

Péče o pokožku pacientů s lupénkou

MUDr. Ivana Vejrová

Lupénka je chronické zánětlivé onemocnění kůže, které negativně ovlivňuje život pacienta nejen po zdravotní stránce.

K dispozici je poměrně široké spektrum léčebných možností, jak ke stabilizaci akutních projevů, tak k udržení remise onemocnění, přesto je léčba lupénky mnohdy obtížná.

Klíčová slova: lupénka, léčebné metody, antipsoriatické preparáty.

Lupénka, neboli psoriáza, je chronické zánětlivé onemocnění kůže, které v naší populaci postihuje asi 2–3% obyvatel. Svým celoživotním průběhem negativně ovlivňuje pacienty nejen po zdravotní, ale i po psychické a sociální stránce. Lupénka není onemocněním novým, civilizačním, první zmínky o ní se objevují již před dvěma tisíci lety. Přes dlouhodobý intenzivní výzkum není dosud známa příčina nemoci. Lupénka je považována za autoimunitní systémové onemocnění s dědičným podkladem. K propuknutí nemoci však dochází až kombinací více zevních a vnitřních provokačních faktorů jako je infekce, zvláště streptokoková, stres duševní i fyzický, roční období se zhoršováním od podzimu do jara, některé léky jako často užívané betablokátory, blokátory kalciového kanálu, nesteroidní antirevmatika, antimalarika, deriváty zlata, dále onemocnění cukrovkou, dyslipidémie, poruchy funkce štítné žlázy, jater, hormonální

změny v pubertě, při menstruaci, po porodu či v menopauze, nesprávná životospráva zejména alkohol, kouření a obezita. Vznik lupénky je možný v kterémkoliv věku, nejčastěji to bývá mezi 20.–30. rokem, muži a ženy jsou postiženi přibližně stejně často.

Charakteristickým projevem lupénky je plochá červená papula krytá bělavými šupinami. Jednotlivé léze mohou být drobné, bodovité, mincovité, mohou splývat až do rozsáhlých mapovitých ložisek obvykle pokrytých hrubými nánosy šupin. Při generalizaci onemocnění ložiska postihují většinu povrchu těla včetně kůže, dlaní, plosek. Lupénka se nejčastěji vyskytuje nad velkými klouby – lokty, kolena, nad křížovou kostí, kolem vlasové hranice, může postihovat i pokožku kůže či nehty. Závažná je generalizace onemocnění v erytrodermické formě, kdy zarudnutí pokožky postihne více než 80% povrchu těla a pustulózní forma onemocnění s tvorbou hnisavých ložisek. Pacienti

s psoriatickou artropatií trpí bolestivými záněty drobných i velkých kloubů.

Nejčastěji se setkáváme s chronickou stacionární psoriázou, která se vyskytuje obvykle v dospělosti. U pacientů vidíme různé rozsáhlá, zarudlá ložiska, často se silnou vrstvou stříbřitých šupin na povrchu. Léčbou je tato forma ovlivnitelná částečně a zvolna, projevy mohou trvat mnoho měsíců i let. U mladších pacientů se setkáváme spíše s akutní formou onemocnění. Eruptivní exantematická psoriáza navazuje nejčastěji na streptokokovou infekci, ložiska bývají menší, mnohočetná, obvykle dobře reagují na zklidňující zevní léčbu, k odhojení projevů dochází během několika týdnů.

Pacienti s lupénkou se léčí ambulantně, na mnoha pracovištích mají k dispozici ambulantní stacionáře, závažnější formy vyžadují hospitalizaci na kožních odděleních. Léčba bývá doplňována lázeňskými pobyty či klimatoterapií v přímořských oblastech. U kloubních forem onemocnění je nutná spolupráce s revmatologem, někteří pacienti vyžadují i podporu psychologickou.

Léčbu volíme s ohledem na formu, rozsah, lokalizaci a věk pacienta, měla by být vždy komplexní a pro pacienta akceptovatelná, abychom ho získali k aktivní spolupráci v terapii lupénky. Léčebné metody často kombinujeme, abychom zvýšili účinnost jednotlivých léčebných prostředků a přitom minimalizovali jejich účinky nežádoucí.

Základem péče o pacienty je léčba zevní. V klidovém stadiu choroby mají největší význam podpůrné prostředky, emolienca, která pokožku změkčí, zvláční, obnoví kožní bariéru, upraví pH pokožky, hydratují a pomáhají regeneraci kůže. Podle formy se používají

Obrázek 1. Chronická ložisková psoriáza



Obrázek 2. Psoriáza kůže



Obrázek 3. Generalizace psoriázy



Obrázek 5. Chronická ložisková psoriáda



Obrázek 4. Psoriatické ložisko v detailu



keratolytika, která mají schopnost změkčovat nánosy šupin na psoriatických ložiscích. Na menší plochy postižení používáme především kyselinu salicylovou v 5–10% koncentraci, ureu 5–12%, kyselinu mléčnou 6–12%, propylenglykol 10%, eventuálně glycerin. Z volně prodejných keratolytik lze použít Kerasal mast, Xerial krém, Linola urea krém, Eucerin urea 5% či 10% krém nebo mléko, Balneum Plus krém, Excipial U lipolotio, nebo hydrolotio.

Jako doplňkovou metodu pacienti rádi využívají léčebné koupele. Volí koupele solné, doporučujeme sůl z Mrtvého moře, či disperzní olejové koupele, pak používají Balneum Hermal olej, Balmandol olej, Linola fett ölbad. Do koupelí lze přidávat i přísady antiseptické jako kalium permanganát, chlorhexidin, třísloviny – tanin, aluminium aceticotartaricum, eventuálně dehet či ichtamol. Někteří pacienti si oblíbili koupele s bylinkami (heřmánek, měsíček, šalvěj, jitrocel, třezalka, řebříček, dubová kůra či australský čajovník) nebo s koloidy (pšeničné otruby, ovesné vločky, bramborový škrob, mléčná syrovátka), jejich použití je stále víceméně empirické, s mírným protizánětlivým, antiseptickým a protisvědčivým účinkem.

Účinnou a léty prověřenou metodou v léčbě chronické lupénky je fototerapie. Nejčastěji používáme UVB záření, z něhož se jako nejúčinnější jeví úzkospektré UVB záření o vlnové délce 311 nm. Je možno využít i UVA záření, často v kombinaci s perorálním užíváním psoralenů, látek, které zvyšují citlivost kůže vůči UVA světlu (metoda PUVA), eventuálně v kombinaci s perorálními retinoidy (metoda RePUVA). U pacientů léčených fototerapií sčítáme jednotlivé léčebné dávky, abychom nepřekročili celoživotní kumulativní dávku UV záření. V rukou odborníka je fototerapie výbornou metodou ke stabilizaci projevů lupénky a k udržování dlouhodobé remise onemocnění.

Nezastupitelnými prostředky v léčbě akutní fáze lupénky stále zůstávají lokální kortikosteroidy. Obecně se používají kortikosteroidy silné až velmi silné (III. a IV. třídy účinnosti),

k promazávání či koupelím. Z magistraliter základů se často používá vazelína, synderman,

Cutilan, Ambiderman, Neoaquasorb apod. Do těchto masťových základů lze inkorporovat



na rizikové partie kůže, u těhotných žen a dětí volíme kortikosteroidy slabší. Využívá se jejich protizánětlivý, antiproliferativní, imunosupresivní a antipruriginózní účinek.

Při používání na velké plochy kožního povrchu by mohlo dojít k nežádoucím kožním i celkovým účinkům. Nepříjemnou komplikací dlouhodobé léčby je fenomén tachyfylaxe – přivykání kortikoidních receptorů kůže na daný lokální kortikosteroid se snížením jeho účinnosti a rebound fenomén – kdy po vysazení kortikoidního prostředku dochází k propuknutí projevů nemoci v ještě větší intenzitě. Vzniku nežádoucích účinků předcházíme pečlivým zvážením formy, rozsahu projevů lupénky, sledováním četnosti aplikací, délky použití a spotřeby externa, volbou kombinované, sekvenční či rotační léčby. Je-li léčba vedena zkušeným dermatologem, je riziko nežádoucích účinků lokálních kortikosteroidů minimální.

Další možností v zevní léčbě chronické ložiskové lupénky jsou analoga a deriváty

vitaminu D3, mají dobrý bezpečnostní profil, poměrně dlouhodobou účinnost, lze je vhodně kombinovat s kortikosteroidy i fototerapií. Bezpečnost a účinnost jen s pomalejším nástupem efektu vykazují i lokální retinoidy.

Část pacientů stále ještě využívá efekt cignolinu (ditrinol, antralin), kamenouhelného dehtu či ichtamolu. Tyto prostředky aplikují pacienti s chronickou stacionární formou lupénky v kombinované terapii, zvlášť na ambulantních stacionárních pracovištích či na kožních lůžkových odděleních.

Nověji lze použít i lokální imunomodulátory (takrolimus a pimekrolimus), zejména u projevů v problémových lokalizacích, tam kde nevyhovují kortikosteroidní externa. Pokud zevní léčba není dostatečně účinná, přistupujeme k léčbě celkové. Tato terapie s sebou nese možné systémové nežádoucí účinky, vyžaduje proto pečlivou volbu účinné látky a dávkování, časté laboratorní a klinické kontroly pacienta. V celkové léčbě lupénky se uplatňují acitretin,

cyklosporin A, u pacientů s kloubním postižením metotrexát.

Novinkou je léčba biologickými preparáty (efalizumab, etanercept, infliximab). Jsou určeny pro pacienty se středně těžkou až těžkou psoriázou většího rozsahu, nereagující na jinou celkovou léčbu, nebo je-li tato léčba u nich kontraindikována. Předpis biologických preparátů v ČR je soustředěn do několika center ve fakultních nemocnicích.

Přes široké spektrum lokálních i celkových antipsoriatických preparátů je léčba lupénky mnohdy obtížná a ne zcela úspěšná.

MUDr. Ivana Vejrová

Kožní oddělení FN Ostrava

tř. 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

e-mail: ivana.vejrova@fnspo.cz

Literatura

1. Benáková N, Ettler K, Štork J, Vašků V. Psoriáza nejen pro praxi. Praha: Triton, 2007, 1–190.