

TAKTO NEMUSÍŠ VYZERAŤ!

PSORIÁZA SA DÁ LIEČIŤ.

Psoriáza - sprievodca ochorením.
www.derma.sk

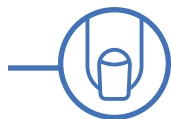
abbvie

PSORIÁZA

OBSAH

Definícia	4
Výskyt	4
Genetika a spúšťacie faktory	5
Formy psoriázy a klinický obraz	6
Diagnostika	7
Prognóza a prevencia	9
Liečba	10
Psoriáza v detskom veku	16

1. DEFINÍCIA



Psoriáza je chronické zápalové ochorenie celého organizmu, ktoré sa viditeľne prejavuje na koži. Súčasne však môže postihovať nechty aj kĺby.¹ Patrí medzi autoimunitné ochorenia, pri ktorých sa imunitný systém obráti proti vlastnému organizmu. Aj keď sa zatiaľ nedá úplne vyliečiť, dá sa veľmi dobre liečiť a pacienti môžu byť dlhodobo bez prejavov psoriázy. Aby sa choroba u pacienta prejavila, sú potrebné dve zložky: genetika a spúšťacie faktory. Existuje viacero foriem psoriázy, ale najčastejšia je chronická ložisková psoriáza (psoriasis vulgaris).¹ Liečebných možností je pomerne dosť. V súčasnosti je psoriáza jedným z najskúmanejších kožných ochorení a farmaceutické spoločnosti vyvíjajú ďalšie nové lieky. Približne každých 3 až 5 rokov sa nejaký z nich dostane aj na trh.



2. VÝSKYT

Psoriáza postihuje 0,2 – 4,8 % svetovej populácie. Najnižší výskyt je v ázijskej populácii a najvyšší v škandinávskych krajinách. Muži a ženy sú postihnutí približne rovnako. Začiatok ochorenia sa môže prejavíť v akomkoľvek veku.^{1,2} Psoriáza najčastejšie vzniká pred 40. rokom života (hovoríme o skorom začiatku ochorenia alebo o prvom type (dedičnosti)).^{1,2} Približne každý štvrtý pacient trpí stredne ťažkou až ťažkou formou psoriázy. Psoriatická artritída (psoriatický zápal kĺbov) môže byť u 10 – 15 % pacientov prvou manifestáciou choroby.

Celosvetovo trpí psoriázou 125 miliónov ľudí, čo znamená, že približne každý 50. človek má niektorú z foriem psoriázy. Podľa aktuálneho systematického prehľadu sa výskyt ochorenia v celej európskej populácii (včítane detí) pohybuje od 0,73 % (v Škótsku) do 2,9 % (v Taliansku). Výskyt psoriázy u dospelých je odhadovaný v rozmedzí od 1,3 % (Spojené Kráľovstvo) až do 8,5 % (Nórsko).

Podľa odhadov je celkový počet psoriatikov na Slovensku približne 200 tisíc, avšak len tretina z nich vyhľadá odbornú lekársku pomoc.

3. GENETIKA A SPÚŠŤACIE FAKTORY:

PSORIÁZA A GENETIKA

Psoriáza je geneticky podmienené ochorenie. To znamená, že ju môže dostať ten, kto zdedil genetickú predispozíciu (laicky povedané psoriatické gény). Ak by bol za jej vznik zodpovedný iba jeden jediný gén a my by sme ho poznali, mohol by sa zablokovať a psoriáza by sa dala možno aj vyliečiť. Bohužiaľ, za vznik psoriázy je zodpovedných viacero génov a my stále všetky nepoznáme. Preto ochorenie dokážeme liečiť, ale nie vyliečiť.^{2,4}

Medzi najčastejšie „psoriatické gény“ patrí:⁴

1. typ psoriázy s včasným začiatkom (do 40. roku života): HLA-Cw6, B13, DR7, Cw2, A30;
2. typ psoriázy s neskorým začiatkom (po 40. roku života): HLA-Cw2, B27, Bw6 – genetika je pri tomto type málo výrazná a familiárny výskyt sa nepozoruje, častejšie sú zmeny na nechtoch a kĺboch.

PSORIÁZA A DEDIČNOSŤ

Ak má psoriázu len jeden z rodičov, pravdepodobnosť vzniku psoriázy u detí bude 16 %, ak majú psoriázu obaja rodičia, pravdepodobnosť sa zvyšuje na 50 %. Ak psoriázu nemá ani jeden z rodičov, ale má ju súrodenec, pravdepodobnosť vzniku bude 8 %. Ak nie je nikto z rodiny postihnutý psoriázou, bude pravdepodobnosť vzniku tohto ochorenia len 2 %.⁶

PSORIÁZA A SPÚŠŤACIE FAKTORY

Ako bolo už spomenuté vyššie, psoriáza sa môže objaviť len u toho, kto v sebe nosí „psoriatické gény“. Tieto gény ho na vznik psoriázy iba predurčujú. Prejaví sa až po pôsobení spúšťacích faktorov.^{4,6} Medzi najčastejšie spúšťacie faktory patrí najmä stres. To zároveň vysvetľuje, prečo sa psoriáza po prvý raz objavuje v čase maturitných skúšok. Ďalším typickým stresovým obdobím je štúdium na vysokej škole, nástup do zamestnania, samotné zamestnanie, prepustenie zo zamestnania, svadba, narodenie

dieťaťa, dlhodobé nezhody v rodine, úmrtie člena rodiny, rozvod a v minulosti to bola aj základná vojenská služba. Vo všetkých spomínaných obdobiach sa môže psoriáza objaviť buď po prvý raz alebo sa môže počas nich zhoršovať. Ďalším veľmi častým spúšťacím faktorom (najmä u detí a mladých ľudí) sú infekčné (najčastejšie bakteriálne) ochorenia.⁴ Ide predovšetkým o streptokokové ochorenia horných dýchacích ciest (angíny). Ak sa potvrdí ložisko infekcie v mandliach, odporúča sa mandle vybrať, vďaka čomu sa môžu prejavy psoriázy zmierniť. V rámci vyšetrení sa u pacienta so psoriázou pátra aj po iných ložiskách infekcie – preto medzi základné vyšetrenia u psoriatikov patrí ORL, zubné, gynekologické alebo urologické vyšetrenie a sonografia brucha. Medzi spúšťacie faktory patrí aj nezdravý životný štýl (obezita, nedostatok pohybu, fajčenie, alkohol). Veľa pacientov so psoriázou je nielen obéznych, ale má aj cukrovku, vysoký tlak a vyššie hodnoty tukov v krvi.⁴ Zmena životného štýlu by mala byť preto prioritou každého psoriatika. Medzi menej časté spúšťacie faktory patria zápalové kožné ochorenia, poškodenie kože z rôznych príčin (mechanické, termické, chemické). Niekedy aj niektoré lieky na tlak (betablokátory, ACE inhibítory, blokátory kalciových kanálov), antimalariká, soli zlata môžu zhoršovať psoriázu.⁴ Vôbec to neznamená, že tieto lieky pacienti so psoriázou nemôžu alebo nesmú užívať.

4. FORMY PSORIÁZY A KLINICKÝ OBRAZ^{1,2}

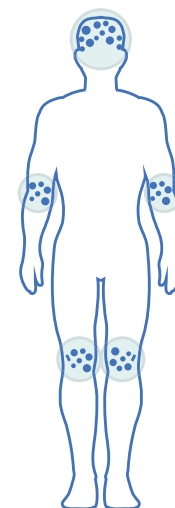
- a) Najčastejšie sa vyskytuje chronická ložisková psoriáza (psoriasis vulgaris). Ložiská sa nachádzajú vo vlasoch, na lakťoch, kolenách a spodnej časti chrbta v krížovej a driekovej oblasti. Ložiská sú oválne až okrúhle, ale môžu splývať do väčších nepravidelných plôch. Sú červenej farby, vyvýšené a kryté často suchými striebřitými šupinami. Môže byť prítomné svrbenie, ale väčšinou je len mierne. Môžu (ale nemusia) byť pri nej postihnuté kĺby a nechty. Ak sú postihnuté kĺby, tak najčastejšie drobné kĺby prstov rúk, chrbtica a krížovo-panvový kĺb. Ak sú postihnuté nechty, typickými znakmi sú olejové škvrny, drobné jamky a čierne bodky aspoň na jednom nechte. Medzi nešpecifické zmeny patrí zhrubnutie a drobenie nechtov.
- b) U detí a mladých ľudí sa najčastejšie a najmä po infektoch horných dýchacích ciest vyskytuje gutátna (kvapkovitá) forma psoriázy. Ložiská sú červenej farby, oveľa menšie ako pri chronickej ložiskovej forme, svrbia a nachádzajú sa najmä na trupe a končatinách.

- c) Medzi ďalšie, menej časté formy psoriázy patrí palmoplantárna psoriáza (na chodidlách a dlaniach), inverzná psoriáza (v kožných záhyboch), palmoplantárna pustulózná psoriáza a iné.

5. DIAGNOSTIKA

STANOVENIE DIAGNÓZY²

Psoriáza má typický klinický obraz, preto na stanovenie diagnózy často stačí pohľad kožného lekára. Ak nie sú prejavy jednoznačné, kožný lekár odoberie pacientovi kúsok kože z ložiska a pošle ho na histologické vyšetrenie.



STANOVENIE ZÁVAŽNOSTI OCHORENIA

Stanovenie závažnosti ochorenia je jedným z určujúcich faktorov pre výber odpovedajúcej liečby a následného hodnotenia efektu liečby. Pri hodnotení závažnosti ochorenia sa využívajú rôzne hľadiská a nasledujúce indexy: BSA, PASI, PGA, NAPSI, DLQI. Psoriáza sa bežne kategorizuje na miernu, stredne ťažkú a ťažkú formu.

BSA (Body Surface Area)⁷

Index predstavuje plochu kožného povrchu, ktorá je postihnutá psoriázou. Hodnotu BSA stanovuje lekár. Pri hodnotení závažnosti psoriázy je nutné zobrať do úvahy nielen plošný rozsah, ale aj to, ktoré oblasti tela sú postihnuté. Psoriáza kapilícia (vlasatej časti hlavy), dlaní, chodidiel a genitálu nemusí dosiahnuť vysoký index BSA, ale napriek tomu sa môže psoriáza v týchto oblastiach hodnotiť ako stredne ťažká až ťažká vzhľadom na výrazné obmedzenie pacienta v jeho bežných denných aktivitách a kvalite života.

PASI (Psoriasis Area Severity Index)⁷

Umožňuje objektívne vyjadriť postihnutú plochu a intenzitu psoriázy. Tento index je považovaný za zlatý štandard hodnotenia závaž-

nosti ochorenia. PASI zahŕňa posúdenie plochy a závažnosti postihnutia na štyroch častiach tela: hlava, hrudník, horné a dolné končatiny. Na hodnotenie závažnosti prejavov boli vybrané 3 kvality – erytém (začervenanie), indurácia (vystúpenie ložísk do priestoru) a deskvamácia (ošupovanie). Každý parameter je hodnotený samostatne 5 stupňovou škálou 0 – 4 (0 = bez nálezu, 1 = mierny erytém, indurácia, deskvamácia, 2 = stredne silný, 3 = silný a 4 = extrémne silný erytém, indurácia, deskvamácia). Celková hodnota PASI indexu môže byť 0 – 72. Tento index sa využíva v klinickej praxi i klinických štúdiách liekov na psoriázu. Pokles o 50 % až 75 % v PASI (t.j. PASI 50 alebo PASI 75) oproti začiatku liečby sa podľa platných európskych smerníc na liečbu psoriázy považuje za ukazovateľ odpovede na liečbu. PASI väčšie ako 12 je napríklad aj jedným z kritérií na indikáciu biologickej liečby na Slovensku. U pacientov so psoriázou nechtov či vlasatej časti hlavy sú využívané škály NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index) a PSSI (Psoriasis Scalp Severity Index).

NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index)⁵

Index umožňujúci objektívne vyjadriť závažnosť psoriázy nechtov. Na každom nechte je hodnotená psoriáza zárodočnej časti nechtu (matrix) a nechtového lôžka. Škála je od 0 do 4. Konečný súčet skóre matrix a lôžka nechtu môže mať pre jeden necht súčet 8, tak pre všetky nechty na rukách a nohách je súčet 160.

PGA (Physicians' Global Assessment)⁷

PGA sa tiež používa na meranie závažnosti ochorenia. Ide o 7 bodovú škálu, ktorou lekár hodnotí stav ochorenia od čistej kože po rozsiahle ochorenie. Hodnotenie sa pohybuje od stupňa „čisté“ (bez akýchkoľvek prejavov psoriázy) až po stupeň „závažné“ (výrazné ložiská, šupinatosť a začervenanie). Slúži k celkovému vnímaniu závažnosti a zlepšenia psoriázy.

DLQI (Dermatology Life Quality Index)⁷

Index subjektívneho vnímania kvality života, ktorý hodnotí, do akej miery ovplyvňuje kožná choroba život pacienta. Dotazník obsahuje celkom 10 otázok vzťahujúcich sa k poslednému týždňu pacienta. Otázky sú zamerané na denné aktivity pacienta, voľný čas, problémy súvisiace so zamestnaním alebo štúdiom, na medziľudské vzťahy, pocity pacienta, symptómy choroby a reakciu na liečbu. Celkové skóre môže byť od 0 – 30, nižšie hodnoty ukazujú nižší dopad ochorenia na kvalitu života pacienta a vyššie hodnoty znamenajú výrazné obmedzenia pacienta v každodenných aktivi-

tách. Existuje detský variant tohto testu (CDLQI – Children Dermatology Life Quality Index), kde sú otázky prispôbené deťom vo veku 4 – 16 rokov.

PedsQL

Je to nástroj na meranie kvality života. Dotazník má 23 otázok, skóre je v rozmedzí 0 – 100, čím vyššia hodnota, tým lepšia kvalita života.

6. PROGNOZA A PREVENCIA

PROGNOZA

Ak je psoriáza liečená, prognóza je veľmi dobrá. Ochorenie sa síce nedá vyliečiť, ale vďaka súčasným liečebným možnostiam môžu žiť pacienti plnohodnotný a kvalitný život.



PREVENCIA

Preveniou je zdravý životný štýl a vyhýbanie sa stresom. Nanešťastie vyhnúť sa úplne každodenným stresom sa nedá. Ak je raz pacient nositeľom spomínaných psoriatických génov, tak sa psoriáza skôr či neskôr môže (ale samozrejme nemusí) objaviť. Zoberme si dvoch ľudí, ktorí sú nositeľmi psoriatických génov. U jedného sa psoriáza prejaví už počas maturitných skúšok a druhý maturitami, vysokou školou, náročným zamestnaním a svadbou prejde bez problémov, ale psoriázu u neho vyprovokuje až narodenie dieťaťa. Od čoho to závisí? To je práve to, čo sa doteraz ešte stále nevie. Preto je ťažké niečomu konkrétnemu sa vyhýbať. Aby sa minimalizovalo riziko vzniku alebo zhoršenia psoriázy, malo by sa:

- a)** zdravo stravovať, športovať, nepiť alkohol a nefajčiť;
- b)** vyhýbať sa obezite;
- c)** adekvátne liečiť ložiská infekcie (napr. dať si vybrať mandle v prípade častých angín, vybrať žľčnikové kamene, preliečiť vaginálne infekcie a podobne).

7. LIEČBA^{1,2}



LIEČBA PSORIÁZY

Dermatológia má dnes k dispozícii už nielen liečebné postupy uľavujúce od symptómov ochorenia, ale v súčasnosti je možné chorobný proces ovplyvňovať cielene a špecifickejšie. Typ liečby vyberá lekár podľa formy a štádia psoriázy. Uplatňujú sa kombinované postupy. Významom kombinovaných postupov je zvýšenie účinnosti a zníženie možných nežiaducich účinkov liečby.

Liečba musí byť komplexná a individuálna. Cieľom liečby psoriázy by malo byť maximálne zníženie rozsahu a závažnosti prejavov pri minimálnom výskyte nežiaducich účinkov. Účinná liečba zlepšuje kvalitu života pacientov. Výsledky štúdií naznačujú, že adekvátnou a včasnou systémovou liečbou kožných prejavov je možné priaznivo ovplyvniť aj riziko vzniku komorbidít (pridružených ochorení), predovšetkým srdcovocievnych či metabolických.

Liečbu psoriázy môžeme rozdeliť do niekoľkých skupín:

- a) lokálna liečba;
- b) fototerapia;
- c) systémová liečba;
- d) biologická liečba;
- e) perorálna nebiologická liečba (tabletková);
- f) iné možnosti liečby.

a) Lokálna liečba

Emolienciá (hydratačné prípravky)

Slúžia na premastenie kože a hydratáciu. Suché zapálené ložisko sa hojí pomalšie ako hydratované. Suché ložiská môžu svrbieť. Premastenie ložísk môže svrbenie zmierňovať.

Oleje do kúpeľa

Majú podobnú úlohu ako emolienciá. Emolienciá a oleje do kúpeľa sú základom lokálnej liečby psoriázy, a preto by ich mal používať každý pacient!

Keratolytiká

Slúžia na odšupenie šupinatých ložísk. Salicylová kyselina sa môže vyskytovať aj v kombinácii s lokálnymi kortikoidmi.

Lokálne kortikoidy

Lokálne kortikoidy potláčajú zápalovú reakciu. Pôsobia najrýchlejšie a najefektívnejšie zo všetkých lokálnych liekov. Často sa kombinujú so salicylovou kyselinou alebo derivátmi vitamínu D.

Deriváty vitamínu D – kalcipotriol, takalcitol

Deriváty vitamínu D potláčajú zápalovú reakciu, brzdia zrýchlené množenie kožných buniek a normalizujú pomery v koži. Pôsobia pomalšie ako lokálne kortikoidy, preto sa používajú na doliečenie ložísk alebo sa s lokálnymi kortikoidmi kombinujú. Kombinácia s lokálnymi kortikoidmi je vítaná aj preto, lebo znižuje kožné vedľajšie účinky lokálnych kortikoidov pri dlhšie trvajúcej liečbe.

Decht

Vzhľadom na to, že dechty zapáchajú a sú fototoxické, v ambulantnej liečbe sa využívajú už len sporadicky, a to najmä ako súčasť fototerapie (kúpeľ v likvor carbonis detergens pred UVB fototerapiou).

b) Fototerapia (liečba svetlom)

Fototerapia je ideálnou možnosťou, ak už lokálna liečba nezaberá a pacient ešte nie je indikovaný alebo nechce užívať celkovú liečbu. Vyžaduje si však veľa času a potrebu viackrát týždenne dochádzať do zdravotníckeho zariadenia. Je relatívne bezpečná. UVB fototerapia sa môže použiť aj v tehotenstve.

PUVA (kombinácia fotosenzibilizátora a UVA žiarenia)

Fotosenzibilizátor existuje v dvoch podobách – tabletkovej alebo vo forme roztoku (balneo PUVA terapia). Tabletky sa užívajú 2 hodiny pred ožiareními, počas celého dňa si treba chrániť oči pred slnkom (nosiť slnečné okuliare, a to aj mimo leta), pôsobia hepatotoxicky (môžu poškodiť pečeň, preto je počas liečby potrebné sledovať pečeňové enzýmy). Z tohto dôvodu sa preferuje fotosenzibilizátor vo forme kúpeľa, ktorý sa aplikuje bezprostredne pred ožiareními. Na fototerapiu sa chodí tri až štyrikrát do týždňa, spolu 20 až 25 sedení.

Dĺžka jedného sedenia je niekoľko desiatok sekúnd až minút. PUVA terapia sa v letných mesiacoch využíva len minimálne, nakoľko je pri nej zvýšené riziko vzniku fototoxického reakcie.

UVB (samostatne alebo v kombinácii s likvor carbonis detergens)

Likvor carbonis detergens pôsobí ako fotosenzibilizátor. Aplikuje sa vo forme kúpeľa tesne pred samotnou fototerapiou.

Na fototerapiu sa chodí tri až štyrikrát do týždňa, spolu 20 až 25 sedení.

Dĺžka jedného sedenia je niekoľko desiatok sekúnd až minút.

UVB fototerapia je bezpečná a používa sa aj u detí a tehotných žien. Napriek tomu je treba zvýšená opatrnosť u pacientov s výskytom kožných nádorov, ochoreniach kože provokovaných slnkom, tzv. fotodermatózach, pri fotosenzitívnej psoriáze (zriedkavý typ zhoršovaní slnkom), pri užívaní liekov s fotosenzibilizujúcim účinkom. Nevhodná je u ľudí trpiacich klaustrofóbiou, závažným kardiovaskulárnym ochorením. U týchto pacientov je UVB fototerapia kontraindikovaná.

Tomesa (kombinácia UVB fototerapie a morskej vody)

Na Tomesu sa chodí tri až päťkrát do týždňa, spolu 25 až 35 sedení. Dĺžka jedného sedenia je asi 30 minút. Pacient sedí vo vani a nad ním je umiestnený zdroj UV žiarenia.

c) Systémová liečba

Metotrexát

Metotrexát patrí medzi imunosupresíva, teda lieky tlmiace imunitný systém. Užíva sa jeden deň v týždni, väčšinou v dávke 7,5 – 20 mg/týždeň. Súčasne s ním sa užíva acidum folicum (kyselina listová), ktorá znižuje možné vedľajšie účinky metotrexátu. Nesmie sa však užiť v rovnaký deň ako metotrexát. Užíva sa najčastejšie 1-2 dni po užití metotrexátu.

Metotrexát sa vyrába v tabletovej alebo injekčnej forme. Väčšinou sa užívajú tabletky. Ak sa vyskytne vedľajší účinok zo strany tráviaceho traktu (hnačky, vracanie, bolesti brucha), prechádza sa na injekcie, ktoré sa pichajú podkožne, podobne ako inzulín.

Metotrexát je široko používaným liekom všade vo svete. Pôsobí nielen na kožné zmeny, ale aj na kĺby a nechty. Môže sa kombinovať s biologickou liečbou. Táto kombinácia je bezpečná.

Medzi najčastejšie vedľajšie účinky patrí suchosť kože, zapálené kútiky úst, bolesti hlavy, hnačky, vracanie, bolesti brucha a vzostup pečeneých enzýmov. Nesmie sa užívať v tehotenstve. Žena môže otehotnieť najskôr 3 mesiace po ukončení liečby. Pravidelne sa chodí na odber krvi – sleduje sa krvný obraz, obličkové a pečeneé parametre.

Cyklosporín

Cyklosporín patrí medzi imunosupresíva, teda lieky tlmiace imunitný systém. Užíva sa dvakrát denne. Denná dávka cyklosporínu je väčšinou 2,5 až 5,0 mg/kg/deň (táto dávka sa rozdelí na dve časti – rannú a večernú). Odstup medzi rannou a večernou dávkou by mal byť 12 hodín a tento interval by sa mal dodržiavať. Cyklosporín sa vyrába v tabletovej forme. Cyklosporín účinkuje veľmi rýchlo (v závislosti od dávky, už o dva až tri týždne je viditeľné zlepšenie na koži). Pôsobí však nielen na kožu, ale aj na kĺby a nechty (na kĺby je menej účinný ako metotrexát). Medzi najčastejšie vedľajšie účinky patria bolesti hlavy, trpnutie alebo mravenčenie v prstoch na rukách alebo nohách (dá sa zmierniť užívaním magnézia), zväčšenie ďasien, vzostup obličkových parametrov (najmä u starších pacientov), zvýšené ochlpenie. Počas liečby si treba pravidelne merať krvný tlak (cyklosporín môže tlak zvyšovať). Počas užívania cyklosporínu sa nesmie opaľovať. V lete treba používať opaľovacie krémy s vysokým ochranným faktorom. Cyklosporín má veľa liekových interakcií. Ak pacient potrebuje dlhodobo užívať nové lieky na akékoľvek iné ochorenie, treba vždy najskôr informovať ošetrojúceho dermatológa, ktorý dávky cyklosporínu v prípade potreby upraví. Taktiež sa treba poradiť pri užívaní liečivých bylenných čajov a výživových doplnkov. V tehotenstve sa nesmie užívať. Žena môže otehotnieť najskôr mesiac po ukončení liečby. Pravidelne sa chodí na odber krvi – sledujú sa najmä obličkové a pečeneé parametre. V niektorých centrách sa sleduje aj hladina cyklosporínu v krvi.



ným liekom najmä počas letných mesiacov, lebo v kombinácii s UV žiarením dosahuje veľmi dobré výsledky.

Pôsobí však najpomalšie so všetkých liekov, ktoré sa podávajú v tabletovej forme. Efekt možno očakávať o dva až tri mesiace. Pôsobí len na kožné zmeny a nepôsobí na kĺby.

Medzi najčastejšie vedľajšie účinky patria bolesti hlavy, suchosť kože a slizníc, vypadávanie vlasov, vzostup tukov v krvi. Počas liečby je vhodná nemastná diéta. Spolu s ním sa nesmú užívať tetracyklínové antibiotiká a ani vitamín A v nadmernom množstve (napr. v kapsulách).

V tehotenstve a ani tri roky pred otehotnením sa liek nesmie užívať – pôsobí teratogénne! Vyvoláva vznik malformácie, vrodenej poruchy, či narušenie vývoja určitého orgánu alebo celého organizmu počas vývoja plodu. Žena môže otehotnieť najskôr o tri roky po ukončení liečby!

Pravidelne sa chodí na odber krvi – sledujú sa najmä pečeňové parametre a tuky v krvi.

d) Biologická liečba

Biologické lieky sú látky, ktoré blokujú len konkrétnu určitú štruktúru alebo proces imunitného systému, ktorý je pre psoriázu významný. Preto ich dlhodobý vplyv na orgánové systémy (pečeň, obličky, pľúca) je relatívne bezpečnejší ako systémových liekov a môžu sa aplikovať mnoho rokov. Sú významne účinné. Biologické lieky vzhľadom na to, že predstavujú vysokú mieru inovácie, sú drahšie ako systémová liečba. Poistovňa ich hradenie schvaľuje len ak sú vyčerpané všetky možnosti systémovej liečby, prípadne fototerapie, alebo ak má pacient závažné nežiaduce účinky zo systémovej liečby. Pred začatím biologickej liečby musí pacient absolvovať množstvo vyšetrení (vrátane pľúcneho vyšetrenia na vylúčenie tuberkulózy) a ak sú tieto vyšetrenia v poriadku, môže byť indikovaný na biologickú liečbu. Lekár vypíše žiadosť do poisťovne a v prípade, že zdravotná poisťovňa liečbu schváli, najneskôr do mesiaca by sa liečba mala začať.

Existujú 3 skupiny biologických liekov na liečbu psoriázy:¹

- a) TNF α -blokátory;
- b) blokátory p40 IL-12 / IL-23;
- c) blokátory IL-17 a jeho receptoru.

e) Tabletová nebiologická liečba (napríklad blokáda „prozápalového“ enzýmu fosfodiesteráza 4)⁸

Ide o malú molekulu, ktorá pôsobí vo vnútri bunky a moduluje produkciu prozápalových aj protizápalových mediátorov. Môže byť použitá v monoterapii alebo v kombinácii s už spomínanými typmi liečby.

f) Iné možnosti liečby

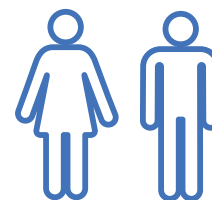
Prírodné produkty psoriázu nevyliečia, sú viac menej na úrovni emolencií. Najväčší význam má používanie šampónu, a to nielen u pacientov so psoriázou vo vlasatej časti, ale aj u pacientov so seboroickou dermatitídou.

Prírodné kúpele (balneoterapia)

Mínérálna voda s vysokým obsahom sírovodíka pôsobí priaznivo na psoriatické ložiská. Balneoterapia sa pomerne často kombinuje s fototerapiou, čím sa dosahuje rýchlejší a lepší efekt.

Klimatoterapia

Zlepšenie psoriázy počas dovolenky pri mori je výsledkom vzájomného pôsobenia troch faktorov: slnečného žiarenia, morskej vody a bezstresového obdobia. Najmä relax je veľmi dôležitým faktorom, na ktorého význam netreba zabúdať a ani ho podceňovať.



8. PSORIÁZA V DETSKOM VEKU

KLINICKÉ PREJAVY³

Psoriáza v detskom veku začína najčastejšie okolo pubertálneho veku, ale môže začať kedykoľvek behom detského vrátane novorodeneckého obdobia.

Najčastejšia forma detskej psoriázy je ložisková psoriáza s typickými okrúhlymi, ostro ohraničenými, červenými ložiskami veľkosti mince. Ložiská môžu byť solitárne alebo mnohopočetné, sú lokalizované kdekoľvek na tele. Typickým miestom výskytu je pokožka hlavy, lakte, kolená, krížovo-drieková a anogenitálna oblasť. V prípade inverznej psoriázy sa ložiská vyskytujú v podpaзуší, slabinách, oblasti pohlavných orgánov a konečníka. Šupiny pevnejšie lipnú k povrchu kože, pri škrabaní ložiska je možné pozorovať odlučovanie šupín ako keď sa škriabe vosková sviečka (príznak voskovej kvapky) a po zoškrabnutí šupiny je možné pozorovať bodkovité krvácanie (Auspitzov fenomén). Po poranení kože dochádza v mieste poškrabnutia k výsevu psoriatických prejavov (Köbnerov fenomén). Chorobné zmeny sa ťažšie ovplyvňujú liečbou a subjektívne pacienti svrbenie kože obvykle nepociťujú.

Akútny výsev psoriázy vzniká najčastejšie po infekcii horných dýchacích ciest. Výsev je roztrúsený po celom tele vo forme bodkovitých (psoriasis punctata), kvapkovitých (psoriasis guttata) alebo mincových ložísk (psoriasis nummularis). Výsev môže sprevádzať pocit svrbenia.

U najmenších detí sa môže vyskytnúť v plienkovej oblasti alebo na tvári.

PRIEBEH PSORIÁZY³

U detí má psoriáza iný priebeh ako u dospelých. Prvé prejavy sa môžu objaviť už v dojčenskom veku v plienkovej oblasti, lokalizácie ako tzv. plienková psoriáza, ktorá môže mať urputný charakter s postupným roztrúsením na celé telo. Dieťa je nepokojné, nespí. U detí do 6 rokov veku prevládajú akútne formy ochorenia, ktoré

sa obvykle objavia po prekonaní infekcie. Vo veku 12 – 14 rokov nastupuje chronická ložisková psoriáza s akútnym zhoršením vplyvom negatívnych vonkajších faktorov, ako sú infekcie, stres a záťaž detského pacienta.

DIAGNÓZA³

Diagnóza psoriázy sa väčšinou určuje na základe vzhľadu psoriatických ložísk, prípadne anamnézy a obvykle nevyžaduje ďalšie vyšetrenie. Diagnostické problémy môže psoriáza spôsobiť v novorodeneckom veku, keď sa typicky vyskytuje v plienkovej oblasti a je ľahko zameniteľná za plienkovú dermatitídu (zápal kože). Pozitívna rodinná anamnéza môže byť niekedy dobrým nasmerovaním k správnej diagnóze. Laboratórny nález je obvykle v norme. Pri nejasnom klinickom náleze sa odporúča dermatohistopatologické vyšetrenie vzorky kože.

LIEČBA

Liečba je podobná ako u dospelých pacientov, pričom platí zásada, že čím mladší pacient, tým viac dominuje lokálna liečba a fototerapia nad systémovou liečbou.³ Ak však lokálna liečba alebo fototerapia nepomáha a prejavy psoriázy sú rozsiahle, pristupuje sa aj k systémovej liečbe. Biologická liečba je indikovaná u detí s ťažkou psoriázou od 4 rokov.³

Použité referencie:

1. Wolf-Henning Boehncke, Michael P Schön – Psoriasis, Lancet 2015; 386: 983-94
2. J Villaseñor-Park, MD, PhD – Psoriasis: Evolving treatment for complex disease, Cleveland Clinic Journal of Medicine, Vol.79, No. 6, June 2012
3. I.M.G.J. Bronckers, A.S. Paller – Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities, Pediatr Drugs (2015) 17:373-384
4. Steven R Feldman, MD, PhD – Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis – UpToDate 1/2018
5. April W Armstrong, MD, PhD – Nail psoriasis – UpToDate 2/2017
6. Juliana L Basko-Plluska – Psoriasis: epidemiology, natural history and differential diagnosis, Psoriasis: Targets and Therapy, 2012;2:67-76
7. J Schmitt, G Wozel – The Psoriasis Area and Severity Index Is the Adequate Criterion to Define Severity in Chronic Plaque-Type Psoriasis, Dermatology 2005;210: 194-199
8. K.A. Papp, R. Kaufmann – Efficacy and safety of apremilast in subjects with moderate to severe plaque psoriasis: results from a phase II, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-comparison study, JEADV 2013;27:e376-e383

Najčastejšie kladené otázky

Otázka: Je psoriáza infekčná?

Odpoveď: Nie. Psoriáza je imunitne podmienené ochorenie založené na genetickej predispozícii a pôsobení provokačných faktorov. Nedá sa teda preniesť dotykom ani iným spôsobom z človeka na človeka. Vzniká len u ľudí, ktorí majú tzv. psoriatické gény, a to po pôsobení rôznych spúšťacích faktorov, medzi ktoré patrí najmä stres a infekcie.

Otázka: Postihuje psoriáza aj vnútorné orgány?

Odpoveď: Áno. Psoriáza je chronické zápalové ochorenie celého organizmu. Môže postihovať najmä srdcovocievny systém a rozsiahla neliečená forma najmä u obéznych pacientov môže viesť k ateroskleróze, prípadne infarktu myokardu.

Otázka: Môžem na psoriázu zomrieť?

Odpoveď: Nie, na samotné ochorenie sa nezomiera. Avšak viaceré klinické štúdie poukazujú na to, že pacienti so psoriázou zomierajú skôr ako ich zdraví rovesníci. Príčinou je dlhodobý systémový zápal, ktorý na jednej strane postihuje kožu, na druhej spôsobuje aterosklerózu a kardiovaskulárne choroby. Najvyššie riziko predčasného úmrtia majú pacienti s neliečenou ťažkou a rozsiahlou formou psoriázy, nakoľko majú zvýšene riziko infarktu myokardu.

Otázka: Dá sa psoriáza vyliečiť?

Odpoveď: Nie. V súčasnosti ide stále o nevyliečiteľné, aj keď dobre liečiteľné ochorenie.

Otázka: Dá sa psoriáza liečiť tak, že nebudem mať žiadne prejavy alebo ich bude len veľmi málo?

Odpoveď: Áno. Vďaka modernej liečbe a významnému pokroku vo výskume psoriázy prichádzajú na trh nové, účinné a bezpečnejšie lieky na psoriázu, pri ktorých môže byť pacient dlhodobo úplne alebo takmer úplne bez prejavov choroby.

Otázka: Môžem mať psoriázu, ak ju nikto v rodine nemá?

Odpoveď: Áno. Riziko, že sa vyskytne psoriáza aj u ľudí bez rodinnej anamnézy, je 2 %.

Otázka: Čo najčastejšie spúšťa psoriázu?

Odpoveď: Predovšetkým stres a infekcie. Menej často sú to rôzne zápalové ochorenia či poranenia kože alebo lieky na liečbu vysokého krvného tlaku (najmä betablokátory), antimalariká alebo soli zlata.

Otázka: Ak by som schudol a zdravo sa stravoval, prípadne aj pravidelne športoval, pomohlo by to pri liečbe mojej psoriázy?

Odpoveď: Určite áno.

ZOZNAM CENTIER BIOLOGICKEJ LIEČBY

Univerzitná nemocnica Bratislava - Nemocnica Staré Mesto
Dermatovenerologická klinika LF UK
prof. MUDr. Mária Šimaljaková, PhD., MHA

Univerzitná nemocnica Bratislava, Ružinov
Dermatovenerologická klinika UNB a SZU
MUDr. Mária Žilínková

Univerzitná nemocnica Martin
Dermatovenerologická klinika
prof. MUDr. Juraj Pěč, CSc.

FNsP F. D. Roosevelta Banská Bystrica
Dermatovenerologická klinika SZU
MUDr. Slavomír Urbanček, PhD.

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
Dermatovenerologická klinika
MUDr. Tomáš Kampe, MPH

FNsP J. A. Reimana Prešov
Dermatovenerologické oddelenie
MUDr. Katarína Melníková, MBA

Fakultná nemocnica Nitra
Dermatovenerologická ambulancia
MUDr. Katarína Kovarčíková

FNsP Nové Zámky
Dermatovenerologické oddelenie
MUDr. Peter Kozub, PhD.

Fakultná nemocnica Trenčín
Dermatovenerologická ambulancia
MUDr. Katarína Nováčková

SK-IMMD-180018

abbvie

www.derma.sk