

Psoriáza – základní charakteristika častého onemocnění

MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Psoriáza je chronická zánětlivá kožní choroba projevující se tvorbou červených plastických, ostře ohraničených ložisek s nánosem stříbřitých šupin. Článek shrnuje možnosti léčby pacienta, tedy především lokální terapii, fototerapii a celkovou léčbu. Dále je navržen způsob edukace pacienta zdravotnickým personálem.

Klíčová slova: psoriáza, edukace, fototerapie, lokální terapie, biologika.

Psoriasis – basic characteristics of frequent illness

Psoriasis is a chronic inflammatory skin condition manifested by the development of red, sharply demarcated plaques covered with silvery scales. The paper summarizes the treatment options of the patient, i.e. particularly local therapy, phototherapy and systemic therapy. Furthermore, a method of patient education by health care professionals is proposed.

Key words: psoriasis, education, phototherapy, local therapy, biologics.

Dermatol. praxi 2011; 5(4): 227–229

DEFINICE

Psoriáza je chronické zánětlivé onemocnění s typickými kožními příznaky, řadí se do skupiny imunitně podmíněných chorob. Klinická manifestace onemocnění je výsledkem složité souhry imunitních pochodů u jedinců s genetickou predispozicí. Etiopatogenetické souvislosti s řadou dalších onemocnění, tzv. komorbidit, staví psoriázu do role ne čistě kožní choroby, ale spíše nemoci systémové (1, 2).

EPIDEMIOLOGIE

Psoriáza postihuje 2–3 % populace ve Spojených státech a v zemích západní Evropy. Prevalence kolísá v závislosti na geografické lokalizaci a rasové příslušnosti (nejvyšší incidence je v severských zemích Evropy, nejnižší pak v Africe, v Asii a v Jižní Americe). Rozdíly ve výskytu jsou dány genetickými faktory a vlivy zevního prostředí – např. intenzitou slunečního záření, infekcemi, stravovacími návyky (3).

Podle kritéria začátku onemocnění se psoriáza dělí na Typ I, který začíná před 40. rokem věku se zjevnou asociací s HLA antigeny (Cw6, B13, Bw57, DR7). Častá je souvislost manifestace onemocnění se streptokokovými infekty. **Typ I** se vyskytuje asi u 2/3 nemocných psoriázou a je pro něj charakteristická rodinná dispozice. Vyznačuje se obvykle závažnějším průběhem.

Typ II začíná po 40. roce věku, asociace s HLA je výrazně slabší (Cw6 32%) a není zde rodinný výskyt.

HLAVNÍ PATOFYZIOLOGICKÉ RYSY

Psoriáza je onemocněním geneticky podmíněným, mezi jehož hlavní patofyziologické rysy patří hyperproliferace epidermis s poruchou diferenciace keratinocytů, zvýšená angiogeneze a imunopatologický zánět.

SPOUŠTĚCÍ FAKTORY

Mezi exogenní faktory se řadí zejména vlivy fyzikální, jako jsou UV (ultrafialové) a ionizující záření, dále různé chirurgické zákroky, tetováž, popáleniny, vakcinace nebo poštípání hmyzem. Z chemických vlivů je možné jako příklad uvést některé lokální přípravky určené pro terapii psoriázy (anthralin, tazaroten), které mohou u senzitivních jedinců vyvolat značnou iritaci kůže. Mezi nejznámější endogenní provokační faktory patří streptokoková angína, nově také infekce HIV/AIDS. Mezi potenciální spouštěcí faktory se řadí rovněž některé léky (beta-blokátory, ACE inhibitory, lithium nebo nesteroidní antiflogistika). Kromě výše jmenovaných příčin se mezi časté spouštěcí momenty řadí psychický stres.

IMUNITNÍ FAKTORY

Zjednodušená teorie imunopatogeneze přepokládá významnou úlohu T lymfocytů (1, 3). Po jejich aktivaci, zatím blíže neznámým antigenem, je spuštěna kaskáda procesů, jejichž výsledkem je produkce řady prozánětlivých cytokinů a diferenciace T lymfocytů v subpopulaci Th 1 a Th 17. Mezi nejvýznamnější cytokiny z pohledu psoriázy patří TNF alfa, IL 6, 12, 17, 22, 23.

KLINICKÝ OBRAZ

Základním projevem onemocnění je lehce elevovaná, ohraničená papula červené barvy pokrytá poměrně snadno odlučitelnými stříbřitými šupinami. Konfigurace a lokalizace kožních projevů a také celkový rozsah onemocnění stojí za variabilitou klinického obrazu a rozdělením psoriázy do několika následujících subtypů (1, 3).

CHRONICKÁ LOŽISKOVÁ PSORIÁZA A JEJÍ MORFOLOGICKÉ VARIANTY

Psoriasis vulgaris loco typico – podle rozsahu postižení měřeného známými indexy (PASI, BSA) se dělí na lehkou, středně těžkou až těžkou formu onemocnění. Jedná se o nejčastější morfologickou variantu (obrázek 1).

Psoriáza kštice (psoriasis capillitii) – postihuje až 80 % nemocných psoriázou a je zpravidla součástí jiných morfologických variant.

Psoriáza nehtů (psoriasis unguium) – postižení nehtů je rovněž poměrně časté a je do jisté míry prediktivním faktorem vzniku psoriatické artritidy. Může mít charakter „dolíčkování“, olejových skvrn nebo onychodystrofie s destrukcí nehtové ploténky.

Psoriasis palmoplantaris – projevuje se většinou izolovaným postižením dlaní a chodidel a vyznačuje se značnou rezistencí na terapii.

Psoriasis inversa – projevy onemocnění se soustřeďují atypicky především do oblastí kožních záhybů a bývají provázeny silným svěděním.

Psoriasis erythrodermica – zánětem je postiženo více než 90 % kožního povrchu. Jedná se o závažný stav provázený zpravidla teplotami, zvětšením lymfatických uzlin, hypalbuminemií a bakteriální superinfekcí.

Psoriasis guttata – jedná se o akutně exantematickou formu psoriázy se specifickou klinickou morfologií, kdy dochází k hustým výsevům drobných zánětlivých papulí disperzně na těle. V etiopatogenezi se nejčastěji uplatňují bakteriální superantigeny, zejména streptokokové.



Obrázek 1. Středně těžká forma chronické ložiskové psoriázy s akcentací projevů v predilekčních lokalizacích

PSORIASIS PUSTULOSA

Pro klinický obraz pustulózních forem psoriázy je typická tvorba živě červených, silně zánětlivých ložisek s různě intenzivními výsevy sterilních pustul. Rozlišují se formy lokalizované a generalizované (*psoriasis pustulosa palmoplantaris* – Barber, *psoriasis pustulosa generalisata* – Zumbusch). Zejména průběh generalizované formy je velmi závažný.

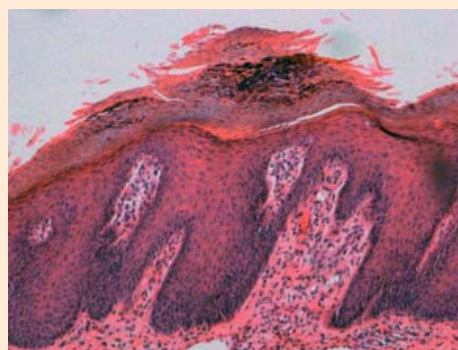
PSORIASIS ARTHROPATICA

Základním definujícím znakem onemocnění je současná přítomnost artritidy a psoriázy, přičemž artritida je někdy jediným orgánovým či interním symptomem psoriázy (4). Klinický obraz psoriatické artritidy (PsA) je variabilní. U většiny pacientů jsou přítomny typické kožní projevy psoriázy, jejichž závažnost nekoreluje se závažností kloubního postižení. Asi u 20 % nemocných se kožní změny neobjevují. Na základě klinických, laboratorních a rentgenologických parametrů bylo vyčleněno v roce 1973 Wrightem a Mollem pět základních subtypů PsA (*Asymetrická psoriatická oligoartritida*, *Distální interfalangeální psoriatická artritida*, *Symetrická polyartikulární psoriatická artritida-RA like*, *Mutilující PsA*, *Axiální forma – psoriatická spondylartritida*).

DIAGNOSTIKA

Klinický obraz je ve většině případů typický. Základním pomocným vyšetřením je kožní biopsie. Mezi základní histologické znaky vyvinuté psoriatické léze patří (obrázek 2):

- akantóza epidermis s pravidelně protaženými epidermálními čepy
- korelativní papilomatóza koria se suprapapilárním ztenčením epidermis
- ztenčení až vymizení stratum granulosum, hyperkeratóza a parakeratóza
- přítomnost Munroových mikroabscesů tvořených subkorneálními shluky polymorfonukleárů
- u pustulózních forem psoriázy typické Kogojovy spongiformní pustuly, které jsou tvořeny okrsky spongiotické epidermis vyplněné infiltrátem z neutrofilních leukocytů



Obrázek 2. Typické mikroskopické znaky psoriasis vulgaris, HE -100×

TERAPIE

Základem léčebné strategie psoriázy je zevní léčba. Mezi nejčastěji užívané účinné látky patří silné kortikosteroidy (např. betamethason dipropionát, klobetasol propionát), analoga vitamínu D (kalcipotriol, kalcitriol, takalcitol) a kombinované přípravky obsahující obojí složku (kalcipotriol + betamethason dipropionát). V úvodu léčby jsou využívány rovněž keratolytika samostatně nebo přípravky kombinované s obsahem kyseliny salicylové. Mezi další užívaná externa patří anthtralin, ichtamol či dehet.

U těžkých forem onemocnění je při selhání zevních léčebných postupů indikována systémová terapie. Z konvenčních metod je využívána fototerapie (UVB 311nm, PUVA), methotrexát, cyklosporin a acitretin.

U nejzávažnějších pacientů, nereagujících ani na konvenční systémovou terapii nebo kontraindikovaných k jejímu použití, je indikována biologická terapie (5). V současnosti jsou pro terapii psoriázy registrovány čtyři přípravky. Tři patří do skupiny inhibitorů TNF alfa (etanercept, adalimumab, infliximab), poslední z preparátů je monoklonální protilátkou blokující aktivitu interleukinu 12 a 23 (ustekinumab).

Článek přijat redakcí: 31. 7. 2011

Článek přijat k publikaci: 27. 10. 2011

Literatura

1. Benáková N, Ettler K, Štork J, Vašků V. Psoriáza nejen pro praxi, Praha: Triton; 2007: 164.
2. Christophers E. Comorbidities in psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006; 20: 52–55.
3. Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M (eds) Braun-Falco's Dermatology, 3rd ed. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009: 506–526.
4. Štolfa J, Štork J, a kol. Psoriatická artritida a psoriáza, Praha: Maxdorf 2007: 164.
5. Tichý M, Dittrichová D. Biologická léčba v dermatologii. Klin Farmakol Farm 2008; 22(2): 68–71.

MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních
LF UP a FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
martin.tichy3@fnol.cz

