

Terapie psoriázy

Iva Obstová

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK, Praha

Článek se věnuje současným možnostem zevní léčby, fototerapie a systémové terapie psoriázy, včetně jejich indikací a kontraindikací. Kromě toho vysvětluje nutnost dodržování zásad zdravého životního stylu.

Klíčová slova: psoriáza, vyvolávající faktory, terapie, prevence recidiv.

Therapy of psoriasis

This article reviews current possibilities of topical therapy, phototherapy and systemic therapy, including their indications and contraindications. Except that the article explains necessity of the observance of a healthy lifestyle.

Key words: psoriasis, triggering factors, therapy, prevention of recurrence.

Psoriáza je neinfekční zánětlivá dermatóza provázená hyperproliferací buněk epidermis. Z imunopatologického hlediska řadíme lupenku do skupiny autoimunitních chorob, pro něž se používá označení IMID (immune mediated inflammatory disorders), čímž je zdůrazněna přítomnost zánětu jako hlavního rysu těchto stavů. Dědí se pouze genetická dispozice ke vzniku psoriatických změn, jejich manifestace je vyprovokována řadou vnitřních a zevních faktorů (viz níže). V Evropě postihuje lupenka kolem 2 % populace, další 2 % mají latentní formu. Nejčastěji psoriázu vidíme u dospělých jedinců, ale může se objevit v jakémkoliv věku. U většiny pacientů probíhá chronicky s častými recidivami. Až u 30 % nemocných se může vyvinout psoriatická artropatie různého stupně. V současnosti máme na výběr řadu léčebných postupů, kterými lze pozitivně ovlivnit a dočasně vyhojit kožní projevy psoriázy, zatím ale nebyl nalezen spolehlivý prostředek k jejímu definitivnímu vyléčení. Takže nezbyvá než konstatovat, že psoriázu můžeme často úspěšně léčit, ale úplně vyléčitelná není, tj. nemůžeme vzhledem ke genetické dispozici zcela zabránit dalším recidivám. *Cílem terapie* je tedy zhojení stávajících projevů nebo alespoň jejich výrazné zlepšení, dosažení dlouhodobé

remise a zlepšení kvality života nemocného. Délka a úspěšnost terapie závisí především na kompliance pacienta (non-kompliance je jednou z hlavních příčin malého efektu léčby) a je podmíněna pečlivým poučením pacienta o charakteru onemocnění, možných provokačních faktorech, léčebných přístupech, nezbytnosti pravidelné a správné péče o postiženou kůži. Individuální léčebný plán sestavujeme podle klinického stavu a potřeb pacienta. Z důvodu složité etiopatogeneze neexistuje jednotné léčebné schéma pro psoriázu a výsledek terapie je závislý na mnoha okolnostech. Měli bychom prověřit současný stav organismu pacienta (provokační faktory mohou být dekompenzovaná cukrovka, dna, thyreopatie, hepatopatie atd.), zjistit stávající medikaci (negativní vliv na psoriázu je uváděn u těchto léčiv: betablokátory, inhibitory ACE, interferony, sloučeniny zlata, antimalarika, blokátory kalciového kanálu, někdy nesteroidní antirevmatika, tetracyklin, estrogeny, některé očkovací látky), provést pracovní i sociální anamnézu. Je nutné pátrat po dalších možných provokačních faktorech – nejčastěji jsou to virové infekce horních cest dýchacích, angina, akutní nebo chronické infekce v oblasti zubní, ORL, gynekologické, urologické, GIT

atd., dále nadměrná psychická zátěž, operační zákroky, mechanické faktory (prašné prostředí, tření, poranění), chemická iritace kůže (včetně agresivní lokální léčby), hormonální výkyvy, nadměrné kouření, konzumace alkoholu a návykových látek, alergické vlivy apod. V zásadě máme k dispozici *tři základní způsoby terapie*: lokální, systémovou a fototerapii. Kombinací jednotlivých metod se zvyšuje jejich účinnost a snižuje se riziko vzniku nežádoucích vedlejších účinků. Léčebné postupy a jejich kombinace volíme individuálně podle závažnosti a typu psoriázy, vzhledu, lokalizace a rozsahu změn na kůži, stadia choroby, délky trvání a frekvence recidiv, účinnosti předchozí terapie, snášenlivosti jednotlivých typů léčby, věku a anamnézy pacienta. Roli hrají také ekonomické faktory a dostupnost určitých typů terapie. Léčba by měla být *komplexní* – zaměřujeme se nejen na medicínskou stránku, ale i na psychologické a sociální aspekty (vliv zaměstnání, rodinných příslušníků) a opakovaně zdůrazňujeme možná opatření vedoucí k prevenci vzniku recidiv.

Zevní terapie

U běžných forem psoriázy jsou základem léčby místně aplikované přípravky a ve spoje-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Iva Obstová, iva.obstova@centrum.cz
Dermatovenerologická klinika 3. LF UK, Praha
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

Cit. zkr: Prakt. lékař. 2016; 12(1): 12–15
Článek přijat redakcí: 16. 12. 2015
Článek přijat k publikaci: 19. 1. 2016

ní se správnou životosprávou může být zevní terapie často dostačující. Nevýhodou lokální léčby je časová a aplikační náročnost, výhodou minimální vedlejší účinky oproti systémové terapii. Obecně se snažíme místně aplikovanými přípravky odstranit typické znaky klasické psoriázy, tedy nadměrné šupinatění a kožní zánět. Níže uvedené prostředky jsou uvedeny v určité posloupnosti, v jaké obvykle v léčbě lupenky postupujeme.

Keratolytika – před zahájením diferentní terapie je třeba odstranit šupiny, aby mohly účinné látky lépe penetrovat do kůže. K tomu slouží externa s obsahem salicylové kyseliny (obvykle 4–10 % v mastovém základu, aplikace vyšších koncentrací kyseliny salicylové by neměly přesáhnout 20 % povrchu těla), ury (4–10 %) nebo kyseliny mléčné (6–12 %). Keratolytika se používají také v kombinacích např. s kortikosteroidy, analogy vitamínu D3 nebo antimikrobiálními léčivy. Magistraliter připravované zevní léky mají výhodu v možnosti předepsat různé koncentrace látek a celkové množství přípravku dle individuálních potřeb pacienta. Existuje i množství volně dostupných průmyslově vyráběných léčiv.

Emoliencia (lat. *emollio* = změkčit) a **zvláčňující přípravky** jsou velmi důležitou součástí péče o psoriatickou kůži a měly by doplňovat všechny fáze její terapie. Vytvořením okluzivní vrstvy omezují transepidermální odpařování vody a přispívají k obnově funkce ochranné kožní bariéry. Při pravidelném používání zmírňují svědění kůže, snižují nutnost častější aplikace lokálních diferentních léků včetně kortikosteroidů, ale i samy o sobě mohou navodit zlepšení stavu psoriatické kůže. Na trhu je k dispozici množství volně prodejných dermokosmetických přípravků s obsahem zklidňujících a regeneračních látek. Výběr aplikační formy se řídí aktuálním stavem kůže, lokalizací a rozsahem postižení. Pro celotělové ošetření jsou vhodná lotia, přes den spíše hydrokrémy, večer olejové a zklidňující koupele, na noc mastné krémy s výraznějším okluzivním účinkem.

Kortikosteroidy (dále KS) mají antiproliferativní, imunosupresivní a protizánětlivé účinky. Jsou nezastupitelné v terapii inverzní psoriázy (projevy v tříslech a podpaží), při postižení kůže křtice a nehtů. Vždy je také indikujeme v počáteční terapii zánětlivé fáze lupenky, protože léčebný efekt nastupuje rychle. To kromě jiného

přispívá k psychickému zklidnění pacienta a lepší ochotě terapii dodržovat. Bohužel remise jsou krátké, psoriatické léze se při monoterapii KS zase brzy objeví. Navíc mohou mít při dlouhodobější léčbě nežádoucí vedlejší účinky, jako např. atrofii kůže, strie, angiektázie nebo hypopigmentaci. Proto léčiva s KS v monoterapii používáme zhruba 2–4 týdny, u nejsilnějších KS jen 50 g přípravku týdně, na plochu do 25 % povrchu těla, 1x denně večer, na úporná ložiska první dny léčby v okluzi pod prodyšnou fólii (diferentní látky tak penetrují hlouběji). Po zklidnění kůže během prvních týdnů postupně přecházíme (tzv. *sekvenční léčba*) ke kombinaci např. s analogy vitamínu D3. Samotné KS pak aplikujeme obden, 2x týdně a při dlouhodobé udržovací terapii jen o víkend. Při rychlém a náhlém vysazení se může dostavit tzv. *rebound fenomén* (akutní zhoršení často intenzivnější než výchozí stav) – z tohoto důvodu jsou systémové kortikosteroidy u lupenky kontraindikovány. Naopak při dlouhodobé a časté aplikaci může dojít k tzv. *tachyfyaxii*, kdy přípravek přestává účinkovat.

V kortikosteroidních léčivech máme na výběr různé lékové formy – obecně jsou masti účinnější pro svůj okluzivní efekt, ale třeba do ochlupených míst preferujeme krémy, pěny, šampony, lotia, roztoky, spreje nebo gely. Nejsilnější KS doporučujeme na lokty, kolena, dlaně, plosky, nejslabší KS do axil, třísel a na obličej. K dispozici jsou i kompozitní přípravky – kortikosteroidy s analogy vitamínu D3, s antimykotiky (do třísel, axil), s keratolytiky (do vlasů). Na větší plochy těla a dle individuální potřeby stavu kůže pacienta s výhodou využíváme magistraliter připravovaných extern.

Analoga vitamínu D3 (kalcipotriol, kalcitriol, takalcitol) působí antiproliferativně, imunomodulačně, upravují diferenciaci buněk. Účinnost je při delším podávání srovnatelná se slabšími a středně silnými KS, ale s pomalejším nástupem viditelného účinku (dva týdny). Většinou je tedy kombinujeme s KS, například ráno analoga vitamínu D3 a večer KS (tzv. *tandemová léčba*). Nebo jejich aplikace navazuje na úvodní terapii rychleji účinkujícími lokálními KS. Výhodou je, že analoga vitamínu D3 nemají vedlejší efekty kortikosteroidů, nesetkáváme se u nich ani s tachyfyaxií, takže jsou vhodná k dlouhodobé terapii zejména chronické ložiskové psoriázy. Aplikují se 2x denně, celková plocha by neměla přesáhnout 30 % povrchu

kůže a týdenní spotřeba masti 100 g. Vedlejším nežádoucím účinkem aplikace těchto přípravků může být iritace kůže, proto nejsou vhodné na jemnou kůži axil, třísel nebo u dětí. Kalcipotriol je také dostupný ve fixní kombinaci s kortikosteroidem.

Cignolin (ditanol, antralin) je syntetický antracenový derivát s antimitotickým, antiproliferativním a keratoplastickým efektem. Není kancerogenní ani teratogenní. Nevýhodou je určitý iritační potenciál cignolinu (nepoužíváme tedy u akutních forem psoriázy, do kožních záhybů, na obličej maximálně do 30 % kožního povrchu) a možnost zbarvení kůže, prádla a okolních věcí dohněda. Většinou je tedy využíván při terapii za hospitalizace nebo ve stacionářích. Indikujeme jej u chronické ložiskové psoriázy buď samostatně, ale častěji v kombinaci s fototerapií UVB zářením. Připravuje se jako magistraliter přípravek v koncentraci od 0,01 % do 5 %, vyšší koncentrace cignolinu již neposkytují větší účinek.

Ichtamol (ichtyol) je hlavním představitelem tzv. bituminózních dehtů (přesněji sulfonovaných živočišných olejů), získává se z důlních sedimentů v hnědouhelných dolech, ze zemních olejů a živců. Má protizánětlivé, antimikrobiální, antimykotické a protisvědivé účinky. Riziko iritace a senzibilizace kůže je minimální, není zde riziko systémové toxicity (lze aplikovat i na větší plochy), není ani kancerogenní ani fototoxický. Tmavý ichtamol je indikován u středně těžké a těžké psoriázy, lze jej použít i pro dráždivější typy psoriázy – od 2 až do 100 % koncentrace v magistraliter přípravcích (masti, pasty, vlasové šampony atd.). Většinou ichtamol kombinujeme s fototerapií, kde zvyšuje efekt ultrafialového záření. Nevýhodou je rybí zápach a tmavá barva, takže může ušpinit vše, s čím přijde do kontaktu. Proto se používá spíše při hospitalizaci nebo v denních stacionářích. Světlý ichtamol (leukichtol) je kosmeticky přijatelnější i účinnější než tmavý ichtamol, bývá obsažen ve volně prodejných přípravcích ve formě např. past, šamponů, mastí apod.

Kamenouhelný dehet (pix lithanthracis) se získává suchou destilací černého uhlí, působí protizánětlivé, antiproliferativně, antimikrobiálně, antimykoticky a protisvědivě. Indikací je středně těžká psoriáza. Nejúčinnější je dehet v kombinaci s fototerapií (má výrazný fotosenzibilizační potenciál), vzhledem k zápachu a možnosti barevně znehodnotit oblečení i kůži není

ideální pro domácí použití. Uplatňuje se zejména v nemocniční péči a ve stacionářích jako magistraliter přípravek (například pasta, mast, koupel) s koncentrací dehtu 5–20%. Nežádoucími účinky je iritace kůže a vznik folikulitidy. Diskutuje se jeho kancerogenita (pro vysoký obsah polycyklických aromatických uhlovodíků není v EU povolen pro hromadně vyráběná léčiva), i když přesvědčivé studie nejsou k dispozici. Při aplikaci vyšších koncentrací dehtu na větší plochy hrozí riziko nefrotoxicity a hepatotoxicity, studie zmiňují i genotoxická a mutagenní rizika. Proto je aplikace magistraliter externa s 5% obsahem dehtu limitována na 1/5 povrchu těla a dobu aplikace jeden měsíc. Dehet je zakázán pro malé děti, těhotné a kojící ženy. Menší nežádoucí efekty má 35% roztok kamenouhelného dehtu (liquor carbonis detergens), který lze aplikovat přímo na postiženou pokožku nebo rozepsat v 2–20% koncentraci do magistraliter připravovaných (tekutých) zásypů, mastí, past nebo šamponů.

Lokální imunomodulátory (takrolimus, pimekrolimus) jsou makrolidová imunomodulancia s protizánětlivým efektem. Mají podobné účinky jako slabé a středně silné KS (zvláště při aplikaci v okluzi), nehrozí zde však riziko atrofie kůže, rebound fenoménu nebo tachyfylaxe jako u KS. Lze je tedy s výhodou použít na kůži víček, genitálu, obličeje nebo do kožních záhybů. Používají se 2× denně, s postupným snížením frekvence na 1× denně, na začátku terapie mohou kůži lehce iritovat. Jejich použití u psoriázy je tzv. off-label indikací, takže nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Retinoidy jsou deriváty vitamínu A s antiflogistickým, antiproliferativním a imunomodulačním efektem. Indikujeme je v případě mírné až středně těžké psoriázy. V lokální podobě se jedná o tazaroten, aplikuje se 2× denně, nevýhodou je možnost iritace pokožky (až ve 30%), výhodou delší doba remise než např. u KS. Nyní není v České republice k dispozici.

Fototerapii využíváme zejména u pacientů s chronickou, středně těžkou až těžkou formou lupenky a postižením na více než 20% kožního povrchu, kde samotné lokální přípravky mají malý léčebný efekt. Ultrafialové záření působí antiproliferativně, imunomodulačně, protizánětlivě, protisvědčivě a psychoterapeuticky. V případě psoriázy je nejúčinnější úzkopásmové UVB záření o vlnové délce 311 nm, méně účinné je širokospektré UVB (280–320 nm) a SUP (selektivní

fototerapie ultrafialovým světlem, 295–330 nm) záření, nejméně UVA (320–400 nm) záření. Fotochemoterapie PUVA (kombinace psoralenů a UVA záření) se v dnešní době pro léčbu lupenky vzhledem k vedlejším nežádoucím efektům využívá minimálně. U torpidní psoriázy zvyšujeme účinky UVB záření kombinací s lokální aplikací 0,5–2% cignolinu (tzv. Ingramova minutová terapie), 100% ichtamolu nebo s analogy vitamínu D3. Opatrně lze kombinovat UV záření a kamenouhelný dehet (tzv. Goeckermanova metoda), musíme však myslet na zvýšené riziko vzniku kožních prekanceróz a nádorů (odhaduje se 2–3× vyšší oproti samotné aplikaci dehtu). Další možností fototerapie je tzv. synchronní balneofototerapie přístrojem TOMESA, která spočívá v solné koupeli při současném (synchronním) celotělovém ozařování úzkopásmovými UVB paprsky. Fototerapii lze aplikovat i při systémové terapii acitretinem nebo methotrexátem. K dispozici máme přístroje jednak pro celotělové ozařování (paravány, kabiny, stojany, lehátka), a také menší zařízení pro ozařování dlaní, plosky, kůže křtice nebo nehtových lůžek. Fototerapie probíhá zpočátku 3–5× týdně, postupně 2–3× týdně, celková léčebná kúra trvá zhruba 2, maximálně 3 měsíce. Jednotlivé dávky záření a výsledná celková dávka jsou pečlivě monitorovány, pacient je pravidelně kontrolován lékařem a v provozu školenou sestrou. Nevýhodou fototerapie je její časová náročnost; kontraindikovaná je u akutních exantematických a erytrodermických forem psoriázy, u pacientů imunosuprimovaných, s fotodermatózami nebo užívajících fotosenzibilizující léky a potravinové doplňky, dále u nemocných s kožní prekancerózou nebo rakovinou, množstvím pigmentových névů, fototypem I, závažnými interními chorobami, epilepsií, duševními chorobami, klaustrofobií, závislostí na návykových látkách, a také u pacientů nespolečujících. Fototerapie je považována za účinnou a relativně bezpečnou metodu, remise jsou rozhodně delší než u samotné lokální terapie.

Balneoterapie – na suchá šupinatá ložiska působí příznivě slaná voda nebo olejové koupele, protizánětlivý efekt mají koupele dehtové, sirné, bylinné, olejové, škrobové nebo otrubové. Provádějí se 3× týdně, doba koupele by neměla překročit 30 minut, u dětí 15 minut, optimální teplota kolem 38°C přispívá ke zmírnění svědění a redukci kožního zánětu. Kombinace koupe-

le a fototerapie zvyšuje účinky UV záření. Další možností pro nemocné trpící chronickou psoriázou je pobyt v lázních. Léčebnými koupelemi, pitnými kúrami a hlavně lázeňským režimem ve vhodných klimatických podmínkách lze dosáhnout dlouhodobé remise.

Thalassoterapie (řecky *thalassa* = moře) – tak označujeme kombinaci koupání ve slané mořské vodě, slunečního záření a pobytu na čistém vzduchu. Důležitá je také změna stravy, ale hlavně psychický a fyzický odpočinek. Přímořské pobyty jsou vhodné pro léčbu chronické stacionární formy psoriázy. Optimální doba léčebného pobytu je alespoň tři týdny. Nemocný by měl být poučen o nutnosti pozvolné adaptace na sluneční záření, protože psoriáza patří k chorobám, u kterých nadměrné dráždění včetně UV záření může naopak přinést zhoršení klinických změn.

Laseroterapie – na stabilizovaná ložiska mírné až středně těžké psoriázy (do 10% povrchu těla) lze použít excimerový laser 308 nm, který se blíží úzkopásmové UVB terapii, ale vyžaduje menší počet léčebných sezení (2–3× týdně, několik týdnů dle typu psoriázy), a tedy nižší kumulativní dávku záření.

Systémová terapie

Celkovou terapii zvažujeme u běžné lupenky teprve při nedostatečném efektu externích přípravků nebo fototerapie, tj. kdy kůže nemocného není ani při správně prováděné terapii dlouhodobě zlepšena nebo doba remise je velmi krátká. Naopak na prvním místě systémovou terapii indikujeme v případě postižení velkého rozsahu, psoriatické erytrodermie, pustulózní a artropatické psoriázy. Pro pacienta je systémová terapie bezesporu pohodlnější, nevýhodou jsou však její nežádoucí vedlejší účinky. Abychom při dlouhodobé terapii systémovými léky snížili jejich vedlejší efekty, navzájem je po určité době střídáme (tzv. *rotační léčba*), v těžkých případech některé systémové léky kombinujeme s fototerapií.

Methotrexát je syntetický antagonist kyseliny listové s antiproliferativním, imunomodulačním a protizánětlivým účinkem; byl prvním systémovým lékem v terapii psoriázy. Nejčastěji je indikován u artropatické formy psoriázy nebo refrakterní chronické psoriázy. Methotrexát je teratogenní (zabránění početí nutné během léčby a ještě tři měsíce po vysazení), může dojít k poškození jater, zhoršení renálních funkcí, útlumu

kostní dřeně. Pravidelně monitorujeme zejména jaterní testy, renální funkce a krevní obraz. Dávka se pohybuje od 7,5 do 30 mg/týdně, perorálně nebo injekčně (1x týdně). Nástup účinku je pomalejší – viditelné zlepšení se může projevit až za 1–2 měsíce, optimální klinické odpovědi je dosaženo v průběhu dalších 2 měsíců. Je vhodný k dlouhodobé terapii. V případě úporné generalizované ložiskové psoriázy lze methotrexát kombinovat s fototerapií.

Acitretin je aromatický retinoid, který se v klinické praxi používá více než 30 let. Má antiproliferativní efekty, normalizuje diferenciaci a keratinizaci epidermálních buněk, dále působí protizánětlivě a imunomodulačně. Je lékem volby u akutní generalizované pustulózní psoriázy, erythrodermické psoriázy, palmoplantární pustulózní psoriázy. Nežádoucími účinky je teratogenita (žena nesmí otěhotnět ještě dva roky po vysazení acitretinu), hyperlipidemie, hepatopatie, suchost rtů, sliznic a vlasů, lékové interakce má jen s tetracyklinem. Nezbytné je pravidelné laboratorní monitorování, hlavně jaterních testů a hladiny krevních tuků. Léčebná dávka je 25–75 mg/den perorálně, acitretin se užívá po jídle vzhledem k lepší biologické dostupnosti. Účinek nastupuje po 2–4 týdnech, lék je vhodný i k dlouhodobé udržovací léčbě. U torpidní formy psoriázy lze kombinovat acitretin s fototerapií.

Cyklosporin A je polypeptid s imunosupresivním účinkem, v klinické praxi známý více než 25 let. Indikujeme jej v případě refrakterní ložiskové psoriázy, psoriatické erythrodermie a artropatické psoriázy. Nežádoucími vedlejšími efekty jsou nefrotoxicita, hypertenze, hyperlipidemie, imunosuprese, je zde větší riziko lékových interakcí (metabolizace přes cytochrom P-450). Při terapii cyklosporinem A monitorujeme zejména ledvinové funkce a krevní tlak. Užívá se v dávce 2,5–5 mg/kg/den perorálně, výhodou je rychlý nástup účinku – do 2 týdnů, výrazný efekt vidíme do 1 měsíce. Není ale vhodný pro dlouhodobou udržovací terapii, doba kontinu-

álního podávání by ale neměla překročit 1–2 roky, pak přecházíme na jinou systémovou terapii. Kombinace cyklosporinu s fototerapií není vhodná vzhledem ke zvýšenému riziku vzniku kožních nádorů.

Biologická terapie

Biologika jsou biotechnologicky vyráběná léčiva (jedná se např. o monoklonální protilátky, rekombinantní cytokiny nebo fúzní proteiny s imunoglobuliny), která modifikují biologickou odpověď selektivně proti jednotlivým molekulám účastnícím se vzniku psoriatického zánětu. Cíleně zasahují do patogeneze zánětlivého procesu na úrovni T lymfocytů, cytokinů, adhezivních a kostimulačních molekul či antigen prezentujících buněk. Tím je tato léčba vysoce efektivní, s lepším bezpečnostním profilem než jiné systémové léky, navíc pro pacienta komfortně aplikovatelná – dle typu léčiva subkutánní injekcí, injekčním perem nebo nitrožilní infuzí, 2x nebo 1x týdně či v delších časových odstupech. Indikací je středně těžká až těžká ložisková psoriáza určitého rozsahu, kde nelze použít pro malý efekt nebo kontraindikaci minimálně dva léčebné postupy typu systémové terapie nebo fototerapie. Nežádoucí účinky jsou obecně menší než u jiných léků, ale nemocný musí být před zahájením biologické léčby podrobně klinicky i laboratorně vyšetřen, včetně skríninku na latentní TBC a další infekce a imunologického vyšetření. Protože biologika jsou selektivní imunosupresiva, určitým rizikem jsou především infekce, nádory, ale také hepatopatie a tvorba autoprotilátek. Kontraindikacemi jsou např. závažná onemocnění vnitřních orgánů, maligní nádory a prekancerózy, těžké imundefekty, aktivní infekce, latentní tuberkulóza, očkování živými vakcínami atd. Obecně lze ale říci, že léčba biologickými léčivy je dobře tolerována a relativně bezpečná. Již existují studie, kdy se v případě refrakterní psoriázy kombinují biologika s jinými systémovými léky.

Podpůrná léčba

Vzhledem k častým recidivám a chronickému průběhu lupenky chápeme snahu pacientů o hledání dalších alternativních způsobů léčby. Individuálně doporučujeme např. psychoterapii, hypnózu, autosugesci, relaxační techniky, jógu, meditaci atd. Významnou roli hraje úprava stravy – redukční dieta u obézních, nedráždivá strava u akutní exantematické, erythrodermické a pustulózní psoriázy nebo schéma podobné jaterní dietě.

Prevence

Recidivám lze zabránit správnou péčí o kůži a úpravou životosprávy, tedy pravidelným životním rytmem s dostatkem relaxace, psychohygieny a minimem stresových situací, předcházením rozvoji infekcí a vnitřních chorob, vyváženou racionální stravou, omezením alkoholu a kouření, vyloučením užívání návykových látek. Samozřejmostí je odstranění event. fokusů infekce v těle a kompenzace přidružených vnitřních metabolických chorob. Bez úpravy životního stylu nemá ani vysoce účinná a svědomitá terapie očekávaný a hlavně dlouhodobý efekt.

Závěr

Vhodně zvolenou kombinací výše uvedených léčebných metod a jejich správným prováděním lze dosáhnout zhojení nebo významného zlepšení kožních projevů. I přes moderní metody bývá léčba zdoluhavá, což může vést k frustraci a nedůvěře pacienta u úspěšnost další terapie. Při edukaci pacienta klademe důraz na prevenci recidiv kožních projevů, která spočívá ve vyhýbání se provokačním faktorům, úpravě životního stylu, včetně stravování. Svým klinickým obrazem a zejména sklonem k recidivám je psoriáza značně nepříjemná, vyvolává pocity méněcennosti a ovlivňuje kvalitu života jedince. Její léčba vyžaduje úzkou spolupráci a trpělivost ze strany pacienta i lékaře.

LITERATURA

1. Benáková N. Adalimumab v celkové léčbě psoriázy. *Remedia* 2008; 18: 98–104.
2. Benáková N. Postavení fototerapie v ambulantní praxi. *Dermatol. praxi* 2012; 6(2): 64–67.
3. Benáková N, Ettler K, Štork J, Vašků V. Psoriáza nejen pro praxi. Praha, Triton 2007.
4. Ditrichová D. Návrat k dehtovým externům. *Dermatol. praxi* 2014; 8(4): 138–139.

5. Fadrhonicová A. Farmakoterapie kožních onemocnění. Praha: Grada Publishing, 1999: 255–256.
6. Jensen P, Skov L, Zachariae C. Systemic Combination Treatment for Psoriasis: A Review. *Acta Derm Venereol* 2010; 90: 341–349.
7. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines of care for management of psoriasis and psoriasis arthritis. Section 6. Guidelines of care for management of psoriasis and psoriasis

arthritis: Case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65: 134–174.

8. Sklenář Z, et al. Magistraliter receptura v dermatologii. Praha: Galén, 2009; 369–383.