

pro FcεR1 na mastocytech. Omalizumab rychle snižuje koncentraci volného IgE téměř k nule. Pokud je vazbou omalizumabu na volné IgE znemožněno navázání IgE na mastocyt, stává se mastocyt stabilnějším, zvyšuje se práh pro degranulaci, snižuje se sekrece mediátorů, cytokinů a chemokinů. Dochází ke zmírnění vazopermeability a zářetě v kůži (9).

V České republice je omalizumab (preparát Xolair) schválen pro terapii CSU od roku 2015.

Dle indikačních kritérií Státního ústavu pro kontrolu léčiv je omalizumab indikován k terapii CSU, kdy je UAS 7 ≥ 28 nebo je UAS 7 ≥ 16 se současně přítomným angioedémem. Tyto projevy přetrvávají po předchozí konsektivní léčbě H1-AH, při níž byl minimálně po dobu 2 týdnů podáván minimálně dvojnásobek obvyklé dávky H1-AH. Pokud z důvodů toxicity, intolerance či kontraindikace nelze použít zvýšenou dávku antihistaminik dle předchozího kritéria, je indikována terapie omalizumabem při nedostatečné odpovědi po předchozí čtyřtýdenní konsektivní léčbě H1-AH ve standardních dávkách.

Doporučená dávka omalizumabu u CSU je 300 mg subkutánně každé 4 týdny. Jeden léčebný cyklus představuje 6 dávek. Po apliko-

vání 6 dávek omalizumabu ve čtyřtýdenních intervalech je léčba omalizumabem ukončena. Terapie se ukončuje po 3. dávce, pokud nedojde v týdnu před podáním 4. dávky k poklesu UAS 7 o 12 a více bodů nebo na hodnotu ≤ 10 bodů a pokud klesne UAS 7 před 4., 5. a 6. dávkou na hodnotu 0.

U některých pacientů dochází po různé dlouhé době od poslední dávky k recidivě onemocnění, v tomto případě je možno léčebný cyklus opakovat (10).

Terapie omalizumabem bývá dobře tolerována. Po injekci se může vyskytnout reakce v místě vpichu, infekce horních cest dýchacích, bolesti hlavy. Nejzávažnější komplikací by mohla být anafylaktická reakce, která se vyskytla u pacientů léčených omalizumabem pro bronchiální astma. Jedinou uváděnou kontraindikací terapie je přecitlivělost na účinnou látku nebo na pomocné látky (11).

Třetí linii terapie představuje cyclosporin A, který je dle doporučených postupů indikován v případě selhání terapie omalizumabem. Cyclosporin A je imunomodulátor, inhibuje IL-2 a T lymfocyty. Počáteční dávka 2,5 mg/kg/den může být postupně zvýšena až na 5 mg/kg/den. Velmi časté jsou nežádoucí účinky zejména hypertenze a nefrotoxicita.

Trvání terapie závisí na klinickém efektu léčby a toleranci (1).

Nové možnosti terapie

I přes výborný efekt omalizumabu u většiny pacientů jsou stále zapotřebí nové terapeutické možnosti. V současné době probíhají klinické studie s inhibitory Bruton tyrozinkinázy (remirutinib, fenebrutinib). Dupilumab, který je dnes v dermatologii používán k terapii atopické dermatitidy a pruriga, se také dle studií jeví efektivní při léčbě CSU. Další nové možnosti představují monoklonální protilátky proti thymickému stromálnímu lymfopoetinu (tepezelumab) a proti tyrozinkinázovému receptoru lymfopoetinu (barzolvolimab) (2).

Závěr

Kopřivka je onemocnění provázené výsevem pomfů a velmi intenzivním pruritem. Z tohoto důvodu má výrazně negativní dopad na kvalitu života pacientů. V případě nedostatečného efektu terapie antihistaminiky je u závažných chronických spontánních kopřivek indikována biologická terapie omalizumabem, která je účinná, bezpečná a pacienty velmi dobře tolerovaná. V klinických studiích jsou nové preparáty cílené léčby, které v budoucnu rozšíří terapeutické možnosti CSU.

LITERATURA

1. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022 Mar;77(3):734-766. doi: 10.1111/all.15090. Epub 2021 Oct 20. PMID: 34536239.
2. Kolkhir P, Bonnekoh H, Metz M, et al. Chronic Spontaneous Urticaria: A Review. *JAMA*. 2024 Nov 5;332(17):1464-1477.
3. Kolkhir P, Muñoz M, Asero R, et al. Autoimmune chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 2022 Jun;149(6):1819-1831.
4. Kolkhir P, Giménez-Arnau AM, Kulthanan K, et al. Urticaria. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):61.

5. Confino-Cohen R, Chodick G, Shalev V, et al. Chronic urticaria and autoimmunity: associations found in a large population study. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129(5):1307-1313.
6. Kumar YH, Bhaskar S, Shankar K. Comparative Study of Positive Versus Negative Autologous Serum Skin Test in Chronic Spontaneous Urticaria and its Treatment Outcome. *N Am J Med Sci*. 2016 Jan;8(1):25-30. doi: 10.4103/1947-2714.175195. PMID: 27011944; PMCID: PMC4784180.
7. Holgate ST, Canonica GW, Simons FE, et al. Consensus group of new generation Antihistamines (CONGA): present status and recommendations. *Clin Exp Allergy*. 2003

- Sep;33(9):1305-24. doi: 10.1046/j.1365-2222.2003.01769.x. PMID: 12956754.
8. Ferrer M, Sastre J, Jáuregui I, et al. Effect of antihistamine up-dosing in chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2011;21:34-39.
9. Chang TW, Chen C, Lin ChJ, et al. The potential pharmacologic mechanisms of omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria. *A Allergy Clin. Immunol*. 2015;136(2): 337-342.
10. Available from: <http://www.sukl.cz>.
11. Karlová I. Využití omalizumabu v dermatologii. *Dermatol. praxi*. 2016;10(2):66-69. doi: 10.36290/der.2016.016.

S NÁMI SE NEZTRATÍTE
Časopis je indexován v databázi **EBSCO**

Využíváme systém **CrossRef**. S články můžete snadno pracovat díky jednoznačnému identifikátoru **DOI**.

