

v předplněných perech s obsahem 250 mg lebrikizumabu. Dávkování je specifické: v 0. týdnu a 2. týdnu se podávají vždy dvě dávky (tj. 2 × 250 mg), následně se do 16. týdne pokračuje podáváním jedné dávky každé dva týdny. V 16. týdnu se podle klinické odpovědi upravuje frekvence podávání: pacienti s odpovědí EASI-75 přecházejí na dávkování 250 mg každé čtyři týdny, pacienti s odpovědí EASI-50 (ale pod EASI-75) pokračují do 24. týdne v dávkování každé dva týdny. Od 24. týdne lze přejít na měsíční intervaly i u těchto pacientů, pokud se odpověď dále zlepšuje.

Kazuistika

Anamnéza

Pacientka, ročník 2002, studentka mediální komunikace na Univerzitě Palackého v Olomouci, trpí od kojeneckého věku atopickou dermatitidou. Celkově se léčí se smíšenou úzkostně-depresivní poruchou, alergickou rýmou a je polyvalentně alergická na inhalační alergeny (pyl, roztoče) i některé potraviny (vlašské ořechy, med, paprika, rajče). Pozitivní rodinná anamnéza stran atopie, bratr se léčí pro atopickou dermatitidu a astma, otec má alergickou rýmu. Pacientka chronicky užívá sertralín v dávce 50 mg denně, hydroxyzin 25 mg užívá při úzkostných stavech.

Průběh onemocnění

Ve školním věku došlo k částečné stabilizaci atopické dermatitidy s převážně sezónními exacerbacemi. K výraznému zhoršení došlo

v období maturity a nástupu na VŠ. V únoru 2022 byla pacientka hospitalizována pro těžkou exacerbaci ve FN Hradec Králové, kde podstoupila zevní terapii a fototerapii.

Po propuštění z nemocnice byla pacientka dále sledována na alergologii, kde jí byla nasazena celková léčba prednisonem v úvodní dávce 30 mg denně. Tato dávka byla postupně snižována až na 2,5 mg denně, načež byla léčba ukončena. K opětovnému zhoršení došlo na jaře 2024. V březnu 2024 byla opět indikována systémová kortikoterapie, zpočátku parenterální aplikací hydrokortizonu (100 mg denně po dobu jednoho týdne), následovaná perorálním prednisonem 10 mg a 5 mg. Pacientka užívala antihistaminika (levocetirizin, ketotifen) a lokální kortikoidy v kombinaci s emolencií a imunomodulací.

V dubnu 2024 byla přijata na Klinikou chorob kožních a pohlavních v Olomouci pro generalizované kožní projevy s erozemi, krustami, výrazným pruritem, nespavostí a celkovým zhoršením kvality života. Při přijetí byla zjištěna výrazná eozinofilie, vysoké celkové IgE a pozitivita specifických IgE na inhalační a některé potravinové alergeny. EASI skóre činilo 36, DLQI 20/30 (dermatology life quality index) pruritus 10/10, spánek 10/10.

V úvodu hospitalizace užívala Prednison v dávce 5 mg, který byl postupně vysazen. Byla zahájena terapie cyklosporinem A (úvodní dávka 2 × 75 mg, postupně zvýšeno na 2 × 100 mg, tj. 3,6 mg/kg). I přes vyšší dávku nedošlo ke zlepšení kožního nálezu, navíc se objevily nežádoucí gastrointestinální účinky

(nevolnost, nauzea), které vedly k postupnému vysazení cyklosporinu v září 2024. EASI skóre bylo 31,7, DLQI 17/30, pruritus 9/10, spánek 8/10.

V září 2024 byla zahájena léčba lebrikizumabem. Podána byla úvodní dávka 2 × 250 mg subkutánně, následovaná další dávkou po dvou týdnech a poté pokračování 250 mg každé dva týdny. Od 4. týdne 1 × 250 mg à 2 týdny. V 16. týdnu léčby došlo k výraznému zlepšení: EASI 14,9 (dosahuje EASI-50), DLQI 8/30, pruritus 3/10, spánek 2/10.

V týdnu 16–24 pokračovala v dávkování 250 mg co 2 týdny. Ve 24. týdnu terapie (březen 2025) byla pacientka bez aktivních kožních projevů na obličeji, s minimální lichenifikací na trupu a pouze s reziduálními projevy na dolních končetinách (z části zlozvyk exkoriace). EASI skóre dosáhlo 8, DLQI 4/30, pruritus 2/10, spánek 1/10. Dávkování bylo upraveno na 250 mg lebrikizumabu jednou za čtyři týdny.

Pacientka udává zásadní zlepšení kvality života, včetně výrazného zmírnění pruritu a normalizace spánku. Je aktivní, plánuje zahraniční studijní pobyt.

Závěr

Léčba lebrikizumabem vedla u této pacientky s těžkou, chronicky relabující formou atopické dermatitidy ke klinicky významnému zlepšení kožního nálezu, snížení subjektivních obtíží a zlepšení kvality života. V porovnání s předchozí terapií cyklosporinem A byla léčba lebrikizumabem nejen účinnější, ale také lépe tolerována.

LITERATURA

1. Blauvelt A, Thyssen JP, Guttman-Yassky E, et al. Efficacy and safety of lebrikizumab in moderate-to-severe atopic dermatitis: 52-week results of two randomized double-blinded placebo-controlled phase III trials. *Br J Dermatol*. 2023 May 24;188(6):740-748. doi: 10.1093/bjd/ljad022. PMID: 36994947.

2. Silverberg JL, Guttman-Yassky E, Thaçi D, et al. Two Phase 3 Trials of Lebrikizumab for Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis. *N Engl J Med*. 2023 Mar 23;388(12):1080-1091. doi: 10.1056/NEJMoa2206714. Epub 2023 Mar 15. PMID: 36920778.

3. Sroka-Tomaszewska J, Trzeciak M. Molecular Mechanisms of Atopic Dermatitis Pathogenesis. *Int J Mol Sci*. 2021 Apr 16;22(8):4130. doi: 10.3390/ijms22084130. PMID: 33923629; PMCID: PMC8074061.

4. Torres T, Ferreira EO, Gonçalves M, et al. Update on Atopic Dermatitis. *Acta Med Port*. 2019 Sep 2;32(9):606-613. doi: 10.20344/amp.11963. Epub 2019 Sep 2. PMID: 31493365.

5. Drucker AM, Lam M, Prieto-Merino D, et al. Systemic Immunomodulatory Treatments for Atopic Dermatitis: Living

Systematic Review and Network Meta-Analysis Update. *JAMA Dermatol*. 2024 Sep 1;160(9):936-944. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.2192. Erratum in: *JAMA Dermatol*. 2024 Sep 1;160(9):1012. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.3600. PMID: 39018058; PMCID: PMC11255974.

6. De Benedetto A, Boguniewicz M, Ong PY, et al. Atopic Dermatitis (Eczema) Guidelines 2023: Highlights. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024 Nov;12(11):2955-2965. doi: 10.1016/j.jaip.2024.08.052. Epub 2024 Sep 7. PMID: 39251015.