

Cytokiny rodiny IL1 u chronických zánětlivých procesů

Ilja Stríž

Pracoviště klinické a transplantační imunologie IKEM, Praha

Souhrn

Rodina IL1 představuje skupinu strukturálně příbuzných cytokinů s prozánětlivými (IL1 α , IL1 β , IL18, IL33, IL36 α , IL36 β a IL36 γ) nebo protizánětlivými (IL1Ra, IL36Ra, IL38, IL37) účinky. Tyto cytokiny se účastní nejen obranných mechanismů a fyziologické modulace homeostatických dějů, ale i imunopatogeneze řady onemocnění včetně revmatoidní artritidy, nespecifických střevních zánětů, autoimunitních či autoinflamatorních onemocnění. Současné pokroky v oblasti biologické léčby nám umožňují blokování IL1 α , IL1 β , IL18, a IL33 pomocí monoklonálních protilátek, solubilních receptorů nebo rekombinantních vazebných proteinů.

Klíčová slova: biologická léčba – cytokiny – interleukin 1 – zánět

IL-1 family cytokines in chronic inflammatory disorders

Summary

IL-1 family represent a group of structurally related cytokines with prevailing pro-inflammatory (IL-1 α , IL-1 β , IL-18, IL-33, IL-36 α , IL-36 β a IL-37 γ) or anti-inflammatory (IL-1Ra, IL-36Ra, IL-38, IL-37) effects. They are involved not only in defense mechanisms and physiological modulation of homeostatic processes, but also in the immunopathogenesis of many diseases including rheumatoid arthritis, inflammatory bowel disease, autoimmune and auto-inflammatory diseases. Recently, advances in biologic therapy enabled blocking of IL-1 α , IL-1 β , IL-18, and IL-33 with new monoclonal antibodies, soluble receptors, or recombinant binding proteins.

Key words: biologic therapy – cytokines – inflammation – interleukin 1

Úvod

Veškeré imunitní reakce jsou velmi přísně regulovány prostřednictvím přímých mezibuněčných interakcí nebo solubilních faktorů, mezi kterými zaujímají klíčové místo cytokiny, nízkomolekulární proteiny se schopností specifické vazby na receptorové struktury na cílových buňkách. V patogenetických mechanismech řady onemocnění se uplatní dysregulace cytokinové rovnováhy, která je zcela zásadní pro zachování homeostázy a k obraně proti vnějším či vnitřním nežádoucím podnětům. Proto jsou také cytokiny studovány jako důležité terapeutické cíle imunomodulačních zásahů [1]. I když v současnosti ještě neexistuje zcela jednotná nomenklatura cytokinů a člení se převážně podle jejich převažující funkce v obranných mechanismech, s pokrokem molekulární charakterizace se čím dál častěji začínáme setkávat s členěním založeným na strukturální podobnosti a tyto skupiny cytokinů jsou pak nazývány rodinami. Pod označení rodina IL1 řadíme celkem 11 strukturálně podobných cytokinů, které se vyznačují se širokým spektrem lokálních i systémových účinků, kterými stimulují či inhibují reakce v rámci přirozené i adaptivní imunitní odpovědi (schéma 1). Některé

cytokiny z rodiny IL1 vyžadují k dosažení aktivní formy enzymatické opracování, v případě IL1 β a IL18 se jedná o kaspázu 1, u některých dalších se může jednat o účinek proteáz. Podle délky původní neopracované molekuly se člení zástupci rodiny IL1 do tří podrodin (schéma 2). Do **podrodiny IL1** patří IL1 α , IL1 β a IL33, do **podrodiny IL18** řadíme IL18 a IL37 a do **podrodiny IL36** počítáme IL36 α , IL36 β , IL36 γ a IL38 [2]. Na regulaci účinku těchto cyto-

Schéma 1. Cytokiny rodiny IL1 s převažujícím prozánětlivým a protizánětlivým účinkem

prozánětlivý účinek	protizánětlivý účinek
IL1 α	IL1Ra
IL1 β	IL36Ra
IL18	IL37
IL33	IL38
IL36 α , β , γ	

kinů se podílí také přítomnost jejich solubilních antagonistů v cirkulaci a exprese nefunkčních receptorů, které nepřenášejí signál. Není pochyb o tom, že právě cytokiny rodiny IL1 hrají klíčovou úlohu nejen v obranných mechanismech, ale i imunopatogeneze řady chorob.

Podrodina IL1 a receptorový antagonistista IL1 (IL1Ra)

IL1 α a IL1 β jsou charakteristické prozánětlivé cytokiny s řadou lokálních i systémových účinků, které jsou dány skutečností, že se jejich společný receptor [3] vyskytuje na povrchu většiny buněk lidského těla. I když jsou účinky obou těchto cytokinů víceméně totožné, liší se zásadně mechanismem uvolnění z buňky. Zatímco IL1 α se uvolňuje z cytoplazmy převážně během nekrotické smrti buňky a slouží jako tzv. alarmin signalizující nebezpečí, IL1 β se vyskytuje v cytoplasmě ve formě inaktivního prekursoru (proIL1) a získává svou biologickou aktivitu opracováním pomocí kaspázy 1 v inflamasomu. Nejdůležitější funkcí prozánětlivých cytokinů včetně IL1 α a IL1 β je regulace přísunu zánětlivých buněk do ložiska poškození pomocí indukce adhezivních molekul na po-

vrchu endotelu a tvorby chemokinů, které svým gradientem vyznačují cestu, kam mají buňky migrovat. Ze systémových účinků je nutno zmínit zejména zvýšení tělesné teploty účinkem na přední jádra hypotalamu a indukcí proteinů akutní fáze v játrech [4].

Účinek IL1 α a IL1 β může být kompetitivně tlumen pomocí IL1 receptorového antagonisty (IL1Ra), který má schopnost se též vázat na jejich receptor (schéma 3), ale neumožňuje následnou receptorovou signalizaci. IL1Ra se vyskytuje v cirkulaci v relativně vysokých koncentracích a zřejmě brání nadměrnému systémovému účinku při náhlé lokální nadprodukci IL1 α a IL1 β , jejichž hladiny jsou u zdravých osob velmi nízké.

Dalším cytokinem podrodiny IL1 je IL33, jehož tvorba je vázána zejména na slizniční kompartmenty, v nichž se podílí na indukcí Th2 lymfocytů a jejich cytokinů IL4, IL5 a IL13, kterými aktivuje efektorové buňky alergického zánětu nebo obranu proti parazitárním infekcím [5]. V porovnání s IL1 β je přímý prozánětlivý účinek IL33 relativně nízký [6].

Podrodina IL18 (IL18, IL37)

Interleukin 18 (IL18) je prozánětlivý cytokin, původně popsaný jako tzv. IFN γ -indukující faktor, který se podílí na polarizaci k tvorbě Th1 cytokinů, nicméně záhy se ukázalo, že jeho prozánětlivé účinky jsou mnohem komplexnější [7]. Obdobně jako IL1 β vyžaduje i IL18 proteolytické opracování do aktivní formy pomocí kaspázy 1 nebo granzymu B. Výskyt receptorů pro IL18 není tak abundantní jako v případě IL1R, nicméně jej nalezneme na řadě imunitních buněk a lze jej pomocí prozánětlivé stimulace indukovat i na buňkách mimo rámec imunitního systému.

Účinek IL18 může být blokován tzv. IL18 vázícím proteinem (IL18BP/Binding Protein), který zabráni vazbě cyto-

Schéma 2. Členění cytokinů rodiny IL1 do podrodin

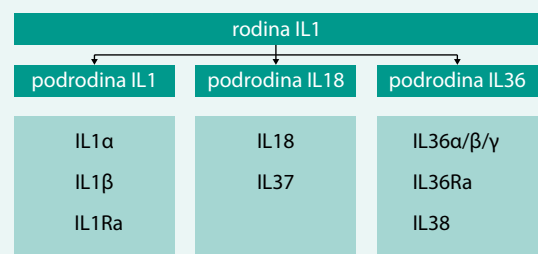


Schéma 3. Receptorová signalizace IL1 α a její kompetitivní inhibice vlivem IL1Ra

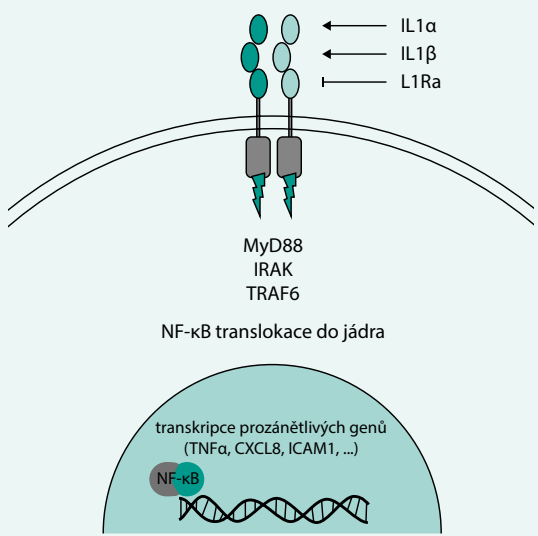
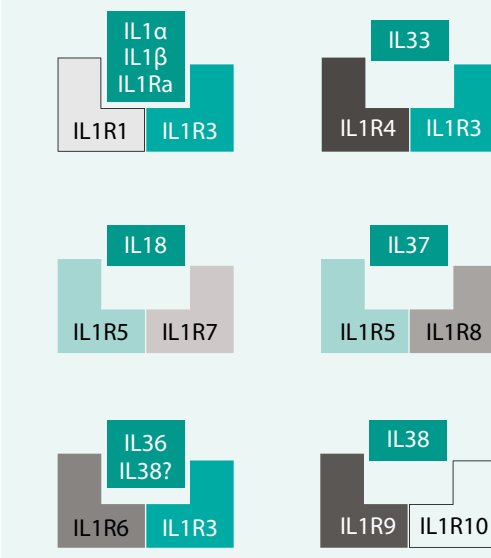


Schéma 4. Receptorové podjednotky cytokinů rodiny IL1



kinu k receptoru, bylo však také zjištěno, že tvorba IL18BP nádorovými buňkami může být jedním z mechanismů, kterými se nádor snaží uniknout imunitnímu dohledu [8].

IL37 je strukturálně podobný IL18 a váže se na společnou α -podjednotku receptoru (schéma 4). Účinek IL37 je protizánětlivý, založený na signalizaci Smad 3a potlačení transkripčního faktoru NF κ B [9], který reguluje tvorbu řady prozánětlivých cytokinů.

Podrodina IL36 (IL36 α , IL36 β , IL36 γ , IL36Ra a IL38)

IL36 (α , β , γ) představuje v rámci této podrodiny prozánětlivé cytokiny vedoucí k aktivaci transkripčních faktorů NF κ B a AP1 s fosforylací MAPK. K tvorbě IL36 dochází jak na sliznicích a buňkách parenchymu, tak i v imunitních buňkách, zejména makrofázích a T-lymfocytech [10]. Vlivem IL36 dochází v mononukleárních fagocytech k indukci prozánětlivých cytokinů (včetně IL1 β) a změnám fenotypu.

Účinky IL36 jsou kompetitivně inhibovány pomocí IL36 receptorového antagonisty (IL36Ra), který je strukturálně podobný IL36 γ [11], nicméně jeho vazba na receptor není spojena s aktivací buňky.

Také IL38 má schopnost inhibovat IL36 kompeticí o společný receptor, a navíc může i přímo inhibovat tvorbu některých cytokinů v makrofázích potlačením signalizace JNK/AP1 [12].

Cytokiny rodiny IL1 u chronických zánětlivých stavů

Revmatoidní artritida a systémová onemocnění pojiva

Již od 80. let minulého století je známo, že v kloubech pacientů s revmatoidní artritidou (RA) dochází k lokální nadprodukcí IL1 a dokonce i periferní monocytů těchto nemocných mají zvýšenou kapacitu spontánně tvořit tento cytokin [13]. V patogenetických mechanismech se může uplatnit také snížená kapacita synoviální tkáň produkovat IL1Ra [14]. Současně s IL1 β lze u pacientů s RA

zjistit lokální indukci IL18 [15] a IL33 [16]. Také IL36 α byl prokázán ve zvýšené míře jak v synovii, tak i v séru pacientů s RA, současně však zřejmě dochází i ke kompenzační elevaci IL36 inhibujících cytokinů IL36Ra a IL38 [17]. Dalším protizánětlivým cytokinem indukovaným u pacientů s RA je IL37 [18]. Systémový lupus erythematoses (SLE) je spojen se zvýšenými sérovými hladinami IL1 β , které však nedosahují koncentrací naměřených u jiných chronických zánětlivých onemocnění, např. revmatoidní artritidy. U pacientů se SLE jsou současně zvýšeny sérové hladiny IL18 i IL18BP [19], dochází i k zvýšené produkci protizánětlivých cytokinů IL37 [20] a IL38. Také u Sjögrenova syndromu byla v séru zjištěna elevace IL18, IL18BP a IL37 [21]. IL36 α byl ve zvýšené hladině prokázán v séru a slinách těchto pacientů, lokálně dochází i ke kompenzační indukci IL38 [22].

Autoinflamatorní onemocnění

Autoinflamatorní onemocnění jsou stavy nadměrné zánětlivé odpovědi provázené zpravidla horečkami s výsevem exantému, často s únavou a artralgiemi či myalgiemi. Řada těchto chorob, které se manifestují převážně již v dětském věku, je podmíněna dysregulací některé ze signalizačních drah souvisejících s tvorbou cytokinů rodiny IL1 [23]. Nejznámějším zástupcem těchto onemocnění je familiární středozevní horečka (Familial Mediterranean Fever – FMF), u které mutace genu pro kryopyrin (*NLRP3*) vede k nadměrné aktivitě kaspázy 1 a nadprodukcí IL1 β , dalšími chorobami jsou Muckleūv-Wellsův syndrom nebo multisystémové zánětlivé onemocnění novorozeneckého věku (Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease – NOMID). Kromě nadměrné tvorby IL1 β může vést k autoinflamatornímu onemocnění s výraznou kožní manifestací a febriliemi také defekt tvorby IL1Ra (DIRA) [24]. V případě syndromu aktivovaných makrofágů (MAS) má zřejmě klíčovou úlohu nadprodukce IL18 [25]. K autoinflamatornímu onemocnění vede také mutace genu kódujícího IL36Ra, *DITRA* (Deficiency of Interleukin Thirty-six-Receptor Antagonist) [26].

Tab. Cílené zásahy do regulace cytokinů IL1 v klinických studiích

terčová molekula	název	výrobce	charakteristika
ILR1	anakinra (Kineret®)	Amgen	rekombinantní IL1 receptorový antagonist
IL1 β	kanakinumab (Illaris®)	Novartis	lidská monoklonální protilátka proti IL1b
IL1 β	gevokizumab (XOMA 052)	Novartis	humanizovaná protilátka proti anti-IL1b
IL1 α / β	rilonacept (Arcalyst®)	Regeneron	fúzní protein s receptorovými doménami IL1R1 a IL1R3
IL1R1	MEDI 8968 (AMG 108)	Amgen	lidská monoklonální protilátka proti IL1R1
IL1 α	CA-18C3 (Xilonix™)	XBiotech	lidská monoklonální protilátka proti IL1a
IL1 α / β	ABT-981	Abbott	duální monoklonální protilátka vážící domény IL1a a IL1b
IL18	GSK1070806	GSK	humanizovaná monoklonální protilátka proti IL18
IL18	ABT-325	Abbott	lidská monoklonální protilátka proti IL18
IL18, IL37?	rIL-18BP (tadekinig alfa)	Ab2Bio	rekombinantní lidský IL18BP
IL33R (ILR4, ST2)	CNTO-7160	GSK	lidská monoklonální protilátka proti IL33R

Nespecifické střevní záněty

IL1 β se významně uplatní i v patogeneze nespecifických střevních zánětů (IBD), ať již se jedná o přímý prozánětlivý účinek nebo podíl na diferenciaci Th17 lymfocytů [27]. U Crohnovy choroby je tento cytokin tvořen mononukleárními buňkami v lamina propria současně s TNF α , k nadprodukcii IL1 β však dochází i při aktivní ulcerózní kolitidě [28], při které vykazuje zřejmě i přímý účinek na střevní motilitu. Lokální nadprodukce IL1 je kompenzována zvýšenými sérovými hladinami IL1Ra [29]. Pacienti s IBD mají vyšší hladiny IL18 i IL18BP oproti zdravým osobám, nicméně elevace IL18BP není zřejmě dostatečná k inhibici IL18, zejména u pacientů s Crohnovou chorobou [30]. Zvýšená exprese IL33 ve střevní sliznici pacientů s IBD [31] souvisí spíše s jeho funkcí hlásit poškození tkáně při zánětu než jako vyvolávající činitel [32]. Ve sliznici pacientů s IBD, zejména u ulcerózní kolitidy, je také možno ve střevní sliznici prokázat také mRNA pro IL36 α a IL36 γ , ale ne IL36 β [33]. Ve zvýšené míře je u IBD tvořen také IL37, jeho hlavním zdrojem jsou cirkulující B-lymfocyty, NK-buňky a monocyty [34].

Terapeutické ovlivnění cytokinů rodiny IL1

Prozánětlivé cytokiny včetně některých zástupců rodiny IL1 se v poslední době stávají i atraktivním cílem řízeného terapeutického zásahu pomocí tzv. biologické léčby (tab) [35]. K současnému blokování IL1 α i IL1 β se zatím nejčastěji používá rekombinantní IL1Ra, **anakinra**. Tato léčba je dobře tolerována a prokázala svou účinnost u revmatoidní artritidy, autoinflatorních chorob, dny nebo těžkých kolitid, u chronické granulomatózní choroby [36]. Protizánětlivý efekt anakinry s poklesem CRP byl popsán u pacientů s dekompenzovaným srdečním selháním [37] a lepší přežití bylo zjištěno u septických pacientů se syndromem aktivovaných makrofágů [38]. S ohledem na krátký poločas anakinry v cirkulaci vyžadující každodenní subkutánní aplikaci se naděje vkládají do monoklonálních protilátek anti-IL1.

Kanakinumab je lidská monoklonální protilátka blokující výhradně IL1 β (ne IL1 α) [39]. Tato protilátka vykázala bezpečnost i účinnost u revmatických nemocnění [40] i dalších indikací vyžadujících blokování IL1.

Humanizovaná monoklonální protilátka, **gevokizumab** má založený účinek na ovlivnění elektrostatického potenciálu, který je nezbytný pro vazbu IL1 β k receptoru (IL1R1) [41].

Rilonacept je fúzní protein obsahující vazebné receptorové domény IL1R1 a IL1R3 navázané na Fc část lidského IgG1, zajišťující oddálenou eliminaci z cirkulace [42]. V klinických studiích je dále lidská monoklonální protilátka MEDI 8968 proti IL1R1 (ClinicalTrials.gov) a dvoudoménová monoklonální protilátka ABT-981, která váže současně IL1 α i IL1 β [43].

U pacientů s pokročilým nemalobuněčným karcinomem plic je testována monoklonální protilátka proti IL1 α , CA-18C3 (XilonixTM) [44].

K potlačení účinků IL18 jsou testovány dvě monoklonální protilátky, GSK1070806 [45] a ABT-325 [46] a rovněž

rekombinantní IL18BP, **tadekinig alfa** [47]. Klinické studie probíhají také s monoklonální protilátkou CNTO-7160 proti IL33R (IL1R4, ST2), zatím bez publikovaných dat (ClinicalTrials.gov).

Závěr

S ohledem na terapeutický potenciál u chronických zánětlivých onemocnění, jsou cytokiny rodiny IL1 stále ještě ve stínu TNF α a IL6, nicméně jejich příznivý bezpečnostní profil a zejména účinnost u některých vymezených diagnóz, např. autoinflatorních stavů, z nich dělá nové atraktivní cíle, jejichž blokování by mělo být nadále v klinické praxi testováno.

Literatura

1. Striz I, Brabcova E, Kolesar L et al. Cytokine networking of innate immunity cells: a potential target of therapy. *Clin Sci (Lond)* 2014; 126(9): 593–612. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1042/CS20130497>>.
2. van de Veerdonk FL, Netea MG. New Insights in the Immunobiology of IL-1 Family Members. *Frontiers in Immunology* 2013; 4: 167. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2013.00167>>.
3. Thomas C, Bazan JF, Garcia KC. Structure of the activating IL-1 receptor signaling complex. *Nat Struct Mol Biol* 2012; 19(4): 455–457. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1038/nsmb.2260>>.
4. Dinarello CA. Overview of the IL-1 family in innate inflammation and acquired immunity. *Immunol Rev* 2018; 281(1): 8–27. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1111/imr.12621>>.
5. Schmitz J, Owyang A, Oldham E et al. IL-33, an interleukin-1-like cytokine that signals via the IL-1 receptor-related protein ST2 and induces T helper type 2-associated cytokines. *Immunity* 2005; 23(5): 479–490. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.immuni.2005.09.015>>.
6. Brabcova E, Kolesar L, Thorburn E et al. Chemokines induced in human respiratory epithelial cells by IL-1 family of cytokines. *Folia Biol (Praha)* 2014; 60(4): 180–186.
7. Hoshino T, Wiltrout RH, Young HA. IL-18 is a potent inducer of IL-13 in NK and T cells: a new potential role for IL-18 in modulating the immune response. *J Immunol* 1999; 162(9): 5070–5077.
8. Fujita K, Ewing CM, Isaacs WB et al. Immunomodulatory IL-18 binding protein is produced by prostate cancer cells and its levels in urine and serum correlate with tumor status. *Int J Cancer* 2011; 129(2): 424–432. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1002/ijc.25705>>.
9. Xie Y, Li Y, Cai X et al. Interleukin-37 suppresses ICAM-1 expression in parallel with NF-kappaB down-regulation following TLR2 activation of human coronary artery endothelial cells. *Int Immunopharmacol* 2016; 38: 26–30. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.intimp.2016.05.003>>.
10. Gabay C, Towne JE. Regulation and function of interleukin-36 cytokines in homeostasis and pathological conditions. *J Leukoc Biol* 2015; 97(4): 645–652. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1189/jlb.3R11014-495R>>.
11. Gunther S, Sundberg EJ. Molecular determinants of agonist and antagonist signaling through the IL-36 receptor. *J Immunol* 2014; 193(2): 921–930. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.4049/jimmunol.1400538>>.
12. Mora J, Schlemmer A, Wittig I et al. Interleukin-38 is released from apoptotic cells to limit inflammatory macrophage responses. *J Mol Cell Biol* 2016. pii: mju006. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1093/jmcb/mju006>>.
13. Danis VA, March LM, Nelson DS et al. Interleukin-1 secretion by peripheral blood monocytes and synovial macrophages from patients with rheumatoid arthritis. *Journal Rheumatol* 1987; 14(1): 33–39.
14. Firestein GS, Boyle DL, Yu C et al. Synovial interleukin-1 receptor antagonist and interleukin-1 balance in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994; 37(5): 644–652.
15. Joosten LA, Radstake TR, Lubberts E et al. Association of interleukin-18 expression with enhanced levels of both interleukin-1beta and tumor necrosis factor alpha in knee synovial tissue of patients with rheu-

- matoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; 48(2): 339–347. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1002/art.10814>>.
16. Matsuyama Y, Okazaki H, Hoshino M et al. Sustained elevation of interleukin-33 in sera and synovial fluids from patients with rheumatoid arthritis non-responsive to anti-tumor necrosis factor: possible association with persistent IL-1beta signaling and a poor clinical response. *Rheumatol Int* 2012; 32(5): 1397–1401. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00296-011-1854-6>>.
 17. Boutet MA, Bart G, Penhoat M et al. Distinct expression of interleukin (IL)-36alpha, beta and gamma, their antagonist IL-36Ra and IL-38 in psoriasis, rheumatoid arthritis and Crohn's disease. *Clin Exp Immunol* 2016; 184(2): 159–173. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1111/cei.12761>>.
 18. Xia L, Shen H, Lu J. Elevated serum and synovial fluid levels of interleukin-37 in patients with rheumatoid arthritis: Attenuated the production of inflammatory cytokines. *Cytokine* 2015; 76(2): 553–557. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cyto.2015.06.005>>.
 19. Italiani P, Manca ML, Angelotti F et al. IL-1 family cytokines and soluble receptors in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Res Ther* 2018; 20(1): 27. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1186/s13075-018-1525-z>>.
 20. Wu GC, Li HM, Wang JB et al. Elevated plasma interleukin-37 levels in systemic lupus erythematosus patients. *Lupus* 2016; 25(12): 1377–1380. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1177/0961203316646462>>.
 21. Liuqing W, Liping X, Hui S et al. Elevated IL-37, IL-18 and IL-18BP serum concentrations in patients with primary Sjogren's syndrome. *J Investig Med* 2017; 65(3): 717–721. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1136/jim-2016-000301>>.
 22. Ciccía F, Accardo-Palumbo A, Alessandro R et al. Interleukin-36alpha axis is modulated in patients with primary Sjogren's syndrome. *Clin Exp Immunol* 2015; 181(2): 230–238. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1111/cei.12644>>.
 23. de Jesus AA, Goldbach-Mansky R. Genetically defined autoinflammatory diseases. *Oral Dis* 2016; 22(7): 591–604. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1111/odi.12448>>.
 24. Tauber M, Bal E, Pei XY et al. IL36RN Mutations Affect Protein Expression and Function: A Basis for Genotype-Phenotype Correlation in Pustular Diseases. *J Invest Dermatol* 2016; 136(9): 1811–1819. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jid.2016.04.038>>.
 25. Shimizu M, Nakagishi Y, Inoue N et al. Interleukin-18 for predicting the development of macrophage activation syndrome in systemic juvenile idiopathic arthritis. *Clin Immunol* 2015; 160(2): 277–281. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.clim.2015.06.005>>.
 26. Marrakchi S, Guigou P, Renshaw BR et al. Interleukin-36-receptor antagonist deficiency and generalized pustular psoriasis. *N Engl J Med* 2011; 365(7): 620–628. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1013068>>.
 27. Abraham C, Cho JH Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 2009; 361(21): 2066–2078. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra0804647>>.
 28. Casellas F, Papo M, Guarner F et al. Intracolonic release in vivo of interleukin-1 beta in chronic ulcerative colitis. *Clin Sci (Lond)* 1995; 89(5): 521–526.
 29. Ludwiczek O, Vannier E, Borggraefe I et al. Imbalance between interleukin-1 agonists and antagonists: relationship to severity of inflammatory bowel disease. *Clin Exp Immunol* 2004; 138(2): 323–329.
 30. Ludwiczek O, Kaser A, Novick D et al. Elevated systemic levels of free interleukin-18 (IL-18) in patients with Crohn's disease. *Eur Cytokine Netw* 2005; 16(1): 27–33.
 31. Nunes T, Bernardazzi C, de Souza HS. Interleukin-33 and inflammatory bowel diseases: lessons from human studies. *Mediators Inflamm* 2014; 2014: 423957. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1155/2014/423957>>.
 32. Hodzic Z, Schill EM, Bolock AM et al. IL-33 and the intestine: The good, the bad, and the inflammatory. *Cytokine* 2017; 100(10): 1–10. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cyto.2017.06.017>>.
 33. Nishida A, Hidaka K, Kanda T et al. Increased Expression of Interleukin-36, a Member of the Interleukin-1 Cytokine Family, in Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2016; 22(2): 303–314. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1097/MIB.0000000000000654>>.
 34. Fonseca-Camarillo G, Furuzawa-Carballeda J, Yamamoto-Furusho JK. Interleukin 35 (IL-35) and IL-37: Intestinal and peripheral expression by T and B regulatory cells in patients with Inflammatory Bowel Disease. *Cytokine* 2015; 75(2): 389–402. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cyto.2015.04.009>>.
 35. Striz I. Cytokines of the IL-1 family: recognized targets in chronic inflammation underrated in organ transplantations. *Clin Sci (Lond)* 2017; 131(17): 2241–2256. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1042/CS20170098>>.
 36. Dinarello CA, Simon A, van der Meer JW. Treating inflammation by blocking interleukin-1 in a broad spectrum of diseases. *Nat Rev Drug Discov* 2012; 11(8): 633–652. <<http://dx.doi.org/10.1038/nrd3800>>.
 37. Van Tassel BW, Abouzaki NA, Oddi Erdle C et al. Interleukin-1 Blockade in Acute Decompensated Heart Failure: A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Pilot Study. *J Cardiovasc Pharmacol* 2016; 67(6): 544–551. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1097/FJC.0000000000000378>>.
 38. Shakoory B, Carrillo JA, Chatham WW et al. Interleukin-1 receptor blockade is associated with reduced mortality in sepsis patients with features of macrophage activation syndrome reanalysis of a prior phase iii trials. *Crit Care Med* 2016; 44(2): 275–281. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000001402>>.
 39. Dinarello CA. An expanding role for interleukin-1 blockade from gout to cancer. *Mol Med* 2014; 20(Suppl 1): S43–S58. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.2119/molmed.2014.00232>>.
 40. Ruperto N, Brunner HI, Quartier P et al. Two randomized trials of canakinumab in systemic juvenile idiopathic arthritis. *N Engl J Med* 2012; 367(25): 2396–2406. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1205099>>.
 41. Issafiras H, Corbin JA, Goldfine ID et al. Detailed mechanistic analysis of gevokizumab, an allosteric anti-IL-1beta antibody with differential receptor-modulating properties. *J Pharmacol Exp Ther* 2014; 348(1): 202–215. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1124/jpet.113.205443>>.
 42. Ilowite NT, Prather K, Lokhnygina Y et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of the efficacy and safety of rilonacept in the treatment of systemic juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2014; 66(9): 2570–2579. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1002/art.38699>>.
 43. Kosloski MP, Goss S, Wang SX et al. Pharmacokinetics and Tolerability of a Dual Variable Domain Immunoglobulin ABT-981 Against IL-1alpha and IL-1beta in Healthy Subjects and Patients With Osteoarthritis of the Knee. *J Clin Pharmacol* 2016; 56(12): 1582–1590. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1002/jcph.764>>.
 44. Hong DS, Janku F, Naing A et al. Xilonix, a novel true human antibody targeting the inflammatory cytokine interleukin-1 alpha, in non-small cell lung cancer. *Invest New Drugs* 2015; 33(3): 621–631. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10637-015-0226-6>>.
 45. Mistry P, Reid J, Pouliquen I et al. Safety, tolerability, pharmacokinetics, and pharmacodynamics of single-dose antiinterleukin-18 mAb GSK1070806 in healthy and obese subjects. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2014; 52(10): 867–879. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.5414/CP202089>>.
 46. Argiriadi MA, Xiang T, Wu C et al. Unusual water-mediated antigenic recognition of the proinflammatory cytokine interleukin-18. *J Biol Chem* 2009; 284(36): 24478–24489. <<http://dx.doi.org/10.1074/jbc.M109.023887>>.
 47. Tak PP, Bacchi M, Bertolino M. Pharmacokinetics of IL-18 binding protein in healthy volunteers and subjects with rheumatoid arthritis or plaque psoriasis. *Eur J Drug Metab Pharmacokinet* 2006; 31(2): 109–116. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1007/BF03191127>>.

prof. MUDr. Ilja Stříž, CSc.

✉ ilja.striz@ikem.cz

Pracoviště klinické a transplantační imunologie IKEM, Praha
www.ikem.cz

Doručeno do redakce 30. 8. 2018

Přijato po recenzi 26. 11. 2018