

při postižení nehtového lůžka (22). Otevřená studie porovnávací účinnost intramatrikálně podaného triamcinolon-acetonidu, MTX a cyklosporinu u psoriatického nehtu prokázala, že cyklosporin byl nejméně účinným lékem s nejvíce vedlejšími účinky (23). Významným omezením intralezionální léčby je výrazná bolestivost zákroku.

Fototerapie

Fototerapie používaná při léčbě psoriázy nehtů zahrnuje ultrafialové záření B (UVB), kombinaci psoralenu a ultrafialového záření A (PUVA) a pulzní barvivový laser (PDL). PUVA terapie vykazuje různé výsledky, lepší léčebná odpověď je patrná při postižení nehtového lůžka, zatímco při postižení nehtové matrix je efekt minimální. Randomizovaná, dvojitě zaslepená studie prokázala, že použití PDL může být účinnou a dobře tolerovanou alternativou v léčbě psoriázy nehtů (24).

Systémová léčba

Systémová terapie se obvykle doporučuje pacientům s postiženými > 3 nehty, u pacientů rezistentních na topickou či intralezionální léčbu nebo u nemocných s významně sníženou kvalitou života, zejména u pacientů se souběžnými kožními projevy a/nebo PsA (1).

Acitretin

Acitretin, syntetický derivát vitamínu A, se v léčbě kožních projevů psoriázy používá již řadu let a rovněž byl prokázán jeho pozitivní přínos i v léčbě lupénky nehtů. Data uvádějí, že nízké dávky acitretinu (0,2–0,3 mg/kg/den) vedly k průměrnému zlepšení NAPSÍ o 41 % po 6 měsících léčby (25). Některé studie naznačují, že může dojít ke zlepšení NAPSÍ o 40–50 % za 6–12 měsíců. Souhrnně je acitretin však podstatně méně účinný v krátkodobém horizontu a léčba by tedy měla trvat alespoň 6 měsíců (26, 27). Terapie acitretinem je vhodná zejména pro pacienty se ztluštělými nehty a výraznou subunguální hyperkeratózou.

Cyklosporin

Léčba cyklosporinem v nízké dávce vede u většiny pacientů alespoň k mírnému zlepšení projevů nehtové psoriázy jak při postižení nehtové matrix, tak i nehtového lůžka.

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 (28).

Metotrexát

Ačkoli je MTX jedním z nejčastěji používaných systémových léků v léčbě psoriázy nehtů, jeho terapeutická účinnost je mnohem nižší než u většiny biologických látek (26, 27, 29). Optimální dávka MTX by měla být 15 mg/týden, maximální dávka by neměla překročit 30 mg/týden. Léčbu MTX je vhodné ponechat do dosažení alespoň mírného zlepšení s následným zvážením redukce dávky (1, 30).

Biologická léčba

Cílená biologická léčba je v posledních letech trendem v léčbě psoriázy nehtů u pacientů se současnými závažnými kožními a artritickými projevy, u nichž konvenční systémová terapie nebyla dostatečně účinná. Přestože je obtížné porovnávat výsledky léčby jednotlivými biologiky, inhibitory interleukinu IL-17 vykazují lepší účinnost v krátkodobém horizontu v porovnání s inhibitory IL-23 a inhibitory tumor nekrotizujícího faktoru alfa (TNF- α), ačkoli dlouhodobá účinnost je u inhibitorů IL-17 a inhibitorů TNF- α obdobná. Inhibitory IL-23 a inhibitory TNF- α vykazují podobný efekt v léčbě psoriázy nehtů (31).

Inhibitory TNF- α

Adalimumab (ADM)

Bezpečnost a účinnost ADM byla hodnocena v randomizované placebem kontrolované studii fáze 3 u pacientů se středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou a souběžnou středně těžkou až těžkou psoriázou nehtů. Pacienti dostávali 40 mg ADM každý druhý týden (počínaje týdnem 1 po dávce 80 mg v týdnu 0) nebo placebo, přičemž primárním cílem bylo skóre NAPSÍ-75 (75% snížení oproti výchozí hodnotě ve skóre NAPSÍ) v týdnu 26. Primární cílový parametr byl dosažen u 47,4 % pacientů s ADM oproti 3,4 % pacientů dostávající placebo, v 52. týdnu dosáhlo NAPSÍ-75

54,5 % pacientů ve skupině kontinuálně dostávající ADM (32).

Etanercept (ETN)

24týdenní randomizovanou otevřenou studii provedl Ortonne a kol. v roce 2013 (33). Účinnost dvou dávkovacích režimů ETN byla porovnáвана u pacientů, u kterých dříve selhala alespoň jedna systémová terapie. Pacienti byli randomizováni do skupiny s ETN, která dostávala 50 mg 2x týdně po dobu 12 týdnů a následně 1x týdně dalších 12 týdnů nebo do skupiny aplikující ETN 50 mg 1x týdně 24 týdnů. Primárním cílem bylo průměrné zlepšení NAPSÍ během 24 týdnů terapie u nehtu s nejzávažnějšími abnormalitami. Na začátku léčby bylo průměrné NAPSÍ cílového nehtu 6,0 ve skupině ETN 2x týdně/1x týdně, resp. 5,8 ve skupině ETN 1x týdně/1x týdně. V 24. týdnu se průměrné cílové skóre NAPSÍ snížilo o 4,3 ve skupině 2x týdně/1x týdně a o 4,4 ve skupině 1x týdně/1x týdně.

Infliximab (IFX)

Účinek léčby IFX byl hodnocen v 50týdenní multicentrické, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované studii, primárně navržené k hodnocení dlouhodobé účinnosti a bezpečnosti IFX u pacientů se středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou. Zároveň bylo hodnoceno procentuální zlepšení NAPSÍ v 10., 24. a 50. týdnu. K úplnému zhojení nehtové psoriázy došlo u 6,9 % pacientů v týdnu 10, u 26,4 % pacientů ve 24. týdnu a u 44,7 % pacientů po 50 týdnech léčby. Ve skupině s placebem bylo zhojení nehtů zaznamenáno u 1,7 % a 5,1 % pacientů v týdnech 10 a 24 (34).

Golimumab (GOM)

Studie GO-VIBRANT fáze 3 zahrnovala biologicky naivní pacienty s aktivními projevy psoriatické artritidy, u kterých byla mimo jiné hodnocena účinnost léčby projevů nehtové psoriázy. Pacienti byli randomizováni k intravenózní aplikaci GOM v dávce 2 mg/kg v týdnech 0, 4 a poté každých 8 týdnů až do týdne 52 nebo k placebo v týdnech 0, 4, 12 a 20. Pacienti, kteří dostávali placebo, byli převedeni na GOM v 24. týdnu studie. Pacienti dostávající GOM dosáhli většího snížení skóre NAPSÍ oproti placebo v 14. týdnu (-9,6 vs. -1,9) a v týdnu 24 (-11,4 vs. -3,7) (35).