

Kritéria léčby onychomykóz

doc. MUDr. Magdalena Skořepová, CSc.

Článek stručně shrnuje kritéria pro stanovení stupně závažnosti onychomykózy a z toho vyplývající terapeutická doporučení.

Klíčová slova: onychomykóza, diagnóza, OSI skóre.

Criteria for treatment of onychomycosis

The article presents a brief review of criteria for grading the severity of onychomycosis and the ensuing therapeutic recommendations.

Key words: onychomycosis, diagnosis, OSI score.

V devadesátých letech byla stanovena kritéria pro nasazení systémové léčby onychomykózy, která se následně objevila v číselníku Všeobecné zdravotní pojišťovny v rámci preskripčního omezení. Tato kritéria zněla: postižení více než 25–30 % plochy nehtu, postižení 4 a více nehtů, postižení nehtu palce nohy a pozitivní mykologický nález (přičemž panovaly spory o to, zda „pozitivní mykologický nález“ znamená pozitivní kultivaci, či zda stačí pozitivita mikroskopického preparátu).

Naopak za vyléčený se považoval nehet s negativním mikroskopickým i kultivačním nálezem a s případnou reziduální deformací, která nepřesahovala 10 % plochy nehtu. Toto kritérium se uplatňovalo zejména v klinických studiích.

Podle klinických zkušeností však je diametrální rozdíl mezi tím, zda je oněch 10 % pouze okrajová onycholýza u distálního konce nehtu, nebo zda jde o úzký podélný proužek, který ale zasahuje až do nehtové matrix. Jako další klíčový faktor se projevila tloušťka postiženého nehtu, neboť do hyperkeratotické ploténky antimykotikum těžko proniká, ať je podáno zevně či vnitřně (1). Proto skupina Taskforce on Onychomycosis Education při Evropské Akademii Dermatologie a Venerologie (EADV) publikovala v roce 2005 nová, zpřesňující doporučení (2).

V klinické diagnostice se nadále uplatňuje dělení typů onychomykózy podle Barana (3):

Tab. 1. Klinické typy onychomykózy

Distální a laterální subungvální onychomykóza	
Proximální subungvální onychomykóza	
Bílá superficiální onychomykóza (mykotická leukonychie)	
Onychomykóza typu endonyx	
Dermatofytom (podélný žlutý proužek, spike)	
Totální dystrofická onychomykóza	

Klíčovým kritériem při rozhodování mezi lokální a systémovou terapií je postižení nehtové matrix. Platí, že pokud nehtové změny

Tab. 2. Laboratorní metody k diagnostice onychomykózy (4)

Metoda	Medián senzitivity
Louhový preparát barvený (Parkerův inkoust nebo chlorazolová čerň)	73–94 %
Biopsie nehtu barvená PAS	85 %
Mykologická kultivace	62 %
PCR	89 %

zasahují až do lunuly, je to jednoznačná indikace k nasazení celkové léčby (pokud tomu nebrání zdravotní kontraindikace). Tam, kde není postižena nehtová matrix (změny nedosahují k lunule), je teoreticky možné vystačit s lokální terapií.

K objektivnímu průkazu mykotické infekce slouží dnes řada laboratorních metod, od klasického louhového preparátu až po moderní PCR (Polymerase Chain Reaction). Porovnání senzitivity jednotlivých metod je v Tab. 2.

Z tabulky vyplývá, že zatímco kultivace dává velmi často falešně negativní výsledky, jednoduchý louhový preparát je v rukou zkušeného mikroskopisty levným a spolehlivým diagnostickým nástrojem, jehož senzitivita se blíží moderním molekulárně genetickým metodám (4). Zbývá ještě dodat, že samotné klinické vyšetření dává největší procento falešně pozitivních výsledků (5).

V pokynech ke klinickým studiím a v příbalových letácích léků se často operovalo s termíny „lehká“, „středně těžká“ a „těžká“ onychomykóza, aniž byly tyto termíny nějak blíže definovány. To vedlo k tomu, že kolektivy pacientů vstupujících do studie byly dosti různorodé a následně byla i mezi výsledky značná diskrepance. To je zejména vidět na nových studiích experimentujících s léčbou onychomykózy laserem či fotodynamickou terapií. Proto bylo i pro onychomykózu, stejně jako předtím pro psoriázu, vytvořeno číselné skóre (6), tzv. OSI (Onychomycosis Severity Index).

■ Skóre se vypočítává pro jeden („cílový“) nehet. Závažnost onychomykózy se pak stanoví takto:

- Skóre 1–5 = lehká onychomykóza
- Skóre 6–15 = středně těžká onychomykóza
- Skóre 16–35 = těžká onychomykóza

Lokální léčba (farmakologická nebo fyzikální – laserem) je vhodná pro lehkou ony-

Tab. 3. Onychomycosis Severity Index (OSI)

Postižená plocha nehtu		Hloubka postižení směrem k matri (podíl vzdálenosti mezi distálním a proximálním okrajem nehtu)		Přítomnost dermatofytomu (žlutého podélného proužku) nebo hyperkeratózy > 2 mm	
Procento plochy nehtu	Počet bodů	Vzdálenost od volného okraje	Počet bodů	Přítomnost	Počet bodů
0 %	0	< 1/4	1	Ne	0
1–10 %	1	1/4–1/2	2	Ano	10
11–25 %	2	1/2–3/4	3		
26–50 %	3	> 3/4	4		
51–75 %	4	Zasažená matri	5		
76–100 %	5				

chomykózu. Těžká onychomykóza se léčí nejlépe kombinací celkové a lokální terapie. Středně těžká onychomykóza tvoří jakousi „šedou zónu“, pro kterou nejsou jednoznačná doporučení. Většina odborníků radí nejprve zkusit lokální léčbu, případně vystřídat různé přípravky; pokud ani po 6 měsících není vidět žádný efekt, přidat léčbu celkovou (7, 9, 10).

Vzhledem k tomu, jaký význam pro prognózu má přítomnost nehtové hyperkeratózy a podélných proužků, je vždycky dobré léčbu zahájit

důkladným debridementem nehtu (8). Pojmem debridement se rozumí nekrvavé odstranění všech viditelně změněných částí nehtové ploténky. To se děje buď frézováním, nebo vystříháním kleštěmi po předchozím změkčení nehtu 40% ureou. Tento úkon je nejlépe svěřit odbornému podologovi (11). Dnes je již po celé republice poměrně rozsáhlá síť podologických pracovišť, takže na stránkách Československé podologické společnosti je možno pacientovi vybrat kontakt v blízkosti jeho bydliště.

LITERATURA:

1. Sergeev AY, Gupta AK, Sergeev YV. The Scoring Clinical Index for Onychomycosis (SCIO index). *Skin Therapy Lett.* 2002; 7 Suppl 1: 6–7.
2. Lecha M, Effendy I, Feuillade de Chauvin M et al. Treatment options – development of consensus guidelines. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005; 19 Suppl 1: 25–33.
3. Baran R, Hay RJ. Nouvelle classification clinique des onychomycoses. *J Mycol Med.* 2014; 24: 247–260.
4. Vlahovic TC, Joseph WS, Scher RK et al. Diagnosis and management of onychomycosis. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2016; 106: 155–162.
5. Wollina U, Nenoff P, Haroske G, Haenssle HA. The diagno-

- sis and treatment of nail disorders. *Dtsch Arztebl Int.* 2016; 113: 509–518.
6. Carney C, Tosti A, Daniel R et al. A new classification system for grading the severity of onychomycosis: Onychomycosis Severity Index. *Arch Dermatol.* 2011; 147: 1277–1282.
7. Baran R, Kaoukhov A. Topical antifungal drugs for the treatment of onychomycosis: an overview of current strategies for monotherapy and combination therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005; 19:21–29.
8. Westerberg DP, Voyack MJ. Onychomycosis: Current trends in diagnosis and treatment. *Am Fam Physician.* 2013; 88: 762–770.

9. Iorizzo M, Ilona H, Derveniece A, Mikazans I. Ciclopirox 8% HPCH nail lacquer in the treatment of mild-to-moderate onychomycosis: a randomized, double-blind amorolfine controlled study using a blinded evaluator. *Skin Appendage Disord.* 2015; 1: 134–140.
10. Gupta AK, Paquet M, Simpson, Tavakkol A. Terbinafine in the treatment of dermatophyte toenail onychomycosis: a meta-analysis of efficacy for continuous and intermittent regimens. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013; 27: 267–272.
11. Scher RK, Tosti A, Joseph WS et al. Onychomycosis diagnosis and management: perspectives from a joint dermatology-podiatry roundtable. *J Drugs Dermatol.* 2015; 14: 1016–1021.