

Psoriáza a ťažko liečiteľné oblasti úspešne liečených bimekizumabom – kazuistika

Psoriasis and hard-to-treat areas, succesfully treat with bimekizumab – a case report

Rosival, R.

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

korešpondencia: p.rosival@yahoo.sk

Súhrn

Psoriáza je chronické imunitne mediované zápalové ochorenie, ktoré postihuje významnú časť populácie. Okrem klasických lokalít môže zasahovať aj do ťažko liečiteľných oblastí, ako sú kapilícium, tvár, nechty, dlane, stupaje, genitálie a intertriginózne oblasti, čo výrazne ovplyvňuje kvalitu života pacienta. V kazuistike autor prezentuje pacientku s ťažkou formou psoriázy s dominantným palmoplantárnym postihnutím, u ktorej bola úspešná liečba bimekizumabom po zlyhaní systémovej terapie cyklosporínom. Biologická liečba bimekizumabom predstavuje významný prínos v terapii ťažko liečiteľných oblastí psoriázy, čím zlepšuje kvalitu života pacientov a poskytuje účinnú liečebnú možnosť v prípadoch neúspešnej konvenčnej systémovej liečby.

Kľúčové slová: psoriáza, ťažko liečiteľné oblasti, biologická liečba, bimekizumab

Abstract

Psoriasis is a chronic immune-mediated inflammatory disease that affects a significant portion of the population. In addition to classical sites of psoriasis, it can also involve hard-to-treat areas, including the scalp, face, nails, palms, soles, genitals, and intertriginous regions, significantly impacting patients' quality of life. This case report presents a patient with severe psoriasis predominantly affecting the palmoplantar areas, who was successfully treated with bimekizumab after the failure of systemic therapy with cyclosporine. Biologic therapy with bimekizumab represents a significant advancement in the treatment of psoriasis affecting challenging areas, improving patients' quality of life and offering an effective therapeutic option in cases of unsuccessful conventional systemic therapy.

Key words: psoriasis, hard-to-treat areas, biologic treatment, bimekizumab

Úvod

Psoriáza je chronické imunitne mediované zápalové ochorenie kože s celosvetovou prevalenciou 2 – 3 %. Charakterizuje ju tvorba erytematoskvamózných ostro ohraničených ložísk, pričom ide o ochorenie so značným dopadom na kvalitu života pacienta [1]. Okrem klasických oblastí, ako sú extenzorové časti (lakte, kolená, lumbosakrálna, gluteálna oblasť), môže psoriáza postihovať aj tzv. ťažko liečiteľné oblasti, medzi ktoré patrí kapilícium, tvár, nechty, dlane, stupaje, genitál a intertriginózne oblasti [2, 3]. Hoci rozsah lézií v týchto lokalitách nemusí byť veľký, ich postihnutie je spojené s významnou fyzickou záťažou a funkčnými obmedzeniami, ktoré negatívne ovplyvňujú psychický stav pacienta a jeho spoločenské fungovanie [4].

Epidemiologické štúdie potvrdzujú, že psoriáza v ťažko liečiteľných oblastiach je bežným nálezom u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou formou ochorenia. Dánska populačná kohorta preukázala,

že až 64,8 % pacientov so psoriázou má postihnutú aspoň jednu z týchto oblastí a prevalencia psoriázy v týchto lokalitách priamo úmerne stúpa so závažnosťou psoriázy. Navyše tieto postihnuté oblasti sa často vyskytujú súčasne, čo zvyšuje závažnosť ochorenia [2]. Najčastejšie sa vyskytuje psoriáza kapilícia, ktorú má 45 – 56 % pacientov, hlásené dáta o psoriáze nechtov výrazne varujú, dáta z epidemiologických štúdií naznačujú, že psoriáza nechtov sa vyskytuje u 20 – 40 % pacientov s chronickou ložiskovou psoriázou, ale odhaduje sa, že až u 90 % pacientov sa v určitom okamihu ich života rozvinie psoriáza nechtov. V klinickom obraze vidíme pitting (depresie v nechtovej platničke), subunguálne hyperkeratózy, onycholýzu, drobenie nechtov, olejové škvrny, trieskovité hemorágie, leukonychiu [5, 6, 7]. Palmoplantárna psoriáza sa objavuje u 12–16 % pacientov. Tento klinický fenotyp je charakterizovaný suchými erytematóznymi a hyperkeratotickými ložiskami na dlaniach a/alebo

stupajách, často s prítomnými fisúrami a ragádami [8]. Genitálna psoriáza, ktorá môže byť jediným prejavom ochorenia, sa v tomto prípade vyskytuje u 2 – 5 % pacientov [9]. Keďže tieto lokalizácie majú vysokú senzorickú a funkčnú záťaž, postihnutie týchto oblastí je asociované s výrazným zhoršením kvality života, zvýšeným rizikom depresie a sociálnou izoláciou [1].

Hodnotenie závažnosti psoriázy sa tradične opiera o skórovacie systémy ako PASI (Psoriasis Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) a DLQI (Dermatology Life Quality Index). Pri postihnutí ťažko liečiteľných oblastí však tieto skóre nemusia dostatočne odrážať skutočný dopad ochorenia na pacienta. Preto sa v klinickej praxi využívajú špecifické skórovacie systémy, ako sú PSSI (Psoriasis Scalp Severity Index) pre kapilícium, NAPSÍ (Nail Psoriasis Severity Index) pre nechty, PPPASI (Palmoplantar Psoriasis Area and Severity Index), či ESIF (Erythema, Scaling, Induration, Fissuring Scale) pri palmoplantárnej psoriáze [4].

Biologická liečba predstavuje pre pacientov so psoriázou v ťažko liečiteľných oblastiach zásadný prínos, pričom inhibítory IL-17 a IL-23 preukázali vysokú účinnosť u pacientov so psoriázou v týchto lokalitách [10]. Na Slovensku je biologická liečba indikovaná pre pacientov so stredne ťažkou až ťažkou psoriázou pri zlyhaní alebo kontraindikácii konvenčnej systémovej liečby, pričom hlavným kritériom pre úhradu liečby zostáva PASI skóre ≥ 10 . Skórovacie systémy špecifické pre ťažko liečiteľné oblasti sa pri tomto rozhodovaní nezohľadňujú, čo môže limitovať prístup pacientov k účinnej liečbe [1]. Podľa odporúčaní EuroGuiDerm z roku 2020 môže byť ľahká forma psoriázy preklasifikovaná na stredne ťažkú až ťažkú aj pri postihnutí viditeľných oblastí (napr. tvár, ruky) kapilícia, genitálu, pri onycholýze alebo onychodystrofií aspoň dvoch nechtov, výskyte pruritu vedúceho ku škriabaniu či prítomnosti na lokálnu liečbu rezistentných ložísk ochorenia [11]. Medzinárodná rada pre psoriázu (ICP) navrhla nový spôsob klasifikácie závažnosti, ktorý zohľadňuje aj postihnutie ťažko liečiteľných oblastí, históriu liečby a BSA pri indikácii systémovej liečby [12].

Kazuistika

26-ročná pacientka s chronickou ložiskovou psoriázou (BMI 20,3), diagnostikovanou v roku 2019, s dominantným postihnutím dlaní a stupaj (palmo-plantárna psoriáza), nefajčiarka. U pacientky bolo prítomné aj psoriatické postihnutie nechtov, spojené s výraznou bolestivosťou. Pacientka neudávala artralgie.

Rodinná anamnéza pacientky bola na psoriázu negatívna, matka mala karcinóm matrice, sestra karcinóm obličky a pľúc. V osobnej anamnéze mala v detstve adenotómiu, v roku 2008 prekonala epizódu akútnej pyelonefritídy. Pacientka pracuje ako farmaceutická laborantka.

V novembri 2019 bola pacientka hospitalizovaná pre exacerbáciu ochorenia. Laboratórne boli zistené zvýšené hodnoty anti-streptolýzínu O (ASLO 316 IU/ml; referenčná hodnota do 200,0 IU/ml),

inak bez biochemických významných odchýlok. Otorinolaryngologické (ďalej ORL) vyšetrenie potvrdilo chronickú tonzilitídu s indikáciou k tonzilektómii. Zubné vyšetrenie odhalilo radix zuba 26, s následne vykonanou extrakciou. Diagnostikovaná enterobióza (*Enterobius vermicularis*) z perianálneho zlepu bola preliečená mebendazolom. Mykologické vyšetrenie kože dlane bolo negatívne. Histologicky v biopsii kože z pravej dlane bola potvrdená psoriaziformná hyperkeratotická dermatitída. Lokálna liečba priniesla len čiastočný efekt.

Medzi rokmi 2019 a 2023 bola pacientka v dispenzári spádového dermatológa. V apríli 2023 bola nastavená na systémovú terapiu cyklosporínom v dennej dávke 2,5 mg/kg hmotnosti. Pre nízku adhérenciu pre vedľajšie nežiaduce účinky (nauzea, vypadávanie vlasov) bola liečba cyklosporínom ukončená. V máji 2023 bola opakovane hospitalizovaná pre exacerbáciu psoriázy, vstupne s PASI 16, pričom anamnesticky možným spúšťačom bol stresový faktor. Po tonzilektómii ORL nález bol bez známok fokálnej infekcie. Pre kariézny chrup bola vykonaná extrakcia radixov. Röntgenologické vyšetrenie hrudníka a ultrasonografia orgánov abdomenu boli bez patologických nálezov.

Na základe klinického obrazu, doterajších vyšetrení a liečby bola pacientke indikovaná biologická liečba bimekizumabom. Liečba bola po schválení zo strany zdravotnej poisťovne zahájená v decembri 2023 (Obr. 1, 2). Po štyroch týždňoch bola zaznamenaná významná klinická odpoveď s úplnou regresiou kožnej formy psoriázy (Obr. 3, 4, 5) a po roku biologickej liečby došlo k úplnej sanácii psoriázy a vymiznutiu bolesti nechtov. Do dnešného dňa pretrváva remisia ochorenia s výbornou adhérenciou a bez nežiaducich účinkov liečby.

Bimekizumab v liečbe ťažko liečiteľných oblastí psoriázy

Biologická liečba sa v posledných rokoch ukázala ako efektívne riešenie v terapii stredne ťažkej až ťažkej formy psoriázy. Bimekizumab, prvý duálny inhibítor



Obr. 1 • Pacientka v deň nastavenia na biologickú liečbu bimekizumabom



Obr. 2 • Pacientka v deň nastavenia na biologickú liečbu bimekizumabom



Obr. 3 • Pacientka 4. týždeň od zahájenia biologickej liečby bimekizumabom



Obr. 4 • Pacientka 4. týždeň od zahájenia biologickej liečby bimekizumabom

interleukínov IL-17A a IL-17F, bol v klinických štúdiách potvrdený ako vysoko účinný aj pri postihnutí ťažko liečiteľných oblastí [13].

Účinnosť bimekizumabu dokumentujú výsledky zo 4-ročného sledovania v open-label pokračujúcej štúdii BE BRIGHT, ktorá vychádza z údajov klinických štúdií BE VIVID, BE READY a BE SURE, zahŕňajúcich pacientov so stredne ťažkou až ťažkou psoriázou s postihnutím týchto oblastí. V prípade palmo-plantárnej psoriázy dosiahlo 88,7 % pacientov kompletnú remisiu v priebehu štyroch rokov (Graf 1). Pri postihnutí pokožky hlavy došlo k úplnému vymiznutiu psoriatických lézií u 79,5 % pacientov (Graf 2). Viac ako polovica pacientov zaznamenala úplné vymiznutie psoriázy nechtov počas štyroch rokov liečby (Graf 3) [14].

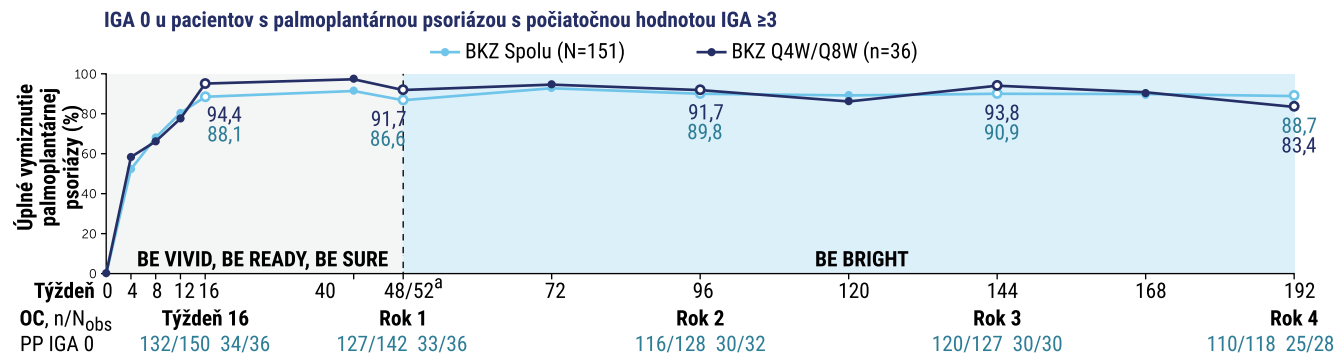
Sľubné výsledky priniesla aj multicentrická štúdia talianskych autorov, ktorá sledovala účinnosť bimekizumabu u pacientov s rôzne závažným postihnutím genitálu psoriázou. Po 16 týždňoch liečby bolo 98,4 % pacientov úplne bez klinických prejavov [15].



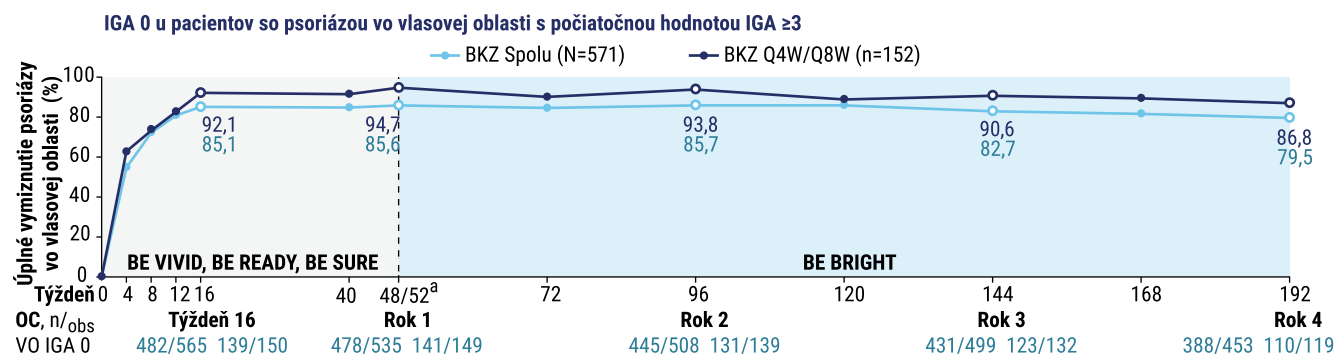
Obr. 5 • Pacientka 4. týždeň od zahájenia biologickej liečby bimekizumabom

V head-to-head klinickej štúdii BE RADIANT sa ukázalo, že bimekizumab dosahuje lepšie výsledky ako sekukinumab pri terapii psoriázy nechtov, pričom si zároveň udržuje priaznivý bezpečnostný profil, podobný ostatným inhibítorm IL-17 (Graf 4) [16].

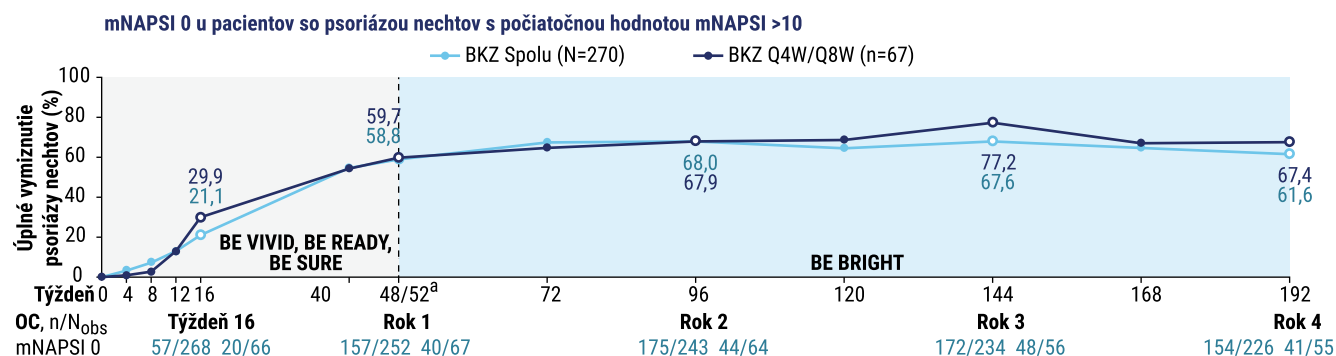
Graf 1 • Efekt liečby bimekizumabom na palmoplantárnu psoriázu [14]



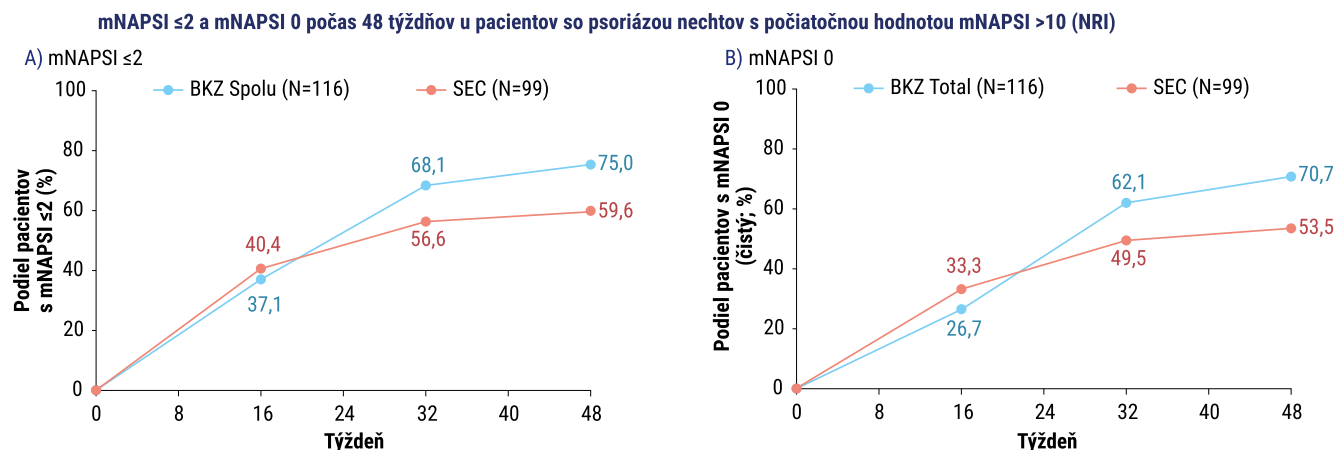
Graf 2 • Efekt liečby bimekizumabom na psoriázu vo vlasovej oblasti [14]



Graf 3 • Efekt liečby bimekizumabom na psoriázu nechtov [14]



Graf 4 • Porovnanie účinnosti bimekizumabu a sekukinumabu na psoriázu nechtov [16]



[a] Hodnoty pre týždeň 48/52 sú zo 48 týždňa BE SURE a BE READY; Týždeň 52 z BE VIVID, kvôli rozdielom v harmonogramoch hodnotenia
BKZ: bimekizumab; **IGA:** Investigator's Global Assessment; **mNAPSI:** modified Nail Psoriasis Severity Index; **N_{obs}:** pozorovania N; **OC:** pozorovaný prípad;
Q4W: každé 4 týždne; **Q8W:** každých 8 týždňov; **NRI:** Imputácia non-respondentov; **PP:** palmoplantárna; **VO:** vlasová oblasť

Záver

Bimekizumab je prvý duálny inhibítor IL-17A a IL-17F zaradený v prvej línii biologickej liečby pre stredne ťažkú až ťažkú psoriázu. Vzhľadom na svoju duálnu inhibíciu IL-17A a IL-17F poskytuje rýchlejší nástup účinku a lepšiu terapeutickú odpoveď v porovnaní s konvenčnými biologikami [17]. Na základe doterajších úspechov klinických

štúdií a pozitívne prezentovanou kazuistikou, bimekizumab predstavuje perspektívnu liečbu aj v prípade ťažko liečiteľných lokalít. V prezentovanom prípade pacientky s palmoplantárnou psoriázou bol bimekizumab indikovaný po zlyhaní systémovej liečby cyklosporínom. Už po štyroch týždňoch od zahájenia biologickej liečby došlo k významnému klinickému zlepšeniu, čo je v súlade s dátami z klinických štúdií.

Literatúra

1. Lanna C, Galluzzi C, Zangrilli A, et al. (2020). Psoriasis in difficult to treat areas: treatment role in improving health-related quality of life and perception of the disease stigma. *Journal of Dermatological Treatment*, 33(1), 531-534.
2. Egeberg A, See K, Garrelts A, et al. (2020). Epidemiology of psoriasis in hard-to-treat body locations: data from the Danish skin cohort. *BMC Dermatology*, 20(1).
3. Butacu A, Toma C, Negulet I, et al. (2024). Updates on psoriasis in special areas. *Journal of Clinical Medicine*, 13(24), 7549.
4. Lupulescu A, Savu AP, Bucur Ș, et al. (2025). Hard-to-Treat areas in psoriasis: an underevaluated part of the disease. *Life*, 15(3), 425.
5. Augustin M, Reich K, Blome C, et al. (2010). Nail psoriasis in Germany: epidemiology and burden of disease. *British Journal of Dermatology*, 163(3), 580-585.
6. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, et al. (2007). Psoriasis of the nail: Anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 57(1), 1-27.
7. Muneer H, Sathe NC, Masood S. (2024). Nail psoriasis. *StatPearls - NCBI Bookshelf*.
8. Aldredge LM & Higham RC. (2018). Manifestations and Management of Difficult-to-Treat Psoriasis. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, 10(4), 189-197.
9. Butacu A, Toma C, Negulet I, et al. (2024). Updates on psoriasis in special areas. *Journal of Clinical Medicine*, 13(24), 7549.
10. Bernardini N, Dattola A, Caldarola G, et al. (2024). Rapid response on facial psoriasis to bimekizumab: case series. *Drugs in Context*, 13, 1-6.
11. Nast A, Smith C, Spuls P, et al. EuroGuiDerm on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris_ Part 1: treatment and monitoring recommendations. *JEADV* 2020; 34(11): 2461-2498.
12. Yee D & Armstrong AW. (2022). Re-Classification of Psoriasis Severity: Perspectives and Controversy. *Journal of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*, 7(1), 7-8.
13. Hagino T, Onda M, Saeki H, et al. (2024). Effectiveness of bimekizumab for genital, nail, and scalp lesions with psoriasis: A 24-week real-world study. *The Journal of Dermatology*, 51(12), 1658-1664.
14. Merola JF, Gottlieb AB, Soung J, et al. (2024). Bimekizumab 4-year Efficacy in High-impact Areas in Moderate to Severe Plaque Psoriasis: Pooled Results from BE BRIGHT. *SKIN the Journal of Cutaneous Medicine*, 8(6), 432.
15. Orsini D, Malagoli P, Balato A, et al. (2024). Bimekizumab for the treatment of plaque psoriasis with involvement of genitalia: A 16-Week Multicenter Real-World Experience - IL PSO (Italian Landscape Psoriasis). *Dermatology Practical & Conceptual*, 14(2), e2024052.
16. Eyerich K, Gottlieb AB, Piaserico S, et al. (2023). Bimekizumab versus secukinumab for the treatment of nail psoriasis in patients with moderate to severe plaque psoriasis: Results from the BE RADIANT phase 3b trial. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 89(3), AB22.
17. Abdin R, Gharib R, Bunick CG, et al. (2024). Rapid remission of plaque psoriasis with bimekizumab treatment. *Journal of Drugs in Dermatology*, 23(8), 694-696.