

Dermatologie pro praxi

2017

A

www.solen.cz | Dermatol. praxi 2017; 11(Suppl A) | ISBN 978-80-7471-191-6 | 2017

ABSTRAKTA

IX. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI

27. dubna 2017

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořádá společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Dermatologie pro praxi
záštita: Klinika chorob kožních a pohlavních FN Olomouc
a OS ČLK v Olomouci

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

MÁ VÁŠ PACIENT ANGIOKERATOMY? JEJICH PŘÍČINOU MŮŽE BÝT FABRYHO CHOROBA¹

Pokud ano, můžete ho jednoduše a rychle otestovat pomocí metody suché krevní kapky.³



ANGIOKERATOMY JSOU PŘÍTOMNY U 66 % MUŽŮ A 36 % ŽEN S FABRYHO CHOROUBOU²

NEJČASTĚJI JSOU V OBLASTECH:¹

- Boků, hýždí, genitálií
- Pupku
- Slabin a tříslel
- Sliznic

OSTATNÍ KOŽNÍ PROJEVY:¹

- Zhrubělé obličejové rysy
- Periorbitální otoky
- Otoky dolních končetin
- Poruchy pocení

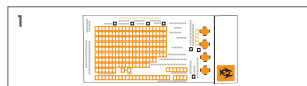
Fabryho choroba¹ je progresivní systémové lyzozomální onemocnění vázané na X chromozom. Příčinou choroby je defekt genu kódujícího enzym alfa-galaktosidázu A. Defekt vede k intralyzozomálnímu stíhání substrátů tohoto enzymu, zejména globotriaosylceramidu (Gb3) na úrovni mnoha tkání, zejména pak v endotelu a buňkách hladké svaloviny cév, v různých typech buněk ledvin, srdečního svalu, CNS, gastrointestinálního traktu a dalších. Příznaky zahrnují epizodické bolestivé krize, akroparestázie, angiokeratomy, zakalení rohovky a čočky a ve třetí až páté dekádě života nastupují systémová onemocnění ledvin, srdce a cerebrovaskulárního systému. Onemocnění se projevuje v závislosti na pohlaví, ženy jsou postiženy méně než muži nebo se u nich onemocnění objevuje později. U obou pohlaví se mohou vyskytovat také formy, které postihují pouze jeden orgán (např. kardiální nebo renální varianty). U takto postižených pacientů bývá přítomna reziduální aktivita alfa-galaktosidázy A. Bez léčby má choroba progresivní charakter a vede k závažnému orgánovému postižení, výraznému snížení kvality života a předčasnému úmrtí.

Angiokeratomata trupu

– výskyt v oblasti pasu, boků a hýždí a detail (publikováno se svolením dr. L. Laciny, Dermatovenerologická klinika VFN a 1. LF UK Praha)



VYŠETŘENÍ METODOU SUCHÉ KREVŇÍ KAPKY JE RYCHLÉ A JEDNODUCHÉ³



Na odběrovém papířku vyplíte určená pole údajů o pacientovi.



- Vydezinfikujte špičku pacientova prstu a nechte uschnout.
- Nepoužívejte jódovou dezinfekci.
- Píchněte do boční strany prstu jehlou nebo lancetou a jemně tlačte prst od dlaně směrem ke špičce, dokud nevyleče kapka krve.



- První kapku utřete sterilní gázou, další nechte odkápnout do síťové kolečka na odběrovém papířku.
- Krev je možné nakapat i přímo z injekční stříkačky.
- Do každého kolečka nakapejte vždy jen jednu kapku krve.



- Kapky krve nechte zaschnout na čistém neabsorbčním povrchu aspoň 4 hodiny při pokojové teplotě.
- Chraňte před přímým teplem a slunečním světlem.
- Po vysušení vzorek vraťte do igelitového obalu, vložte do přiložené obálky a odešlete do laboratoře.

Použitá literatura: 1. Ehler E, a kol. *Vzácná onemocnění* Solen, s.r.o., 2013:25–31. 2. Zampetti A et al *Br J Dermatol* 2012;166(4):712–20. 3. Weidemann F et al *Inf J Cardiol* 2010;141(1):3–10.

Diagnostický balíček můžete objednat zdarma na:

www.spravnadiagnoza.cz

Příhlášovací jméno: spravna, heslo: diagnoza

Určeno pro odbornou veřejnost.

sano-fi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6
tel.: +420 232 086 111, fax: +420 233 086 222
e-mail: cz-info@sano-fi.com

SANOFI GENZYME

Pořadatel

společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Dermatologie pro praxi

Záštita

Klinika chorob kožních a pohlavních FN Olomouc
a OS ČLK v Olomouci

Prezident

MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Programový výbor

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.
MUDr. Renata Kučerová, Ph.D.
MUDr. Jan Šternberský, Ph.D.
MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s. r. o.
Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Organizační sekretariát:

Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz

Programové zajištění:

Mgr. Kateřina Dostálová, 725 003 510, dostalova@solen.cz

Zajištění reklamních ploch:

Ing. Lenka Mihulková, 734 567 855, mihulkova@solen.cz



Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 6 kredity
pro lékaře a 4 kredity pro sestry.

Grafické zpracování a sazba: Aneta Mikulíková
Supplementum A časopisu Dermatologie pro praxi
Čitační zkratka: Dermatol. praxi 2017; 11(Suppl A)

ISBN 978-80-7471-191-6

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

IX. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI

Čtvrtek 27. 4. 2017

9.00–9.05 Zahájení

9.05–10.15 **Plastická chirurgie v léčbě stavů mezioborového charakteru**

garantka: MUDr. Renata Kučerová, Ph.D.

- **Regenerativní potenciál transplantace autologní tukové tkáně u syndromu diabetické nohy a dalších chronických defektů** – Podkalská Sommerová K., Zálešák B.
- **Preexpandovaný kožní štěp jako alternativa expandovaných kožních laloků u giant névů v anatomicky nepříznivých lokalizacích** – Zálešák B.
- **Časná reexcize nebo observace? Kdy a jak?** – Christodoulou P., Zálešák B. a kol. OPECh

10.15–11.00 **Aktuality do vaší ordinace**

- **Fabryho choroba z pohledu dermatologa** – Lacina L.
- **Specifická kožní onemocnění a fotoprotekce** – Müllerová E.
- **Takrolimus – účinná a dlouhodobá kontrola atopické dermatitidy** – Krupka M.

11.00–11.30 **Přestávka**

11.30–12.40 **Novinky v terapii častých dermatóz**

garant: MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

- **Novinky v magistraliter přípravě v dermatologii** – Mašlářová J.
- **Současné možnosti terapie chronické spontánní kopřivky** – Karlová I.
- **Aktuality v systémové léčbě psoriázy I. – apremilast** – Tichý M.
Přednáška sponzorovaná společností Celgene s.r.o.
- **Aktuality v systémové léčbě psoriázy II. – ixekizumab** – Tichý M.
Přednáška sponzorovaná společností ELI LILLY ČR, s.r.o.

12.40–13.40 **Přestávka na oběd**

JE TO V KŮŽI,

KDE BIODERMA
OBJEVILA ŘEŠENÍ JAK
ZVÝŠIT JEJÍ PŘIROZENOU
OBRANYSCHOPNOST
PROTI SLUNCI.



MAXimální
ochrana
BEZ ROZTÍRÁNÍ



Photoderm MAX Opalovací mlha SPF 50+

Velmi vysoká sluneční ochrana, která díky
ochrannému faktoru SPF 50+ splňuje doporučení
dermatologů a navíc se i lehce nanáší.

Opalovací mlha má osvěžující efekt, je 100%
transparentní, může se aplikovat také na
mokrou pokožku a je vysoce voděodolná.

Kombinace patentu Buněčné Bioochrany™
a UVA/UVB filtrů stimuluje přirozenou
obranyschopnost pokožky proti
slunci. Pokožka je chráněná
zevnitř i zvenku.

Dlouhodobě.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

PROGRAM

13.40–14.50 Kožní projevy autoimunitních onemocnění

garant: prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

- **Kožní projevy u systémového lupus erythematoses a antifosfolipidového syndromu** – Horák P.
- **Systémová sklerodermie** – Smrzová A.
- **Psoriatická artritida** – Němec P.

14.50–15.10 Novinky v terapii psoriatické artritidy z pohledu dermatologa – Tichý M.

Přednáška sponzorovaná společností Novartis s.r.o.

15.10–15.40 Přestávka

15.40–16.50 Blok mladých dermatologů

garant: MUDr. Jan Šternberský

- **Těžká forma diskoidního erythematu** – Palla V.
- **Frontální fibrotizující alopecie** – Krnáčová A.
- **Paraneoplastická dermatomyozitida** – Müllerová E.
- **Infračervené termografické vyšetření u pacientů s Raynaudovým fenoménem – analýza souboru pacientů** – Šternberský J.

16.50 Losování ankety, závěr konference

Web **www.dermatologiepropraxi.cz** v novém!



snadnější orientace



přehlednější vyhledávání



uživatelsky přívětivější e-shop



propracovanější registrace
na kongresy



Plastická chirurgie v léčbě stavů mezioborového charakteru

garantka MUDr. Renata Kučerová, Ph.D.

ČTVRTEK / 27. dubna 2017 / 9.05–10.15 hod.

Regenerativní potenciál transplantace autologní tukové tkáně u syndromu diabetické nohy a dalších chronických defektů

MUDr. Kamila Podkalská Sommerová,
MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D.

Oddělení plastické a estetické chirurgie
FN Olomouc

Transplantace autologní tukové tkáně neboli fat grafting zažívá v posledních letech obrovský rozmach v plastické estetické a rekonstrukční chirurgii. Bylo zjištěno, že tuková tkáň má nejen funkci metabolickou, ale obsahuje mnohonásobně více kmenových buněk než kostní dřev. Navíc tuková tkáň obsahuje množství cytokinů (růstové faktory apod.). Kombinací těchto faktorů dochází k regenerativnímu působení tukové tkáně. To je využíváno při léčbě chronických defektů, k hojení tkání změněných radiací a rekonstrukci defektů měkkých tkání. V estetické medicíně se tuk využívá jako biokompatibilní výplň do míst s jeho atrofii a k rejuvenaci obličeje, jelikož má schopnost omladit stárnoucí kůži.

Preexpandovaný kožní štěp jako alternativa expandovaných kožních laloků u giant névů v anatomicky nepříznivých lokalizacích

MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D.

Oddělení plastické a estetické chirurgie
FN Olomouc

Chirurgická excize a krytí defekty expandovaným kožním lalokem je dobře propracovaná technika pro krytí rozsáhlých kožních afekcí. Selhává tam, kde afekce postihuje akra končetin, nebo tam, kde je třeba krýt defekt po excizi velmi tenkou kůží. V těchto situacích je indikováno použití kožních štěpů.

Kožní transplantáty v plné tloušťce zajišťují minimální retrakci, dobrou finální strukturu a barvu štěpu. Velikost kožních štěpů v plné tloušťce je za normálních okolností omezená, a proto jsou většinou odebírány dermoepidermální štěpy, které po strážce mechanické, funkční a estetické dávají suboptimální výsledek.

Autor prezentuje techniku preexpandovaných kožních štěpů, která umožňuje získat dostatečně rozsáhlé kožní štěpy v plné tloušťce vhodné pro krytí velkých defektů na akrech končetin nebo ve složitých anatomických lokalizacích.

Časná reexcize nebo observace?

Kdy a jak?

MUDr. Petros Christodoulou

MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D.

Oddělení plastické a estetické chirurgie,
FN Olomouc

Problematika dostatečné radikality u chirurgického odstranění kožních nádorů není černobílá. Mezi nekompletní a radikální excizi existuje celé spektrum odstínů šedi, nejen z hlediska vlastní radikality zákroku, ale také z hlediska typu nádoru a také filozofie přístupu ošetřujícího lékaře.

V principu existuje na jedné straně spektra škola, která dispenzarizuje nekompletní nebo málo radikální excise odvolávající se na literální údaje o možné spontánní regresi některých typů nádorů v resekcční linii a nízkém procentu recidiv u některých typů nádorů (basocelulární CA).

Na druhé straně spektra existuje radikální škola, zpravidla zastoupena chirurgy, kteří za každou cenu dodrží při primárním výkonu dostatečný bezpečnostní lem a netolerují negativní resekcční okraj tam, kde se nádor blíží resekcční linii. Pro tuto školu je i nízké riziko recidivy nepřipustné. Ve snaze dodržet dostatečně radikální resekcční okraj se proto v dobré víře někdy dopouští mutilujícím výkonům.

Otázkou je, jak najít „rozumný kompromis“ mezi těmito přístupy, kdy sledovat a kdy časné reexcidovat, a pokud reexcidovat, tak potom jak?

Autoři prezentují osobní přístup k dané problematice na základě evidence based medicine a na základě rozsáhlé a dlouhodobé zkušenosti.

Zamýšlí se nad otázkou, kde se nachází zlatá střední cesta a co je lege artis?

Aktuality do vaší ordinace

ČTVRTEK / 27. dubna 2017 / 10.15–11.00 hod.

Specifická kožní onemocnění a fotoprotekce

MUDr. Eva Müllerová

Klinika chorob kožních a pohlavních
FN Olomouc

Ochrana kůže před slunečním zářením představuje souhrn opatření zamezujících expozici kůže účinkům ultrafialového záření. Tato opatření spočívají především v aplikaci opalovacích krémů, nošení fotoprotektivních oděvů, vyhýbání se přímému polednímu slunci.

Přípravky pro fotoprotekci (tzv. sunscreens) mají za úkol filtrovat UVB a současně UVA záření ve správné rovnováze. Jejich filtrační schopnost je definována SPF faktorem, který je třeba volit v závislosti na fototypu daného jedince a intenzitě slunečního záření.

V dnešní době existují fotoprotektivní krémy přizpůsobené svým složením i texturou konkrétnímu typu pleti (normální, mastná, suchá, smíšená, citlivá, stárnoucí) či určité dermatóze (akné, rosacea, atopická dermatitida, vitiligo a jiné).

S přihlédnutím k aktuálním klimatickým podmínkám, zeslabování ochranné ozonové vrstvy a tím pádem stále se zvyšujícím negativnímu vlivu UV záření na naši pokožku, by se aktivní fotoprotekce měla stát běžnou součástí každodenní rutiny každého z nás.

Takrolimus – účinná a dlouhodobá kontrola atopické dermatitidy

MUDr. Michal Krupka

LEO Pharma, s. r. o., Praha

Takrolimus je jedním ze dvou registrovaných inhibitorů kalcineurinu na středně těžkou až těžkou formu atopické dermatitidy (AD) v EU a jeho hlavní výhodou je možnost dlouhodobé udržovací terapie. Přednáška nabízí průřez zajímavými odbornými publikacemi z posledního

doby. Rozebírá postavení topických imunomodulátorů podle aktuálních EADV doporučení pro diagnostiku a terapii AD, kde je tomuto tématu věnována samostatná kapitola. Dále přibližuje publikaci, která zkoumá vliv takrolimu na reparaci kožní bariéry v porovnání s topickými kortikosteroidy. Pokračuje tak v trendu odborných publikací, které kromě imunologického rozměru AD kladou důraz také na genetickou predispozici a reparaci poškozené bariérové funkce kůže. Závěr tvoří přehled výsledků nedávno realizované metaanalýzy, která vyhodnotila bezpečnost takrolimu v souvislosti s diskutovaným rizikem případného vzniku lymfomů. Statistický pohled nabízí zajímavé výsledky a porovnává riziko u různých skupin pacientů s AD.

Novinky v terapii častých dermatóz

garant MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

ČTVRTEK / 27. dubna 2017 / 11.30–12.40 hod.

Novinky v magistraliter přípravě v dermatologii

PharmDr. Jana Mašlářová

Lékárna U Pivovaru, Přerov

Individualizovaná péče o pacienta je základem kamenem efektivní terapie nejen dermatologických onemocnění. Magistraliter příprava má stále své místo při volbě terapeutického postupu pro konkrétního pacienta se specifickými potřebami, a pomáhá tak předepisujícím lékařům poskytovat individuální řešení indikovaná na míru.

Moderní podoba galenické přípravy se postupně sjednocuje s evropskými standardy a na trhu přibývají jak nové substance, tak základy ze zahraničních receptur. Inovativní dermatologická vehikula rozšiřují možnosti individuální přípravy topických přípravků – jednou ze zajímavých lékových forem představují např. léčivé pěny (*Spumae medicatae*). S vyráběnými základy začíná přibývat také dat ohledně stability léčivých látek, což je základem pro formulaci validních receptur dle požadavků lokální preskripcce.

Nově dostupné léčivé látky v lékopisné kvalitě rozšiřují v oblasti dermatologie možnosti terapie (*clindamycin, hydrochinon, tretinoin, latanoprost, mikonazol aj.*) a umožňují upravit používané receptury tak, aby nedocházelo k mísení registrovaných léčivých přípravků do individuálně připravovaných přípravků (*např. kortikoidy – betamethason, dexamethason, mometason, hydrokortison – nebo jejich kombinace s antibiotiky či antimykotiky – clotrimazol, nystatin, gentamicin aj.*).

Paleta obalového materiálu, který umožňuje pohodlnou adjustaci IPLP nebo zlepšuje možnosti aplikace pro pacienta, je díky trendům přicházejícím z okolních evropských zemí také pestřejší. Novinkou jsou zejména inovativní systémy, které usnadněním aplikace topického léku pacientem zvyšují compliance a zlepšují výsledný efekt terapie. Moderní systémy mají řadu výhod díky tomu, že není třeba otvírat kelímek a vystavovat celé množství přípravku nežádoucím vlivům. Při aplikaci se může nadávkovat pouze požadované množství, což zajišťuje přesnější dávkování, delší dobu použitelnosti přípravku a vyšší hygienu při aplikaci.

Individuálně připravované léčivé přípravky (IPLP) mohou pomoci všude tam, kde je třeba změnit sílu léku a upravit dávkování, pomáhají překlenout období nedostupnosti registrovaných léků a nabízí vhodné alternativy k problematickým léčivům.

Současné možnosti terapie chronické spontánní kopřivky

MUDr. Iva Karlová

Klinika chorob kožních a pohlavních

FN Olomouc

Dle současných mezinárodních doporučení jsou v terapii chronické spontánní kopřivky lékem

první volby neseedativní H1-antihistaminika druhé generace ve standardní dávce. U více než poloviny pacientů je tato léčba nedostačující, v druhé linii terapie je doporučeno navýšit dávku neseedativních H1-antihistaminik až na čtyřnásobek standardní dávky.

U kopřivek, u kterých příznaky přetrvávají i při navýšené dávce H1-antihistaminik, je doporučena 3. linie terapie, do které patří dle současných guidelines v první řadě biologická léčba omalizumabem, dále Cyclosporin A a antileukotrieny.

Omalizumab je humanizovaná monoklonální anti-IgE protilátka. Rekombinantní technologií byla připravena molekula, která je z 95 % tvořena lidským imunoglobulinem IgG1, ke kterému je v oblasti hypervariabilních úseků připojena myši anti-IgE protilátka. Omalizumab se selektivně váže na konstantní doménu $Fc_{\epsilon}3$ sérového IgE, tedy v místě vazby IgE s buněčnými receptory. Vazbou omalizumabu na cirkulující IgE dochází ke vzniku biologicky inertní molekuly, čímž je zabráněno reakci mezi IgE a receptorem pro $Fc_{\epsilon}R1$ na mastocytech. Omalizumab rychle snižuje koncentraci volného IgE téměř k nule. Navázáním IgE na receptor $Fc_{\epsilon}R1$ na mastocytu se zvyšuje aktivita mastocytu. Pokud je tedy 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 zánětu v kůži.

V České republice je omalizumab schválen pro terapii chronické spontánní kopřivky od roku 2015. Pacienti jsou soustředěni do center biologické léčby.

Aktuality v systémové léčbě psoriázy I. – apremilast

MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních FN a LF UP Olomouc

Výzkum v oblasti patogeneze psoriázy přináší stále nové poznatky o úloze řady cytokinů při vzniku a udržování psoriatického zánětu. Ve vývoji je řada nových preparátů a některé již byly v indikaci psoriázy zaregistrovány i v České republice. Apremilast (Otezla) je jedním z nich. Přípravek zatím nemá stanovenou úhradu, proto jsou praktické zkušenosti s terapií tímto preparátem v České republice velmi omezené.

Apremilast není v pravém slova smyslu preparátem biologickým, protože je vyráběn synteticky. Mechanismus jeho účinku, který lze označit jako imunomodulační, se však biologickým lékům do jisté míry podobá, i když je méně specifický. Jedná se o nízkomolekulární inhibitor fosfodiesterázy -4 (PDE4). PDE4 je klíčový izoenzym, který metabolizuje cyklický adenosinmonofosfát (cAMP) v zánětlivých a imunitních buňkách. Inhibicí aktivity PDE4 dochází ke zvýšení hladin cAMP s následným omezením zánětlivé odpovědi prostřednictvím modulace exprese prozánětlivých cytokinů TNF alfa, IL 17, IL 23 a některých dalších. Současně jsou modulovány hladiny cytokinů protizánětlivých, jako je např. IL 10.

Lék se podává perorálně, dávka je postupně titrována až na 30 mg 2x denně a v této dávce léčba pokračuje kontinuálně. Nástup účinku proti klasickým biologickým lékům je pozvolnější, výhodou preparátu však je zejména skutečnost, že nemá žádné zásadní kontraindikace.

Přednáška sponzorovaná společností Celgene s.r.o.

Aktuality v systémové léčbě psoriázy II – ixekizumab

MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních FN a LF UP Olomouc

Dalším z nově registrovaných preparátů určených pro systémovou léčbu psoriázy je ixekizumab (Taltz). Tento biologický preparát je humanizovanou monoklonální protilátkou IgG4, která se s vysokou afinitou a specifitou váže na interleukin 17A (ligandy IL17A, IL17A/F), a inhibuje tak jeho prozánětlivou aktivitu. Výstupy provedených klinických studií ukazují na vysokou účinnost tohoto preparátu, kdy prakticky úplné remise onemocnění korelující s PASI 90 dosahuje okolo 70 % pacientů ve 12. týdnu léčby. Vzhledem k tomu, že v České republice v tuto chvíli nemá přípravek úhradu, nelze na základě vlastních praktických zkušeností zatím tato data potvrdit. Předpoklady pro to, aby se stal ixekizumab jedním z nejúčinnějších preparátů pro terapii těžkých forem psoriázy, však tady jednoznačně jsou. Dlouhodobou účinnost v tuto chvíli ještě hodnotit nelze. Bezpečnostní parametry se ukazují být velmi dobré a srovnatelné se secukinumabem. Taltz se podává subkutánní injekcí, po 12týdenní indukční fázi se přechází na fázi udržovací, ve které se aplikuje 80 mg subkutánně každé 4 týdny.

Přednáška sponzorovaná společností ELI LILLY ČR, s.r.o.

Kožní projevy autoimunitních onemocnění

garant prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

ČTVRTEK / 27. dubna 2017 / 13.40–14.50 hod.

Kožní manifestace u systémového lupus erythematoses

a antifosfolipidového syndromu

prof. MUDr. Horák Pavel, CSc.

III. interní klinika – nefrologická,
revmatologická a endokrinologická,
FN Olomouc

Systémový lupus erythematoses (SLE) je autoimunitní zánětlivé onemocnění často charakterizované multiorgánovým postižením, které postihuje výrazně častěji ženy v reprodukčním věku. Je pro něj typická hyperaktivita B buněk s nadprodukcí orgánově nespecifických auto-protilátek. Pro diagnózu jsou nejvýznamnější antinukleární protilátky (ANA) a protilátky proti dsDNA. Klinický obraz je velmi pestrý a heterogenní, SLE lze dle klinické a laboratorní manifestace rozdělit do řady podtypů. Často se lze setkat vzplanutím aktivity choroby i po delším období nízké aktivity či dokonce remise. Prognóza choroby se liší dle přítomnosti orgánového postižení, průběhu choroby a komorbidit. Diagnóza SLE zahrnuje řadu mírně probíhajících stavů, jakož i stavy bezprostředně ohrožující život. SLE je prototypem orgánově nespecifického autoimunitního onemocnění. Na jeho vzniku se podílí velmi komplikovaná síť patogenetických faktorů. Pouze malá část z nich je v současné době uspokojivě popsána. Projevy choroby jsou jak v počátku, tak během průběhu velmi pestré a vyskytují se v různých kombinacích. Průběh nemoci je vel-

mi variabilní, vzácně jsou popsány i spontánní remise. Většinou je choroba spojena s chronickým průběhem, který může být doprovázen akutními vzplanutími aktivity choroby. Kožní a/ nebo slizniční projevy postihují během choroby až 80% nemocných. Lupusové kožní projevy lze dle Gilliamovy klasifikace dělit na akutní, subakutní a chronické, vaskulární, nejizvící se a ostatní. Velmi často je přítomna fotosenzitivita, motýlový exantém v obličeji, diskoidní či urtikární léze, livedo reticularis či alopecie. Sliznice mohou být postiženy ulceracemi.

Za antifosfolipidový syndrom (APS) se považuje stav, kdy se vyskytují trombotické manifestace ve venózním a/či arteriálním řečišti a/nebo specifické komplikace gravidity spolu s perzistující přítomností antifosfolipidových protilátek (lupus antikoagulans, antikardiolipinové protilátky, protilátky proti beta2glykoproteinu1. Sekundární antifosfolipidový syndrom se vyskytuje v rámci systémových chorob pojiva, zejména u SLE, primární antifosfolipidový syndrom se vyskytuje samostatně. Nejčastější klinické manifestace choroby jsou v sestupném pořadí: hluboká žilní trombóza, trombocytopenie, livedo reticularis, mozková příhoda, povrchová tromboflebitida, plicní embolie, ztráta plodu, tranzitorní mozková ataka a hemolytická anémie. APS se asociuje s migrenózními bolestmi hlavy, Raynaudovým fenoménem, plicní hypertenzí, kožními ulceracemi, postižením CNS – (transverzální myelitida),

hypokortizolismem při hemoragické infarzaci nadledvin, kognitivními poruchami, demencí a dalšími příznaky. APS je často spojený se závažnou těhotenskou problematikou, kterou představují zejména úmrtí plodu po 10. týdnu gestace, předčasné porody pro preeklampsii či placentární insuficienci či opakované potraty embrya do 10. týdnu gestace. U těchto pacientek se častěji vyskytuje HELLP syndrom a eklampsie. Mezi kožní manifestace patří tvorba třískových hemoragií, livedo reticularis či přítomnost kožních nekróz.

Sdělení se bude zabývat diagnostikou i léčbou těchto stavů a významem kožních projevů pro jejich časnou diagnostiku.

Systémová sklerodermie

MUDr. Andrea Smržová, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická,
revmatologická a endokrinologická
FN Olomouc

Systémová sklerodermie je systémové onemocnění pojiva s multiorgánovými manifestacemi. Pro morbiditu a mortalitu pacientů je zásadní včasná diagnostika. Systémová sklerodermie má dvě formy podle typu postižení kůže – limitovaná a difuzní. Typické je postižení kůže s fibrózou kůže na dorsech rukou v oblasti metakarpofalangeálních kloubů a dále, v oblasti obličeje a u difuzní formy sklerodermie také na trupu a končetinách. Přítomnost Raynaudova fenoménu je u systémové sklerodermie až v 96 %. Při kapilaroskopickém vyšetření mají kapiláry u systémové sklerodermie některé specifické změny – tvorba gigatokapilár, keříčkovatění, zánik kapilár s hemoragijemi. Z tohoto důvodu je kapilaroskopické vyšetření velmi důležité v dife-

renciální diagnostice jiných etiologií Raynaudova fenoménu. Typické postižení kůže, Raynaudův fenomén s patologickým kapilaroskopickým nálezem, a přítomnost specifických protilátek svědčí o časně formě sklerodermie. Z dalších orgánových manifestací se pak u systémové sklerodermie vyskytuje postižení plic s plicní fibrózou a aktivní alveolitidou, plicní arteriální hypertenze či jiné kardiovaskulární komplikace, postižení horního i dolního gastrointestinálního traktu. Vzácně se může vyskytovat renální hypertenzní krize s vysokou mortalitou pacientů. Může být spojena s terapií vysokými dávkami glukokortikoidů.

Cílem sdělení je nastínit důležitost detekce časně sklerodermie, současné možnosti léčby a screening orgánových manifestací.

Psoriatická artritida

doc. MUDr. Petr Němec, Ph.D.

Revmatologická ambulance II. interní kliniky
FN u sv. Anny v Brně a Lékařská fakulta
Masarykovy univerzity

Psoriatická artritida (psoriatická nemoc) je chronické zánětlivé kloubní onemocnění ze skupiny spondyloartritid provázející psoriázu. Vyskytuje se přibližně u 20 % pacientů s psoriázou. Může se manifestovat různými formami postižení periferních kloubů, ale i axiálního skeletu. Kromě artritidy a axiálního postižení jsou typickými muskuloskeletálními projevy onemocnění rovněž entezitida a daktylitida. Klasifikace podle Molla a Wrightové rozděluje onemocnění do 5 typů dle klinického postižení. Jednotlivé typy postižení se ve skutečnosti mezi sebou vzájemně prolínají, a vytvářejí tak heterogenní obraz onemocnění. Ve valné většině

případů psoriáza předchází kloubní postižení, u menší části může být vznik kožního i kloubního syndromu současný a u malé části pacientů může kloubní postižení předcházet psoriázu. U pacientů s psoriatickou nemocí je zvýšený výskyt metabolického syndromu a kardiovaskulárních onemocnění. V posledních letech došlo k rychlému vývoji nových poznatků o všech

aspektech psoriatické nemoci. Jsou k dispozici nová klasifikační kritéria CASPAR (Classification criteria for Psoriatic ARthritis). Pozornost se soustřeďuje na novou strategii léčby se zaměřením na její časný zahájení a stanovení léčebného cíle. Nezbytnou podmínkou směřující k naplnění léčebných cílů je spolupráce revmatologa a dermatologa.

Novinky v terapii psoriatické artritidy z pohledu dermatologa

ČTVRTEK / 27. dubna 2017 / 14.50–15.10 hod.

Novinky v terapii psoriatické artritidy z pohledu dermatologa

MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních FN
a LF UP Olomouc

Psoriatická artritida (PsA) je chronické progresivní zánětlivé onemocnění kloubů, zařazené do skupiny spondylartritid. V naprosté většině případů je PsA asociována s typickými projevy psoriázy, přičemž pouze asi v 10–15% případů předchází vznik PsA kožním změnám. U většiny pacientů předchází kožní projevy psoriázy potížím kloubním. Údaje o počtu pacientů s psoriázou, u kterých je současně přítomna PsA, se uvádějí v širokém rozmezí 5–42%. Extenzivní postižení kůže stejně jako postižení nehtů patří mezi rizikové faktory vzniku PsA. Samotná PsA může probíhat v několika klinických variantách a s různým stupněm závažnosti.

Terapie pacientů s artropatickou psoriázou je mezioborovou záležitostí, kdy je nezbytná spo-

lupráce revmatologa a dermatologa. Vzhledem k úzké vazbě psoriázy a PsA jsou i terapeutické režimy velmi podobné. Systémovou terapii obvykle indikuje a řídí revmatolog, resp. dermatolog v závislosti na závažnosti kloubního nebo kožního postižení. Indikuje-li systémovou léčbu u pacienta s artropatickou psoriázou dermatolog, je z konvenčních preparátů jednoznačně nejhodnější methotrexát. Alternativně lze použít i cyklosporin, který je ale určený spíše pro krátkodobé podání a u PsA není tak efektivní. Z biologických preparátů mají prokázaný efekt u PsA všechny přípravky, které mají úhradu pro léčbu psoriázy; inhibitory TNF alfa (etanercept, adalimumab, infliximab), inhibitory IL12,23 (ustekinumab) a nejnověji inhibitory IL 17A (secukinumab). Terapeutické možnosti jsou tedy poměrně široké a u většiny pacientů se podaří navodit dlouhodobou remisi onemocnění a předejít rozvoji komplikací.

*Přednáška sponzorovaná společností
Novartis s.r.o.*

Blok mladých dermatologů

garant MUDr. Jan Šternberský

ČTVRTEK / 27. dubna 2017 / 15.40–16.50 hod.

Těžká forma diskoidního erythematodu

MUDr. Viktor Palla

Klinika chorob kožních a pohlavních

FN Olomouc

Diskoidní lupus erythematodes (DLE) je autoimunitní onemocnění pojiva, které bez včasné léčby může vést k trvalému estetickému postižení. Predominantně postihuje lokalitu obličeje, což ještě více umocňuje důležitost včasného zahájení terapie. Zcela zásadní je tak úzká spolupráce mezi lékařem a pacientem.

Sdělení popisuje případ 30leté pacientky, které byl diagnostikován DLE v raném stadiu reverzibilních kožních změn. V důsledku non-compliance však došlo k výrazné progresi onemocnění se vznikem mutilujících projevů v obličeji a kštici, které jen velmi pozvolna regreduje i přes intenzivní kombinovanou terapii.

Frontální fibrotizující alopecie

MUDr. Anežka Krnáčová

Kožní klinika FN Olomouc

Frontální fibrotizující alopecie je považována za vzácnou variantu lichen planopilaris, postižující nejčastěji postmenopauzální ženy. Etiopatogeneze onemocnění je nejasná. Neléčená choroba v průběhu mnoha let pomalu progreduje, ačkoli byla popsána i spontánní stabilizace. V prezentaci je popsán případ 68leté ženy s diagnózou frontální fibrotizující alopecie,

léčené finasteridem v kombinaci s intraleziální aplikací Depo-Medrolu, a současně je podán přehled léčebných možností.

Infračervené termografické vyšetření u pacientů s Raynaudovým fenoménem – analýza souboru pacientů

MUDr. Jan Šternberský

Klinika chorob kožních a pohlavních

FN Olomouc

Infračervená (IČ) termografie se zabývá analýzou rozložení teplotního pole na povrchu těla. Její princip je založen na detekci tepelného záření povrchu lidského těla. Termovizní kamera pracuje bezkontaktně, jedná se o neinvazivní a pro pacienty naprosto bezpečnou vyšetřovací metodu.

IČ termografie je důležitou diagnostickou metodou zejména u pacientů s podezřením na Raynaudův fenomén (RF). Tyto poruchy se vyskytují zejména v rámci závažných systémových onemocnění pojiva, dále u profesně vzniklých vazoneuróz a v neposlední řadě také u útlakových syndromů (např. syndrom horní hrudní apertury, skalenový syndrom apod.). Jedná se o neinvazivní metodu, která objektivizuje subjektivní pocity pacienta a zejména u sekundárního RF, kde RF může předcházet měsíce až léta rozvoji systémového onemocnění pojiva, má jeho diagnostika velký význam.

» ABSTRAKTA

V rámci zkoumaného souboru pacientů bylo analyzováno více faktorů, které mohou mít vliv na prokrvení horních končetin – abúzus nikotinu, pracovní anamnéza, chronická medi-

kace, preexistující onemocnění a další. Nálezy IČ termografického vyšetření byly porovnávány s výsledky kapilaroskopického vyšetření, které patří také k základnímu vyšetření u pacientů s RF.

IX. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI

27. dubna
2017

Clarion
Congress Hotel
Olomouc

Pořadatel: společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Dermatologie pro praxi
Záštita: Klinika chorob kožních a pohlavních FN Olomouc a OS ČLK v Olomouci

Generální partner



Hlavní partner



Partneři

Beiersdorf spol. s r.o.
BELUPO léky a kosmetika, s.r.o. -
organizační složka
Celgene s.r.o.
ConvaTec Česká republika s.r.o.
ELI LILLY ČR, s.r.o.
Ewopharma, spol. s r.o.
FOR LIFE spol. s r.o.
IBI-International spol. s r.o.
LEO Pharma s.r.o.
Luvica, s.r.o.

MARK DISTRI, s.r.o.
Medicton Group s.r.o.
Mölnlycke Health Care, s.r.o.
MYLAN PHARMACEUTICALS s.r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
PIERRE FABRE DERMO-COSMETIQUE
TCHEQUIE, s.r.o.
RosenTrade a.s.
SERVIER s.r.o.
TOPNATUR s.r.o.

Mediální partneři

pro+Lékaře
www.prolekare.cz

Dermatologie
pro praxi

Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast na finančním zajištění konference



LÉČBA ALOPECIE A NARUŠENÉ STRUKTURY VLASŮ



REVALID® – SWISS HAIR REPAIR SYSTEM

Léčivý přípravek není vázán na lékařský předpis.

Terapeutické indikace:

- Alopecie na základě různých etiologických faktorů.
- Alopecie nebo poruchy růstu vlasů neznámé etiologie.
- Narušení struktury vlasů.
- Dystrofie a poruchy růstu nehtů.

Pozitivní účinky se dostávají nejpozději do konce 1. měsíce léčby.



REVALID®

SWISS HAIR REPAIR SYSTEM

Obchodní zastoupení v České republice: Ewopharma, spol. s r. o., Burzovní palác, Rybná 682/14, 110 05 Praha 1, tel.: 267 311 613, e-mail: info@ewopharma.cz, web: www.ewopharma.cz

Zkrácená informace o přípravku Revalid, tvrdé tobolky. Složení: Léčivé látky: Jedna tobolka obsahuje methioninum racemicum 100,0mg, cystinum 50,0mg, calcii pantothenas 50,0mg, thiamini hydrochloridum 1,5mg, pyridoxini hydrochloridum 10,0mg, acidum aminobenzoicum 20,0mg, milii seminis extractum aquosum siccum 50,0mg, tritici germinis extractum 50,0mg, faex medicinalis siccata 50,0mg, cupri et feri et zinci aminoacidi complexus: ferrum 2,0mg, zincum 2,0mg, cuprum 0,5mg, pomocné látky: oxid křemičitý koloidální bezvodý, želatina, indigová modř, chinolinová žluť. **Indikace:** Alopecie na základě různých etiologických faktorů: difúzní alopecie, seboroičká alopecie, alopecie v důsledku některých onemocnění, hormonálních vlivů, alopecie po porodu nebo alopecie vznikající po užívání některých léků, Alopecie nebo poruchy růstu vlasů neznámé etiologie. Narušení struktury vlasů (rozštěpené vlasy, křehké vlasy, vlasy bez lesku). Dystrofie a poruchy růstu nehtů. U alopecie areata a alopecie androgenetická je účinek Revalidu limitován na posílení zbylých vlasů. Přípravek je určen pro dospělé a pro děti od 12 let. **Dávkování a způsob podání: Perorální podání.** Dospělí a děti od 12 let: Obvyklá dávka je třikrát denně jedna tobolka během jídla nebo po jídle, s dostatečným množstvím tekutiny. I když se pozitivní účinky dostávají nejpozději do konce prvního měsíce léčby, celková doba užívání Revalidu má trvat 3 měsíce. Podle potřeby může být prodloužena, nebo zopakována. V závislosti na klinickém nálezů je možno po dobu prvního měsíce léčby Revalidem užívat vyšší dávku 2 tobolky třikrát denně. Ve druhém a třetím měsíci léčby se pokračuje nižší dávkou třikrát denně 1 tobolka. **Kontraindikace:** Precitlivlost na některou ze složek přípravku. **Interakce:** Podávání Revalidu by mělo být přerušeno během léčby sulfonamidy (účinnost sulfonamidů je blokována kyselinou aminobenzoovou obsaženou v Revalidu). **Fertilita, těhotenství a kojení:** O vlivu Revalidu na matku či plod nejsou k dispozici žádné údaje. Přípravek proto může být podáván v těhotenství a v období kojení s opatrností po pečlivém zvážení možného přínosu pro matku a eventuálního rizika léčby pro plod a novorozence. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky během léčby jsou lehké gastrointestinální obtíže, nauzea, bolest břicha, tyto obtíže obvykle vymizí po úpravě dávkování (viz bod 4.4 SmPC). **Velikost balení:** 50, 120, 270 tobolek. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C, v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Ewopharma International s.r.o., Hlavná 13, 831 01, Bratislava, Slovenská republika. **Registrační číslo:** 86/042/02-C. **Výdej:** Výdej přípravku možný bez lékařského předpisu. **Datum revize textu:** 11.1.2017

Pro více informací čtěte SmPC.

www.revalid.cz

Indikován k léčbě:

- ložisková psoriáza¹
- psoriatická artritida¹
- účinný u nehtové psoriázy¹
- účinný u palmoplantární ložiskové psoriázy¹

Podmínky úhrady:²

Léčba středně těžké až těžké psoriázy s PASI více než 10 u dospělých:

- kde nelze použít dva z následujících způsobů konvenční systémové léčby: acitretin, methotrexát, cyklosporin nebo fototerapii (PUVA či NBUBV) z důvodů nedostatečné účinnosti, intolerance či kontraindikace, nebo
- mají současně aktivní psoriatickou arthropatii, kde nelze použít methotrexát z důvodů nedostatečné účinnosti, intolerance či kontraindikace.

Léčba středně těžké až těžké psoriázy s PASI více než 10 u dospělých pacientů, u kterých je zároveň splněno alespoň jedno z následujících kritérií:

- nedošlo k dosažení hodnoty PASI 50 po 3 resp. 4 měsících (podle druhu přípravku) předchozí biologické léčby;
- došlo k poklesu účinnosti zavedené biologické léčby pod PASI 50 nebo při účinnosti v intervalu PASI 50 – 75, je-li současně hodnota DLQI větší nebo rovna 5;
- je kontraindikována jiná biologická léčba, nebo je předchozí biologická léčba ukončena z důvodu nežádoucích účinků.



▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz Souhrn údajů o přípravku, bod 4.8.

Cosentyx 150 mg injekční roztok v předplněném peru • **Složení:** Jedno předplněné pero obsahuje secukinumabum 150 mg v 1 ml. **Indikace:** Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě středně těžké až těžké ložiskové psoriázy dospělých, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. Přípravek Cosentyx, samotný nebo v kombinaci s metotrexátem, je indikován k léčbě aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů, u nichž se nedostavila adekvátní odpověď na předchozí léčbu chorobu modifikujícími antirevmatiky. Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých, kteří nedostatečně reagovali na konvenční léčbu. **Dávkování:** **Ložisková psoriáza:** Doporučená dávka je 300 mg secukinumabu ve formě subkutánní injekce s iniciačním podáním v týdnech 0, 1, 2 a 3, následovaná měsíční udržovací dávkou od týdne 4. Každá dávka 300 mg je podána ve dvou dílčích subkutánních injekcích po 150 mg. **Psoriatická artritida:** U pacientů se současně přítomnou středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou nebo u pacientů nedostatečně odpovídajících na anti-TNF α (IR), je doporučená dávka 300 mg ve formě subkutánní injekce s iniciačním podáním v týdnech 0, 1, 2 a 3, následovaná měsíční udržovací dávkou od týdne 4. U ostatních pacientů je doporučená dávka 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciačním podáním v týdnech 0, 1, 2 a 3, následovaná měsíční udržovací dávkou od týdne 4. **Ankylozující spondylitida:** Doporučená dávka je 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciačním podáním v týdnech 0, 1, 2 a 3, následovaná měsíční udržovací dávkou od týdne 4. **Kontraindikace:** Těžké reakce z přecitlivělosti na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce (např. aktivní tuberkulóza). **Zvláštní upozornění/varování:** Opatrnosti je zapotřebí, pokud se uvažuje o použití přípravku Cosentyx u pacientů s chronickou infekcí nebo opakovanou infekcí v anamnéze. Pacienti je nutné poučit, aby vyhledali lékařskou pomoc, pokud se objeví známky nebo příznaky naznačující přítomnost infekce. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, je nutné pacienta pečlivě sledovat a nepodávat přípravek Cosentyx, dokud infekce neodezní. Opatrnosti je zapotřebí při předepisování přípravku Cosentyx pacientům s Crohnovou chorobou, protože v klinických hodnoceních byly pozorovány exacerbace Crohnovy choroby, v některých případech závažné, v obou skupinách s přípravkem Cosentyx a skupině s placebem. Pokud se objeví anafylaktická nebo jiné závažné alergické reakce, musí se podávání přípravku Cosentyx okamžitě přerušit a zahájit vhodnou léčbu. Živé vakcíny nesmí být podávány současně s přípravkem Cosentyx. Ve studiích s lupénkou nebyly vyhodnocovány bezpečnost a účinnost přípravku Cosentyx v kombinaci s imunosupresivy, včetně biologické léčby, nebo fototerapií. **Interakce:** U člověka nebyly provedeny žádné studie interakcí. Tvorba některých CYP450 enzymů je u chronických zánětů potlačována zvýšenými hladinami cytokinů. Proto může protizánětlivá léčba znamenat normalizaci hladin CYP450 s doprovodnou nižší expozicí souběžnou medikací metabolizovanou prostřednictvím CYP450. Proto nelze vyloučit klinicky relevantní účinek na substráty CYP450 s úzkým terapeutickým indexem a individuálně nastavenou dávkou (např. warfarin). U pacientů léčených tímto typem léčivých přípravků je při zahájení léčby secukinumabem nutné zvážit terapeutické monitorování. Při současném podávání přípravku Cosentyx s metotrexátem (MTX) a/nebo s kortikosteroidy nebyly v artitických studiích (včetně pacientů s psoriatickou artritidou a ankylozující spondylitidou) pozorovány žádné interakce. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu nejméně 20 týdnů od ukončení léčby používat účinnou metodu kontracepce. Podávání přípravku Cosentyx u těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se secukinumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům secukinumabu na kojene dítě je nutno na základě posouzení prospektivnosti kojení pro dítě a prospektivnosti léčby pro matku rozhodnout, zda během léčby a po dobu až 20 týdnů od ukončení léčby přerušit kojení nebo přerušit léčbu přípravkem Cosentyx. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Infekce horních cest dýchacích, časté: Orální herpes, rinorea, diarea. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C až 8 °C). Chráněte před mrazem. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Jednorázová předplněná injekční stříkačka vložená do pera SensoReady, balení obsahuje 2 předplněná pera. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/14/980/005. **Datum registrace:** 15.1.2015. **Datum poslední revize textu SPC:** 22.3.2017. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Frimley Business Park, Camberley GU16 7SR, Velká Británie. *Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. *Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Všimněte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.*

REFERENCE: 1. SmPC Cosentyx 150 mg injekční roztok v předplněném peru, datum poslední revize 22.3.2017, <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0210317&tab=texts>, datum přístupu 1.4.2017. 2. Hodnotící zpráva SÚKL sp. zn.: SÚKLS30346/2016.

Novartis s. r. o., Gemini - budova B, Na Pankráci 1724/129 140 00 Praha 4
tel.: +420 225 775 111, fax: +420 225 775 222, www.novartis.cz

CZ1704624072/04/2017