

PSORIÁZA

Co je psoriáza?

Spíše než jako psoriáza je toto onemocnění známé pod svým českým názvem lupénka. Psoriáza postihuje především kůži, avšak zhruba u 10–20 % pacientů se může objevit kromě kožního také kloubní postižení. Onemocnění kloubů, které je do jisté míry podobné revmatoidní artritidě, se nazývá „psoriatická artritida“.

Na kůži se psoriáza projevuje jako ložiska hnědočervené kůže se stříbřitými olupujícími se šupinami na povrchu. Nejčastěji se vyskytují na loktech a kolenou, méně často ve vlasech. Psoriáza může propuknout v kterémkoliv věku, ale nejčastěji se první příznaky objeví v pubertě nebo později, okolo 40.–50. roku věku. Muži i ženy onemocní lupénkou přibližně stejně často.

Příčina psoriázy není dosud známá, ví se pouze tolik, že patří do skupiny autoimunitních onemocnění. Podkladem kožních, případně kloubních změn je chronický zánět probíhající v postižených tkáních. Důležité je také zdůraznit, že psoriáza není infekční onemocnění, a proto není možné se psoriázou „nakazit“ kontaktem s nemocným člověkem.



Čím je psoriáza způsobena?

Přestože přesný důvod, proč psoriáza u některých lidí vzniká, není znám, jsou definovány některé vlivy, které při vzniku psoriázy hrají určitou roli. Tyto vlivy můžeme rozdělit do následujících kategorií:

Dědičnost – odhaduje se, že dědičnost má na svědomí vznik psoriázy asi u 30 % pacientů. Nedědí se však choroba jako taková, ale pouze náchylnost k ní. Spolu s dědičností je ještě potřeba působení provokujících faktorů (Spouštěče), které vznik choroby vyvolají.

Autoimunita – při vzniku lupénky je velmi pravděpodobná spoluúčast imunitního systému. Imunitní buňky zvané T-lymfocyty migrují do bazálních vrstev kůže, kde spouštějí uvolňování zánětlivých látek (cytokinů). To podporuje vznik chronického zánětu v kůži, na jehož podkladě dochází k nadměrné tvorbě nových kožních buněk a jejich olupování.

Vnější prostředí – vlivy vnějšího prostředí nemohou samy o sobě způsobit psoriázu. Mohou urychlit její nástup nebo zhoršit její projevy. Mezi tyto negativní vlivy patří stres, infekce, poranění a některé léky. Dále se uvádějí klimatické a hormonální vlivy.

Jaké vlivy mohou lupénku spustit?

Projevy psoriázy mohou být vyprovokovány nebo se mohou zhoršit v důsledku následujících spouštěčů:

- infekce horních cest dýchacích (u mladších pacientů angíny, u starších virózy), infekce zubů, chronický zánět žlučníku aj.
- užívání některých léků
- hormonální změny (puberta, období po porodu, klimakterium), během těhotenství obvykle nastává zlepšení
- životospráva (stres, alkohol, kouření, nedostatek spánku, nepravidelný životní rytmus)
- jiná onemocnění (cukrovka, dna, obezita, choroby jater aj.)
- očkování
- fyzikální vlivy (poranění, tření, střídavý tlak, ultrafialové záření, prudké změny teploty a klimatu)
- chemické (poleptání, podráždění kůže, včetně agresivní místní léčby)
- biologické (uvažuje se o podílu některých virů)



Jak se lupénka projevuje?

Psoriáza je především onemocnění kůže, u 10–20 % pacientů se rozvine také postižení kloubů, takzvaná psoriatická artritida.

Protože psoriáza se může vyskytovat v několika různých formách, nejsou její příznaky vždy u všech pacientů stejné. Nejčastější forma psoriázy se označuje jako ložisková (psoriasis vulgaris). Mimoto rozlišujeme ještě několik dalších forem tohoto onemocnění.

Typické onemocnění psoriázou vypadá následovně:

Červená šupinatá olupující se ložiska na kůži, především na loktech a kolenou.

Kromě zmíněných oblastí velkých kloubů, kde se ložiska vyskytují nejčastěji, může psoriáza postihnout téměř jakékoli místo na těle, včetně vlasaté části hlavy a genitálu.

Na rozdíl od ekzému se psoriáza nejvíce projevuje na vnější, takzvané extenzorové straně loktů a kolen.

Při mírných formách choroby nacházíme na těle jen ojedinělá nevelká ložiska červené kůže s bílými olupujícími se šupinami. V závažných případech může olupující se pokožka pokrývat téměř celé tělo. Kromě kůže bývají často postiženy také nehty na nohou i na rukou. Někdy je dokonce typické poškození nehtů přítomno samostatně, bez psoriatických ložisek na kůži. Psoriáza na nehtech vytváří mělké jamky, které se podobají jamkám v náprstku. Může také dojít ke zbytnění nehtového lůžka, které se pak lžičkovitě prohýbá nahoru. Pokud je ložisko lupénky pod nehtem, prosvítá skrze nehet nahoru jako nažloutlá skvrna.

U pacientů s psoriatickou artritidou se rozvíjí chronický zánět jednoho nebo více kloubů. Dlouhotrvající zánět může vést až k deformitě kloubu s úplnou ztrátou jeho funkce.

Jak se lupénka diagnostikuje?

Definitivní diagnózu psoriázy neboli lupénky stanovuje kožní lékař, dermatolog. Pro správnou diagnózu je potřeba provést obvyklá základní vyšetření a v některých případech také některá vyšetření speciální, se kterými jste se možná ještě neseťkali.

Anamnéza – během rozhovoru s pacientem se lékař vyptává na základní údaje o jeho chorobě. Kdy se objevily první příznaky, kde a jaký byl jejich charakter. Velmi důležitá je také rodinná anamnéza, tzn. informace o tom, zda psoriázou trpí také někdo z blízkých příbuzných pacienta.

Klinické vyšetření – diagnostika psoriázy může být někdy stanovena již z typických příznaků a průběhu choroby. Zkušený dermatolog (kožní lékař) zná charakteristický vzhled typických psoriatických ložisek. Teprve v komplikovanějších případech je nutné přistoupit k náročnějším vyšetřením.

Laboratorní vyšetření krve – pro diagnózu psoriázy nemají laboratorní testy velký význam. Provádějí se v průběhu léčby, zvláště pokud pacient užívá léky, které mohou mít závažné vedlejší účinky.

Kultivační vyšetření – prokáže přítomnost bakterií nebo kvasinek. Užívá se tehdy, je-li nutné odlišit psoriázu od kožních projevů způsobených infekcí.

Kožní biopsie – pokud není možné diagnostikovat psoriázu ze samotného vzhledu kůže a typického průběhu onemocnění, provádí se kožní biopsie. Lékař odebere malý kousek kůže, který se poté hodnotí pod mikroskopem.



Jak se lupénka léčí?

Lokální léčba

Při lokální léčbě se léčivé přípravky aplikují pouze lokálně, přímo na postiženou kůži. Jedná se tedy o nejrůznější masti, gely, mléka a podobně. Lokální léčba se užívá především u méně závažných forem psoriázy. Její výhodou je minimální výskyt nežádoucích účinků, neboť účinné látky pronikají především do kůže, do celého organismu však jenom minimálně.

Přípravky užívané pro lokální léčbu lupénky rozdělujeme do následujících skupin podle obsahu konkrétní účinné látky:

Černouhelný dehet – je jedním z nejstarších prostředků užívaných v léčbě psoriázy. Zmírňuje zánět a svědění. Má jen minimum nežádoucích účinků, nevýhodou však je jeho charakteristický

zápach a zanechávání skvrn na oděvu i na kůži. Používá se i ve formě šamponu pro léčbu lupénky ve vlasaté části hlavy.

Kortikosteroidy – steroidní léky mají obecně protizánětlivý účinek, který dokáže potlačit také nepříjemné projevy lupénky. Je možné volit různé přípravky podle síly účinku, od slabých až po velmi silné. Se silou účinku se bohužel stupňují také nežádoucí účinky (ztenčení kůže, infekce), proto je třeba kortikosteroidy používat opatrně a jen po omezenou dobu.

Retinoidy – přípravky s obsahem retinoidů se často používají společně s kortikoidními mastmi. Retinoidy nesmí užívat těhotné ženy (Těhotenství), neboť tyto látky mohou poškozovat plod.

Antralin – zmírňuje zánět, je vhodný na rozsáhlá psoriatická ložiska. Na oblečení i pokožce zanechává skvrny.

Kalcipotrien – je vhodný k aplikaci na citlivá místa, jako jsou například oční víčka nebo oblast genitálu. Užívá se v kombinaci s dalšími přípravky nebo fototerapií.

Keratolytika a hydratační přípravky – keratolytika jsou látky, které změkčují šupiny kůže a usnadňují tak jejich odstranění. Důležitou roli hrají především při léčbě psoriázy ve kštici. Mezi nejznámější keratolytika patří kyselina salicylová a urea (močovina). Nejrůznější hydratační přípravky jsou vhodné k pravidelné péči o postiženou pokožku, zmírňují vysušení kůže a svědění.

Systémové léky

K systémové léčbě, tedy k lékům podávaným v tabletách či injekcích, je nutné sáhnout u závažnějších forem psoriázy. Protože účinná látka systémově podaného léku se dostane skrze krevní oběh do celého organismu, zvyšuje se oproti lokální léčbě riziko nežádoucích účinků.

Právě kvůli zmírnění nežádoucích účinků se systémové léky často kombinují nebo střídají. Pacienti, kteří systémovou léčbu užívají,

musí také pravidelně podstupovat krevní a jaterní testy, aby se včas odhalilo případné poškození.

Nejčastější systémově podávané léky užívané při léčbě psoriázy:

Metotrexát – užívá se také při léčbě psoriatické artritidy. Stejně jako cyklosporin patří i metotrexát mezi imunosupresivní léky (léky potlačující činnost imunitního systému), proto má řadu nežádoucích účinků.

Cyklosporin – tento imunosupresivní lék má celou řadu závažných nežádoucích účinků. Je vyhrazen pro těžké formy psoriázy.



Retinoidy – systémově podávané retinoidy jsou účinné především při léčbě pustulózní a erythrodermické formy psoriázy.

Biologická léčba

V takzvané biologické léčbě se užívají látky vyráběné genetickým inženýrstvím, které se blíže podobají přirozeným molekulám produkovaným v organismu. Tyto látky mají schopnost zastavit v určitém místě sled kroků, které vedou ke spuštění reakce imunitního systému a udržování chronického zánětu.

Účinné látky užívané v biologické léčbě účinkují konkrétně na určitý aspekt v imunitní odpovědi. Biologická léčba zasahuje do imunitních mechanismů cíleně. Tlumí zánět v časně fázi, tedy v situaci, kdy ještě není dostatečně nastartovaný, kůže se vyčistí a zůstává čistá.

Léčba dále zlepšuje výskyt a závažnost přidružených onemocnění, která jsou typická pro pacienty s psoriázou, např. metabolického syndromu, kardiovaskulárního onemocnění, zánětu kloubů, depresí, úzkostí, únavy atd. Vrací pacienta do normálního pracovního i společenského života.



Jsou to léky relativně nové a jejich použití ještě není tolik rozšířeno u pacientů s psoriázou, nicméně pro léčbu revmatoidní artritidy se používají již 16 let. Jsou vyhrazeny pacientům s těžkými formami lupénky, kteří splňují kritéria pro zahájení biologické léčby. V budoucnu se jejich použití určitě rozšíří na širší spektrum pacientů.

Velkou výhodou biologické léčby je možnost dlouhodobého podávání (i několik let).

Fototerapie

Již dlouho je známo, že každodenní a přitom nepřilíš dlouhé vystavení se slunečnímu záření zmírňuje příznaky psoriázy. Později se přišlo také na to, že za léčivé účinky slunečního záření je zodpovědná jeho krátkovlnná složka, záření ultrafialové. To se dále rozděluje na tři složky, UVA, UVB a UVC záření. K léčbě psoriázy se užívá UVB složka.

Existují dva typy UVB lamp, které emitují léčebně působící záření, širokopásmové a úzkopásmové. Pro zvýšení účinnosti fototerapie je možné současně aplikovat přípravky s retinoidy, dehtem nebo antralinem.

Fotochemoterapie neboli PUVA

Kombinace látky psoralenu a UVA složky ultrafialového záření se označuje jako PUVA. Při této metodě je pacient ozařován UVA zářením a zároveň užívá tablety psoralenu nebo tuto látku aplikuje lokálně. Přesný mechanismus, jakým PUVA potlačuje projevy psoriázy, není znám. Předpokládá se, že psoralen zvyšuje citlivost kůže k léčebným účinkům UVA záření.