

Nehtová psoriáza

MUDr. Gabriela Janoušková

Dermatovenerologické oddělení FN Motol

Psoriáza je chronické zánětlivé onemocnění kůže, které postihuje přibližně 2–3 % populace. Až u 50 % psoriatiků se souběžně s kožními projevy vyskytují i změny na nehtech, u pacientů s psoritikou artritidou (PsA) jsou nehty postiženy až v 80 %. Ačkoli psoriáza na nehtech významně ovlivňuje kvalitu života pacientů, bývá lékaři často přehlížena.

Klíčová slova: nehtová psoriáza, NAPSÍ, lokální a celková léčba.

Nail psoriasis

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that affects 2–3% of population. Nail psoriasis occurs in up to 50% of psoriatic patients. Approximately 80% of patients with psoriatic arthritis (PsA) have concurrent nail involvement. However, nail psoriasis is often overlooked by physicians, despite a significant impact on patient's quality of life.

Key words: nail psoriasis, NAPSÍ, topical and systemic therapy.

Úvod

Psoriáza je chronické zánětlivé kožní onemocnění postihující 2–3 % populace. Postižení nehtů je popisováno až u 50 % pacientů s psoriázou a předznamenává vážnější průběh onemocnění (1). Izolovaný výskyt postižení nehtů bez současné přítomnosti projevů na kůži se pohybuje mezi 5–10 % (2). Změny na nehtech se častěji vyskytují u mužů než u žen a u pacientů s vyšší tělesnou hmotností (3). Postižení nehtů mezi pacienty s PsA dosahuje až 80 % a změny na nehtech mohou artritidě předcházet (4, 5). Možným vysvětlením této vysoké incidence je blízká anatomická lokalizace mezi nehtem a distálním interfalangeálním skloubením. Publikovaná data poukazují na významné ovlivnění kvality života pacientů s projevy nehtové psoriázy, která pro své nositele představuje významné psychologické zatížení a omezení jejich profesních i každodenních aktivit (6). Projevy na nehtech hodnotí více než 90 % z nich jako esteticky rušivé (7). Navzdory závažnosti diagnózy nehtové psoriázy bývá lékaři toto onemocnění velmi často přehlíženo či neefektivně léčeno (8).

Klinický obraz

Klinická manifestace nehtové psoriázy souvisí s anatomickou lokalizací postižené části nehtu. Postižení nehtové matrix se může na nehtech projevit jako leukonychie, červené skvrny v oblasti lunuly, dolíčkování nebo drobení nehtů. Při postižení nehtového lůžka mohou být na nehtech patrné olejové skvrny, třískovité hemoragie, subunguální hyperkeratózy a onycholýza (9). Psoriatické změny na nehtech mohou být vyvolány i zcela minimálním traumatem, například při manikúře včetně zastíhování kutikuly, odstraňováním subunguálních nánosů nebo nošením nevhodné obuvi. Od roku 2003 je k objektivnímu hodnocení nehtového postižení používán skórovací systém NAPSÍ (The Nail

Psoriasis Severity Index), který pomáhá vyhodnotit míru postižení nehtu (10). Celkové NAPSÍ skóre získáme součtem skóre jednotlivých nehtů, které jsou rozděleny na kvadranty a v těchto kvadrantech hodnotíme zvlášť přítomnost změn vycházejících z postižení nehtové matrix (leukonychie, červené skvrny v oblasti lunuly, dolíčkování nebo drobení nehtů, skóre 0–4) a nehtového lůžka (olejové skvrny, třískovité hemoragie, subunguální hyperkeratózy a onycholýza, skóre 0–4). Obě skóre se pro každý nehet sčítají. V roce 2007 byla navržena modifikace NAPSÍ (mNAPSÍ) s cílem zvýšit senzitivitu NAPSÍ odstupňováním závažnosti každého parametru od 0 do 3 v jednotlivých kvadrantech (11). Ačkoli je mNAPSÍ časově náročný, prokazuje vynikající spolehlivost a přesnost hodnocení postižení psoriatického nehtu (12).

Léčba

Postižení nehtů u pacientů s psoriázou bývá lékaři velmi často přehlíženo. Ačkoli existuje několik doporučených léčebných postupů, zatím není k dispozici směrnice nebo konzistentní léčebný algoritmus. Pomalý růst nehtů a s tím související nutnost dlouhodobé terapie s možnými vedlejšími účinky a případným zklamáním z výsledku léčby může mít negativní vliv na pacientovu spolupráci a motivaci (13).

Lokální léčba

Ačkoli topická léčba je základem terapie kožních projevů psoriázy, její využití v léčbě projevů na nehtech je jen minimálně dokumentováno (9). Jestliže změny na nehtech jsou mírného rozsahu nebo postižení nehtů je jediným klinickým projevem onemocnění, pak v první linii se lékem volby obvykle stávají topické preparáty (14). Nejčastěji jsou používány lokální kortikosteroidy a analoga vitamínu D3, méně často ditanol, 5-fluoroura-

Dermatol. praxi 2014; 8(4): 149–150

cil, takrolimus a tazaroten a cyklosporin. Úspěch lokální léčby do značné míry závisí na anatomické lokalizaci psoriatických projevů. Při postižení nehtové matrix se doporučuje aplikace lokálních preparátů na proximální nehtový val, při postižení nehtového lůžka je před zahájením léčby vhodné odstranit nehet k hyponychiu (9, 13).

Lokální kortikosteroidy

Nejčastěji doporučovaný je klobetazolopropionát 0,05% krém aplikovaný v okluzi. V roce 1999 Baran a Tosti popsali úspěšnou aplikaci 8% klobetazolopropionátu v laku na postižené nehty s téměř 80% léčebnou odpovědí (15). Léčba lakem je efektivní jak při postižení nehtové matrix, tak i nehtového lůžka (16).

Deriváty vitamínu D3

Dvojitě zaslepená, randomizovaná studie zahrnující 58 pacientů s psoritikým postižením nehtového lůžka porovnávala efekt lokální léčby kalcipotriolu v masti při aplikaci 2x denně a betametason dipropionátu se salicylovou vazelinou. Použití obou postupů vykazovalo podobné léčebné výsledky v redukci subunguálních hyperkeratóz, ačkoli léčebná odpověď byla zaznamenána jen u poloviny pacientů (17). Účinnější se jeví kombinovaná léčba lokálních kortikosteroidů aplikovaných 1x denně o víkendech a derivátů vitamínu D3 kalcipotriolu a takalcitolu aplikovaných 1x denně od pondělí do pátku s doprovodnou redukcí nežádoucích vedlejších účinků (18).

Ostatní lokální léčba

Několik studií dokládá pozitivní efekt aplikace tazaroten 0,1% gelu v léčbě nehtové psoriázy, zejména zlepšení onycholýzy a dolíčkování, případně hyperkeratózy a olejových skvrn. K dispozici jsou i data poukazující na zlepšení projevů

Obrázek 1. Projevy psoriázy na nehtech**Obrázek 2.** Projevy psoriázy na nehtech

na nehtech po aplikaci takrolimu 0,1% a 0,03% masti a 70% cyklosporinu v olejovém roztoku (19). Aplikace 2x denně 1% 5-fluorouracilu v souboru 20 pacientů vedla ke zlepšení subunguální hyperkeratózy a dolíčkování v 75 %, aplikace 1x denně rovněž vykazuje statisticky významné zlepšení. Antralin aplikovaný ve stoupající koncentraci 0,4–2 % denně na nehtové lůžko na dobu 30 minut byl středně účinný u 60 % pacientů. Účinnost a bezpečnost aplikace Indigo naturalis v oleji (Lindiol) prokazuje studie, do které bylo zahrnuto 31 pacientů. Aktivní komponentu indigo naturalis, indirubin, využívá čínská medicína již desetiletí v léčbě psoriázy. V této studii došlo po 12týdenní léčbě k redukci mNAPSI o 49,8 %, po 24 týdnech o 76,6 % při aplikaci 2x denně (20).

Intralezionální léčba

Konvenční léčbou nehtové psoriázy je intralezionální aplikace kortikosteroidů. Při postižení nehtové matrix je do proximálního nehtového valu nejčastěji aplikován triamcinolon acetonid s následným zlepšením zejména dolíčkování a rýhování (19). Významným omezením této léčby je výrazná bolestivost zákroku.

Fototerapie a radioterapie

PUVA terapie v léčbě psoriázy nehtů vykazuje různé výsledky. Lepší léčebná odpověď je patrná při postižení nehtového lůžka, zatímco při postižení nehtové matrix je efekt minimální. Superficiální radioterapie, elektronové záření nebo Grenz paprsky se v léčbě psoriázy nehtů používají spíše výjimečně a s přechodným efektem (18).

Systémová terapie

Indikací k systémové léčbě je selhání lokální nebo intralezionální léčby závažné formy nehtové psoriázy nebo středně těžká až těžká kožní forma psoriázy v kombinaci s postižením nehtů (13, 18).

Retinoidy

Acitretin v dávkování 0,2–0,3 mg/kg/den vedl k průměrnému zlepšení NAPSI o 41 % po 6 měsících léčby (21). Léčba je vhodná zejména pro pacienty se ztlustělými nehty a výraznou subunguální hyperkeratózou (19).

Cyklosporin

Léčba cyklosporinem v nízké dávce vede u většiny pacientů alespoň k mírnému zlepšení projevů nehtové psoriázy. Systémovou léčbu cyklosporinem je možné podpořit lokální aplikací kalcipotriolu v krému, po 3měsíční léčbě bylo zaznamenáno výrazné zlepšení u 79 % pacientů v porovnání se 48 % pacientů léčených cyklosporinem v monoterapii (22).

Biologická léčba

S rostoucím využitím biologik v léčbě kožní formy psoriázy a PsA roste i počet zpráv o jejich pozitivním efektu na psorické postižení nehtů. Prospektivní studie s inhibitory tumor necrosis factor alfa v léčbě psoriázy nebo PsA kombinované s vážným postižením nehtů (NAPSI > 14) porovnávala efekt jednotlivých biologik u 42 pacientů: 14 pacientů dostávalo adalimumab, 14 pacientů etanercept a 14 pacientů infliximab. V 6. týdnu byla zaznamenána 28 % redukce NAPSI skóre u pacientů léčených adalimumabem, 56 % ve skupině pacientů léčených etanerceptem a 63 % u pacientů léčených infliximabem. Ve 22. týdnu byla zaznamenána redukce NAPSI skóre pro adalimumab 65 %, etanercept 64 % a infliximab 89 % (2).

Závěr

Psoriáza je onemocnění, při kterém kromě kožních symptomů mohou být postiženy klouby a nehty. Projevy na nehtech mohou být považovány za indikátor vážnějšího průběhu onemocnění i potenciálního kloubního postižení. Včasným léčebným zásahem je možné navodit remisi onemocnění dříve, než dojde k funkčnímu postižení a ovlivnění kvality života těchto pacientů.

Literatura

- Rich P, Griffiths CHEM, Reich K, Nestle FO, Scher RK, Li S, Xu S, Hsu MCH, Guzzo C. Baseline nail disease in patients with moderate to severe psoriasis and response to treatment with infliximab during 1 year. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 224–231.
- Langley RG, Daudén E. Treatment and Management of Psoriasis with Nail Involvement: A Focus on Biologic Therapy. *Dermatology* 2010; 221 (suppl 1): 29–42.
- Reich K. Approach to managing patients with nail psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23 (suppl 1): 15–21.
- Langley RG, Saurat JH, Reich K. Recommendations for treatment of nail psoriasis in patients with moderate to severe psoriasis: a dermatology expert group consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26: 373–381.

- Oram Y, Akkaya AD. Treatment of Nail Psoriasis: Common Concepts and New Trends. *Dermatol Res Pract* 2013; doi: 10.1155/2013/180496.
- Klaassen KMG, Van de Kerhof PCM, Pasch MC. Nail Psoriasis, the unknown burden of disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014; doi: 10.1111/jdv.12368.
- De Jong EMGJ, Seegres BAMP, Gulink MK, Boezeman JBM, van de Kerhof PCM. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1,728 patients. *Dermatology* 1996; 193: 300–303.
- Augustin M, Krüger K, Radtke MA, Schwickl I, Reich K. Disease Severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology* 2008; 216: 366–372.
- Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, Murény F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation, and review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 1–27.
- Rich P, Scher RK. Nail Psoriasis Severity Index: A useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 206–212.
- Cassel SE, Bieber JD, Rich P, et al. The modified nail psoriasis Severity index: validation of an instrument to assess psoriatic nail involvement in patients with psoriatic arthritis. *J Rheum* 2007; 34: 123–129.
- Tan ES, Chiny WS, Tey HL. Nail psoriasis: a review. *Am J Clin Dermatol* 2012; 13: 375–388.
- Wozel G. Psoriasis treatment in difficult locations: scalp, nails, and intertriginous areas. *Clin Dermatol* 2008; 26: 448–459.
- Gregoriou S, Kalogeromitros D, Kosionis N, Gkouvi A, Rigopoulos D. Treatment options for nail psoriasis. *Expert Rev Dermatol* 2008; 3: 339–344.
- Baran R, Tosti A. Topical treatment of nail psoriasis with a new corticoid-containing nail lacquer formulation. *J Dermatol Treatment* 1999; 10(3): 201–204.
- Nakamura RC, Abreu LD, Duque-Estrada B, Tamler C, Leverone AP. Comparison of nail lacquer clobetasol efficacy at 0,05%, 1%, and 8% in nail psoriasis treatment: prospective, controlled and randomized pilot study. *An Bras Dermatol* 2012; 87: 203–211.
- Tosti A, Piraccini BM, Cameli N, et al. Calcipotriol ointment in nail psoriasis: a controlled double-blind comparison with bethametasone dipropionate and salicylic acid. *Br J Dermatol* 1998; 139: 655–659.
- Langley RG, Daudén E. Treatment and Management of Psoriasis with Nail Involvement: A Focus on Biologic Therapy. *Dermatology* 2010; 221(suppl 1): 29–42.
- Oram Y, Akkaya AD. Treatment of Nail Psoriasis: Common Concepts and New Trends. *Dermatol Res Pract* 2013; doi: 10.1155/2013/180496.
- Lin Y-K, et al. Efficacy and safety of Indigo naturalis extract in oil (Lindiol) in treating nail psoriasis: A randomized, observer-blind, vehicle-controlled trial. *Phytomedicine* 2014; http://dx.doi.org/10.1016/j.phymed.2014.02.013.
- Tosti A, Ricotti C, Romanelli P, Cameli N, Piraccini BM. Evaluation of the Efficacy of acitretin therapy for nail psoriasis. *Arch Dermatol* 2009; 145(3): 269–271.
- Feliciani C, Zampetti A, Forleo P, et al. Nail psoriasis: Combined therapy with systemic cyclosporine and topical calcipotriol. *J Cutan Med Surg* 2004; 8: 122–125.

Článek přijat redakcí: 23. 7. 2014

Článek přijat k publikaci: 2. 9. 2014

MUDr. Gabriela Janoušková
Dermatovenerologické oddělení
FN Motol
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
gabina.janouskova@gmail.com

