

jové 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 (8). Ačkoli je mNAPSÍ časově náročný, prokazuje vynikající spolehlivost a přesnost hodnocení postižení psoriatického nehtu. Skórovací index NAPPA (Nail Assessment in Psoriasis and Psoriatic Arthritis) používaný převážně v klinických studiích odráží nejen závažnost nehtové psoriázy, ale i kvalitu života pacientů (1).

Léčba

Nehtová psoriáza je refrakterní onemocnění a účinnost léčby je stále omezená. Vzhledem k specifické anatomii nehtů je obtížné dosáhnout účinných koncentrací lokálních léčiv v nehtové ploténce, nehtovém lůžku nebo nehtové matrix. Léčba psoriázy nehtů by měla být individualizována podle počtu postižených nehtů, postiženého místa nehtu a přítomnosti postižení kůže a/nebo kloubů.

Ačkoli existuje několik doporučených léčebných postupů, zatím není k dispozici 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 (9). Vzhledem k vysoké prevalenci souběžně se vyskytující onychomykózy je důležitá správná diagnostika a cílená léčba i tohoto onemocnění k dosažení lepšího výsledku všech ostatních léčebných postupů (10).

Lokální léčba

Ačkoli topická léčba je základem terapie kožních projevů psoriázy, její využití v léčbě projevů na nehtech je jen minimálně dokumentováno (6). Jestliže změny na nehtech jsou mírného rozsahu nebo postižení nehtů je jediným klinickým projevem onemocnění se zasažením ≤ 3 nehtů, pak v první linii jsou lékem volby topické preparáty (11). Nejčastěji jsou používány lokální kortikosteroidy, analoga vitamínu D_3 , méně často ditranol, 5-fluorouracil, 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.

Lokální monoterapie kortikosteroidy

Často používané silně účinné a velmi silně účinné kortikosteroidy se zdají být efektivnější při postižení nehtové matrix než nehtového lůžka. Aplikují se jednou až dvakrát denně, případně je preferována pulzní léčba omezující výskyt nežádoucích účinků vyplývajících z dlouhodobé aplikace topických kortikosteroidů. Klinický efekt lze pozorovat za 4–6 měsíců léčby. Nejčastěji doporučovaný je 0,05% klobetazol-propionát v krému nebo masti aplikovaný v okluzi. V roce 1999 Baran a Tosti popsali úspěšnou aplikaci 8% klobetazol-propionátu v laku na postižené nehty s téměř 80% léčebnou odpovědí (12). Léčba lakem je efektivní jak při postižení nehtové matrix, tak i nehtového lůžka (13).

Kombinovaná terapie

Z dostupných publikací je zřejmé, že nejčastější topickou léčbou jsou lokálně aplikované kortikosteroidy v kombinaci s deriváty vitamínu D_3 , tazarotemem či topickými inhibitory kalcineurinu.

Synergický účinek těchto léčiv může vést k snížení dávkování kortikosteroidů a tím i redukci jejich nežádoucích účinků. Výsledky studií hodnotící efekt kombinované léčby lokálními kortikosteroidy a kalcipotriolu jsou sporné, nicméně představují nejčastěji používanou lokální léčbu současnosti (14, 15).

Analoga vitamínu D_3

Účinnost kalcipotriolu v masti na projevy nehtové psoriázy při aplikaci 2× denně po dobu 5 měsíců byla hodnocena ve studii s 24 pacienty. Kalcipotriol byl hodnocen jako zvláště účinný v redukci subunguální hyperkeratózy, onycholýzy a dyskolorace nehtu (16). Dvojitě zaslepená, randomizovaná studie zahrnující 58 pacientů s psoriatickým postižením nehtového lůžka porovnávala efekt lokální léčby kalcipotriolu v masti při aplikaci 2× denně a betametazon-dipropionátu se salicylovou vazelinou.

Použití obou postupů vykazovalo podobné léčebné výsledky v redukci subunguálních hyperkeratóz u poloviny pacientů (17). Na vzorku 15 pacientů byl hodnocen efekt léčby takalcitolem, který je in vitro účinnější než kalcipotriol. Při aplikaci takalcitolu v masti 1× denně po dobu 6 měsíců došlo k podstatnému zlepšení zejména onycholýzy a subunguální hyperkeratózy (18).

Ostatní lokální léčba

Několik studií dokládá pozitivní efekt aplikace 0,1% tazarotenu v gelu u nehtové psoriázy, a to zejména zlepšení onycholýzy a dolíčkování, případně hyperkeratózy a olejových skvrn. K dispozici jsou i data poukazující na zlepšení projevů po aplikaci 0,1% a 0,03% takrolimu masti a 70% cyklosporinu v olejovém roztoku (19). Aplikace 2× denně 1% 5-fluorouracilu v souboru 20 pacientů vedla ke zlepšení subunguální hyperkeratózy a dolíčkování v 75%, aplikace 1× 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 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 mNAPSÍ o 49,8%, po 24 týdnech o 76,6% při aplikaci 2× denně (20).

Intralezionální léčba

Konvenční léčbou nehtové psoriázy je intralezionální aplikace kortikosteroidů. Aplikace triamcinolon-acetonidu do proximálního nehtového valu při postižení nehtové matrix může zlepšit zejména dolíčkování a rýhování (19). Dalším intralezionálně používaným lékem u psoriázy nehtů je metotrexát (MTX). Kazuistické sdělení uvádí signifikantní zlepšení subunguální hyperkeratózy a dolíčkování při použití intralezionálně aplikovaného MTX v dávce 2,5 mg jednou týdně po dobu 6 týdnů, které přetrvávalo i 2 roky po léčbě (21). V roce 2018 Üstüner et al. dospěli k závěru, že injekce intralezionálního MTX se jeví účinnější při léčbě psoriázy nehtů se známky postižení nehtové matrix, zatímco injekce triamcinolon-acetonidu je efektivnější