

Vitiligo

MUDr. Eva Motyková

Centrum preventivní kardiologie, III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Med. praxi 2013; 10(2): 86

Vitiligo je získaná ztráta pigmentu projevující se různě velkými a tvarovanými nepigmentovanými skvrnami na kůži a sliznicích, ve kterých zcela chybějí melanocyty a melanin. Ložiska mají různé odstíny podle reziduálního barviva, vlasy rostoucí z těchto oblastí jsou taktéž bez pigmentu, tedy zcela bílé. Predilekčně se ložiska vitiliga vyskytují v okolí očí, úst, genitálu, v místech otlaku.

Incidence vitiliga je v naší populaci přibližně 1–4% se vznikem většinou v nižším věku, mírně častěji se s vitiligem setkáváme u žen, nenačázíme závislost na etnické příslušnosti nebo geografických podmínkách. Přibližně ve 30% případů je přítomen genetický podklad, přičemž se jedná o polygenní dědičnost.

Etiopatogeneze onemocnění není zcela objasněna, opírá se o několik teorií, ve všech hraje zásadní roli imunitní systém. Podle první teorie dochází k autodestrukci melanocytů u jedinců, kteří postrádají antioxidační mechanismy potřebné k neutralizaci toxických meziproductů tvorby melaninu. Jiné práce zjistily přítomnost autoprotilátek a specifických T-lymfocytů zaměřených proti melanocytům, jiné výsledky hovoří o neurohumorálním procesu ve spojitosti s imunitním systémem. Ať je primární příčina onemocnění jakákoli, jde bezpochyby o onemocnění založené na autoimunitním podkladě. Byla prokázána asociace vitiliga s dalšími autoimunitními chorobami, jako je např. autoimunitní tyreopatie, perniciózní anémie, adrenální insuficience, diabetes mellitus, autoimunní polyglandulární syndrom, myastenia gravis, Crohnova choroba a dále.

Průběh onemocnění je vysoce individuální a závislý na mnoha faktorech včetně psychického stavu pacienta. Obvykle pomalu progreduje, nicméně přibližně v 10% případů je také možné pomalé spontánní zhojení s repigmentací ložisek, zvláště u mladých nemocných.

Základem diagnostiky je klinické vyšetření. Při rozhovoru s pacientem je třeba zaměřit

Obrázek 1. Vitiligo



se na možnou genetickou asociaci, vyloučit přítomnost dalších autoimunit, pokusit se zjistit eventuální provokující faktory. Klinický obraz vitiliga bývá typický, proto není pro stanovení diagnózy nezbytné histologické vyšetření. Laboratorně je nezbytné v rámci pátrání po sdružených autoimunitních onemocněních provést základní endokrinologické a imunologické vyšetření, které by jistě mělo zahrnovat odběry protilátek proti štítné žláze, gastrickým parietálním buňkám.

Léčbu volíme podle typu vitiliga (tedy jeho lokalizace a rozsahu), stability onemocnění a předpokladu spolupráce pacienta, jelikož se jedná o dlouhodobou a náročnou léčbu. Současné možnosti terapie nejsou kauzální, jedná se o krytí lézí, jejich repigmentaci nebo ireverzibilní depigmentaci zbylé pigmentované kůže těla. Lokálně lze použít kortikosteroidy a antioxidanty, dále je užívána fototerapie, autologní transplantace kožního štěpu či samotných melanocytů. Při celkové léčbě pacienti užívají kortikosteroidy, případně imu-

nomodulační cyklosporin A, nesmíme opomíjet podpurnou terapii vitaminy a minerály, ochranou před oslněním. Ve valné většině případů bývá léčba kombinovaná dle individuální reakce pacienta. Zcela zásadní postavení v péči o pacienta zaujímá psychoterapie, protože jedinci postižení vitiligem mají často psychické obtíže a poruchy sebevědomí. Stále pokračující výzkum dalších možností terapie je zaměřen hlavně na indukci proliferace nebo migrace melanocytů.

Článek přijat redakcí: 7. 2. 2013

Článek přijat k publikaci: 11. 2. 2013

MUDr. Eva Motyková
Centrum preventivní kardiologie
II. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2
e.motykova@gmail.com

