

Psoriáza – možnosti léčby, edukace pacienta

Marie Navrátilová, Jana Miklíková

Dermatovenerologická klinika FN Brno

Psoriáza se řadí mezi nejčastější dermatologická onemocnění, jehož správná diagnostika je založena na přítomnosti charakteristických klinických projevů. Základním pomocným vyšetřením u diagnosticky nejednoznačných případů je kožní biopsie. Nové poznatky o etiopatogenezi tohoto onemocnění jsou základem cílenější terapie, která je v posledních několika letech dostupná zejména v podobě systémově aplikovaných biologických preparátů. Pomocí moderních terapeutických postupů je v dnešní době možné kontrolovat průběh tohoto chronického zánětlivého onemocnění a významně zlepšit kvalitu života pacientů.

Klíčová slova: psoriáza, etiopatogeneze, diagnostika, terapie.

Psoriasis – treatment options, patient education

Psoriasis is among the most common skin diseases whose correct diagnosis is based on the presence of characteristic clinical features. The basic complementary examination in diagnostically uncertain cases is skin biopsy. Recent knowledge on the aetiopathogenesis of this disease has provided the basis for a more targeted therapy which has recently been available particularly in the form of systemically administered biological agents. Using modern therapeutic strategies, it is currently possible to control the course of this chronic inflammatory condition and to significantly improve the quality of life of patients.

Key words: psoriasis, aetiopathogenesis, diagnosis, treatment.

Dermatol. praxi 2011; 5(4): 230–231

Psoriáza je chronická zánětlivá kožní choroba, která postihuje v průměru 2 % evropské populace. Projevuje se tvorbou červených plástických, ostře ohraničených ložisek s nánosem stříbřitých šupin. Nejedná se o infekční ani život ohrožující onemocnění, má však značný vliv na kvalitu života nemocného.

Psoriáza je multifaktoriální choroba, jejíž klinická manifestace je spouštěna akcí mnoha genů iniciovanou výbavnými faktory, především vlivy prostředí. Postihuje jak ženy, tak muže. První výsev je nejčastěji v rané dospělosti a pak okolo 50. roku života. Může se však vyskytnout i v dětství. To, zda se choroba projeví, záleží na provokačních faktorech.

Diagnóza psoriázy je dána především jejími klinickými projevy a postižením predilekčních lokalizací (kolena, lokty, kříž, kštiny). Diagnostické rozvaze napomůže i pozitivní rodinná anamnéza. V nejasných případech se odebírá vzorek kůže na histologické vyšetření. Přítomnost kloubního onemocnění upozorňuje na možnost artropatické psoriázy.

Péče o pacienty s psoriázou spadá do kompetence dermatologa. Léčby mírných forem se může ujmout také praktický lékař za konziliární spolupráce s dermatologem. Psoriatickou artritidu pak sleduje na doporučení dermatologa revmatolog.

Psoriáza je onemocnění nevyléčitelné, ale léčitelné. Cílem terapie je dostat chorobu pod kontrolu, snížit rozsah postižení, dosáhnout a udržet dlouhodobou remisi, minimalizovat nežádoucí účinky a zlepšit kvalitu života pacienta.

K léčebným možnostem v současné době patří terapie lokální, fototerapie a celková terapie.

Lokální terapie tvoří základní pilíř v léčbě psoriázy. Léčebné prostředky (masti, krémy, mléka, roztoky) jsou základem pro léčbu méně závažných a jako doplnění léčby těžších forem psoriázy. Volba léčebného prostředku je u každého pacienta individuální, a to podle stadia, formy, rozsahu a lokalizace psoriázy a také podle individuální tolerance.

Úspěch zevní léčby závisí:

- Na správné technice ošetření – frekvence aplikace, množství externa, doba aplikace, technika aplikace otevřená či okluzivní (10x zvyšuje penetraci), režimy léčby (zvláště u kortikoidů) apod.
- Na znalosti a předcházení případným lokálním vedlejším a nežádoucím účinkům (atrofie a tachyfylaxe po kortikoidech, iritace a zabarvení po cignolinu či dehtu apod.).
- Na způsobu uchování (v chladu, při pokojové teplotě apod.) a nabírání léčiv (zábrana mikrobiální kontaminace).
- Na pečlivosti a pravidelnosti ošetřování kůže.

Výhodou lokální terapie je její bezpečnost, nevýhodou časová náročnost a pracná aplikace.

Fototerapie využívá k léčbě psoriázy příznivých účinků ultrafialového záření, buď samostatně, nebo v kombinaci s jinými léčivy. Zahrnuje jednak přirozené UV záření (přímořské pobyty), jednak záření vydávané různými zářiči, zejména pásma UVB o vlnové délce 280–320 nm. Největší

Tabulka 1. Nejčastější provokační faktory u psoriázy

Vlivy	Typ
Infekce a záněty	Bakteriální a virové (ORL, zubní, gynekologické, urologické, GIT apod.), HIV.
Psychoneuroimunologické	Stres duševní či tělesný.
Fyzikální a chemické	Úrazy, operace, střídavý tlak a tření, exsikace, UV záření, změny teploty a klimatu, poleptání a jiné iritativní vlivy.
Léky	Betablokátory, lithium, antimalarika, inhibitory ACE, zlato, interferony, někdy NSAR a blokátory kalciového kanálu.
Zánětlivé dermatózy	Kožní infekce (bakterie, kvasinky, herpes viry), seboroická dermatitida, ekzémy, polékové exantémy a jiné alergické vlivy.
Interní choroby	Diabetes mellitus, hepatopatie, thyreopatie, hypokalcemie, dna, hormonální dysbalance, obezita, alkohol, kouření.

Tabulka 2. Přehled terapie psoriázy

Lokální terapie	Fototerapie	Celková terapie
Keratolytika	UVB 311 nm	Retinoidy
Kortikosteroidy	UVB	Metotrexát
Analoga D3 vitamínu	PUVA	Cyklosporin A
Retinoidy	SUP (UVB+UVA)	Biologika
Cignolin	Klimatoterapie	
Pix, Ichtamol		
Doprovodná terapie: Balneoterapie, psychoterapie		

antipsoriatický účinek má úzkospektré záření o vlnové délce 311 nm. Metoda PUVA (fotochemoterapie) spočívá v kombinaci fotosenzibilizujících psoralenů a paprsků UVA.

Výhoda fototerapie je ve snadné aplikaci, je však časově náročná (frekvence ozařování je nejčastěji 3x týdně). Obvykle je ke zlepšení zapotřebí 20–30 sezení, tedy 2–3 měsíce. Při opakovaném dlouhodobém záření se zvyšuje riziko vzniku kožního karcinomu.

U těžkých forem psoriázy se používá **celková léčba**. Podává se ve formě tablet nebo injekcí. Systémová léčiva (metotrexát, acitretin, cyklosporin A) se mohou, vzhledem k vedlejším účinkům při dlouhodobém podávání, po určité době střídat nebo kombinovat. Smyslem je zmenšení rizika vzniku nežádoucích účinků, vázaných na dlouhodobou aplikaci jednotlivého léčebného postupu. U pacientů jsou nutné pravidelné kontroly krevních testů.

Nejmodernějšími léčivy jsou **biologika**, látky vyráběné biotechnologickými metodami. Zasahují cíleně do patogenetických pochodů

psoriázy a mají méně nežádoucích účinků než stávající celkové léky. Jsou určena pro léčbu ložiskové psoriázy s intenzivním postižením více než 10 % kožního povrchu, u které nelze pro nedostatečný efekt, kontraindikaci či nesnášenlivost použít minimálně dva celkové léčebné postupy (fototerapie UV zářením, acitretin, metotrexát, cyklosporin A). Podávají se injekčně (podkožně, infuzí), a to dle typu preparátu ve frekvenci od 1–2x týdně až po jednu injekci za 12 týdnů. Tato léčiva jsou vzhledem k nákladnosti a nutnosti sledování dlouhodobé bezpečnosti vázána na centra biologické léčby psoriázy.

Po ukončení určité léčby je velmi důležité zabránit opakovanému vzplanutí choroby. Je nezbytné pacienta poučit o nutnosti prevence recidivy – tedy vyloučit, redukovat a vyhýbat se konkrétním provokačním faktorům (tabulka 1); dodržovat zdravou životosprávu, omezit konzumaci alkoholu, nekouřit; dostatek spánku, relaxace, udržování psychické pohody, využití psychoterapie; používat vhodné oblečení z přírodních materiálů, volných střihů, aby kůže nebyla drážděna;

chránit se před infekcemi; vhodné jsou i pohybové aktivity, zejména u osob trpících psoriatickou artritidou; zvolit vhodné zaměstnání – vyhýbat se práci s chemikáliemi, dezinfekcí, saponáty, práci v prašném a vlhkém prostředí; pečovat o kůži v době remise, pečovat i o okolní zdravou kůži; pozitivně působí i lázeňská a přímořská léčba.

Přestože moderní léčba psoriázy umožňuje pacientům zlepšit a zkvalitnit život, jde o onemocnění nevyléčitelné, s různě dlouhým obdobím remise. Pacient se s ním musí naučit žít a sžít. Úkolem zdravotnického personálu je nejen pacienta o této skutečnosti informovat, ale rovněž jej vhodným způsobem povzbudit.

Literatura

1. Benáková N, Ettler K, Štork J, Vašků V. Psoriáza nejen pro praxi. Triton 2007, ISBN: 978-80-7254-966-5, s. 42–48, 55–57, 60–63, 71–73.

2. Macháčková K, Arenberger P. Psoriáza – Informace pro pacienty. Informační brožura, Abbott, s. r. o., s 4–12.

3. Novotný F. Psoriáza – Aktuální pohledy. Grada 2002, ISBN 80-247-0313-0, s 66–75, 87–90, 105–108.

4. Štolfa J, Štork J, a kol. Psoriatická artritida a psoriáza. MAX-DORF 2007, ISBN: 80-734-5002-1, s 135–145.

Článek přijat redakcí: 21. 9. 2011
Článek přijat k publikaci: 17. 10. 2011

Marie Navrátilová
Dermatovenerologická klinika FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
marie.navratilova@fnbrno.cz

