Nové Butovice.  
Tel.: 233 098 111, fax: 233 098 100, [www.abbvie.cz](http://www.abbvie.cz)  
CZ-ABBV-240022







# **ABSTRAKTA PŘEDNÁŠEK**

**21. ročníku setkání východočeských revmatologů**

Autor: Hrnčíř Zbyněk	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Nevyhraněné formy systémového onemocnění pojiva	
Název vzdělávací akce: 21. ročník setkání východočeských revmatologů	
Oblast soustavného vzdělávání: revmatologie	
<p>Cíl přednášky:</p> <p>Diagnóza systémových onemocnění pojiva (SOP) je popisná. U klasických SOP jsou k dispozici autorizovaná klasifikační kritéria, u nevyhraněných SOP nikoliv; cílem je přehled přístupů k těmto SOP.</p>	
<p>Teoretické základy přednášky:</p> <p>Všechna SOP jsou klinickými fenotypy patogenních mechanismů systémové autoimunity. U nevyhraněných SOP se to projevuje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- přítomností klinických změn, příznačných pro více jak jedno z klasických SOP (RA, SLE, SSc, IZM, SjS)</li> <li>- sérovou autoimunitou s průkazem (i patogenních?) autoprotilátek</li> <li>- principem neurčitosti s variabilitou průřezově a zejména při sledování v čase.</li> </ul>	
<p>Jádro a základní výsledky přednášky:</p> <p>Podle „Oxford Textbook of Rheumatology“ jde o tři formy nevyhraněného SOP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nediferencované SOP (Undifferentiated connective tissue disease, UCTD) s dílčími projevy klasických SOP, séropozitivitou ANA (anti-nukleární autoprotilátky) a setrvalou perzistencí asi u 2/3 UCTD,</li> <li>- překryvné syndromy, zvl. RA-SLE („rhus“ a SSc-IZM, resp. pouze mimikry překryvného syndromu u SLE s Jaccoudovou artropatií,</li> <li>- smíšené onemocnění pojiva (Mixed connective tissue disease, MCTD, Sharpův syndrom) s řádově vysokou séropozitivitou anti U1RNP protilátek (laboratorní screening: hrubě zrnitý typ při ANA/IF testu) a dílčí projevy klasických SOP (Raynaudův fenomén &gt; 90 %).</li> </ul> <p>Terapie podle dílčích projevů, dlouhodobé sledování nezbytné, riziko prognosticky závažné intersticiální plicní choroby. Blíže: Čes Revmatol. 2023;31(2):75-81.</p>	
<p>Klíčová slova:</p> <p>Nediferencované onemocnění pojiva, překryvné syndromy, rhus, Jaccoudova artropatie, smíšené onemocnění pojiva, intersticiální plicní choroba, vysoká séropozitivita anti U1RNP protilátek</p>	

Autor: Tomáš Soukup	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Management pacientů s intersticiálním postižením plic při systémových onemocněních pojiva, reflexe ACR doporučení	
Název vzdělávací akce: 21. ročník setkání východočeských revmatologů	
Oblast soustavného vzdělávání: revmatologie	
<p>Intersticiální plicní postižení je častou příčinou morbidity a mortality u systémových onemocnění pojiva (SNP), zejména systémové sklerodermie (SSc). Rozlišují se dva hlavní typy / vzory (patterns) plicního postižení definovaných HRCT obrazem: obvyklá intersticiální pneumonie (UIP) a nespecifická intersticiální pneumonie (NSIP). Dalšími možnými typy postižení jsou organizující (se) pneumonie (OP), lymfocytární intersticiální pneumonie (LIP), difúzní alveolární poškození (DAD).</p>	
<p>Diagnostika se provádí pomocí zobrazovacích metod a testů plicních funkcí. Počítačová tomografie s vysokým rozlišením (high-resolution computed tomography, HRCT) je nejúčinnější metodou identifikace ILD u pacientů se SNP. Funkční vyšetření plic (PFT) není diagnostickou metodou pro SSc-ILD, ale ukazuje na závažnost a rychlost progresu restriktivní ventilační poruchy. Je prováděna spirometrie a vyšetření plicní difúze (neboli tzv. transfer faktoru). Charakteristickým nálezem je snížení vitální kapacity (VC), totální kapacity (TLC) a transfer faktoru (TLCO). Transfer faktor je citlivější parametr než VC. Ukazuje na transport CO přes „alveolo-kapilární membránu“, která je za normálních okolností tenká a dobře propustná pro plyn. Při postižení plic je tento prostor vyplněn zánětem nebo fibrózou.</p>	
<p>Současné terapeutické prostředky schopny pouze zpomalit progresi plicního postižení. Iniciální léčba vysokými dávkami glukokortikoidů i.v. pulzy se podává u SNP vyjma systémové sklerodermie z obavy vývoje sklerodermické renální krize. Klinická hodnocení prokázala, že použití imunosupresivní terapie je jistou šancí ke zlepšení funkčních parametrů plic u pacientů se SNP-ILD. Cyklofosamid, mykofenolát mofetil a rituximab jsou v současnosti nejčastěji indikovanou léčbou pro SNP-ILD. Tento postup je v souladu s připravovanými doporučeními ACR pro management a léčbu SNP-ILD.</p>	
<p>Část pacientů léčených pro SSc-ILD má přes léčbu progredující postižení plic. Pacienti s UIP postižením hůře odpovídají na léčbu a jejich postižení progreduje. Nemocní s NSIP mají příznivější vývoj, avšak část progreduje přímo do fibrózy nebo se obraz jejich změn mění u UIP. Pro progredující formu ILD je indikována antifibrotická léčba nintedanibem.</p>	



Autor: MUDr. Daniel Seibert, MUDr. Helena Medková		Počet minut: 15
Spoluautor:		
Název přednášky: Postižení srdce u systémového lupus erythematoses - kazuistika		
Název vzdělávací akce: 21. Setkání východočeských revmatologů		
Oblast soustavného vzdělávání: Revmatologie		
Cíl přednášky: V přednášce je referován případ 21letého pacienta vietnamské národnosti s nově zjištěným systémovým lupus erythematoses s multiorgánovým postižením. Prezentace je průřezem průběhu diagnosticko-léčebného procesu na sekundárním a následně terciárním pracovišti.		
Teoretické základy přednášky: Systémový lupus erythematoses (SLE) je autoimunitní zánětlivé onemocnění s variabilním průběhem, často multiorgánovým poškozením. Typická je hyperreaktivita B-buněk s nadprodukcí orgánově nespecifických protilátek. Většinou postihuje ženy v produktivním věku. Postižení srdce u SLE je časté. Nejčastějším echokardiografickým nálezem je perikarditida, jež bývá většinou asymptomatická. Manifestní perikarditida se projevuje bolestí na hrudi, srdeční tamponáda bývá vzácná. Dalším zpravidla asymptomatickým projevem je myokarditida. Akutně se projevuje jako srdeční selhání s globální hypokinezou, tachykardií. V diagnostice bývá přínosná MR srdce. Na srdečních chlopních bývají přítomné vegetace různé velikosti, které mohou způsobit chlopenní vadu, nejčastěji mitrální regurgitaci. Nejčastějšími arytmiemi jsou tachykardie, fibrilace síní, AV-blok I. stupně. Objevují se obvykle u pacientů s myokarditidou. Závažným problémem je postižení koronárních tepen akcelerovanou aterosklerózou.		
Jádro a základní výsledky přednášky: Poprvé byl pacient vyšetřen v březnu 2023 na LSPP pro horečky, kašel, nesvědivý exantém na rukou a nohou. Zprvu bylo pomýšleno na enterovirové onemocnění syndrom ruka-ústa-noha. O několik dní později došlo k náhlé poruše vědomí s psychomotorickým neklidem, která byla úvodem přisuzována těžké hyponatremii. Současně byl přítomný oboustranný infiltrát na rentgenu plic a elevace CRP, zahájena léčba oboustranné pneumonie. Dalším došetřováním byla zjištěna významná proteinurie, prodloužení APTT, pozitivita přímého Coombsova testu, vzestup troponinu a NT pro-BNP. Ultrazvuk srdce s fyziologickým nálezem. V mezidobí se klinický stav prakticky normalizoval. Imunologicky byla potvrzena pozitivita ANA/IF a anti-dsDNA. Pacient byl přeložen na terciární pracoviště, kde došlo několik hodin po překladu k rozvoji manifestního srdečního selhání, hemoptýzy s nutností překladu na JIP. Na ultrazvuku srdce byla nově těžká systolická dysfunkce, bronchoskopie připouštěla difúzní aleveolární hemoragii. Podány pulzy kortikoidů, intravenózní imunoglobuliny a provedena plasmaferéza. Vzhledem k celkovému stavu byla nutná endotracheální intubace s umělou plicní ventilací a kontinuální veno-venózní hemodialýza. Klinický stav se postupně zlepšil, zahájeno podávání pulzů cyklofosfamidu. Celková doba hospitalizace byla 1,5 měsíce. Pacient byl propuštěn do domácí péče s kombinací imunosupresiv (kortikoid, hydroxychlorochin a azathioprin).		
Klíčová slova: Systémový lupus erythematoses, perikarditida, myokarditida, arytmie, hyponatremie		



Lined area for text or notes, consisting of alternating light blue and white horizontal bands.



Autor: MUDr. Daniel Seibert	Počet minut: 15
Spoluautor:	
Název přednášky: IgG4 asociované onemocnění - kazuistika	
Název vzdělávací akce: 20. ročník setkání východočeských revmatologů	
Oblast soustavného vzdělávání: revmatologie	
Cíl přednášky: Přednáška prezentuje případ pacienta s multiorgánovým poškozením, lymfadenopatií a známou malignitou tlustého střeva, u kterého i přes podrobný vyšetřovací proces se zapojením několika odborností není jasné, zda se jedná o IgG4 asociované onemocnění nebo histiocytózu nazývanou Rosai-Dorfmanova choroba.	
Teoretické základy přednášky: IgG4 asociované onemocnění je autoimunitní zánětlivé onemocnění charakteristické fibrotizací tkání. Postižen může být jakýkoliv orgán, v mnohých případech onemocnění postihuje více orgánů. Nejčastěji postiženými orgány jsou pankreas, retroperitoneum, slinné a slzné žlázy, uzliny, ledviny a plíce. Zásadní úlohu hrají IL-4 společně s IL-21, které stimulují imunitní reakci typu Th2, expanzi B-buněk a indukují fibrotizaci tkání. Dalšími cytokiny jsou IL-13, IL-10, TGF- $\beta$ . V rozvoji onemocnění hrají úlohu u Th1 imunitní odpověď a klonální expanze CD8+ cytotoxických lymfocytů. IgG4 nejsou patogenní. Onemocnění bylo poprvé definováno v roce 2012, medián výskytu je mezi 60-70 lety, častěji jsou postiženi muži. Typickým histologickým nálezem je lymfoplasmocelulární infiltrát s pozitivitou IgG4, storiformní fibróza, obliterativní flebitida a tkáňová eosinofilie. Laboratorně bývá přítomná elevace IgG4, eosinofilie, hypergamaglobulinémie IgE. Příznaky vycházejí z postižení daného orgánu. Pro diagnózu lze využít Japonská kritéria z roku 2012 zahrnující zobrazovací, serologické a histologické parametry. Léčba spočívá v podávání kortikoidů, rituximabu, event. konvenčních DMARDs. Diferenciálně diagnosticky je nutné uvažovat o nádorových onemocněních, Rosai-Dorfmanově chorobě a idiopatické multicentrické Castelmanově chorobě. Prognóza závisí na postižených orgánech, stupni fibrotizace. Pacienti s eosinofilií mají větší tendenci k recidivám onemocnění.	
Jádro a základní výsledky přednášky: Pacient měl v dubnu 2023 zjištěný tumor sigmoidu s následným provedením levostranné hemikolektomie, histologicky adenokarcinom pT4 N0 M0. Následně pro volvulus provedena adhesiolýza, pravostranná hemikolektomie a terminální ileostomie. Adjuvantní chemoterapie neuskutečněna pro nepříznivé hojení rány. V říjnu 2023 byl pacient poprvé vyšetřen na interní ambulanci pro akutní poškození ledvin. Subjektivně byl bez obtíží kromě vyrážky na rukou. Die CT břicha lymfadenopatie v pravém třísele a patologické změny v bazálních partiích plic. Laboratorně hyperproteinémie, vysoká sedimentace, proteinurie, mikroskopická hematurie, hyperIgE. Vzhledem k progresi zánětlivých parametrů hospitalizace, nasazená antibiotická terapie s efektem. Prvotně pomýšeno na mnohočetný myelom, avšak nebyla přítomna paraproteinémie, sternální punkce s lehkou plasmocytózou bez klonální expanze. CT plic s ground-glass opacifikacemi a mediastilnání lymfadenopatií. Bronchoskopie vylučuje tumor či difúzní alveolární hemoragii. Přítomna pozitivita anti-CCP, revmatoidního faktoru a výrazně vysoká hodnota IgG4. Další došetřování komplikováno podepsaným negativním reverzem. Pacient nakonec svolil s exstirpací uzliny z pravého třísla, histologicky vyloučena malignita. Uzlina nesla rysy svědčící pro Rosai-Dorfmanovu chorobu i pro IgG4 asociované onemocnění.	

Vzhledem k obtížné odlišitelnosti obou chorob po konzultaci s hematologem a revmatologem zahájena terapie Prednisonem 40mg s postupnou detrakcí dávky. Laboratorně nastal pokles IgG4, plná regrese eosinofilie, normalizace sedimentace, klinicky ústup kožních projevů.

**Klíčová slova:** IgG4 asociované onemocnění, fibróza, eosinofilie, lymfadenopatie

Autor: Pavlína Králíčková	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Imunitní systém v chaosu – poruchy imunity v revmatologii	
Název vzdělávací akce: 21. ročník setkání východočeských revmatologů	
Oblast soustavného vzdělávání:	
<p>Díky možnostem genetického vyšetření rozeznáváme téměř 500 klinických jednotek vrozených poruch imunity. Ve 20 % případů bývají první manifestací dysregulační projevy, ať již samostatně či doprovázené infekcemi. Vznikají na základě tvorby autoprotilátek, autoreaktivních buněčných mechanismů či tendenci k hyperinflamaci. Nejčastěji se jedná o autoimunitní cytopenie, polyklonální lymfoproliferace, enteropatie, či endokrinopatie. S dobou trvání onemocnění obvykle počet komplikací narůstá. V ordinaci revmatologa je na ně vhodné myslet při vzniku ve významně nižším věku, než je obvyklé a při multiorgánové manifestaci, která se vymyká jedné klinické jednotce. Velmi těsná vazba existuje mezi SLE a poruchami komplementu či poruchou tvorby protilátek. Naopak mezi nemocnými s běžnou variabilní imunodeficiencí nezdávka nacházíme nemocné se Sjogrenovým syndromem, SLE, revmatoidní artritidou či myositidou. Genetická diagnostika nasměřuje případnou cílenou terapii.</p> <p>Druhým aspektem je indukce sekundárních poruch imunity v důsledku léčby nemocných s revmatologickými onemocněními. Důležitými faktory jsou doba trvání léčby, kombinace jednotlivých léčiv a komorbidita pacienta. Specifické komplikace vznikají při léčbě anti-TNF, B-depleční terapií, anti IL-6, anti IL-17, či Jak-inhibitory. Kromě závažně probíhajících infekcí způsobených běžnými patogeny (např. pneumokoky, stafylokoky, virus chřipky) se setkáváme s reaktivací HBV, VZV, CMV, TBC. Nelze vyloučit ani oportunní infekce typu <i>Pneumocystis jirovecii</i>, invazivní mykomy, či velmi vzácně PML. V léčebné strategii optimalizujeme imunosupresivní terapii, kompenzujeme komorbiditu. Tam, kde to je možné, tak nabízíme očkování nejen nemocným, ale i jejich rodinným příslušníkům, využíváme dlouhodobé ATB profylaxe či v případě závažné a symptomatické poruchy tvorby protilátek – substituční léčbu imunoglobuliny. Neměli bychom zapomínat ani na infekční rizika vyplývající z možného funkčního hyposplenismu.</p>	







Autor: MUDr. Helena Medková	Počet minut: 15
Spoluautor: doc. MUDr. Tomáš Soukup, Ph.D.	
Název přednášky: Postižení arterií středního kalibru imitující revmatologické onemocnění, kazuistika	
Název vzdělávací akce: 21. ročník setkání východočeských revmatologů	
Oblast soustavného vzdělávání: revmatologie	
<p><b>Abstrakt:</b></p> <p>Je všeobecně známo, že revmatologická onemocnění mají širokou diferenciální diagnostiku a toto tvrzení bychom rádi potvrdili v následující kazuistice, konkrétně probereme případ vaskulitidy se zaměřením na polyarteritis nodosa.</p> <p>Tento popis případu pojednává o 34leté ženě, která byla přijata do nemocnice s nálezy erytrocyturie, leukocyturie a proteinurie a zvýšenou teplotou. Následně se rozvinula bolest hlavy a mezi lopatkami. Pacientce byla diagnostikována pomocí CT AG disekce aa. renales, aa. coronariae (RIA, ACS) a a. carotis interna. Vzhledem ke stenózám středního kalibru cév bylo pomýšleno na polyarteritis nodosa (PAN), postižení tepen při angiografii však nebylo typické. Nebyla přítomna aneurysmata postižených cév. Diagnózu PAN podporovala přítomnost zvýšených reaktantů akutní fáze.</p> <p>PAN je nekrotizující zánětlivé onemocnění malých a středních cév kůže, ledvin, periferních nervů a kardiovaskulárního a gastrointestinálního systému, postihuje celou stěnu cévy a způsobuje typicky disekce, aneurysmata a stenózy.</p> <p>Po široké multidisciplinární úvaze jsme nemoc překlasifikovali na fibromuskulární dysplazii (FD). Problematické bylo vysvětlení zvýšení reaktantů akutní fáze. Podle diskuse odborníků a studia literatury vzniklo v časové souvislosti s disekcemi cév a následným reaktivním zánětem v místě disekce.</p> <p>FD je vrozené geneticky podmíněné nezánnětlivé onemocnění, které vede k postižení cévních stěn a může vyvolat jejich zúžení a deformaci. Avšak ani tato choroba nakonec nebyla ta správná vzhledem k široké diferenciální diagnostice polyarteritid jsme pomýšleli i na vzácnější choroby jako např. Ehlers-Danlosův syndrom, který byl nakonec geneticky potvrzený za půl roku od první manifestace.</p> <p><b>Klíčová slova:</b> vaskulitida, polyarteritis nodosa, fibromuskulární dysplazie, Ehlers-Danlosův syndrom</p>	

Autor: Tomš J.	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Revmatická polymyalgie nebo revmatoidní artritida ve vyšším věku?	
Název vzdělávací akce: 21. ročník setkání východočeských revmatologů	
Oblast soustavného vzdělávání: Revmatologie	
<p>Polymyalgia rheumatica (PMR) je klinický syndrom charakterizovaný bolestí a ztuhlostí šije, ramenního a pánevního pletence. Patří mezi nejčastější zánětlivá revmatická onemocnění vyššího věku stejně jako revmatoidní artritida vyššího věku (LORA – late onset RA). LORA se častěji (oproti manifestaci v mladším věku) projevuje jako mono- nebo oligoartritida a postihuje zejména velké klouby (ramena, kyčle, kolena).</p> <p>Podobná klinická manifestace obou onemocnění může být diagnostickou výzvou, obzvláště v případě současné seronegativity revmatoidního faktoru (RF) i protilátek proti citrulinovaným peptidům (ACPA). Izolovaná pozitivita RF nemusí být dostačujícím diskriminátorem mezi LORA a PMR, jelikož s narůstajícím věkem se zvyšuje frekvence seropozitivity RF i u zdravé populace. V tomto směru mají větší přínos ACPA protilátky. Z klinického pohledu jsou vodítkem ke stanovení diagnózy LORA synovitida periferních kloubů (MCP, PIP) nebo erozivní artritida. Ultrasonografie ramenních a kyčelních kloubů nebo PET/CT vyšetření mohou pomoci v odhalení nálezů kompatibilních s PMR (bilaterální subakromiální burzitida, tendosynovitida dlouhé šlachy bicepsu, trochanterická burzitida a také mírné burzity v oblasti axiálního skeletu). Klinický rébus může nastat v situaci, kdy se LORA u části pacientů manifestuje polymyalgickou symptomatologií a naopak, když se u PMR objeví periferní synovitida. V této dekádě se navíc značně vyvíjí celkový koncept PMR od monolitické klinické jednotky ke komplexnímu, mnohostrannému syndromu (z hlediska asociace s obrovskobuněčnou arteriitidou, ale i překrývnou symptomatologií s řadou dalších zánětlivých revmatických nemocí, tedy nejen s LORA). V některých případech až dlouhodobé sledování pacientů vede k utvrzení nebo vyvrácení vstupní diagnózy. Stanovení definitivní diagnózy je podstatné pro adekvátní nastavení terapie – v případě PMR dlouhodobé léčby nízkou dávkou glukokortikoidů, které by naopak u LORA měly být na podávání krátkodobě a kombinovány s chorobou modifikující léčbou (DMARD).</p>	
Klíčová slova: polymyalgia rheumatica, revmatoidní artritida, onemocnění vyššího věku	



Autor: Tomáš J.	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Specifické projevy psoriázy a psoriatické artritidy v kontextu anti IL-17 terapie	
Název vzdělávací akce: 21. ročník setkání východočeských revmatologů	
Oblast soustavného vzdělávání: Revmatologie	
<p>Psoriatická artritida (PsA) je chronické zánětlivé autoimunitní onemocnění postihující periferní klouby, axiální skelet, kůži ale i extra-artikulární struktury. Kvůli komplexitě a postižení vícečetných klinických domén se proto užívá často pojem psoriatická nemoc, která navíc zdůrazňuje i hledisko negativního dopadu na celkovou kvalitu života pacientů a psycho-sociální aspekty.</p> <p>Zavedení první biologické léčby blokátory TNF alfa u lupénky a PsA přineslo velký pokrok, ovšem zároveň otevřelo kapitolu nových nežádoucích účinků včetně tzv. paradoxní psoriázy (tj. indukované anti TNF léčbou). Aktuálně se diskutuje strategie léčby této formy lupénky, zejména otázky změny za jiný TNF inhibitor nebo přechod na biologický lék s jiným mechanismem účinku. Zde se otvírá pole působnosti inhibitorům interleukinu 17 (IL-17), které mají výrazný efekt na kožní projevy, ale i všechny ostatní klinické domény PsA.</p> <p>V rámci hodnocení pacientů s PsA se můžeme setkat s tzv. inverzní lupénkou. Ta postihuje různé kožní záhyby (třísla, podpaží, intimní partie, u žen oblast pod prsy). Její odhalení může činit problémy při povrchním vyšetření pacientů, kdy zanedbáme tělesné partie, které běžně nevyšetřujeme. I tento typ psoriázy je možné léčit biologickou terapií včetně IL-17 inhibitorů.</p> <p>Nehtová psoriáza (nPsO) postihuje 5-10 % pacientů s lupénkou a je silně asociována s PsA (u 80-90 % pacientů s PsA se vyvine nehtová psoriáza). V indikovaných případech po selhání topické léčby je možné využít příznivého efektu biologické a cílené terapie na nehtové postižení (TNFi, inhibitory IL-12/23 a IL-17, JAK inhibitory).</p>	
Klíčová slova: paradoxní, inverzní a nehtová psoriáza, psoriatická artritida, inhibitory interleukinu 17	

Spoluautor:

**Název přednášky:** Specifické projevy psoriázy a psoriatické artritidy v kontextu anti IL-17 terapie

Název vzdělávací akce: 21. ročník setkání východočeských revmatologů

Oblast soustavného vzdělávání: Revmatologie

Psoriatická artritida (PsA) je chronické zánětlivé autoimunitní onemocnění postihující periferní klouby, axiální skelet, kůži ale i extra-artikulární struktury. Kvůli komplexitě a postižení vícečetných klinických domén se proto užívá často pojem psoriatická nemoc, která navíc zdůrazňuje i hledisko negativního dopadu na celkovou kvalitu života pacientů a psycho-sociální aspekty.

Zavedení první biologické léčby blokátory TNF alfa u lupénky a PsA přineslo velký pokrok, ovšem zároveň otevřelo kapitolu nových nežádoucích účinků včetně tzv. paradoxní psoriázy (tj. indukované anti TNF léčbou). Aktuálně se diskutuje strategie léčby této formy lupénky, zejména otázky změny za jiný TNF inhibitor nebo přechod na biologický lék s jiným mechanismem účinku. Zde se otevírá pole působnosti inhibitorů interleukinu 17 (IL-17), které mají výrazný efekt na kožní projevy, ale i všechny ostatní klinické domény PsA.

V rámci hodnocení pacientů s PsA se můžeme setkat s tzv. inverzní lupénkou. Ta postihuje různé kožní záhyby (třísla, podpaží, intimní partie, u žen oblast pod prsy). Její odhalení může činit problémy při povrchním vyšetření pacientů, kdy zanedbáme tělesné partie, které běžně nevyšetřujeme. I tento typ psoriázy je možné léčit biologickou terapií včetně IL-17 inhibitorů.

Nehtová psoriáza (nPsO) postihuje 10-55 % pacientů s lupénkou a je silně asociována s PsA (u 80-90 % pacientů s PsA se vyvine nehtová psoriáza). V indikovaných případech po selhání topické léčby je možné využít příznivého efektu biologické a cílené terapie na nehtové postižení (TNFi, inhibitory IL-12/23 a IL-17, JAK inhibitory).

**Klíčová slova:** paradoxní, inverzní a nehtová psoriáza, psoriatická artritida, inhibitory interleukinu 17



Autor: MUDr. Lucia Šípová	Počet minut: 15
Spoluautor: doc. MUDr. Tomáš Soukup. Ph.D.	
Název přednášky: Biologická léčba pacientů s komplikovaným průběhem enteropatické artritidy	
Název vzdělávací akce: 21. ročník setkání východočeských revmatologů	
Oblast soustavného vzdělávání: revmatologie	
Cíl přednášky: Naším cílem je obeznámit kolegy s problémem postižení pohybového aparátu u pacientů s idiopatickým střevním zánětem (IBD). Kazuistikami chceme přiblížit problematiku a terapii.	
Teoretické základy přednášky: Enteropatické artritidy patří do skupiny spondyloartritid a můžou se projevovat před diagnostikou střevního zánětlivého onemocnění. Postižený je pohybový aparát a to klouby, vazy, šlachy, páteř. Časté je i mimokloubní postižení (oči, kůže, slinivka, žlučové cesty). V naší přednášce jsme se zaměřili na současné možnosti léčby u pacientů již na biologické léčbě, bez dostatečného efektu na pohybový aparát.	
Jádro a základní výsledky přednášky: Postižení pohybového aparátu u pacientů s idiopatickým střevním zánětem (IBD) se může projevit jako první příznak onemocnění. IBD jsou v současnosti léčitelná onemocnění, u kterých je jedním z léků volby biologická léčba. Tato léčba je doporučována u pacientů s aktivním IBD a zároveň postižením axiálního skeletu a periferních kloubů. Doporučený jsou anti-TNF inhibitory pro svůj účinek na gastrointestinální postižení u IBD a pohybový aparát u spondyloartritid. Na našem pracovišti ve spolupráci s gastroenterology máme v péči pacienty bionaivní, ale i pacienty na biologické terapii (s aktivním/neaktivním IBD a postižením pohybového aparátu). Pacienti prezentováni v kazuistikách (5 pacientů) měli častěji postižení periferních kloubů a jenom 1 pacient potvrzenou sakroileitidu na RTG zobrazení. Terapie u všech pacientů byla kombinovaná, a to biologická léčba s konvenčními syntetickými chorobu modifikujícími léky (csDMARDs) a analgetiky. Dále byla revidována efektivita léčby při pravidelných kontrolách a docházelo ke změnám pro nedostatečný efekt nejenom csDMARDs, ale i biologické léčby. U všech pacientů byla biologická terapie indikována cestou gastroenterologické ambulance.	
Terapie IBD a současně pohybového aparátu je častokrát komplikovaná a je nutno multioborové spolupráce. V průběhu léčby je důležité pacienta upozornit na konkomitantní výskyt a na chronicitu onemocnění.	
Klíčová slova: idiopatický střevní zánět, biologická léčba, enteropatická artritida, spondyloartritidy	



Autor: Dvořák Z.	Počet minut: 15
Spoluautor: Dvořák Z.	
Název přednášky: Juvenilní idiopatická artritida s vývojem do spondyloartritid v dospělosti, kazuistiky	
Název vzdělávací akce: 21. ročník setkání východočeských revmatologů	
Oblast soustavného vzdělávání: revmatologie	
<p>Připravil jsem prezentaci celkem tří kazuistik nemocných s juvenilní idiopatickou artritidou (JIA) s vývojem do některé ze spondyloartritid. Všechny tři prezentované nemocné s JIA jsem převzal do péče od dětského revmatologa krátce po dovršení jejich 19. roku života.</p>	
<p>V první kazuistice budu prezentovat chlapce narozeného v r. 2002, kterému byla ve 3 l. věku dg. JIA oligoartikulární HLA-B27+, RF neg., anti-CCP neg., ANA/IF neg., skr. ENA neg. JIA byla léčena glukokortikoidy i.a. + p.o. + methotrexátem (MTX) do 5 let věku. Pak byl v remisi. Teprve v 19 l. věku došlo k relapsu, kdy byl předán do péče dospělého revmatologa. Uvedený pacient splnil kritéria pro non-rtg axiální spondyloartritidu (nr-axSpA) podle ASAS 2009. Vstupně v klinickém obrazu dominovala oligoartritida. Proto byl léčen nejprve Salazopyrinem EN tbl. 04/2021–06/2022. Protože efekt Salazopyrinu na potlačení aktivity nr-axSpA byl jen dočasný, byla uvedená léčba ukončena. Léčbu adalimumabem dostával uvedený nemocný 06/2022–11/2022. Pro odeznění efektu adalimumabu po necelých 6 měsících léčby byl proveden switch na etanercept s dobrým klinickým i laboratorním efektem na potlačení aktivity nr-axSpA po třech měsících podávání.</p>	
<p>Ve druhé kazuistice budu hovořit o chlapci narozeném v r. 2001, kterému byla ve 13 l. věku dg. JIA oligoartikulární HLA-B27 neg., RF neg., anti-CCP neg., ANA/IF neg., skr. ENA neg. Nemocný byl léčen glukokortikoidy i.a. a MTX do 15 l. věku. Následně byl v remisi. Začátkem roku 2020 se u nemocného objevila průjemovitá stolice s příměsí krve a byl dg. Morbus Crohn. Pro nové muskuloskeletální obtíže byl pacient předán do péče dospělého revmatologa, kde v 03/2020 splnil modifikovaná New York kritéria ankylozující spondylitidy (AS) z r. 1984. Léčba glukokortikoidy, Pentasou sachet, Salazopyrinem a azathioprinem vedla k potlačení klinické i laboratorní aktivity M. Crohn i AS.</p>	
<p>Konečně ve třetí kazuistice popisují dívku narozenou v r. 2000, které byla v 5 l. věku dg. JIA psoriatická, HLA-B27 neg., RF neg., anti-CCP neg., ANA/IF nesetrvale pozit., skr. ENA neg. Uvedená nemocná byla léčena glukokortikoidy vstupně v pulzech, pak p.o., MTX a Salazopyrinem EN tbl. V roce 2019 byla pac. předána do péče dospělého revmatologa, kde splnila kritéria psoriatické artritidy (PSA) CASPAR 2006. Posuzování aktivity PSA je u této nemocné komplikováno úzkostně depresivním syndromem v psychiatrické léčbě a téměř setrvale norm. FW i CRP. Pro klinickou aktivitu PSA pac. užívala místo MTX leflunomid tbl. 07/2021–11/2021. Efekt leflunomidu ale nebyl dostatečný na potlačení aktivity PSA, proto nemocná užívala adalimumab v 11/2021–02/2022. Léčba adalimumabem bohužel nebyla úspěšná, proto byl proveden switch na etanercept v 02/2022. Léčba etanerceptem zatím dostatečně potlačuje klinickou i laboratorní aktivitu PSA.</p>	
<p>Závěrem bych rád poděkoval za výbornou spolupráci s dětskými revmatology a revmatoložkami, kteří mi předávají nemocné s velmi pečlivou a přehlednou písemnou zdravotní dokumentací a ústním doplněním všech dalších potřebných informací.</p>	
<p>Klíčová slova: juvenilní idiopatická artritida, non-rtg axiální spondyloartritida, ankylozující spondylitida, psoriatická artritida</p>	



## NUCALA: PROVĚŘENA U ČTYŘ EOZINOFILNÍCH ONEMOCNĚNÍ.<sup>1</sup>



**Těžké  
eozinofilní  
astma  
(SEA)**

**Chronická  
rinosinusitida  
s nosní polypózou  
(CRSWNP)**

**Eozinofilní  
granulomatóza  
s polyangiitidou  
(EGPA)**

**Hypereozinofilní  
syndrom  
(HES)**

Přípravek Nucala je indikován: jako přídatná léčba těžkého refraktérního eozinofilního astmatu u dospělých, dospívajících a dětí ve věku od 6 let; jako přídatná léčba k intranazálnímu kortikosteroidům při léčbě dospělých pacientů s nedostatečně kontrolovanou těžkou chronickou rinosinusitidou s nosní polypózou (CRSWNP); jako léčba dospělých, dospívajících a dětí od 6 let s eozinofilní granulomatózou s polyangiitidou (EGPA); a jako léčba dospělých pacientů s hypereozinofilním syndromem (HES).<sup>1</sup>

Reference: 1. Nucala SPC říjen 2022.

**Informace pro použití:** Přípravek Nucala není určen k léčbě akutních exacerbací astmatu. Během léčby se mohou vyskytnout nežádoucí účinky spojené s astmatem nebo exacerbacemi. Pacienti je nutno poučit, aby vyhledali lékařskou pomoc, pokud není po zahájení léčby jejich astma pod kontrolou nebo se zhoršuje. Po podání přípravku Nucala se vyskytl akutní a opožděné systémové reakce včetně reakcí hypersenzitivity (např. kopřivka, angioedém, vyrážka, bronchospasmus, hypotenze). Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky byly bolest hlavy, reakce v místě podání injekce a bolest zad.

**Zkrácené informace o přípravku:** Podezření na nežádoucí účinky nám, prosím, hláste na cs.safety@gsk.com. **Název přípravku:** Nucala 100 mg prášek pro injekční roztok, Nucala 100 mg injekční roztok v předplněném peru a v předplněné injekční stříkačce, Nucala 40 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. **Složení:** Jedna injekční lahvička obsahuje mepolizumabum 100 mg, 1 ml roztoku v předplněném peru a stříkačce obsahuje mepolizumabum 100 mg, 0,4 ml roztoku v předplněné stříkačce obsahuje mepolizumabum 40 mg. **Indikace:** Nucala je indikována jako přídatná léčba těžkého refraktérního eozinofilního astmatu u dospělých pacientů, dospívajících a dětí ve věku od 6 let a starších. Nucala je indikována jako přídatná léčba k intranazálnímu kortikosteroidům k léčbě dospělých pacientů s těžkou CRSWNP, u nichž léčba systémovými kortikosteroidy a/ nebo chirurgický zákrok nevedou k dosažení dostatečné kontroly. Nucala je indikována jako přídatná léčba pro dospělé pacienty s nedostatečně kontrolovaným hypereozinofilním syndromem bez zjevné nehematologické sekundární příčiny. **Dávkováni:** Dospělí a dospívající ve věku 12 let a starší: Doporučená dávka mepolizumabu je 100 mg s.c. jednou za 4 týdny u pacientů s těžkým astmatem, 100 mg s.c. jednou za 4 týdny u pacientů starších 18 let s těžkou CRSWNP, 300 mg s.c. jednou za 4 týdny u pacientů s relabující-remitentní nebo refraktérní eozinofilní granulomatózou s polyangiitidou (EGPA), 300 mg s.c. jednou za 4 týdny u pacientů starších 18 let s nedostatečně kontrolovaným hypereozinofilním syndromem bez zjevné nehematologické sekundární příčiny. **Děti ve věku 6-11 let:** Doporučená dávka mepolizumabu je 40 mg s.c. jednou za 4 týdny u pacientů s eozinofilním astmatem. **Přípravek Nucala 100 mg ve formě injekčního roztoku v předplněném peru a v injekčním roztoku v předplněné injekční stříkačce není určen k podání této skupině. Doporučená dávka mepolizumabu je 100 mg s.c. jednou za 4 týdny u pacientů s EGPA a tělesnou hmotností < 40 kg, 200mg s.c. jednou za 4 týdny u pacientů s tělesnou hmotností ≥ 40 kg u pacientů s EGPA.**

Přípravek Nucala je určen pouze pro subkutánní injekční podání. Injekce může být podána do horní části paže, do stehna nebo břiška. Při autopotadání léčiva jsou doporučená místa podání do břiška nebo stehna. Ošetřující osoba může podat přípravek Nucala rovněž do horní části paže. U dětí ve věku od 6 do 11 let musí být podání provedeno zdravotnickým pracovníkem nebo vyškolenou ošetřující osobou. Prášek je před podáním nutno rekonstituovat a rekonstituovaný roztok má být okamžitě aplikován. V případě podání více než jedné injekce se doporučuje, aby místa vpichu každé injekce byla od sebe vzdálena alespoň 5 cm. Pokyny pro rekonstituci léčivého přípravku před podáním – viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Nucala se nemá používat k léčbě akutních exacerbací astmatu. Během léčby se mohou vyskytnout nežádoucí účinky spojené s astmatem nebo exacerbacemi. Pacienti je nutno poučit, aby vyhledali lékařskou pomoc, pokud není po zahájení léčby jejich astma pod kontrolou nebo se zhoršuje. Pokud je požadováno snižování dávek kortikosteroidů, má být postupné a prováděné pod dohledem lékaře. **Hypersenzitivita o reakce spojené s podáním:** Po podání přípravku Nucala se vyskytl akutní a opožděné systémové reakce včetně reakcí hypersenzitivity (např. kopřivka, angioedém, vyrážka, bronchospasmus, hypotenze). Tyto reakce se objevují většinou během několika hodin po podání, v některých případech však měly opožděný nástup (v průběhu několika dnů) a mohou se poprvé objevit až po delší době léčby. V případě reakce precitlivělosti má být zahájena příslušná léčba, pokud aktuálního klinického stavu pacienta *Parazitární infekce:* Pacienti s již existující helmintickou infekcí je nutno před zahájením léčby přípravkem Nucala léčit. Jsou-li pacienti infikováni během léčby přípravkem Nucala a neodpovídají-li na anthelmintickou léčbu, je třeba zvážit dočasné přerušení léčby. Přípravek Nucala nebyl u pacientů s projevy EGPA ohrožujícími orgány nebo život hodnocen (viz bod 4.2 SPC). Přípravek Nucala nebyl u pacientů s život ohrožujícími projevy HES hodnocen (viz bod 4.2 SPC). **Interakce:** Neprovedený žádné studie interakcí s mepolizumabem je nízká. **Těhotenství:** Z bezpečnostních důvodů se upřednostňuje nepodávat přípravek Nucala v průběhu těhotenství. Podávání přípravku Nucala těhotným ženám je třeba zvážit pouze, pokud očekávaný přínos pro matku převyšuje jakékoli možné riziko pro plod. **Ženám:** Není známo, zda mepolizumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Mepolizumab se však vylučoval do mléka opic rodiny cynomolgus u koncentrací nižších než 0,5 % koncentrací detekovaných v plazmě. O tom, zda přerušit kojení nebo ukončit podávání přípravku Nucala, je nutno rozhodnout na základě posouzení prospěšnosti kojení

pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku. **Fertilita:** K dispozici nejsou žádné údaje týkající se fertility u člověka. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nucala nemá žádný nebo má pouze zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** velmi časté: bolest hlavy, časté: infekce dolních cest dýchacích, infekce močových cest, faryngitida, hypersenzitivní reakce (systémové alergické), anafylaxe, kongesce nosní sliznice, bolest v nadřívku, ekzém, bolest zad, angioedém, reakce spojené s podáním (systémové nealergické), reakce v místě podání injekce, pyrexie. U pediatrické populace byl profil NÚ stejný jako u dospělých.<sup>1</sup> Ostatní nežádoucí účinky – viz SPC. **Doba použitelnosti:** 4 roky (prášek), 3 roky (předplněné formy). **Zvláštní opatření pro uchování:** Prášek: Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Podmínky uchování pro rekonstituci – viz SPC. **Předplněné formy:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Pokud je to nutné, přípravek Nucala v předplněném peru a v předplněné injekční stříkačce může být vyjmut chladničce uchován v neotevřeném balení po dobu až 7 dnů při pokojové teplotě (do 30 °C), pokud je chráněn před světlem. Po 7 dnech mimo chladnici je třeba balení zlikvidovat. **Předplněné pero** nebo **předplněná injekční stříkačka** musí být podána do 8 hodin po otevření balení. Pokud není balení přípravku podáno do 8 hodin, je třeba ho zlikvidovat. **Druh obalu a obsah balení:** 100 ml injekční lahvička z bezbarvého skla (sklo třídy II) s brombutylovou pryžovou zátkou a sedým hliníkovým uzávěrem s plastovým krytem obsahující 100 mg prášku pro injekční roztok. Velikost balení: 1 injekční lahvička. Nucala 100 mg injekční roztok v předplněném peru, v předplněné injekční stříkačce. Velikost balení: 1 předplněné pero či stříkačka. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Trading Services Limited, 12 Riverwalk, Glywest Business Campus, Dublin 24, Irsko. **Registrační číslo:** EU/115/1043/001-002, EU/115/1043/003-004, 007, EU/115/1043/005-006, 008, EU/115/1043/009-010 **Datum registrace:** 2. 12. 2015. **Datum revize textu:** říjen 2022. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků zdravotního pojištění v indikaci léčba těžkého refraktérního eozinofilního astmatu pacientům od 18 let věku. Před předepsáním léku se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku (SPC) na [www.gskempedum.cz](http://www.gskempedum.cz), nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s. r. o., Hvezdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; tel.: 222 001 111; email: [cs.info@gsk.com](mailto:cs.info@gsk.com); [www.gsk.cz](http://www.gsk.cz). Případné nežádoucí účinky nám, prosím, nahláste na [cs.safety@gsk.com](mailto:cs.safety@gsk.com). Zkrácené informace o přípravku je platná k datu vydání: 03/2023.**



Lined area for writing, consisting of alternating light blue and white horizontal bands.



[www.medac-cz.eu](http://www.medac-cz.eu)  
[www.medac-sk.eu](http://www.medac-sk.eu)



Lined area for writing, consisting of alternating light blue and white horizontal bands.

NYNÍ  
SCHVÁLENO  
PRO PsA  
A axSpA<sup>3</sup>

# ZBAVIT SE PŘÍLEŽITOSTÍ OMEZENÍ

VÝZNAMNÁ ÚČINNOST NA KLÍČOVÉ PROJEVY PsA A axSpA  
S RYCHLÝM NÁSTUPEM A DLOUHOTRAVJACÍM EFEKTEM\*<sup>1-5</sup>

\*Odpovědi ACR50 dosáhlo v 16. týdnu 44 % pacientů bez zkušenosti s biologickou léčbou a 43 % pacientů TNFHR s PsA (primární cílový parametr v obou klinických hodnoceních);<sup>1,6</sup> 18 % a 16 % ve 4. týdnu; 54,5 % a 51,7 % v 52. týdnu, v uvedeném pořadí (analýza NRI).<sup>1,6</sup> Odpovědi ASAS40 dosáhlo v 16. týdnu 47,7 % pacientů s nr-axSpA a 44,8 % pacientů s AS (primární cílový parametr v obou klinických hodnoceních);<sup>3</sup> 16,4 % a 16,7 % v 1. a ve 2. týdnu; 60,9 % a 58,4 % v 52. týdnu, v uvedeném pořadí (analýza NRI).<sup>3</sup> Zmírnění pacientových omezení bylo demonstrováno na skóre MDA u pacientů s PsA a na skóre ASDAS < 2,1 u pacientů s axSpA. Skóre MDA dosáhlo v 16. týdnu 45 % pacientů bez zkušenosti s biologickou léčbou a 44 % pacientů TNFHR s PsA (analýza NRI).<sup>1,2</sup> Skóre ASDAS < 2,1 dosáhlo v 16. týdnu 46,2 % pacientů s nr-axSpA a 44,9 % pacientů s AS (analýza MI).

**Bimzels<sup>®</sup>**  
(bimekizumab)

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

**Zkrácená informace o přípravku • Bimzels 160 mg injekční roztok v předplněném peru • Složení:** Jedno předplněné pero obsahuje bimekizumabum 160 mg v 1 ml. **Indikace:** *Ložisková psoriáza:* Léčba středně těžké až těžké formy ložiskové psoriázy u dospělých, u nichž je indikována systémová léčba. *Psoriatická artritida:* Jako monoterapie nebo v kombinaci s methotrexátem, je indikován k léčbě aktivní psoriatické artritidy u dospělých s neadekvátní odpovědí nebo netolerancí na jeden nebo více chorobu modifikujících antirevmatických léků (Disease-Modifying Antirheumatic Drugs, DMARD). *Axiální spondylartrida:* *Neurologická axiální spondylartrida:* Léčba dospělých s aktivní neurologickou axiální spondylartridou s objektivními známkami zánětu, jak je indikováno zvýšenou hladinou C-reaktivního proteinu (CRP) a/nebo magnetickou rezonancí (MRI), kteří nereagují adekvátně nebo netolerují steroidní protizánětlivé léky (NSAID). *Ankylozující spondylitida:* Léčba dospělých s aktivní ankylozující spondylitidou, kteří nereagují adekvátně nebo netolerují konvenční léčbu. *Hidradenitis suppurativa (HS):* Léčba aktivní středně těžké až těžké hidradenitis suppurativa (acne inversa) u dospělých při nedostatečné odpovědi na jinou konvenční systémovou léčbu HS. **Dávkování:** *Ložisková psoriáza:* Doporučená dávka pro dospělé pacienty s ložiskovou psoriázou je 320 mg (podaných jako 2 subkutánní injekce po 160 mg) v 0., 4., 8., 12., 16. týdnu a poté každých 8 týdnů. *Psoriatická artritida:* Doporučená dávka pro dospělé pacienty s aktivní psoriatickou artritidou je 160 mg (podávaných jako 1 subkutánní injekce po 160 mg) každé 4 týdny. Více informací naleznete v SPC. Pacienti s psoriatickou artritidou a zároveň ložiskovou psoriázou. *Axiální spondylartrida:* Doporučená dávka pro dospělé pacienty s axiální spondylartridou je 160 mg (podává se jako 1 subkutánní injekce) každé 4 týdny. *Hidradenitis suppurativa:* Doporučená dávka pro dospělé pacienty s hidradenitis suppurativa je 320 mg (podaných jako 2 subkutánní injekce po 160 mg) každé 2 týdny do 16. týdne, a poté každé 4 týdny. *Pacienti s nadřívou:* U některých pacientů s ložiskovou psoriázou (včetně psoriatické artritidy s spolu se středně závažnou až závažnou psoriázou) a tělesnou hmotností  $\geq 120$  kg, kteří nedosáhli kompletního zhojení kůže v 16. týdnu, může dávka 320 mg každé čtyři týdny (Q4W) po prvních 16 týdnech léčby dále zlepšit odezvu na léčbu po 16. týdnu. Úprava dávky u *starších pacientů (65 let a starší)* a u pacientů s *poruchou funkce ledvin nebo jater* není nutná. **Způsob podání:** Tento léčivý přípravek se podává subkutánní injekcí. Vhodná místa pro podání injekce zahrnují stehno, břicho a horní část paže. Předplněné pero se nesmí protřepávat. Po řádném proškolení v technice aplikace subkutánní injekce si pacienti mohou aplikovat přípravek Bimzels sami. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce (např. aktivní tuberkulóza). **Zvláštní upozornění a opatření při používání:** **Infekce:** Bimekizumab může zvýšit riziko infekcí (infekce horních cest dýchacích a orální kandidóza). Při zvažování použití bimekizumabu u pacientů s chronickou infekcí nebo rekurentní infekcí v anamnéze je třeba postupovat opatrně. Léčba bimekizumabem se nesmí zahájit u pacientů s jakoukoli klinicky významnou aktivní infekcí, dokud není infekce vyřešena nebo adekvátně léčena. Pacienti léčení bimekizumabem mají být poučeni, aby vyhledali lékaře, pokud se objeví jakýkoli nově příznaky naznačující infekci. **Hodnocení tuberkulózy (TBC) před léčbou:** Před zahájením léčby mají být pacienti vyšetřeni na přítomnost TBC. Bimekizumab nesmí být podáván pacientům s aktivní TBC. V průběhu léčby mají být u pacientů monitorovány známky a příznaky aktivní TBC. **Zánětlivé střevní onemocnění:** Při podávání bimekizumabu byly hlášeny nové případy nebo exacerbace zánětlivého střevního onemocnění. Bimekizumab se pro pacienty se zánětlivým střevním onemocněním nedoporučuje. **Hypersenzitivita:** U inhibitorů IL-17 by pozorovány závažné hypersenzitivní reakce včetně anafylaktických reakcí. **Účinky:** Před zahájením léčby bimekizumabem má být zvaženo dokončení všech očkování příslušných pro daný věk v souladu s aktuálními vakcinačními doporučeními. Pacientům léčeným bimekizumabem nemají být podávány živé vakcíny. **Interakce:** Nelze vyloučit klinicky významný účinek na substráty CYP450 s úzkým terapeutickým indexem, u kterých se dávka individuálně upravuje (např. warfarin). Při zahájení léčby bimekizumabem u pacientů léčených těmito typy léčivých přípravků je třeba zvážit terapeutické monitorování. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a nejméně 17 týdnů po ukončení léčby používat účinnou antikoncepci. Podávání přípravku Bimzels v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Je třeba zvážit zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit léčbu. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: infekce horních cest dýchacích; časté: orální kandidóza, plísňová infekce, infekce uší, infekce virem herpes simplex, orofaryngeální kandidóza, gastroenteritida, folikulitida, vulvovaginální mykózy (včetně vulvovaginální kandidózy), bolest hlavy, vyrážka, dermatitida a ekzém, akné, reakce v místě aplikace, únava; méně časté: slzníční a kožní kandidóza (včetně jicové kandidózy, konjunktivitida), neutropenie, zánětlivé střevní onemocnění. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek lze uchovávat při pokojové teplotě (do 25 °C) po jedno období trvající maximálně 25 dnů s ochrannou před světlem. Po vymytí z chladničky a uchovávání za těchto podmínek žloutne po 25 dnech nebo do data použitelnosti vytištěném na obalu, podle toho, co nastane dříve. Vyznačené místo pro datum na krabici slouží pro záznam data vymytí z chladničky. **Dostupné léčivé formy a velikosti balení:** Balení s 2 předplněnými pero. **Břížtel rozhodnutí o registraci:** UCB Pharma S.A., Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/21/1575/006. **Datum revize textu:** 19. 4. 2024. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění v indikaci ložiskové psoriázy. V indikaci psoriatické artritidy, axiální spondylartridy a hidradenitis suppurativa není přípravek hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podrobné údaje nadejte v Souhrnu údajů o přípravku.

**Reference:** 1. McInnes IB, Asanina A, Coates LC, et al. Bimekizumab in patients with psoriatic arthritis: naive to biologic treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE OPTIMAL). Lancet. 2023;401(10370):25-37. 2. Merola JF, Landewé R, McInnes IB, et al. Bimekizumab in patients with active psoriatic arthritis and previous inadequate response or intolerance to tumour necrosis factor- $\alpha$  inhibitors: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE COMPLETE). Lancet. 2023;401(10370):38-48. 3. SPC BIMZELX<sup>®</sup>. 4. Coates. 2023. EULAR Abstract 1306. 5. van der Heijde D, Deodhar A, Baraliakos X, et al. Efficacy and safety of bimekizumab in axial spondylarthritis: results of two parallel phase 3 randomised controlled trials. Ann Rheum Dis. 2023; doi: 10.1136/ard-2022-223595. On-line před tiskem.

CZ-BE-2400069 • Datum přípravy: květen 2024

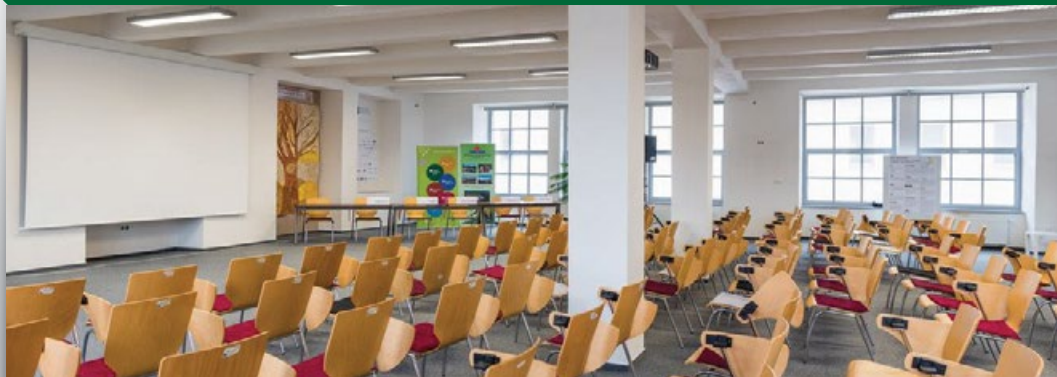
© UCB Biopharma SRL. 2023. Všechna práva vyhrazena. BIMZELX<sup>®</sup> je registrovanou ochrannou známkou společnosti UCB Groups of Companies.

UCB s.r.o., Jankovcova 1518/2, 170 00 Praha 7, tel: +420 221 773 411, e-mail: info.prague@ucb.com, www.ucb.cz

**ucb** Inspired by patients.  
Driven by science.



## 8. ROČNÍK MULTIOBOROVÉ ODBORNÉ KONFERENCE GASTRO – DERMA – REVMA 2024



MOTTO 2024: BUDE UPŘESNĚNO

TERMÍN KONÁNÍ  
13. - 14. PROSINCE 2024

COURTYARD BY MARRIOTT PRAGUE CITY

Lucemburská 46, 130 00 Prague 3

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

Odborný garant:

Určeno pro:

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., ředitel Revmatologického ústavu  
lékaře a nelékařské profese

Akreditováno ČLK dle Stavovského předpisu č. 16. Zařazeno do kalendáře akcí ČAS  
Registrace již nyní na [www.teoconsulting.cz](http://www.teoconsulting.cz)

Pořadatel s organizátor **T.E.O. Consulting s.r.o.**

Spolupořadatel **Revmatologický ústav Praha**

*Spolupořadatelství spočívá v garantování  
odborného programu konference*



**T.E.O.**  
CONSULTING S.R.O.