

ambulanci FN HK pro psoriatickou artritidu periferního typu. Revmatologické doporučení v 6/2006 – podporuje zahájení biologické terapie z dermatologické indikace, léčba leflunomidem je riziková z důvodu jaterního postižení, cyklosporin A po korekci arteriální hypertenze možný. V 10/2007 dostala **etanercept** (Enbrel) 50 mg s.c./týden, v 1/2008 PASI 0, přechodně byla snížena dávka na 25 mg s.c./týden. Poté ale opět pro zhoršování kožního nálezu navýšeno na 50 mg/týdně do 10/2010, kdy došlo po prodělané viróze a při větší stresové zátěži k výraznému zhoršení a větší bolestivosti kloubů. Proto byla léčba změněna na **adalimumab** (Humira) 40 mg s.c./14 dnů. V 4/2011 bylo PASI 0. V 8/2011 ale pozorovala otok pravého kotníku a zánět Achillovy šlachy, bolest zápěstí a drobných rukních kloubů. V 1/2012 bylo PASI 5,1. V 2/2012 pro přetrvávající kloubní obtíže a postupné zhoršování lokálního nálezu návrat k léčbě **etanerceptem** 50 mg s.c./týden, PASI se pohybovalo mezi 2,0–6,8. V 4/2014 došlo opět ke zhoršení kožního nálezu, pacientka udávala recidivující infekce horních cest dýchacích, proto byla léčba etanerceptem ukončena. V 7/2014 došlo k dalšímu zhoršení, absolvovala fototerapii, lázeňskou léčbu opakovaně. V r. 2019 byla zahájena terapie **ustekinumabem** (Stelara) 45 mg s.c./12 týdnů, pokles PASI z 16–2,2. Efekt na klouby byl ale nedostatečný, proto byla navržena záměna za ani IL-17, u kterých lze předpokládat lepší účinnost na kloubní aparát. Toto ale pacientka vytrvale a razantně odmítala z důvodu možných střevních obtíží, kterých se obávala. Zároveň nechtěla aplikovat injekce v kratším intervalu a sama. V 12/2020 došlo ke zhoršení kožního nálezu zejména v místech zapárky, ve vlasové hranici, PASI 6, BSA 7%. Pacientka odmítla navýšení dávky ustekinumabu na 90 mg s.c./12 týdnů. Postupně progredovaly i kloubní obtíže a nespecifické obtíže průjmovitého charakteru. Proto jsme přistoupily ke změně léčby v 8/2021 na **risankizumab** (Skyrizi) 150 mg s.c. (PASI 7,6, BSA 20%, DLQI 3). Efekt na kůži byl dobrý, nicméně se výrazně zhoršily bolesti kloubů doprovázené otokem, pro které pacientka léčbu po výhrůžném e-mailu o poškození zdraví sama ukončila v 12/2021. V 3/2022 bylo PASI 4, trvaly bolesti pravého kotníku, pravého zápěstí, kyčle. Na revmatologii byla indikována korti-

Obr. 1. Zahájení léčby bimekizumabem 8/2023



Obr. 2. 4. týdny od zahájení léčby bimekizumabem



koidní infuzní terapie, kterou pacientka také odmítla. Opakovaně jí byla nabízena možnost léčby anti IL-17, které se stále obávala a nebyla o ní přesvědčená. Na základě všech těchto informací byla vyřazena z evidence centrové léčby FN HK a ponechána jen na lokální terapii. Po cca 32 měsících bez systémové terapie při kontrole v 8/2023 bylo PASI 25, BSA 75%, DLQI 24. Pacientka prosila o jakoukoli biologickou léčbu a pomoc. Na konci srpna 2023 byla zahájena léčba **bimekizumabem** (Bimzelx) 2x 160 mg s.c. v týdnu 0, 4, 8, 12, 16, a poté po 8 týdnech. Lokálně k dohojení Enstilar pě-

na, ung. Leniens k promazání. Při kontrole po 4 týdnech byly již jen pozánětlivé hyperpigmentace, subjektivně také zlepšení kloubních obtíží. Pacientka byla maximálně spokojena. Při poslední kontrole na začátku ledna 2024 bylo PASI 0. Bohužel se objevily bolesti zad a jedině folikulitida, která zatím pacientku neobtěžuje. Revmatologické doporučení a závěr z 12/2023 – bolesti paravertebrálních svalů, neurologická kontrola – obstrukce páteře, analgetické infuze Dolmina s Muscorilem inj. Přetrvávající bolesti v oblasti trapézů vpravo, ranní rozhýbání 15 min., paty nebolí, žebra