

tické uzliny, krev, vnitřní orgány) než vorinostat. Stejně tak bylo dosaženo významně delšího přežití bez progresu (PFS) – 7,7 měsíců ve srovnání s 3,1 měsíci s vorinostatem. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří reakce na infuzi, kožní exantém, průjem, únava, muskuloskeletální bolesti a infekce horních cest dýchacích. Před první infuzí se doporučuje premedikace antipyretiky a antihistaminiky (13). Preskripce mogamulizumabu v dermatologické praxi je vázaná na klinického onkologa. Možnost předepisovat mogamulizumab mají pak i lékaři v centrech vysoce specializované hematologické péče. **Brentuximab vedotin** je konjugát monoklonální protilátky anti CD 30 a neurotoxinu – monomethylauristatinu E. Po vazbě na CD30+ lymfocyty se neurotoxin dostává do buněk a zastavuje jejich buněčný cyklus. Ve studiích bylo dosaženo léčebné odpovědi 60 %. Nejčastějším nežádoucím účinkem je periferní neuropatie, která je reverzibilní. Brentuximab vedotin je v ČR schválen k léčbě nemocných s relabujícími CD30+ kožními lymfomy po minimálně jedné předchozí systémové léčbě (14). **Chemoterapie** (cytotoxická terapie) je indikovaná v pokročilých stadiích CTCL a je podávána hematologem.

Výhodou chemoterapie (monoterapie, kombinované chemoterapie) je rychlá remise onemocnění, která má ale krátké trvání. Měla by zůstat vyhrazena jako paliativní léčba u pokročilých stadií onemocnění. V rámci možností dermatologa lze z cytotoxických látek podávat **methotrexát** v dávce 5–25 mg jednou týdně (8). U mladších nemocných s pokročilým stadiem MF a SS je nutné uvažovat v individuálním léčebném schématu o alogenní transplantaci kostní dřeně, která může u vybraných nemocných vést k navození kompletní remise a prodloužení života (6, 8). Tabulky 4, 5 shrnují léčebná doporučení pro mycosis fungoides časných a pokročilých stadií a pro Sézaryho syndrom. V celém průběhu MF od časných do pokročilých stadií a zejména u erythrodermických forem MF a SS je onemocnění provázáno výraznou symptomatologií, zejména svěděním, suchostí kůže s deskvamací, vznikají eroze a ragády s rizikem infekce. **Podpůrná léčba** spočívá v důsledné aplikaci emoliencií ideálně s antiseptiky (chlorhexidin, hexamidin) či zevními antibiotiky (kyselina fucidová, mupirocin, klindamycin). Pruritus můžeme tlumit celkově podávanými H1-antihistaminiky. Při refrakterním intenzivním pruritu může mít efekt gaba-

pentin, některá antidepresiva (mirtazapin), případně na přechodnou dobu i prednison. U výrazně imunokompromitovaných pacientů s vysokým rizikem infekčních komplikací je vhodné indikovat antimikrobiální profylaxi antistafylokokovými antibiotiky, případně antivirotyky a antimykotiky (15). Pacientům by měla být během života s chronickým onemocněním dostupná také psychologická podpora či intervence.

Závěr

Primární kožní T-buněčné lymfomy jsou vzácná onemocnění, přesto na ně nesmí dermatolog ve své praxi zapomínat. Zejména v případech recidivujících ekzémových projevů u starších pacientů. Léčba pacientů s CTCL vyžaduje multidisciplinární přístup a měla by probíhat v centrech pro léčbu kožních lymfomů. Zde je zajištěna komplexní péče, založená na spolupráci mezi dermatology, histopatology, hematologem a radioonkologem. V současné době jsou CTCL nevléčitelná onemocnění, ale dostupnými metodami jsme schopni navodit jejich remisi. Naše možnosti jsou nyní rozšířeny o nové preparáty léčby první i druhé linie.

LITERATURA

1. Willemze R. Primary cutaneous lymphoma: the 2018 update of the WHO-EORTC classification. *Presse Med.* 2022;51:1041-26.
2. Primary Cutaneous Lymphoma, Version 1.2023. NCCN clinical practice guidelines in oncology, national comprehensive cancer network, 2023. Retrieved March 2023. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/primary_cutaneous.pdf.
3. Beyer M, Möbs M, Humme D, et al. Pathogenesis of Mycosis fungoides. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011 Aug;9(8):594-8.
4. Beyer M, Sterry W. Cutaneous Lymphoma. In: Goldsmith LA, Katz SJ, Gilchrist BA, et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th Ed. New York: McGraw-Hill Companies Inc.; 2012:1745-1766.
5. Kempf W, Zimmermann AK, Mitteldorf C, et al. Cutaneous Lymphomas – An update 2019. *Hematological Oncology.* 2019

- Jun;37 Suppl 1:43-47. doi: 10.1002/hon.2584. PMID: 31187534.
6. Willemze R, Hodak E, Zinzani PL, et al. ESMO Guidelines Committee. Primary cutaneous lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2018 Oct 1;29(Suppl 4):iv30-iv40.
7. Olsen E, Vonderheid E, Pimpinelli N, et al. Revisions to the staging and classification of mycosis fungoides and Sezary syndrome: a proposal of the International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL) and the cutaneous lymphoma task force of the European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Blood.* 2007;110:1713-22.
8. Latzka J, Assaf CH, Bagot M, et al. EORTC consensus recommendations for the treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome – update 2023. *Eur J Cancer.* 2023;195:1133-43.
9. Belada D, Trněný M. Diagnostické a léčebné postupy u ne-

- mocných s maligními lymfomy – XIV. vydání [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.lymphoma.cz>.
10. SPC Ledaga (chlormethine). Available from: www.sukl.cz.
11. Šlampa P, et al. Radiační onkologie v praxi. 5. aktualizované vydání, Brno: Masarykův onkologický ústav; 2023.
12. Fialová P, Vašků V, Adam Z. Naše zkušenosti s léčbou bexarotenu u kožních T-lymfomů. *Dermatol. praxi.* 2011;5(4):187-191.
13. Polívka J. Mogamulizumab: nová léčba pokročilých stadií kožních T buněčných lymfomů-mycosis fungoides a Sézaryho syndromu. *Onkologie.* 2021;15(4):187-193.
14. Belada D. Brentuximab vedotin v léčbě relabujících CD30+ kožních lymfomů – výsledky mezinárodní randomizované klinické studie fáze 3-ALCANZA. *Onkologie.* 2018;12(3):123-127.
15. Ettlér J, Polívka J, Arenberger P. Primární kožní lymfomy v dermatologické praxi. *Dermatol. praxi.* 2018;12(3):128-132.

Dermatologie pro praxi
www.dermatologiepropraxi.cz

