

lieky na báze platiny) alebo RT sa favorizuje proti monoterapii cetuximabom (12, 14, 28).

Kožná toxicita vyvolaná liečbou EGFRi je pomerne častá, aj keď táto liečba prináša pre pacientov nové liečebné modality. Sumárne možno prejavy kožnej toxicity pri ich podávaní označiť ako PRIDE syndróm (Papulopustular rash, paronychia, Regulatory changes hair, Itching and Dryness caused by Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors). Klinicky sa prejavujú ako papulopustulózný exantém, paronychiá, zmeny vlasov, svrbenie a suchosť kože (13).

U pacientov je v teréne chronického zápalu potrebný zvýšený monitoring kože na detekciu predovšetkým nemalanómových nádorov kože, ale aj malígneho melanómu (Obr. 11). Obzvlášť aj počas biologickej liečby, v dôsledku jej imunopresívneho účinku, sa odporúča samo vyšetrenie znamienok 1× mesačne, odborné dermatoskopické vyšetrenie každých 6 mesiacov (15).

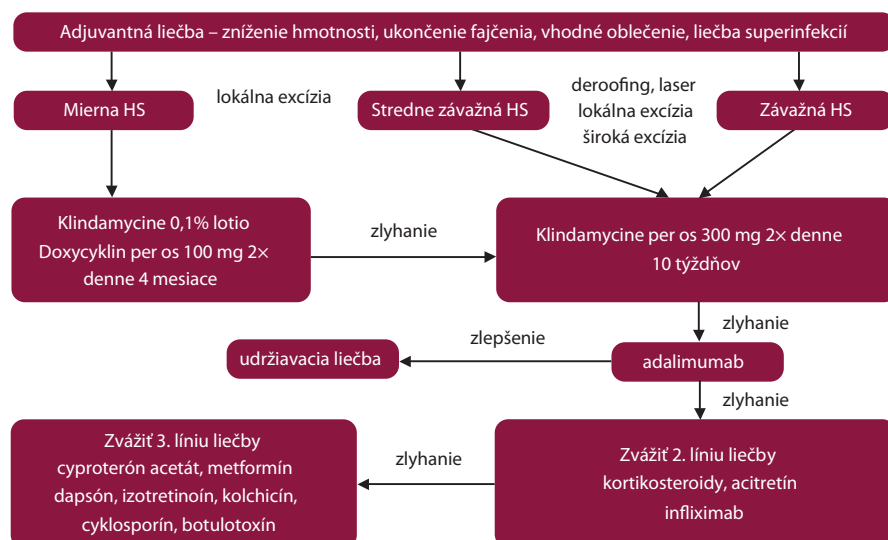
V teréne zápalových prejavov HS môžu byť maskované aj kožné metastázy viscerálnych tumorov. Boli referované kožné metastázy adenokarcinómu prsníka maskované prejavmi HS. Okrem nodozít a ulcerácií pripomínajúce HS, okultný karcinóm prsníka sa môže skrývať aj za iné chronicky relabujúce, prípadne torpídne prebiehajúce kožné diagnózy, ako napr. periorálnu dermatitídu, angioedém, sklerodermu, figurátne erytémy či alopeciu. Alarmujúce môžu byť aj recidivujúce či zle sa hojace bakteriálne infekcie (akútna paronychia, celulitída), vírusové infekcie (varicella-zoster) a vaskulárne lézie (pyogénny granulóm, vaskulitída, lymphangioma circumscriptum) (16).

Terapia HS

Voľbu liečby ovplyvňuje stupeň závažnosti ochorenia a lokalizácia prejavov. Komplexným prehľadom, ako postupovať, sú Európske S1 odporúčania pre liečbu HS (Tab 4). Vo všeobecnosti je liečba medikamentózna, adjuvantná a chirurgická. Liečba spočíva v dvoch základných cieľoch: liečba existujúcich lézií a zabránenie vzniku nových prejavov (2).

V literatúre máme izolované údaje o použití aj iných biologických liekov (anakinra – inhibítor IL1, golimumab – TNF-blokátor,

Tab. 4. Modifikovaný algoritmus liečby HS (spracované podľa 3, 17)



guselkumab – inhibítor IL-23, ustekinumab – inhibítor IL 12/23, secukinumab – inhibítor IL-17, brodalumab – inhibítor IL-17, bimekizumab – inhibítor IL-17A a IL-17F) (3, 17).

Súčasťou komplexného manažmentu pacienta s HS je aj liečba bolesti a psychosociálna podpora.

Veľká metaanalýza (40 307 pacientov s HS) autorov Machado a kolektívu zahrňujúca dáta z Nemecka, Veľkej Británie, Izraela, Holandska, Poľska a USA ukazuje nasledujúce údaje: prevalencia depresie bola 16,9% a anxiety 4,9%. Pridružené suicidálne myšlienky, či pocity rezignácie nie sú zriedkavé. Nespavosť môže byť varovný signál nie len pre počínajúcu depresiu, či úzkosť, ale aj signál citlivo odporučiť pacienta na psychologickú, či psychiatrickú konzultáciu. Absencia intímneho partnerského života so svojimi dôsledkami (kumulácia vnútorného napätia a iné), je významným rizikovým faktorom vzniku psychických porúch (18).

Bolest' je dominantným klinickým príznakom tohto ochorenia a je výsledkom pôsobenia viacerých faktorov (19).

Ak je nedostatočne kontrolovaná, významne negatívne ovplyvňuje kvalitu života pacientov s HS. V medzinárodnom prieskume väčšina z 1 299 pacientov uviedlo, že ich bolesť je stredne silná až silná a 4,5% pacientov ju označilo za najhoršiu možnú (16). Chronická bolesť môže byť ešte zhoršovaná atakmi akútnej bolesti pri exacerbácii ochorenia vyžadujúcej chirurgickú intervenciu, či bolestivé prevazy (20).

Terapeutická výzva HS pri onkologickom ochorení

Po zlyhaní lokálnej terapie, liečba stredne ťažkej a ťažkej formy HS, u pacientov s onkologickou diagnózou v osobnej anamnéze, môže byť terapeutickou výzvou v rukách dermatológa, vyžadujúcu si úzku spoluprácu s onkológom.

Najčastejšie používanou systémovou medikáciou je antimikrobiálna liečba, ktorá má okrem bakteriostatického účinku aj určitý imunomodulačný a protizápalový efekt. Najčastejšie používaná je terapia klindamycinom v dávke 2 × 300 mg na deň alebo doxycyklinom v dávke 200 mg denne, odporúča sa dlhodobjšie 10–12 týždňová liečba. Niekoľko štúdií vykazovalo aj účinnosť kombinovanej terapie rimfapicín/klindamycín s klinickým zlepšením 63–85%.

Francúzska štúdia s iným intravenóznym antibiotikom ertapenemom 1 g denne po obdobie 6 týždňov uvádza signifikantnú redukciu PGA skóre. Z antimikrobiálnych liekov sú v literatúre uvádzané trojkombinácia metronidazol/moxifloxacin/rifampicín a dapsón (3).

Zo skupiny tzv. „malých molekúl“ s limitovaným efektom môžeme spomenúť antianrogénové kontraceptíva, metformín, spiro-nolaktón, retinoidy – acitretín a isotretinín, glukonát zinku a kolchicín (21).

Ďalšou nebiologickou molekulou v liečbe HS je apremilast, ktorý zatiaľ v uvedenej indikácii nie je registrovaný. V dávke 2 × 30 mg denne podávanej 24 týždňov 20 pacientom 65% dosiahlo minimálne 30% zlepšenie skó-