

ZKUŠENOSTI S HEMODIALÝZOU A HEMOPERFÚZÍ U PSORIASIS VULGARIS

Plk. MUDr. Vladimír DBALÝ, CSc., plk. MUDr. Václav MONHART, CSc.,

plk. MUDr. Adolf JESENSKÝ

Ústřední vojenská nemocnice, Praha

(náčelník: plk. MUDr. Vladimír Dbalý, CSc.)

3. oddělení pro nemoci vnitřní s jednotkou dialyzační léčby

(náčelník: plk. MUDr. Václav Monhart, CSc.)

Oddělení pro nemoci kožní s ambulantní částí

(náčelník: plk. MUDr. Adolf Jesenský)

Neúspěšnost standardní dermatologické léčby u závažných forem lupénky spolu s hypotézou o existenci „psoriatického toxinu“ (3, 6, 14) vedla k zavedení invazivních hemoelimitačních postupů.

Jako první byla použita hemodialýza, a to již v r. 1967 (11). V následujících letech byly kromě extrakorporální dialýzy (4, 7) vyzkoušeny také další hemoelimitační metody — peritoneální dialýza (13), hemofiltrace a hemoperfúze (6) a také plazmaferéza (1). Z rozboru zveřejněných údajů o léčení 173 psoriatických hemoelimitačními metodami (2) vyplývá, že nejčastěji byla použita hemodialýza — 49 % a peritoneální dialýza — 32 %, zatímco hemofiltrace a hemoperfúze jen u malého počtu nemocných (23 a 6 osob). Největší léčebný efekt hodnocený navozením úplné nebo částečné remise kožního nálezu měla hemoperfúze (100%), peritoneální dialýza (80%) a hemodialýza (68%), nejmenší pak hemofiltrace (61%). Zjištěné výsledky však snižuje skutečnost, že šlo o různorodý soubor značně se odlišující jak trváním a četností léčby, tak i formou psoriázy, kde jen 33 nemocných bylo léčeno pravidelně a dlouhodobě (pro současné vleklé nezvratné selhání ledvin).

Podle studie řízené Evropskou dialyzační a transplantační společností (5) bylo dialýzou dosaženo zlepšení u více než 60 % psoriatických s normálními funkcemi ledvin a nejméně u 20 procent psoriatických léčených pro současné vleklé selhání ledvin bylo pozorováno dlouhodobé zlepšení (což je více než dvojnásobek spontánních dlouhodobých remisí u psoriázy).

Předmětem našeho sdělení jsou zkušenosti získané s použitím hemodialýzy a hemoperfúze u nemocných s lupénkou léčených v ÚVN Praha.

Materiál a metodika

Nemocní

Léčili jsme 5 nemocných s torpidní formou lupénky, 4 muže a 1 ženu ve věku od 25 do 59 roků, průměrný věk 43,2. Všichni měli normální funkční schopnost ledvin a byli v předchozím období neúspěšně léčeni místní i celkovou konvenční dermatologickou léčbou, včetně výběrového použití imunosupresiv.

Převažovala geografická forma psoriázy (tab. 1). Před zahájením hemoelimitační léčby a

Tab. 1

Soubor nemocných s psoriázou léčených hemoelimitačními metodami

Číslo	Jméno	Věk	Pohlaví	Diagnóza
1	N. K.	59	m	Psoriasis exsudativa generalisata
2	K. K.	48	m	Psoriasis geographica
3	K. B.	50	m	Psoriasis geographica partim verrucosa
4	P. I.	25	ž	Psoriasis geographica
5	H. J.	34	m	Psoriasis geographica

v jejím průběhu byl kožní nálezhodnocen klinicky a byla pořízena fotodokumentace. Nemocní byli ponecháni jen na lokální indiferentní léčbě (ung. leniens).

Metody léčení

1. 3 nemocní (č. 1 až 3) podstoupili opakovanou hemodialyzační léčbu s použitím čs. cívkového dialyzátoru s cuprophanovou membránou a čs. monitoru UL₂. Počet provedených výkonů a celkové trvání léčby jsou uvedeny v tab. 2. Jednotlivé dialýzy trvaly 12 hodin a uskutečnily se ve frekvenci 2 až 3krát týdně. Připojení nemocných na mimotělní hemodialyzační systém bylo provedeno jednorázovými perkutánními katetrizacemi stehenních žil. Rychlost průtoku krve dialyzátorem, velikost recirkulace dialyzačního roztoku a režim antikoagulace byly stejné jako u nemocných léčených hemodialýzou pro vleklé nezvratné selhání ledvin (10).

2. 2 nemocní (č. 4 a 5) byli léčeni opakovanou hemoperfúzí. U nemocné č. 4 jsme 11krát použili čs. hemoperfúzní kolonu s aktivním uhlím HEMASORB 800 C, u nemocného č. 5 byla 2krát použita stejná čs. kolona a 2krát ADSORBA 300 C fy Gambro. Cévní přístup byl stejný jako u dialyzovaných nemocných. Snaha o zajištění trvalého cévního přístupu pro dlouhodobou opakovanou hemoelimitační léčbu zhotovením arteriovenózní podkožní píštěle na předloktí byla neúspěšná. Počet provedených perfú-

zí a celkové trvání léčby je v tab. 2. Každý hemoperfúzní výkon trval 6 hodin. U nemocné č. 4 byly perfúze prováděny zpočátku 3krát týdně, později 2krát týdně a nakonec 1krát týdně, z toho poslední 2 výkony se uskutečnily v odstupu 2 týdnů. U nemocného č. 5 byly první 2 hemoperfúzní výkony provedeny během jednoho týdne, dva zbývající pak v odstupu 1 týdne. Technika hemoperfúzní léčby (rychlost průtoku krve systémem, režim antikoagulace) se nelišila od způsobu léčby prováděné u intoxikací a metabolických selhání (9).

Tab. 2

Způsob a trvání hemoelimační léčby u nemocných s psoriázou

HD — hemodialýza, HP — hemoperfúze

Číslo	Jméno	Druh léčby	Počet výkonů	Celkové trvání léčby (dny)
1	N. K.	HD	8	16
2	K. K.	HD	8	22
3	K. B.	HD	8	16
4	P. I.	HP	11	83
5	H. J.	HP	4	17

Tab. 3

Účinnost hemoelimační léčby u nemocných s psoriázou

Číslo	Jméno	Druh léčby	Účinnost léčby
1	N. K.	HD	++++
2	K. K.	HD	++
3	K. B.	HD	+
4	P. I.	HP	+++
5	H. J.	HP	+++

Výsledky

1. Hodnocení kožního nálezu (tab. 3):

a) **hemodialyzační léčba** — u nemocného č. 1 došlo k úplné remisi kožního nálezu na konci léčby a tento efekt přetrvával více než 1 rok;

— u nemocného č. 2 dialýza vedla k částečnému zlepšení nálezu přetrvávajícímu necelé 3 měsíce;

— u nemocného č. 3 byl jen malý efekt v subjektivním hodnocení i objektivních projevech

onemocnění, rovněž měl přechodný charakter s plnou exacerbací do 2 měsíců.

b) **hemoperfúzní léčba** — u nemocného č. 4 došlo po 9. hemoperfúzním výkonu k odhojení kožního nálezu z 90 %, jež v dalším období přetrvávalo, ale po skončení léčby se do 2 měsíců objevila exacerbace;

— u nemocného č. 5 léčba vedla k výraznému zlepšení projevů onemocnění, efekt nastoupil po druhé hemoperfúzi, po posledním čtvrtém výkonu bylo na končetinách pozorováno odhojení až o 80 %, avšak další léčení bylo přerušeno na vlastní žádost nemocného pro psychickou maladaptaci na prováděnou léčbu.

U obou skupin bylo první známkou zlepšování stavu zmírnění subjektivních obtíží — snížení až vymizení pocitu napětí, pálení či svědění, ke kterému docházelo již po 1. nebo 2. hemoelimačním výkonu a jež předcházelo objektivní projevům zlepšování — ústup čerstvých eflorescencí, zvláště mizení šupin a snížení infiltrace ložisek a jejich blednutí a postupné mizení od centra.

2. Tolerance léčby

U 2 hemodialyzačních výkonů se objevila zvýšená krvácivost v okolí zavedených cévních kanyl, zřejmě v souvislosti s nadměrným antikoagulačním zajištěním heparinem.

V průběhu 6 hemoperfúzních výkonů z celkových 15 jsme pozorovali mírnou pyretickou reakci, která byla snadno zvládnutelná antipyretiky a nevedla k přerušení či zkrácení plánované délky výkonu. Vliv opakované hemoperfúze na hematologické, biochemické a imunologické ukazatele jsme publikovali dříve (8). Nedostatečná psychická adaptace na hemoelimační léčbu byla důvodem k jejímu ukončení v jednom případě (nemocný č. 5).

Diskuse

Mechanismus příznivého účinku hemoelimačních metod na průběh torpidních forem psoriázy zůstává stále nejasný. Předpokládá se, že odstraňují z krve látky zodpovědné za etiopatogenezi tohoto onemocnění. Že nejde o vliv průvodné heparinizace nutné u přístrojových hemoelimačních metod, potvrzuje léčebný efekt peritoneální dialýzy (3).

Hemoelimační léčba lupénky u našich nemocných vedla k výraznému zlepšení ve 3 případech, z toho u 1 nemocného k dlouhodobé remisi. Vzhledem ke krátkodobě aplikované léčbě nutno hodnotit i částečný efekt u dalšího nemocného jako příznivý. Naše výsledky se sice shodují s údaji o úspěšnosti léčby získanými při vyhodnocení velkých sestav (2, 5), ale pro malý počet našich léčených nemocných a odlišnou taktiku léčby je nelze porovnávat. Stejně důvody nám neumožňují ani srovnání účinku hemodialýzy proti hemoperfúzi. Přesto se střídavě hodnocení získaných zkušeností

s uplatněním hemoelimační léčby shoduje s údaji, že hemodialýza a hemoperfúze jsou účinnou léčbou u části nemocných s lupénkou. Problémem zatím zůstává odlišit nemocné, kteří by z této léčby měli největší užitek od těch, u nichž je invazivní hemoeliminace bez efektu (11). Identifikace optimálních forem lupénky pro hemoelimační léčbu by pak v kontrolované studii mohla pomoci zodpovědět další otázku, a to který způsob léčby (dialýza — hemoperfúze — plazmaseparace) je pro nemocného nejpřínosnější.

Výše uvedené okolnosti určují, že hemodialýza nebo hemoperfúze je u lupénky prozatím léčbou experimentální. Proti jejímu rutinnímu používání svědčí i další důvody jak medicínských (riziko invazivních hemoelimačních výkonů), tak i ekonomické (současná cena 1 výkonu představuje částku 1500–2500 Kčs). Pro nejbližší budoucnost proto tato léčba zůstane záležitostí týmové spolupráce dialyzačních středisek s erudovanými dermatology. Bylo by naivní se domnívat, že tento léčebný přístup vyřeší problematiku tak složitého a tak dlouhodobě zkoumaného onemocnění jako je lupénka. Přesto by svým dílčím způsobem mohl přispět ke zvládnutí jeho projevů u vybraných nemocných.

Závěr

Pomocí hemodialýzy a hemoperfúze lze dosáhnout u některých závažných forem psoriázy zlepšení kožního nálezu. Hemoelimační léčbou navozená remise má dočasné, většinou několikaměsíční trvání.

Pozorované nežádoucí účinky hemodialýzy a hemoperfúze u nemocných s psoriázou nejsou důvodem k přerušení této léčby.

Aplikace hemoelimačních metod je prozatím omezena na výběrové použití u jinak nezvládnutelných forem psoriázy.

Souhrn

5 nemocných s torpidní formou psoriázy podstoupilo hemodialyzační (3) a hemoperfúzní léčbu (2). Po opakovaně provedených hemoelimačních výkonech došlo u 1 nemocného k úplné remisi přetrvávající více než 1 rok (léčen hemodialýzou) a u zbývajících k přechod-

nému 2 až 3měsíčnímu zlepšení kožního nálezu. Srovnání účinnosti hemodialýzy s hemoperfúzí není pro malý počet léčených možné. Současné medicínské i ekonomické důvody nedovolují širší uplatnění hemoelimační léčby u psoriasis vulgaris. I v nejbližší budoucnosti zůstane výběrovou léčebnou metodou u jedinců se závažnými formami tohoto onemocnění.

Literatura

1. DAU, P. C.: Remission of psoriasis during plasmapheresis therapy. *Arch. Dermatol.*, 115, 1979, č. 10, s. 1171.
2. GURLAND, H. J. et al.: Dialysis and haemofiltration for non-renal conditions, s. 884–895. In: Replacement of renal function by dialysis (Eds. W. Druker, F. M. Parsons and J. F. Maher), II. vyd., Dordrecht (Boston) Lancaster, Martinus Nijhoff Publishers 1986.
3. HALEVY, S. et al.: Dialysis therapy for psoriasis. *Arch. Dermatol.*, 117, 1981, č. 1, s. 69–72.
4. HAYDN, L. M.: Remission of psoriasis during hemodialysis. *Brit. Med. J.*, I, 1978, č. 6111, s. 481–482.
5. KRAMER, P. et al.: Dialysis treatment and psoriasis in Europe. *Clin. Nephrol.*, 18, 1982, č. 1, s. 62–68.
6. MAEDA, K. et al.: Psoriasis treatment with direct hemoperfusion, s. 349–355. In: Hemoperfusion, Kidney and Liver Support and Detoxification (Eds. S. Sideman, T. M. S. Chang), Washington/New York/London, Hemisphere Publ. Corp. 1980.
7. McEVOY, J. - KELLY, A. M. T.: Psoriatic clearance during hemodialysis. *Ulster Med. J.*, 45, 1976, č. 1, s. 76–78.
8. MONHART, V. aj.: Zkušenosti s opakovanou hemoperfúzí přes čs. systém a aktivním uhlím — Hemasorb C. *Vnitř. Lék.*, 31, 1985, č. 1, s. 83–91.
9. MONHART, V.: Sorpční hemoperfúze, s. 332–379. In: Dialýza, hemoperfúze a plasmaferéza (J. Navrátil a kolektiv), Praha, Naše vojsko 1987.
10. NAVRÁTIL, J.: Hemodialýza, s. 227–278. In: Dialýza, hemoperfúze a plasmaferéza (J. Navrátil a kolektiv), Praha, Naše vojsko 1987.
11. NISSENSON, A. R. et al.: Hemodialysis in the treatment of psoriasis. *Ann. Intern. Med.*, 91, 1979, č. 2, s. 218–220.
12. RAKHMANOV, V. A. et al.: The use of hemodialysis in the treatment of some chronic dermatoses. *Sov. Med.*, 30, 1967, č. 6, s. 23–24.
13. TWARDOWSKI, Z.: Abatement of psoriasis and repeated dialysis. *Ann. Intern. Med.*, 86, 1977, č. 5, s. 509–510.
14. TWARDOWSKI, Z.: Epidermopoetina — hipotetyczny czynnik wywołujący łuszczycę. *Przeg. Derm.*, 66, 1979, č. 1, s. 103–108.

Klíčová slova: Psoriasis vulgaris; Hemodialýza; Hemoperfúze; Hemoelimační léčba.