

Závažná forma psoriázy a jej manažment v klinickej praxi bimekizumabom

Severe form of psoriasis and its management in clinical practice with bimekizumab

Mažútová, E.

Dermatovenerologická klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitná nemocnica Martin

korešpondencia: erika.mazgutova@gmail.com

Súhrn

Psoriasis vulgaris predstavuje závažné chronické autoimunitné ochorenie kože, s prevalenciou 2 – 3 % populácie. V kazuistike je popisovaný prípad 30-ročného pacienta s ťažkou formou chronickej ložiskovej psoriázy s prechodom do erythrodermie, kde došlo k výraznej regresii ochorenia pri správne nastavenej terapii bimekizumabom.

Kľúčové slová: psoriasis vulgaris, biologická liečba, bimekizumab

Abstract

Psoriasis vulgaris is a chronic autoimmune skin disease, with a prevalence of 2-3% of the population. The case report describes a 30-year-old patient with a severe form of chronic plaque psoriasis with transition to erythroderma, with the significant regression of the disease after the therapy of bimekizumab.

Key words: psoriasis vulgaris, biological treatment, bimekizumab

Úvod

Psoriasis vulgaris definujeme ako chronické, autoimunitné ochorenie kože, charakteristické zápalovými procesmi a nadmernou keratinizáciou, s prevalenciou približne 2 – 3 % populácie. Z hľadiska patomechanizmu je ochorenie psoriasis vulgaris výsledkom komplexnej interakcie genetických a environmentálnych faktorov. Etiopatogenéza psoriázy nie je úplne jednoznačná, hlavnú úlohu v patogenéze zohrávajú dysregulované T-lymfocyty, ktoré sú zodpovedné za výskyt zápalovej reakcie. Aktivácia T-buniek vedie k uvoľneniu rôznych cytokínov, čo následne zvyšuje samotnú proliferáciu keratinocytov [1].

Klinický obraz psoriázy

Medzi typické prejavy psoriasis vulgaris patrí tvorba erytematóznych papúl a ložísk, často s výraznou deskvamáciou. Predilekčným miestom výskytu sú predovšetkým extensorové plochy ako lakty a kolena, často postihnutou oblasťou však býva aj plocha chrbta a kapilícium. V niektorých prípadoch sa môže objaviť aj postihnutie nechtov, štatisticky s výskytom u 15 – 50 % pacientov s psoriázou. Typickými zmenami sú pitting, onycholýza, hyperkeratóza alebo zmeny tvaru a farby nechty, ochorenie sa môže prejavovať aj systémovými ťažkosťami, ako je napríklad psoriatická artritída [1, 2].

Okrem vyššie uvedeného typického postihnutia pri psoriasis vulgaris existuje niekoľko ďalších foriem ochorenia. Pri inverznej psoriáze sú postihnuté najmä miesta kožných záhybov, ako axilárna, inguinálna alebo submamárna oblasť. Najčastejšie ide o prejavy hladších erytémových ložísk bez výraznej deskvamácie. Pri guttátnej forme psoriázy je typickým znakom prítomnosť drobných generalizovane usporiadaných lézií na koži. Pustulózná forma psoriázy je charakterizovaná pustulami na podklade zápalom postihnutej kože. Najzávažnejšou formou psoriázy je erythrodermická psoriáza, ktorá sa vyznačuje rozsiahlym erytémom kože s výraznou deskvamáciou takmer v celom rozsahu tela [1, 2].

Diagnostika a liečba psoriázy

Pri diagnostike ochorenia psoriasis vulgaris je nesmierne dôležitá klinická zložka zameraná na zhodnotenie charakteristických prejavov kože. V niektorých prípadoch nejednoznačnej diagnózy je možné doplniť biopsiu kože s histopatologickou analýzou, kde typickým nálezom je obraz hyperkeratózy a akantózy [2].

Cieľom liečby je kontrolovať zápal, zmierniť symptómy a zlepšiť kvalitu života pacientov s ohľadom zamerania sa na zníženie výskytu relapsov ochorenia. Prvou voľbou pri liečbe psoriasis vulgaris sú topické

kortikosteroidy, perspektívne využitie fototerapie UVB alebo PUVA terapie. Pri zlyhaní prvotnej liečby je indikovaná systémová liečba – metotrexát, cyklosporín A alebo acitretín, so zohľadnením kontraindikácií a celkového stavu pacienta, pri ťažkej forme psoriázy je liekom voľby biologická liečba – anti-TNF, inhibítory IL-17 alebo IL-23 [3].

Kazuistika

Popisujeme prípad 30-ročného pacienta (BMI 23,89) s prejavmi ložiskovej psoriázy v trvaní od februára 2024, spočiatku s prejavmi v oblasti predkolení, s postupnou progresiou a pridružením bolesti kĺbov. Možným spúšťacím faktorom ochorenia bola zvýšená miera stresu, pacient neabsolvoval fototerapiu ani balneoterapiu, liečený bol topickými kortikosteroidmi s krátkodobým efektom.

Z hľadiska osobnej anamnézy bol pacient bez výrazných komorbidít, sledovaný pre refluxnú chorobu pažeráka bez erozívnej RE, v sledovaní oftalmológa pre myopiu levis a astigmatizmus myopicus o. utr. Neudáva žiadnu chronickú anamnézu a alergie neguje. V rodinnej anamnéze bez pozoruhodností a bez familiárnej záťaže psoriasis vulgaris. Pacient prišiel s generalizovanými prejavmi v podobe erytémových splývajúcich makúl s intenzívnou xerózou a deskvamáciou kože, pridružené bolo aj postihnutie tváre, kapilícia a retroaurikulárnej oblasti a psoriasis inversa. Celková hodnota PASI bola v úvode 21,6 (Obr. 1, 2, 3, 4, 5). Z laboratórnych výsledkov bola preukázaná ľahká elevácia zápalového parametra CRP s hodnotou 13,2 mg/l a elevácia ASLO 255,4, hepatálne a renálne parametre boli v medziach normy, mineralogram vrátane horčíka bez patologických odchýlok, sérologie hepatitídy A, B, C, HIV a TPHA parametre boli v norme a quantiferón s negatívnym výsledkom. Zo zobrazovacích vyšetrení boli u pacienta realizované RTG hrudníka a USG abdomenu, obe vyšetrenia bez patologických nálezov. Za účelom vylúčenia fokusov bolo realizované zubné a krčné vyšetrenie bez preukázanej prítomnosti patogénov. Pre pretrvávajúce bolesti kĺbov bolo realizované vyšetrenie reumatológom, kde nebolo dokázané zápalové reumatické ochorenie, klinicky bez artritického a myozitického syndrómu. Pacientovi bola indikovaná systémová terapia cyklosporínom A v dávke 200 mg denne, s ohľadom na hmotnosť pacienta. Terapia metotrexátom bola kontraindikovaná vzhľadom na vek a riziko spermatocídneho efektu (Obr. 6, 7, 8).



Obr. 1 • Pacient pred nastavením na systémovú liečbu



Obr. 2 • Pacient pred nastavením na systémovú liečbu

Prvotná systémová liečba bola pacientom dobre tolerovaná, spočiatku s priaznivým efektom, avšak následne s opätovnou progresiou prejavov do generalizovanej erythrodermie s mapovitými erytematóznymi ložiskami psoriázy. Prejavy boli infiltrované, postihnutá bola aj oblasť tváre s edematóznymi prejavmi očného okolia, parameter PASI dosahoval hodnotu 55. Vzhľadom na výraznú progresiu bol pacient indikovaný na biologickú liečbu, bolo realizované aj pľúcne vyšetrenie bez kontraindikácie, a bola zahájená biologická liečba bimekizumabom v iniciačnej dávke vo forme 2 subkutánnych injekcií 160 mg v 0., 4., 8., 12., 16. týždni a následne každých

8 týždňov s postupnou redukciou dávky, až vysadením terapie cyklosporínom. Po 4. týždňoch od zahájenia terapie bimekizumabom došlo k výraznej regresii nálezu s dosiahnutím zlepšenia PASI 50 (Obr. 9, 10, 11).



Obr. 3 • Pacient pred nastavením na systémovú liečbu



Obr. 5 • Pacient pred nastavením na systémovú liečbu



Obr. 4 • Pacient pred nastavením na systémovú liečbu



Obr. 6 • Pacient po dvoch mesiacoch užívania CyA

Diskusia

Bimekizumab je prvý duálny inhibítor IL-17A a F zaradený do prvej línie biologickej liečby na Slovensku pri liečbe stredne závažnej až závažnej



Obr. 7 • Pacient po dvoch mesiacoch užívania CyA



Obr. 9 • Pacient po 4. týždňoch od zahájenia biologickej liečby bimekizumabom



Obr. 11 • Pacient po 4. týždňoch od zahájenia biologickej liečby bimekizumabom

formy psoriázy. Hlavnými benefitmi bimekizumabu je nielen rýchly nástup účinku, ale aj vysoká efektivita a priaznivý bezpečnostný profil [4]. Výsledky klinických štúdií BE VIVID, BE READY, BE SURE a BE RADIANT ukazujú, že bimekizumab dosahuje vysokú mieru odpovede PASI 75 už v priebehu 4. týždňov.

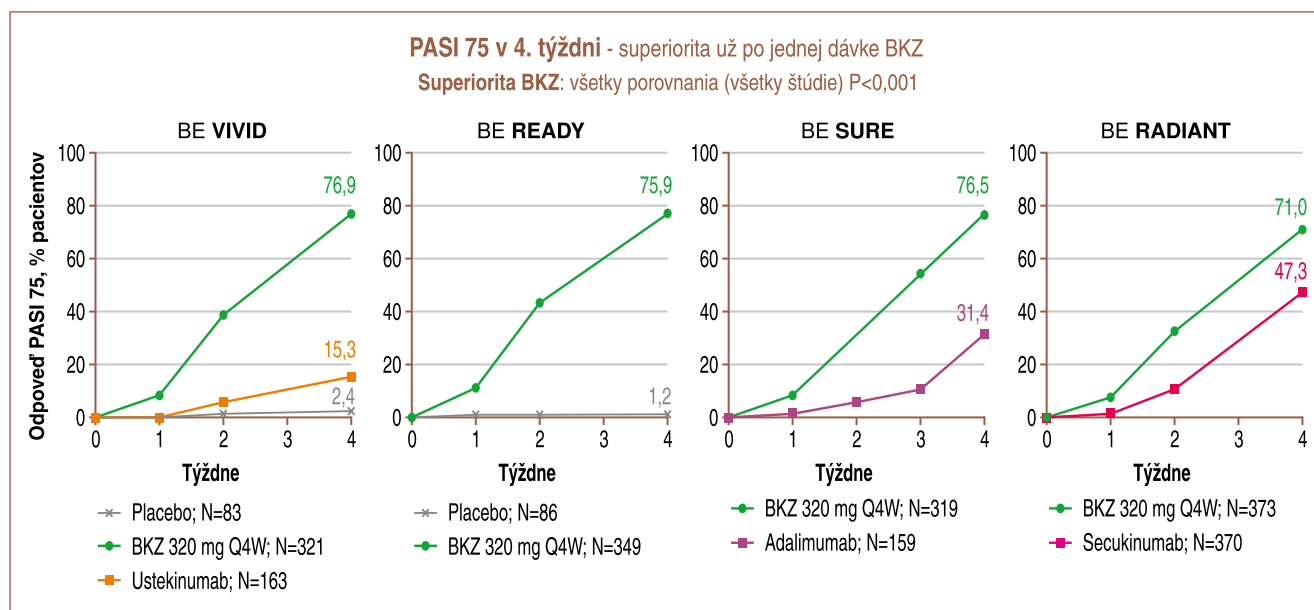


Obr. 8 • Pacient po dvoch mesiacoch užívania CyA



Obr. 10 • Pacient po 4. týždňoch od zahájenia biologickej liečby bimekizumabom

Bimekizumab demonštruje výnimočne rýchly už po jednej dávke a teda vedie k zlepšeniu nálezu a vysoký terapeutický účinok v liečbe psoriázy už po 4. týždňoch od zahájenia liečby (Obr. 12) [5].



Obr. 12 • Podiel odpovede na liečbu, štúdia BE VIVID, BE READY, BE SURE, BE RADIANT

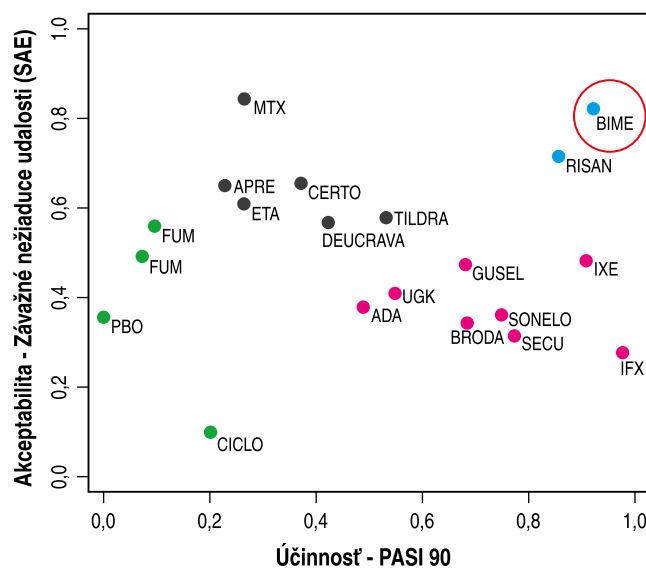
Pri hodnotení účinnosti a bezpečnosti rôznych systémových liekov v liečbe chronickej ložiskovej psoriázy preukázal bimekizumab najvyššiu účinnosť v dosahovaní PASI 90 a vysokú mieru bezpečnostného profilu (Obr. 13) [6].

Záver

Psoriáza predstavuje závažné kožné ochorenie, ktoré výrazne obmedzuje kvalitu života pacienta. V kazuistike môžeme vidieť vysokú účinnosť a rýchly nástup účinku bimekizumabu už po prvom podaní u pacienta s nálezom výraznej erythrodermie.

Literatúra

- Gudjonsson JE a kol. HLA-CW6 positive and HLA-CW6 negative patients with psoriasis vulgaris have distinct clinical features. *J Invest Dermatol* 2002; 118:262-365.
- Cohen AD a kol. Drug exposure and psoriasis vulgaris: case control and case-crossover studies. *Acta Derm Venereol* 2005; 85:299-303.
- Semrádová V. Přehled terapeutických postupů u psoriázy. *Postgraduální medicína* 2004; 6, (3):326-330.
- Valenti M, et al. Sub-erythrodermic psoriasis successfully treated with bimekizumab: A case report. *Dermatol Ther.* 2022 Dec; 35(12):e15952.
- Figures adapted from references 1-5. *PASI 75 through Week 4 was a ranked secondary endpoint in BE VIVID, BE READY, BE SURE and BE RADIANT. 1. Reich et al. *Lancet* 2021; 397:487-498. 2. PS0009 Table 6.3.1.6.1 NRI RS. 3. Gordon et al. *Lancet* 2021;397:475-486. 4. Warren et al. *N Engl J Med.* 2021; 385:130-141. 5. Reich et al. *N Engl J Med.* 2021; 385:142-152.
- Sbidian E, Chaimani A, Guelimi R, Garcia-Doval I, Hua C, Hughes C, Naldi L, Kinberger M, Afach S, Le Cleach L. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 7. Art. No.: CD011535. DOI: 10.1002/14651858.CD011535.pub6.



Obr. 13 • Hodnotenie účinnosti a bezpečnosti rôznych systémových liekov na chronickú ložiskovú psoriázu