

mild disease. Local glucocorticoid application can alleviate inflammation and pain, but systemic therapy is not recommended due to limited efficacy and safety risks. The therapy also includes non-pharmacological measures, as well as consideration of comorbidities such as obesity, cardiovascular disease, or depression, which are more common in psoriatic arthritis patients.

Key words: psoriatic arthritis, spondyloarthritis, biologic therapy, targeted therapy, switch.

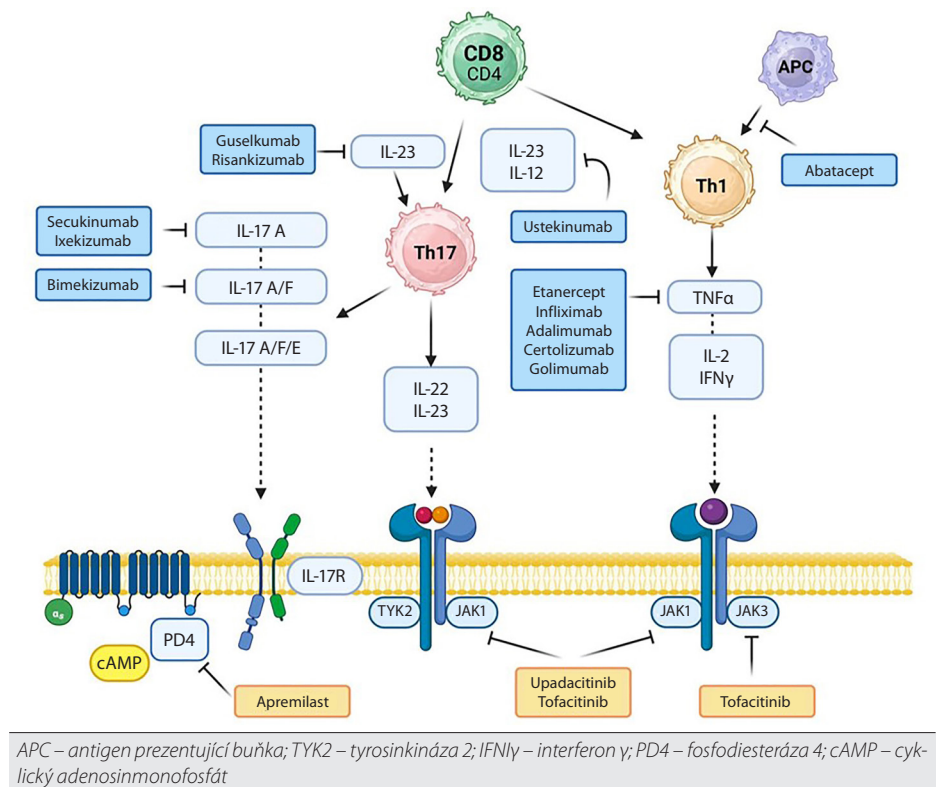
Úvod

Psoriatická artritida (PsA) je chronické imunitně zprostředkované onemocnění postihující celkově přibližně 0,3–1 % světové populace, mezi pacienty s kožní psoriázou rozvine PsA přibližně 30 % nemocných (1). Onemocnění je charakterizováno jednak muskuloskeletálními projevy v podobě postižení periferních kloubů, enteží nebo axiálního skeletu, ale i projevy mimo muskuloskeletální aparát. Různá kombinace kloubních i mimokloubních projevů je důvodem pro různé fenotypy onemocnění. PsA je onemocněním, které může významně narušit fyzické funkce a společně s negativním vlivem na psychosociální zdraví vést k trvalé disabilitě.

Patofyziologické mechanismy rozvoje PsA jsou komplexní, zahrnují interakce mezi genetickými predispozicemi, poruchami imunitního systému i vlivy prostředí (2). Právě pokroky v chápání patogeneze onemocnění vedly v poslední době k vývoji cílených terapií, které blokují konkrétní části imunitní odpovědi u pacientů s PsA (Obr. 1). Díky těmto pokrokům se za poslední 2 dekády spektrum terapeutických možností pro PsA významně rozšířilo.

V době před vstupem biologické léčby na pole PsA byly terapeutické možnosti omezeny na nesteroidní antirevmatika, glukokortikoidy a konvenční syntetické chorobu modifikující léky, jako je např. methotrexát. Používání biologických DMARDs a nověji cílených syntetických DMARDs umožnilo výrazně lépe dosáhnout kontroly onemocnění a taktéž lépe cílit na konkrétní individuální projevy PsA. Právě kvůli heterogenitě projevů onemocnění a přítomnosti komorbidit není volba a pořadí léčby vždy jednoznačné. V klinické praxi se lze opírat o různá doporučení pro terapii PsA (3). Některé otázky týkající se výběru a zejména změny terapie v případě nedostatečného efektu předchozího léku nejsou ještě jednoznačně zodpovězeny. Například otázka, zda je lepší změna léku v rámci jedné farmakologické skupiny nebo změna za lék s jiným mechanismem

Obr. 1. Terapeutické cíle u PsA, cílené biologické a syntetické chorobu modifikující antirevmatické léky (Převzato z: Azuaga AB. *Int J Mol Sci.* 2023 Mar 3;24(5):4901)



APC – antigen prezentující buňka; TYK2 – tyrosinkináza 2; IFN γ – interferon γ ; PD4 – fosfodiesteráza 4; cAMP – cyklický adenosinmonofosfát

účinku, je stále předmětem debat. Nově se také stále více debatuje o možnosti preventability rozvoje PsA u pacientů s psoriázou prostřednictvím cílené terapie kožní lupénky.

Současné terapeutické možnosti PsA

NSA, glukokortikoidy

NSA lze indikovat jako krátkodobou úlevovou terapii, většinou v kombinaci s csDMARDs. Mohou vést ke zmírnění muskuloskeletálních symptomů, nemají však žádný vliv na kožní projevy psoriázy. V monoterapii je lze akceptovat pouze zcela krátkodobě u pacientů s mírným periferním postižením nebo s dominujícím axiálním či entezeitickým fenotypem. I v těchto případech by měla být monoterapie časově limitována, obvykle na dobu nepřesahující 4 týdny, pokud není dosaženo signifikantního klinického efektu. Vždy je nezbytné zvážit potenciální rizika spojená

s podáváním NSA, zejména gastrointestinální a kardiovaskulární, která vyžadují pečlivé zvážení rizikového profilu pacienta (3).

Glukokortikoidy v podobě lokální aplikace (formou intraartikulárních nebo perientezálních injekcí) mohou u některých pacientů sloužit jako doplňující terapie ke zmírnění lokálního zánětu a bolesti. Systémová terapie glukokortikoidy se u psoriatické artritidy nedoporučuje vzhledem k limitovaným důkazům o účinnosti a potenciálně nepříznivému bezpečnostnímu profilu. Systémové glukokortikoidy lze zvážit výjimečně pouze u vysoce symptomatických pacientů s polyartikulární formou onemocnění, nebo jako krátkodobá překlenovací léčba do nástupu účinku DMARDs (4).

Konvenční syntetické chorobu modifikující léky (csDMARDs)

Mezi csDMARDs používané v terapii PsA patří methotrexát (MTX), sulfasalazin a leflu-