

zumab pegol. Etanercept nevykázal dostatečnou efektivitu v léčbě IBD. Paradoxně se léčba inhibitory TNF- α může v individuálních případech podílet na de novo rozvoji psoriázy a méně často i IBD. Incidence této nežádoucí reakce spojené s terapií anti-TNF- α se odhaduje na 3–10% léčených pacientů. Výskyt psoriatických lézí během anti-TNF léčby může mít tři základní vzorce:

1. psoriasiformní erupce s typickými histopatologickými rysy lékové reakce, vykazující lichenoidní nebo interface dermatitidu,
2. exacerbace preexistující psoriázy (pokud se kožní léze objeví u pacientů s psoriázou v anamnéze, obvykle se nacházejí na dříve nepostíženém místě a často mají atypický vzhled),
3. de novo psoriáza, nejčastěji palmoplantární pustulózní forma (16).

Dalším společným preparátem je inhibitor IL12/23 – ustekinumab, který se s vysokou afinitou váže na protein p40. Právě inhibice této podjednotky se ve studiích ukázala jako jako velmi účinná při léčbě pacientů s IBD i psoriázou

a data z reálné praxe tuto skutečnost potvrzují (17). Inhibitory IL-23 s vazbou na podjednotku p19 jsou další skupinou biologických léků, které mají v léčbě psoriázy významnou roli. Také u terapie IBD se inhibitory IL-23 jeví velmi nadějně, klinické studie prokázaly velmi dobré výsledky. Risankizumab je již schválen pro léčbu CD. U guselkumabu probíhá 3. fáze klinických studií. Podle výsledků studie GALAXI-1, v 2. fázi klinických studií v týdnu 12 terapie guselkumabem vedla k signifikantnímu klinickému a endoskopickému zlepšení oproti placebu a měla příznivý bezpečnostní profil (18).

Další moderní skupinou biologických preparátů určených pro léčbu těžkých forem psoriázy jsou monoklonální protilátky proti IL-17 a jeho receptoru (secukinumab, ixekizumab, bimekizumab, brodalumab). V léčbě psoriázy tyto preparáty prokázaly výbornou účinnost jak v klinických studiích, tak v reálné praxi (19). Secukinumab a brodalumab byly rovněž hodnoceny v randomizovaných studiích pro středně těžkou až těžkou CD, ale ani v jedné z nich nebyla prokázána superiorita ve srovnání s placebem. Naopak, některé studie pou-

kazují na to, že inhibitory IL-17 mohou průběh IBD zhoršovat. Rozdílné výsledky a klinický efekt, které poskytuje inhibice IL-17 u psoriázy a IBD, dokumentují dílčí rozdíly v imunopatogenezi psoriázy a IBD (7).

Závěr

Psoriáza i nespecifické střevní záněty jsou chronická, recidivující imunitně zprostředkovaná onemocnění. Výstupy z metaanalýz a observačních studií dokazují podobný genetický podklad a imunopatogenezi. Existence paradoxních lékových reakcí při terapii inhibitory TNF alfa je rovněž dokladem společných patogenetických rysů obou skupin onemocnění. Za poslední období došlo ve vývoji účinných cílených molekul k výraznému pokroku, což mění perspektivy terapie chronických zánětlivých onemocnění. U psoriázy prokázaly léky cílené na interleukin-23 a interleukin-17 vyšší účinnost ve srovnání s anti-TNF, zatímco u IBD blokáda IL-17 není vhodná. Rostoucí nabídka dostupných léků navíc přináší možnosti výběru optimalizované léčby pro pacienta, což vyžaduje mezioborovou spolupráci.

LITERATURA

1. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J. Investig. Dermatol.* 2013;133(2):377-385.
2. Grän F, Kerstan A, Serfling E, et al. Focus: Skin: Current Developments in the Immunology of Psoriasis. *ale J. Biol. Med.* 2020;93(1):97.
3. Baumgart DC, Sandborn W J. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *Lancet.* 2007;369(9573):1641-1657.
4. Nair RP, Henseler T, Jenisch S, et al. Evidence for two psoriasis susceptibility loci (HLA and 17q) and two novel candidate regions (16q and 20p) by genome-wide scan. *Hum. Mol. Genet.* 1997;6(8):1349-1356.
5. Lee I, Bellary SV, Francis C. Increased occurrence of psoriasis in patients with Crohn's disease and their relatives. *Am. J. Gastroenterol.* (Springer Nature). 1990;85(8):962-963.
6. Lolli E, Saraceno R, Calabrese E, et al. Psoriasis phenotype in inflammatory bowel disease: a case-control prospective study. *J. Crohn's Colitis.* 2015;9(9):699-707.
7. Vlachos C, Gaitanis G, Katsanos KH, et al. Psoriasis and inflammatory bowel disease: links and risks. *Psoriasis: Targets and Therapy.* 2016;6:73-92.
8. Nussbaum L, Chen YL, Ogg GS. Role of regulatory T cells in psoriasis pathogenesis and treatment. *Br. J. Dermatol.* 2021;184(1):14-24.
9. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int. J. Mol. Sci.* 2019;20(6):1475.
10. Cohen AD, Dreiher J, Birkenfeld S. Psoriasis associated with ulcerative colitis and Crohn's disease. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2008;23(5):561-565.
11. Skroza N, Proietti I, Pampena R, et al. Correlations between psoriasis and inflammatory bowel diseases. *BioMed Res. Int.* 2013.
12. Imielinski M, Baldassano RN, Griffiths A, et al. Common variants at five new loci associated with early-onset inflammatory bowel disease. *Nat. Genet.* 2009;41(12):1335-1340.
13. Kanwar A, Yadav S, Dogra S. Psoriasis: What is new in non-biologic systemic therapy in the era of biologics? *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2010;76(6):622.
14. Hoentjen F, Sakuraba A, Hanauer S. Update on the management of ulcerative colitis. *Current gastroenterology reports.* 2011;13(5):475-485.
15. Hedin CRH, Sonkoly E, Eberhardson M, et al. Inflammatory bowel disease and psoriasis: modernizing the multidisciplinary approach. *J. Intern. Med.* 2021;290(2):257-278.
16. Guerra I, Algaba A, Pérez-Calle JL, et al. Induction of psoriasis with anti-TNF agents in patients with inflammatory bowel disease: a report of 21 cases. *J. Crohn's Colitis.* 2012;6(5):518-523.
17. Hanžel J, D'Haens GR. Anti-interleukin-23 agents for the treatment of ulcerative colitis. *Expert Opin. Biol. Ther.* 2020; 20(4):399-406.
18. Sandborn WJ, D'Haens GR, Reinisch W, et al. Guselkumab for the treatment of Crohn's disease: induction results from the Phase 2 GALAXI-1 study. *Gastroenterology.* 2022; 162(6):1650-1664.
19. Yiu ZZ, Griffiths CE. Interleukin 17-A inhibition in the treatment of psoriasis. *Expert Rev. Clin. Immunol.* 2016;12(1):1-4.