

# Léčba psoriázy ve kštici clobetasolem v pěně

MUDr. Jan Hugo, MUDr. Spyridon Gkalpakiotis, Ph.D, MBA

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Až 80 % pacientů s psoriázou má ložiska i ve vlasové části hlavy. Postižení v této lokalizaci má výrazný dopad na kvalitu života, nejen kvůli viditelnosti pro okolí, ale též nepříjemným subjektivním symptomům a obtížné terapii. Zde popisujeme případ pacienta s těžkou psoriázou v oblasti kštice, úspěšně léčeného clobetasol propionátem ve formě pěny.

**Klíčová slova:** psoriáza kštice, lokální terapie, clobetasol propionát.

## Treatment of scalp psoriasis with clobetasol foam

Up to 80 % of patients with psoriasis may have scalp lesions. Infliction in this localisation has substantial impact on quality of life, not only because of visibility, but also because of unpleasant subjective symptoms and resistance to treatment. We demonstrate a case with severe scalp psoriasis, successfully treated with clobetasol propionate foam.

**Key words:** scalp psoriasis, local therapy, clobetasol propionate.

## Úvod

Psoriáza je chronické zánětlivé onemocnění kůže, imunitně podmíněné, vznikající u genetiky predisponovaných jedinců. I když v pochopení patogeneze psoriázy došlo v posledních deseti letech k obrovskému pokroku, stále není mnoho objasněno. Uvažuje se o imunitně zprostředkované etiologii choroby, v níž zásadní roli hrají T lymfocyty, což podporují i pozitivní výsledky cílené imunosupresivní léčby (1–5).

Odhadovaná prevalence ve středoevropské populaci činí 2–3 % (6), kdy se předpokládá, že až 80 % pacientů s psoriázou má postižení i ve vlasové části hlavy (7). V češtině bývá tento stav popisován jako psoriáza kštice, latinsky psoriasis capillitii (psoriasis capitis), v anglické odborné literatuře nejčastěji jako scalp psoriasis.

Psoriáza kštice má dramaticky negativní dopad na kvalitu života nemocných, což bylo opakovaně prokázáno mnoha rozsáhlými mezinárodními studiemi. Při dotazníkovém hodnocení kvality života nemocných vycházejí negativní skóre srovnatelná s nádorovými nebo kardiovaskulárními chorobami (8). Přitom důvodem není

pouze sociálně-společenský hendikep, z důvodu viditelnosti projevů, které pacienti – často ještě více než jejich okolí – považují za neestetické. Jednou z dalších příčin je například skutečnost, že tato forma psoriázy vykazuje výraznou svědivost, daleko vyšší než při postižení na jiných částech těla (9).

Pacienti bývají mnohdy nespokojeni s terapií, proto je nezbytný individuální přístup a snaha o využití všech terapeutických možností, které mohou být buď místní, nebo celkové.

Je třeba každého pacienta posuzovat jinak a léčbu přizpůsobit nejen s ohledem na jeho celkový zdravotní stav s možnými komorbiditami, socioekonomický status (věk, pohlaví, zaměstnání, hobby), ale také úroveň compliance. Celková léčba je potřebná pro pacienty se středně těžkou až těžkou psoriázou, tedy pacienty s PASI (Psoriasis Area Severity Index) skóre nad 10. Takové případy tvoří přibližně 20–30 % pacientů. To znamená, že až téměř u 70–80 % psoriatiků může být dostačující pouze lokální terapie (10). Tu lze použít jak v monoterapii – pokud to rozsah onemocnění dovoluje – tak i v kombinaci

se systémovou léčbou, pro psoriatická ložiska, která nevymizela při samotné celkové terapii, nebo pro složité a často rezistentní lokalizace.

V lokální terapii stále zaujímají dominantní postavení topické kortikosteroidy (KS) (11). Mají prokázané protizánětlivé, protisvědivé a vazokonstrikční účinky, zcela přesný mechanismus protizánětlivého působení však nebyl dosud jednoznačně vysvětlen. Kortikoidy pravděpodobně působí na základě indukce proteinů inhibujících fosfolipázu  $A_2$ , souhrnně nazývaných lipokortiny. Předpokládá se, že tyto proteiny jsou zodpovědné za řízení biosyntézy silných mediátorů zánětu, například prostaglandinů a leukotrienů, pomocí inhibice uvolňování jejich společného prekursoru – kyseliny arachidonové. Kyselinu arachidonovou uvolňuje fosfolipáza  $A_2$  z membránových fosfolipidů (12).

## Kazuistika

Jedná se o 36letého muže, psoriatika, s dominantním postižením ve kštici a s ojedinělými projevy na horních končetinách a nehtech. Psoriázou trpí 5 let, psoriatickou artritidu neguje.

**Obr. 1.** Erytematoskvamózní ložiska v oblasti křtice se silnou indurací, erytémem a zašupením.



**Obr. 2.** Výrazné zlepšení po aplikaci clobetasolu ve formě pěny



Celkově se léčí s arteriální hypertenzí, jinak je zdravý. V minulosti byla křtice ošetřována triamcinolonovým roztokem a salicylovým olejem, vždy jen s krátkodobým efektem. Když pacient navštívil naši ambulanci, dominovala nálezu erytematózní ložiska, pokrytá silnými šupinami, v rozsahu cca 40 % plochy křtice (Obr. 1). Vzhledem k tíži postižení jsme se rozhodli pro nasazení silného topického KS, clobetasol propionátu ve formě pěny (Clarelux®). Byla doporučena aplikace dvakrát denně. Pacienta jsme pozvali na kontrolu za 2 týdny, kdy došlo k výraznému zlepšení lokálního nálezu (Obr. 2). Kvůli vstupnímu obrazu a dobrému efektu jsme pacientovi doporučili postupné vysazování ve schématu: 3. týden aplikace 1x denně a 4. týden ob den. Po 4 týdnech terapie měl pacient projevy psoriázy ve křtici již jen zcela minimální.

## Diskuze

Clobetasol propionát patří dle Evropské klasifikace intenzity účinku do 4. třídy velmi silných

KS. Přestože se jedná o halogenovaný KS, je vzhledem ke své struktuře řazen mezi moderní IV. generaci kortikoidních extern, která si zachovávají silný protizánětlivý účinek, s minimalizovanými nežádoucími účinky, zejména atrofogenními (13).

Preparáty 4. třídy jsou indikovány pro léčbu rezistentních forem některých dermatóz, většinou jako alternativa systémové aplikace.

Nejznámějším využitím je léčba psoriázy ve křtici, ale možných – a často i opomíjených – indikací, je mnohem více. Například rezistentní formy seboroické dermatitidy, atopického ekzému, diskoidní lupus erythematos, lichen planopilaris a vybrané formy jizvivých i nejizvivých alopecií.

Strategii terapie lze rozdělit do dvou fází. Úvodní indukční fáze má za cíl dostat onemocnění pod kontrolu. U clobetasolu se jedná o 14 dní, během kterých se provádí aplikace 2x denně na postižená místa. Následuje dlouhodobá udržovací fáze (někdy také označovaná jako „proaktivní“), kdy se provádí aplikace většinou 2x týdně jako prevence dalšího vzplanutí v dříve postižených místech (14).

Pokud jsou ložiska výrazně zašupená, doporučuje se předléčení keratolytiky, eventuálně jejich konkomitantní aplikace (např. keratolytický roztok či mast večer a clobetasol ráno). Dle snášenlivosti pacienta lze v indikovaných případech provádět aplikaci clobetasolu i do okluze.

Galenická forma pěny je pro léčbu ve křtici výhodná. Vzhledem k nemastnému základu vehikula se dobře a pohodlně aplikuje, bez nutnosti následného smývání. Zároveň preparát vykazuje jak vysokou penetraci léčiva – srovnatelnou s krémovými i mastovými základy – tak i velice dobrou snášenlivost, přestože je většina výše zmíněných dermatóz spojována s výraznou citlivostí kůže, náchylnou ke snadnému podráždění.

Účinnost clobetasolu v pěně byla potvrzena několika studiemi. Za zmínku zcela jistě stojí observační studie SCOPE, zahrnující více než 1 200 pacientů s psoriázou ve křtici, která měla jako primární cíl zjištění celkové spokojenosti pacientů s terapií, a dále několik sekundárních cílů, zahrnujících hodnocení účinnosti preparátu, kožní snášenlivosti a kosmeticko-chemických vlastností přípravku. Procentuální vyjádření doby z roku před zařazením do studie – po kterou pacienti měli přítomná ložiska psoriázy ve křtici – bylo 58 %, s průměrně 4 akutními vzplanutími během roku. Pacienti aplikovali preparát 2x denně po dobu 3 týdnů, s následným vyhodnocením.

Z výsledků vyplynulo, že celkově bylo s přípravkem spokojeno či dokonce velmi spokojeno 96 % pacientů.

Hodnocení účinnosti bylo rozděleno do několika samostatných kategorií. První bylo porovnání postižené plochy křtice před a po léčbě, kdy se statistickou analýzou prokázalo, že ve všech kohortách došlo k signifikantnímu zmenšení psoriatických ložisek. Dále byla stanovována objektivní závažnost projevů dle 7bodového skóre IGA (Investigator Global Assessment of disease severity – celkové hodnocení závažnosti onemocnění zkoušejícím) před a po terapii. U 89 % pacientů došlo k signifikantnímu poklesu, s tím, že u 17 % pacientů došlo dokonce ke kompletnímu vymizení projevů. V porovnání s tím byla stanovována subjektivní závažnost projevů dle 7bodového skóre PGA (Patient Global Assessment of disease severity – celkové hodnocení závažnosti onemocnění pacientem), rovněž před a po terapii. Výsledky byly skoro totožné, 85 % pacientů udávalo znatelný pokles závažnosti. Do hodnocení účinnosti patřilo rovněž sledování intenzity vybraných symptomů provázejících psoriatické projevy. Konkrétně se sledovalo ovlivnění pruritu, zašupení, infiltrace a zarudnutí ložisek. U všech sledovaných symptomů došlo k signifikantnímu zlepšení.

Poslední kategorií v rámci hodnocení účinnosti bylo dotazníkové šetření zaměřující se na kvalitu života (QoL – Quality of Life) před a po léčbě. Specificky byli pacienti dotazováni na ovlivnění osobních vztahů, pracovních činností a volnočasových aktivit. Ve všech posuzovaných částech dotazníku udávali signifikantní zlepšení po léčbě novým preparátem.

Tolerance preparátu byla velice dobrá, nežádoucí účinky se vyskytly pouze u 2 pacientů. Jednalo se o nezávažné reakce, omezující se na aplikovanou plochu.

Kosmeticko-chemické vlastnosti testovaného preparátu byly hodnoceny kladně, pacienti oceňovali především nemastný základ, rychlé vstřebávání a snadnost aplikace.

Dle oficiálních doporučení by se nemělo používat množství přípravku převyšující 50 g týdně. Aplikace se provádí ideálně přímo na ložiska, eventuálně do víčka či na jiný chladný povrch. Vytlačení na ruku s následným roztíráním se nedoporučuje, protože pěna se při kontaktu s teplou kůží ihned začne rozpouštět.

## LITERATURA

1. Prussick R, Unnebrink K, Valdecantos WC. Efficacy of Adalimumab Compared With Methotrexate or Placebo Stratified by Baseline BMI in a Randomized Placebo-Controlled Trial in Patients With Psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2015; 14(8): 864–868.
2. Mehta NN, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Troxel AB, Gelfand JM. Patients with severe psoriasis are at increased risk of cardiovascular mortality: cohort study using the General Practice Research Database. *Eur Heart J.* 2010; 31(8): 1000–1006.
3. Robati RM, Partovi-Kia M, Haghighatkah HR, Younespour S, Abdollahimajd F. Increased serum leptin and resistin levels and increased carotid intima-media wall thickness in patients with psoriasis: is psoriasis associated with atherosclerosis? *J Am Acad Dermatol.* 2014; 71(4): 642–648.
4. Davidovici BB, Sattar N, Prinz J, Puig L, Emery P, Barker JN, van de Kerkhof P, Stähle M, Nestle FO, Girolomoni G, Krueger JG. Psoriasis and systemic inflammatory diseases: potential mechanistic links between skin disease and co-morbid conditions. *J Invest Dermatol.* 2010; 130(7): 1785–1796.
5. Scarpa R, Manguso F, D'Arienzo A, D'Armiento FP, Astarita C, Mazzacca G, Ayala F. Microscopic inflammatory changes in colon of patients with both active psoriasis and psoriatic arthritis without bowel symptoms. *J Rheumatol.* 2000; 27(5): 1241–1246.
6. Christophers E. Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol.* 2001; 26(4): 314–320.
7. Tichý M, Ditrichová D. Psoriáza kůže a aktuální léčebné možnosti. *Dermatol. praxi* 2010; 4(3): 131–134.
8. Puig L, Strohal R, Husni ME, Tsai TF, Noppakun N, Szumski A, Yang S, Robertson D, Boggs R, Koenig AS. Cardiometabolic profile, clinical features, quality of life and treatment outcomes in patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis. *J Dermatolog Treat.* 2015; 26(1): 7–15.
9. Kim TW, Shim WH, Kim JM, Mun JH, Song M, Kim HS, Ko HC, Kim MB, Kim BS. Clinical characteristics of pruritus in patients with scalp psoriasis and their relation with intraepidermal nerve fiber density. *Ann Dermatol.* 2014; 26(6): 727–732.
10. Menter A, Korman NJ, Elmetts CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, Gottlieb A, Koo JY, Lebwohl M, Lim HW, Van Voorhees AS, Beutner KR, Bhushan R; American Academy of Dermatology. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60(4): 643–659.
11. Work Group: Alan Menter, MD, Chair, Alice Gottlieb, MD, PhD, Steven R. Feldman, MD, PhD, Abby S. Van Voorhees, MD, Craig L. Leonardi, MD, Kenneth B. Gordon, MD, Mark Lebwohl, MD, John Y. M. Koo, MD, Craig A. Elmetts, MD, Neil J. Korman, MD, PhD, Karl R. Beutner, MD, PhD, and Reva Bhushan, PhD. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58.
12. Guo C, Yang Z, Li W, Zhu P, Myatt L, Sun K. Paradox of glucocorticoid-induced cytosolic phospholipase A2 group IVA messenger RNA expression involves glucocorticoid receptor binding to the promoter in human amnion fibroblasts. *Biol Reprod.* 2008; 78(1): 193–197.
13. Albrecht L, Bourcier M, Ashkenas J Papp K. Topical psoriasis therapy in the age of biologics: Evidence based treatment recommendations. *J Cut Med Surg.* 2012.
14. Koo JY. New developments in topical sequential therapy for psoriasis. *Skin Therapy Lett.* 2005; 10(9): 1–4.

## KNIŽNÍ NOVINKA

MUSIL DALIBOR A KOLEKTIV

ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ ŽIL DOLNÍCH KONČETIN  
2., přepracované a doplněné vydání

Další, doplněné a přepracované vydání úspěšné publikace! Kniha, která se osvědčila jako učebnice a praktická příručka pro lékaře, kteří na tomto poli začínají, ale i pro zkušené angiology – flebology, internisty, radiology a chirurgy, nemůže chybět ve vaší knihovně.

Teoretické základy ultrazvukového vyšetřování ve flebologii, včetně fyzikálních principů ultrazvuku, terminologie, anatomie a etiopatogeneze žilních onemocnění, spojené s názornými obrázky a kazuistikami, jsou hlavním přínosem této knihy. Celobarevná publikace je bohatě obrazově dokumentována – najdete v ní na 50 perokreseb, 120 obrázků, dále schémata a tabulky.

Tato didakticky skvělá publikace shrnuje současný stav poznání v této oblasti a slouží zároveň jako moderní učebnice i praktická příručka. Své čtenáře najde nejenom mezi specialisty používajícími ultrazvuk v diagnostice žilních onemocnění, ale také mezi lékaři, kteří na toto vyšetření své pacienty odesílají.

Cílovou skupinu tak tvoří zejména odborníci odd. zobrazovacích metod, internisti, kardiologové, angiologové, flebologové, chirurgové, cévní chirurgové, dermatologové a praktičtí lékaři. Přestože je publikace svým tématem spíše post-graduálního charakteru, má svoje nepochybné místo i v pregraduální výuce.

Cena: 445 Kč

ZACHAROVÁ EVA

## KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI



Publikace vymezuje na základě psychologických a sociologických poznatků základní oblasti sociální komunikace s důrazem na efektivní komunikaci ve zdravotnictví ve vztahu zdravotnický pracovník – pacient. Pozornost je věnována správnému využití a uplatnění sociální komunikace v ošetrovateľskej péči. V knize jsou zmíněny evaluační strategie v komunikaci a také překážky v komunikaci mezi sestrou a nemocným.

Publikace je určitým prostředkem k nabytí nových poznatků a zdůrazňuje skutečnost, že sestra kromě ošetrovateľskej odbornosti musí v péči o pacienta uplatňovat humánní a psychosociální přístup, který realizuje kvalitním profesionálním chováním.

Cena: 199 Kč

Grada Publishing, a. s., U Průhonu 22, 170 00 Praha 7, tel.: 220 386 511, 512, 603/26 20 18, fax: 220 386 400, [www.grada.cz](http://www.grada.cz)