



Łuszczyca skóry

– współczesne możliwości terapii

Psoriasis – contemporary therapy methods



WPROWADZENIE

Łuszczyca jest przewlekłą, niezakaźną chorobą skóry o nawrotowym przebiegu. Schorzenie to dotyczy około 125 milionów ludzi na świecie. Łuszczyca jest chorobą nieuleczalną, jednak może ulegać ograniczeniu w sposób samoczynny lub przy zastosowaniu odpowiedniej terapii. Opierając się na profilu genetycznym, łuszcycę dzieli się na: typ I – dziedziczny, ujawniający się zazwyczaj przed 40. rokiem życia oraz typ II – sporadyczny, który występuje po 40. roku życia [1-3]. Podłoże łuszczycy nie jest do końca poznane. Za jej przyczyny uznaje się czynniki genetyczne oraz immunologiczne. Wystąpienie objawów choroby często spowodowane jest przez oddziaływanie tak zwanych czynników wyzwalających, wśród których najczęściej wyróżnia się infekcje, choroby przewlekłe (np. cukrzyca), niektóre leki, uszkodzenia mechaniczne i stres [1, 2].

OBJAWY KLINICZNE

Typową lokalizacją zmian łuszczycy skórnej są kolana, łokcie (Fot. 1), wyprostne powierzchnie kończyn górnych i dolnych oraz owłosiona skóra głowy. Objawem łuszczycy jest występowanie na skórze dobrze odgraniczonych wykwitów wielkości od kilku milimetrów (tzw. grudek) do kilku centymetrów (tzw. blaszek), z obecnymi na ich powierzchni przylegającymi srebrzystymi łuskami szerzącymi się w sposób obwodowy. Ponadto po zdrapaniu łuski ukazuje się błyszcząca powierzchnia wykwitu (objaw świecy stearynowej) oraz kropelkowate krwawienie wynikające z uszkodzenia naczyń znajdujących się pod ścięzonym naskórkiem. Charakterystyczne dla łuszczycy jest także pojawienie się nowych grudek w miejscu wcześniejszego zadziałania urazu – tzw. objaw Koebnera. Zazwyczaj nie obserwuje się objawów ogólnych, jednak w niektórych postaciach mogą one

—> 254

STRESZCZENIE

Łuszczyca jest przewlekłą chorobą o nawrotowym przebiegu. Na wystąpienie objawów choroby ma wpływ wiele czynników wyzwalających. Schorzenie może ulegać ograniczeniu samoistnie lub po zastosowaniu odpowiedniego leczenia. Współczesna medycyna oferuje szereg możliwości terapeutycznych, które indywidualnie dostosowane do stanu pacjenta, pozwalają żyć z chorobą.

Słowa kluczowe: łuszczyca, skóra, leczenie, terapia

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic disease with recurrent course. Symptoms appearance is influenced by many trigger factors. Disease can be reduced spontaneously or after appropriate treatment. Modern medicine offers a variety of treatment options which allows to live with the disease.

Key words: psoriasis, skin, treatment, therapy

MACIEJ CYRAN

Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadiśnienia Tętniczego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
tel. + 48 601 649 612
e-mail: cyran.maciej@gmail.com

otrzymano / received:

14.08.2013

poprawiono / corrected:

18.10.2013

zaakceptowano / accepted:

23.10.2013



wystąpić. Wśród nich można wymienić m.in. gorączkę (np. w typie von Zumbusha), świąd i obrzęk skóry, a nawet ból, towarzyszący niekiedy erytrodermii łuszczycowej [1, 4-6].

RODZAJE ŁUSZCZYCY

Ze względu na obraz kliniczny spośród wielu rodzajów łuszczycy należy wyróżnić: łuszczycę pospolitą, która dotyczy 80-90% chorujących i charakteryzuje się zmianami zapalnie obszarami skóry pokrytymi srebrną łuską; łuszczycę kropelkową o zmianach wielkości 0,5-1,5 cm pojawiających się najczęściej na tułowiu (Fot. 2) oraz łuszczycę krostkową o tkliwych zmianach w postaci krost wypełnionych treścią ropną. Zaawansowana postać krostkowa z towarzyszącą gorączką, złym stanem ogólnym oraz masywnym spęłaniem naskórka nosi miano postaci krostkowej uogólnionej lub typu von Zumbusha. Jeżeli wykwity są duże i ulegają złaniu w większe obszary, choroba przyjmuje postać tzw. łuszczycy plackowatej. Z kolei łuszczycy, w której wykwity

pojawiają się w miejscach niecharakterystycznych, tj. na powierzchniach zgięciowych stawów łokciowych lub kolanowych, nosi miano łuszczycy odwróconej. Łuszczycy o ciężkim przebiegu, z zajęciem dużych powierzchni ciała, z towarzyszącym rozległym zapaleniem i znacznym łuszczeniem, to postać zwana erytrodermią łuszczycową (Fot. 3). Jest ona często efektem zaprzestania leczenia lub zaostrzenia się postaci pospolitej. Może jej towarzyszyć znaczna utrata płynów, zaburzając gospodarkę wodno-elektrolitową. Postać ta może być wywołana zakażeniami o wtórnym charakterze [1, 6, 7].

MOŻLIWOŚCI TERAPEUTYCZNE

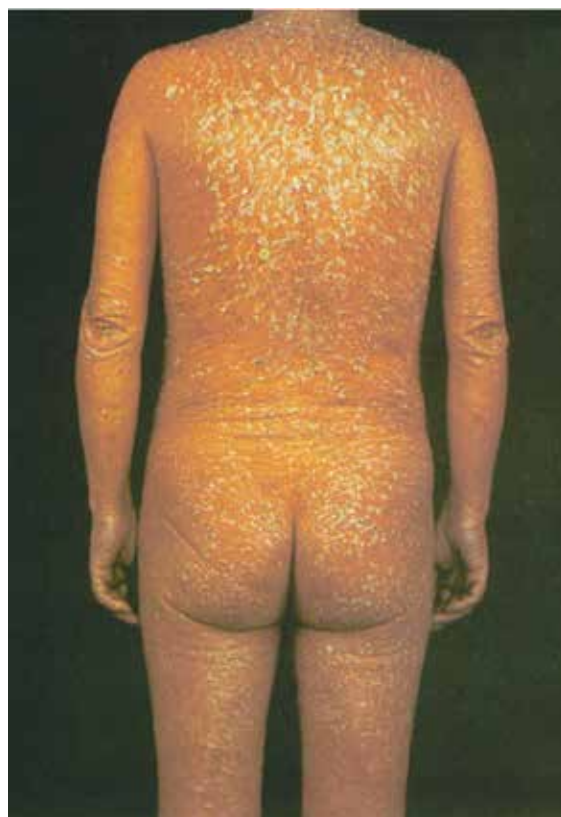
Podstawą uzyskania właściwego efektu leczniczego jest odpowiednia edukacja pacjenta w zakresie przyczyn choroby, czynników zaostrzających oraz konieczności stałej samokontroli [8] (Fot. 4). W zależności od stopnia nasilenia choroby stosuje się farmakologiczne leczenie zewnętrzne, fototerapię lub farmakologiczne leczenie ogólnoustrojowe. Leczenie zewnętrzne uwzględnia kąpiele w roztworach soli, stosowanie środków nawilżających, maści złuszczające, smołę węglową, a także tzw. preparaty redukujące. Sposób leczenia wewnętrznego jest także uzależniony od czasu, jaki pacjent może na nie poświęcić. Najlepsze efekty uzyskuje się, stosując terapię kilkakrotnie w ciągu dnia. Stosowanie emolientów, kąpiele poprawiających stan skóry, odpowiedniej suplementacji witamin oraz właściwej diety jest określane mianem leczenia wspomagającego, które stanowi bazę do wdrożenia metod typowo farmakologicznych i odgrywa rolę w utrzymaniu stanu remisji choroby.



Fot. 1 Zmiany łuszczycowe zlokalizowane na skórze dłoni
Źródło: [25]



Fot. 2 Łuszczycy kropelkowa
Źródło: [25]



Fot. 3 Erytrodermia łuszczycowa
Źródło: [25]

Maści o charakterze zluszczeniowym zawierające salicylany, mocznik oraz siarkę w różnych proporcjach pomagają zmiękczyć i usunąć łuski. Środki nawilżające i kąpiele w roztworach siarczanu magnezu powodują zmniejszenie świądu i podobnie jak salicylany wspomagają usuwanie łusek. Ponadto stosowanie środków nawilżających zatrzymuje wodę, dzięki czemu hamowane jest nadmierne łuszczenie się skóry [9]. Oprócz siarczanu magnezu w kąpielach można stosować oliwki, sól Epsom i sól z Morza Martwego. W celu utrzymania odpowiedniego poziomu nawilżenia skóry zaleca się wcieranie kremów nawilżających oraz oliwek zaraz po wyjściu z wody [10]. Emolienty to preparaty trwale nawilżające skórę, w których skład wchodzi najczęściej tłuszcze i kwasy tłuszczowe, a czasem polialkohole, lanolina i/lub wazelina. Po aplikacji emolientu i jego wchłonięciu dochodzi do blokowania kanałów odprowadzających wodę ze skóry. Ponadto środki te są hydrofilne, tzn. pochłaniają wilgoć z otoczenia, co powoduje, że skóra pacjenta jest stale nawilżona [11, 12]. Na wyniki leczenia oraz na podtrzymanie remisji wpływa także odpowiednia dieta. W celu wygaszenia reakcji zapalnej, będącej podstawą choroby, stosowana jest suplementacja wielonienasyconych kwasów tłuszczowych [13–15]. Istotne jest także dostarczanie organizmowi witaminy D – szczególnie naturalnego pochodzenia, m.in. z mleka, żółtego sera, tuńczyka, dorsza, łososia [15].

Do leczniczych środków redukujących zalicza się preparaty zawierające glikokortykosteroidy, witaminę D₃, retinoidy oraz cygnolinę. Maści zawierające glikokortykosteroidy działają przeciwzapalnie, tłumią układ immunologiczny. Pomimo dobrej i szybkiej odpowiedzi, przy dłuższym stosowaniu środków redukujących mogą wystąpić skutki uboczne w postaci ścienienia skóry, zakażenia czy rozstępów, dlatego sterydy należy stosować w niewielkich ilościach, tylko na małych obszarach skóry zmienionej chorobowo oraz możliwie jak najkrócej. Preparaty zawierające witaminę D₃ dobrze redukują zmiany skórne. Do najczęstszych działań ubocznych należy świąd skóry. Niektóre badania wskazują, że długotrwałe stosowanie witaminy D₃ może prowadzić do wzrostu poziomu wapnia w organizmie, jednak jest to niezwykle rzadkie powikłanie [16, 17]. Badania wykazały, że preparaty tej witaminy w połączeniu z zewnętrzną terapią kortykosteroidami są bardziej efektywne [18].

Retinoidy, czyli pochodne witaminy A, dobrze redukują zmiany skórne i stanowią alternatywę dla leczenia sterydami, ponieważ charakteryzują się brakiem ubocznych działań, które wykazują glikokortykosteroidy, jednak czas ich stosowania jest dłuższy. Częstym działaniem ubocznym ich stosowania jest podrażnienie skóry oraz nadwrażliwość na światło słoneczne. Zwiększa się także ryzyko wad wrodzonych u płodu, dlatego retinoidów nie należy stosować w ciąży [16, 17].

Cygnolina jest preparatem przeciwdziałającym postępowi łuszczyca. Występuje w postaci kremów, past oraz maści. Do działań niepożądanych zalicza się pieczenie i zaczerwienienie skóry, a także barwienie jasnych włosów, ubrań czy pościeli [19].

Kolejną metodą stosowaną z powodzeniem w terapii łuszczyca jest fototerapia. Polega ona na poddawaniu zmian łuszczyca działaniu promieniowania ultrafioletowego w monoterapii lub w skojarzeniu z podawanymi lekami. Wybór tej opcji leczenia powoduje niewielki wzrost ryzyka zachorowania na raka skóry. Ponadto podczas stosowania fototerapii nie należy włączać takich środków farmakologicznych jak metotreksat czy cyklosporyna A, z uwagi na wzajemne znoszenie się efektów terapeutycznych obu metod leczenia oraz na zwiększone ryzyko rozwoju choroby nowotworowej skóry [8, 20].

W przypadku rozległych zmian łuszczyca stosowanie znajdują środki działające wewnątrzustrojowo. Jednym z obecnie stosowanych leków jest metotreksat, który zaburza cykl życiowy komórek, w tym komórek odpowiedzialnych za wyzwolenie objawów łuszczyca. Terapia z zastosowaniem metotreksatu niesie za sobą ryzyko wystąpienia skutków ubocznych w postaci: nudności, wypadania włosów, podwyższenia wartości enzymów wątrobowych, zahamowania czynności szpiku kostnego. Stosowany w dużych dawkach może uszkadzać nerki. Podczas terapii należy zatem kontrolować wartości enzymów wątrobowych oraz morfologię krwi. Ponadto wskazane jest jednocześnie stosowanie kwasu foliowego, ponieważ lek ten działa do niego przeciwnie. Kolejnym ze stosowanych leków

działających ogólnoustrojowo jest cyklosporyna, która hamuje reakcje immunologiczne i modyfikuje reakcje zapalne w organizmie. Nie należy jej jednak stosować u pacjentów z nadwrażliwością na ten lek, z chorobami nerek lub wątroby oraz z opornym na leczenie nadciśnieniem [21, 22]. W przypadku wyczerpania dotychczasowych możliwości terapeutycznych alternatywne bywa zastosowanie środków z grupy tzw. leków biologicznych, będących inhibitorami cząstek naturalnie występujących w organizmie. W leczeniu łuszczyca stosuje się m.in. efalizumab i etanercept, których działanie także hamuje układ immunologiczny. Zarówno w przypadku jednego, jak i drugiego leku wykazano efektywność działania, jednak koszty leczenia są wysokie [23].

PODSUMOWANIE

Współczesna medycyna oferuje szereg możliwości terapeutycznych w leczeniu i kontrolowaniu łuszczyca. W wyborze właściwej terapii należy kierować się natężeniem objawów, stanem ogólnym oraz preferencjami pacjenta. Trzeba także pamiętać, że jednym z czynników wyzwalających chorobę jest stres, dlatego duży nacisk kładzie się także na wsparcie psychologiczne pacjentów, co w połączeniu z właściwie prowadzoną terapią znacznie poprawia wyniki leczenia [24].



Fot. 4 Obraz kliniczny łuszczyca przed i po zastosowaniu leczenia.

Źródło: [26]



LITERATURA

1. S. Jabłońska, S. Majewski: *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*, Warszawa, 2010.
2. A. Reich, J. Szepietowski: *Aspekty genetyczne i immunologiczne w patogenezie łuszczycy*, *Wiadomości Lekarskie*, 60, 2007, 270-276.
3. T. Henseler, E. Christophers: *Psoriasis in early and late onset. Characterization of two types of psoriasis vulgaris*, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 13, 1985, 450.
4. S.K. Kurd, J.M. Gelfand: *The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: results from NHANES 2003-2004*, *J Am Acad Dermatol*, 60, 2009, 218-224.
5. R.S. Stern, T. Nijsten, S.R. Feldman, D.J. Margolis, T. Rolstad: *Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction*, *J Investig Dermatol Symp Proc*, 9, 2004, 136-139.
6. W.H.C. Burgdorf, G. Plewig, H. H. Wolff, M. Landthaler: *Dermatologia Braun-Falco*, Lublin, 2010.
7. W.D. James, T. Berger, D.M. Elston: *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*, wyd. Saunders, 2005.
8. A. Menter, C.E. Griffiths: *Current and future management of psoriasis*, *Lancet*, 370, 2007, 272-284.
9. G. Grzybowski: *Zastosowanie balneoterapii i balneofototerapii w leczeniu łuszczycy pospolitej*, *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 20, 2003, 307-310.
10. Mayo Clinic: *Psoriasis: Effects don't always stop with the skin*, *Science Daily*, 2010, <http://www.sciencedaily.com/releases/2009/12/091231112223.htm>, dostęp z dnia: 18.10.2013.
11. M. Duffil, DermNet NZ, website of the New Zealand Dermatological Society, 2011, <http://dermnetnz.org/treatments/emollients.html>, dostęp z dnia: 18.10.2013.
12. J. Van Onselen: *An overview of psoriasis and the role of emollient therapy*, *Br J Community Nurs.*, 18(4), 2013, 174-179.
13. N. Jasińska: *Rola kwasów tłuszczowych w żywieniu człowieka*, *Journal of Nutrilife*, 2012, 10.
14. I. John: *Personalised anti-inflammatory diet for allergic and skin disorders*, *European Journal of Integrative Medicine*. Conference: 5th European Congress for Integrative Medicine Florence, Włochy, 2012.
15. M. Wolters: *The significance of diet and associated factors in psoriasis*, *Hautarzt*, 57(11), 2006, 999-1004.
16. A.R. Mason, J. Mason, M. Cork, G. Dooley, H. Hancock: *Topical treatments for chronic plaque psoriasis*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2013.
17. A. Langner, M. Ambroziak, W. Stąpór: *Łuszczyca - etiopatogeneza i leczenie*, *Przewodnik lekarza*, 2003.
18. A.R. Mason, J. Mason, M. Cork i wsp.: *Topical treatments for chronic plaque psoriasis*, *Cochrane Database Syst Rev.*, 2013.
19. I. Janusz, B. Dziańkowska-Bartkowiak, A. Zalewska-Janowska: *Renezas w stosowaniu cygnoliny trwca nadal*, *Dermatologia Kliniczna*, 8(3), 2006, 208-210.
20. J. Szepietowski, Z. Adamski, G. Chodorowska, W. Gliński, A. Kaszuba, W. Placek, L. Rudnicka, A. Reich: *Leczenie łuszczycy z wyzycznej - rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część I: łuszczyca łagodna, łuszczyca wieku dziecięcego*, *Przegląd Dermatologiczny*, 99, 2012, 83-96.
21. D. Pathirana, A.D. Ormerod, P. Saiag et al.: *European S3-Guidelines on the systematic treatment of psoriasis vulgaris*, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23, 2009, 1-70.
22. *Indeks leków Medycyny Praktycznej*, Kraków, 2006.
23. N. Woolcott, N. Hawkins, A. Mason: *Etanercept and efalizumab for the treatment of psoriasis: a systematic review*, *Health Technol Assess*, 46, 2006, 1-233.
24. A. Pietrzak, K. Janowski, I. Lechowska-Mazur, D. Krasnowska: *Łuszczyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym*, *Nowa Medycyna*, 1, 2006.
25. Your Doctor - Dermatology Atlas http://www.yourdoctor.net/dermatology_atlas/rwx/rwx/Psoriasis_vulgaris.jpg.
26. <http://www.prlog.org/10541002-psoriasis.jpg>.



JANSSEN
COSMETICS

FAIR SKIN

Zredukuj przebarwienia
i rozjaśnij swoją skórę,
przywracając jej
perfekcyjny wygląd



Janssen Cosmetics Polska
ul. Krośnieńska 17/2L
35-505 Rzeszów
Tel. 17 740 15 10
e-mail: biuro@janssen-cosmetics.com