

# Częstość występowania oraz typy dermatologicznych działań niepożądanych leków przeciwdepresyjnych

*Frequency and types of dermatological side effects of antidepressants*

## WSTĘP

Wzrost liczby osób chorych na depresję pomiędzy rokiem 2005 a 2015 szacuje się na 18,4% [1]. Liczba chorych na świecie szacowana jest na ok. 300 mln, a rocznie blisko 800 000 pacjentów popełnia samobójstwa. Depresja znacznie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn, a jedynie 20% chorych korzysta z opieki medycznej [2, 3].

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*) podstawowymi objawami depresji są: obniżenie nastroju, utrata zainteresowań i zdolności odczuwania radości, zwiększenie lub utrata apetytu, zmniejszenie energii, osłabienie koncentracji i uwagi, niskie poczucie własnej wartości, zaburzenia snu, myśli,

tendencje i próby samobójcze [4]. Występowanie co najmniej pięciu z tych objawów równocześnie przez okres 2 tygodni jest głównym kryterium pozwalającym na postawienie diagnozy.

## LECZENIE DEPRESJI

Obecnie wyróżnia się trzy podstawowe metody leczenia depresji [5]:

### Farmakoterapia

Opiera się na stosowaniu leków przeciwdepresyjnych w monoterapii lub w postaci leczenia złożonego z kilku substancji farmakologicznie czynnych. W tym celu wykorzystywane są środki z grupy leków przeciwdepresyjnych, przeciwpsychotycznych (neuroleptyki), przeciwłękowych, pobudzających, nasennych i tymoprofilaktycznych.

**Kinga Aszklar<sup>1</sup>**  
**Anna Piotrowska<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Koło Naukowe przy Zakładzie Chemii i Biochemii, Wydział Rehabilitacji Ruchowej  
al. Jana Pawła II 78  
31-571 Kraków  
E: kingaaszklar@gmail.com  
T: +48 12 683 11 54

<sup>2</sup> Zakład Biochemii i Podstaw Kosmetologii Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie  
al. Jana Pawła II 78  
31-571 Kraków  
E: anna.piotrowska@awf.krakow.pl  
T: +48 12 683 11 54

## STRESZCZENIE

Depresja to coraz częstsza choroba, która dotyczy osób w każdym wieku. Leki stosowane w farmakoterapii tej choroby są szeroko wykorzystywane także w innych wskazaniach, a leczenie jest często długotrwałe i wymaga polipragmatyzacji.

Celem badań było poznanie dermatologicznych skutków związanych z farmakoterapią lekami przeciwdepresyjnymi.

Wśród dermatologicznych działań niepożądanych najczęściej zgłaszano przesuszanie się skóry, pogorszenie stanu włosów, przesuszanie błon śluzowych oraz wysypki. Skutkiem ubocznym był także wzrost masy ciała oraz nadpotliwość.

Zmiany skórne i problemy z wahaniami masy ciała oraz wzmożona praca gruczołów potowych stanowią częstą konsekwencję stosowania leków przeciwdepresyjnych.

**Słowa kluczowe:** dermatologiczne działania niepożądane, depresja, leki przeciwdepresyjne

## ABSTRACT

*Depression is an increasingly common disease that affects people of all ages. Drugs used in the pharmacological treatment of this disease are also widely used when other diseases are diagnosed and the treatment is often long-lasting and requires polypragmatism.*

*The aim of the study was to understand the dermatological effects associated with pharmacotherapy with antidepressants.*

*Among the dermatological side effects, skin drying, hair deterioration, drying of mucous membranes and rashes were most commonly reported. A side effect was also weight gain and hyperhidrosis.*

*Skin changes and problems with body weight fluctuations, and increased activity of sweat glands are common consequences of using antidepressants.*

**Keywords:** dermatological side effects, depression, antidepressants

» 342

otrzymano / received  
04.03.2020

poprawiono / corrected  
17.03.2020

zaakceptowano / accepted  
05.04.2020

## Psychoterapia

Jej celem jest udzielanie pomocy choremu przez wykwalifikowaną osobę, która ukończyła kilkuletnie szkolenie specjalistyczne. Oddziaływanie na psychikę prowadzone jest w sposób świadomy i systematyczny (np. terapia poznawczo-behawioralna, humanistyczna, psychodynamiczna [8]).

## Leczenie za pomocą elektrowstrząsów

W kontrolowanych warunkach, za pomocą prądu elektrycznego lub środków farmakologicznych wywołuje się uogólniony napad drgawkowy. Stosuje się go zwykle przy depresjach lekoopornych, a jednym z głównych skutków ubocznych może być zaburzenie pamięci krótkotrwałej [5].

Obecnie, najskuteczniejszą metodą w zwalczaniu depresji jest kompleksowe leczenie polegające na połączeniu farmakoterapii z psychoterapią.

Leki przeciwdepresyjne mają także zastosowanie w leczeniu wielu innych zaburzeń i chorób np. fobii społecznej, lęku napadowego, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zaburzeń odżywiania, choroby afektywnej dwubiegunowej i innych. Ze względu na tak szerokie spektrum, a co za tym idzie ilość osób poddawanych farmakoterapii środkami przeciwdepresyjnymi, coraz częściej można zaobserwować występowanie działań niepożądanych [5]. Różnią się one w zależności od mechanizmu działania leku przeciwdepresyjnego, jego budowy chemicznej i selektywności do wybranych receptorów neuronalnych.

Pod względem budowy chemicznej wyróżnia się dwie podstawowe grupy leków przeciwdepresyjnych [6]:

- **Leki o budowie trójpierścieniowej TLPD** (*tricyclic antidepressants, TCA*). Hamują wychwyt serotoniny i noradrenaliny. Są skuteczne w leczeniu depresji, lecz niosą ze sobą liczne działania niepożądane, zwłaszcza dotyczące układu sercowo-naczyniowego. Obecnie są rzadko stosowane.
- **Leki o budowie innej niż trójpierścieniowa**. Do tej grupy zaliczono selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitor*), selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny SNRI (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitor*) i inne leki przeciwdepresyjne najczęściej o dwu- lub wielopierścieniowej strukturze.

Tabela 1 Opis wybranych selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny

Nazwa międzynarodowa	Charakterystyka kliniczna	Wskazania
Citalopram	Depresje łagodne lub umiarkowane (u części chorych może wzmacniać lęk)	Depresja
Fluoksetyna	Depresje łagodne lub umiarkowane, bez objawów psychotycznych. Wchodzi w interakcje z innymi lekami	Depresja, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, bulimia
Paroksetyna	Depresje łagodne lub umiarkowane bez objawów psychotycznych, u części chorych działanie sedatywno-anksjolityczne	Depresja, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół stresu pourazowego, lęk przewlekły, lęk napadowy
Sertralina	Depresje łagodne lub umiarkowane bez objawów psychotycznych	Depresja, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, lęk napadowy, zespół stresu pourazowego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [5]

Z klinicznego punktu widzenia ważniejszy podział obejmuje profil wpływu na nastrój i napęd pacjenta. Ze względu na ten profil działania wyróżnia się leki posiadające:

- działanie uspokajające i przeciwłękowe, nie wpływają na napęd psychoruchowy (np. paroksetyna, fluoksetyna);
- mniej intensywne działanie przeciwłękowe, umiarkowane oddziaływanie na napęd psychoruchowy (np. fluoksetyna, komipramina);
- znikome działanie przeciwłękowe, pobudzające słaby napęd psychoruchowy [5].

Jednymi z najczęściej stosowanych leków są SSRI. Znajdują zastosowanie w terapii depresji różnego pochodzenia, w tym depresji typu endogennego. Są bezpieczniejsze i lepiej tolerowane od TLPD. Główne przeciwwskazania do stosowania SSRI to padaczka, depresje psychotyczne, niewydolność wątroby lub stosowanie leków wchodzących w interakcje z SSRI [5]. Okazuje się, że około 15% osób przyjmujących leki z tej grupy przerywa farmakoterapię ze względu na działania niepożądane. Głównymi skutkami ubocznymi są: dysfunkcje seksualne (objawiają się jako anorgazmia, obniżone libido – dotyczą ponad 60% pacjentów), zaburzenia żołądkowo-jelitowe (utrata apetytu, nudności, biegunki), dysfunkcje w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (lęki, bezsenność, sedacja) [5, 7, 8]. Przy łączeniu SSRI z innymi substancjami serotoninergicznymi istnieje ryzyko rozwoju zespołu serotoninowego. Wiąże się z występowaniem objawów w postaci nudności, biegunki, nadmiernego pobudzenia oraz niepokoju [9].

## CEL

Celem pracy była ocena częstości występowania oraz typów dermatologicznych działań niepożądanych leków przeciwdepresyjnych subiektywnie zgłaszanych przez pacjentów.

## MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W pracy posłużono się autorskim kwestionariuszem ankietowym. Sondaż prowadzono drogą internetową (skorzystano z formularza ankietowego Google). Składał się on z 25 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, z 3 pytań półotwartych oraz 3 pytań otwartych – łącznie 31 pytań. Badanie przeprowadzono w okresie 15.12.2018 – 15.03.2019. Udział był anonimowy i całkowicie dobrowolny. Czas na odpowiedź był nieograniczony.

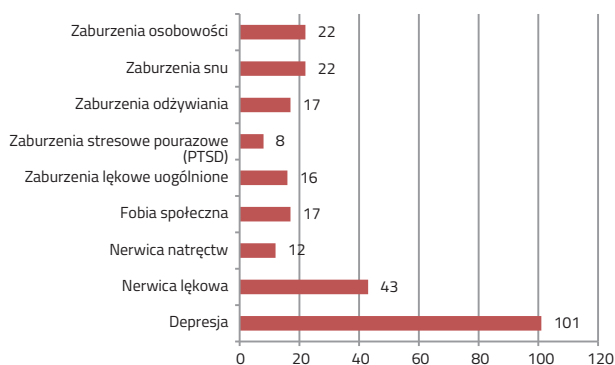
Do badania zakwalifikowano osoby, które przez co najmniej 3 miesiące stosowały leki przeciwdepresyjne. Z grupy 151 osób odrzucono 15 z powodu nieprawidłowości w wypełnieniu kwestionariuszy. Analizie poddano ankiety uzyskane od 136 osób. Grupa liczyła 108 kobiet (79,4%) oraz 28 mężczyzn (20,6%). W przedziale wiekowym 19-26 lat mieściły się 74 osoby (54,4%), 5 osób (3,7%) było powyżej

40 roku życia. Wykształcenie wyższe deklarowało 66 osób (48,5%), podstawowe 7 osób (5,1%), pozostała grupa wskazała wykształcenie średnie. W dużym mieście liczącym ponad 100 tysięcy mieszkańców mieszkało 101 osób, co stanowiło 74,3% grupy, 13 osób wskazało wieś jako swoje miejsce zamieszkania.

Wyniki zebrano i opracowano z wykorzystaniem programu Microsoft Excel (2010). Do wykonania analizy statystycznej posłużono się programem Statistica 10 (StatSoft Polska). Liczebności w poszczególnych grupach porównano testem Chi<sup>2</sup>. Za poziom istotności odrzucenia hipotezy zerowej przyjęto  $p < 0,05$ .

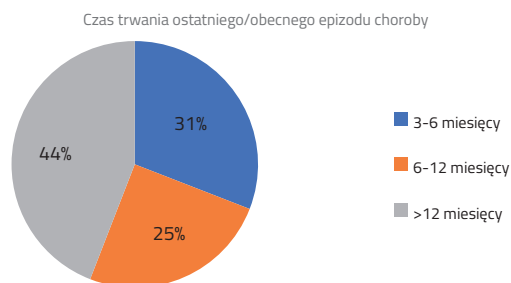
## WYNIKI

Najczęściej diagnozowanym schorzeniem u ankietowanych była depresja – 101 osób. Drugim była nerwica lękowa z zaburzeniami lękowymi w postaci napadów paniki – 43 osoby. Kolejne to zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia odżywiania i zaburzenia osobowości. Pojedyncze osoby zgłaszały uzależnienia, chorobę afektywną dwubiegunową, osobowość typu borderline (rys. 1).



Rys. 1 Zdiagnozowane choroby psychiczne w grupie badanej (ilość zgłoszonych przypadków)  
Źródło: Opracowanie własne

Większość ankietowanych (91 osób – 66,9%) zgłosiło, że obecny epizod nie jest pierwszym epizodem choroby psychicznej. Epizod choroby trwający ponad 12 miesięcy zgłosiło 60 osób (44,1%) (rys. 2).



Rys. 2 Długość trwania ostatniego lub obecnego epizodu Źródło: Opracowanie własne

Ankietowani najczęściej przyjmowali sertralinę (42 osoby – 30,9%), najrzadziej wskazywano leczenie tianeptyną (5 osób – 3,7%), pozostałe leki i częstość ich stresowania w badanej grupie przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2 Procentowy udział wszystkich ankietowanych przyjmujących dany lek w farmakoterapii

Przyjmowana substancja	Liczba osób poddana monoterapii	Liczba osób poddana politerapii	Procentowy udział wśród ankietowanych
sertralina	27	15	30,9%
escitalopram	19	5	17,7%
fluoksetyna	10	12	16,2%
citalopram	8	4	8,9%
wenlafaksyna	11	0	8,4%
tianeptyna	3	2	3,7%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania

Żadnych zmian dotyczących skóry i jej przydatków podczas stosowania farmakoterapii lekami przeciwdepresyjnymi nie zaobserwowały 62 osoby (45,6%). W pozostałej grupie zgłaszano różnego rodzaju dermatologiczne działania niepożądane – najczęściej było to przesuszanie się skóry (29 osób) oraz pogorszenie stanu włosów (24 osoby). Najmniej osób wskazało zmiany na paznokciach (4 osoby) oraz rumieni (6 osób) (rys. 3).



Rys. 3 Liczba osób, które zaobserwowały dermatologiczne działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych Źródło: Opracowanie własne

Wśród osób zakwalifikowanych do badania, 45 respondentów (33,1%) zgłosiło, że był to dla nich pierwszy epizod choroby. W tej grupie, występowanie zmian dermatologicznych, zgłosiło 40% badanych (tab. 3). Kolejny epizod zgłosiło 91 osób (66,9% badanej grupy) z czego 61,5% zaobserwowało zmiany dermatologiczne indukowane stosowaną farmakoterapią (tab. 4).

Tabela 3 Częstość występowania dermatologicznych działań niepożądanych podczas pierwszego epizodu choroby

	Liczba osób poddanych danemu typowi terapii	Liczba osób, która zgłosiła dermatologiczne działania niepożądane	Procentowy udział osób, które zgłosiły dermatologiczne działania niepożądane
Osoby poddane monoterapii	37	16	43,24%
Osoby poddane politerapii	8	2	25,00%

Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 4** Częstość występowania dermatologicznych działań niepożądanych leków przeciwdepresyjnych podczas kolejnego epizodu choroby

	Liczba osób poddanych danemu typowi terapii	Liczba osób, która zgłosiła dermatologiczne działania niepożądane	Procentowy udział osób, które zgłosiły dermatologiczne działania niepożądane
Osoby poddane monoterapii	54	31	54,41%
Osoby poddane politerapii	37	25	83,33%

Źródło: Opracowanie własne

Wskazania dotyczące masy ciała badanych kobiet przedstawiono w tabeli 5. Przed terapią 28 osób (25,93%) zgłaszało spadek, a 25 (24,07%) wzrost masy ciała. W trakcie leczenia 17 (15,74%) kobiet zgłosiło spadek, a 43 (39,81%) wzrost masy ciała.

Informacje na temat zmian masy ciała badanych mężczyzn przedstawiono w tabeli 6. Przed wprowadzeniem farmakoterapii 8 ankietowanych mężczyzn (28,57%) zgłosiło spadek, 7 (25%) wzrost masy ciała. Zastosowana terapia spowodowała spadek masy ciała u 4 ankietowanych (14,28%) oraz wzrost u 12 (42,86%).

Analiza statystyczna nie wykazała wpływu płci na zmiany masy ciała przed farmakoterapią ( $\text{Chi}^2 = 0,0103$ ,  $p = 0,9191$ ) i w jej trakcie ( $\text{Chi}^2 = 0,0702$ ,  $p = 0,7911$ ).

**Tabela 5** Ilość zgłoszonych przez kobiety przypadków wzrostu lub spadku masy ciała przed terapią oraz w trakcie terapii

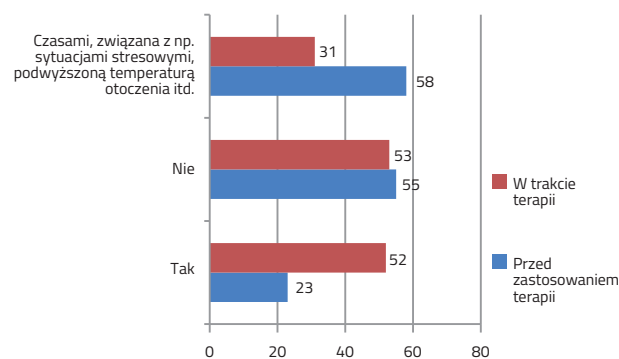
	Wzrost masy ciała	Spadek masy ciała
Przed farmakoterapią	26	28
W trakcie farmakoterapii	43	17

Źródło: Opracowanie własne

**Tabela 6** Ilość zgłoszonych przypadków przez mężczyzn wzrostu lub spadku masy ciała przed terapią oraz w trakcie terapii

	Wzrost masy ciała	Spadek masy ciała
Przed farmakoterapią	7	8
W trakcie farmakoterapii	12	4

Źródło: Opracowanie własne



Rys. 4 Występowanie nadpotliwości u ankietowanych Źródło: Opracowanie własne

Przed zastosowaniem farmakoterapii problem z nadpotliwością (nie związaną z czynnikami stresogennymi ani podwyższoną temperaturą otoczenia) zgłosiły 23 osoby (16,9%), w trakcie farmakoterapii – 52 osoby (38,2%) (rys. 4).

Przed zastosowaniem farmakoterapii problem z nadpotliwością związaną z sytuacjami stresowymi, podwyższoną temperaturą otoczenia itp. zgłosiło 58 osób (42,6%), w trakcie farmakoterapii liczba zgłoszonych przypadków spadła do 31 (22,8%) (rys. 4).

Nie wykazano różnic pomiędzy występowaniem nadpotliwości niezwiązanej z czynnikami zewnętrznymi przed zastosowaniem farmakoterapii oraz w trakcie farmakoterapii ( $\text{Chi}^2 = 7,4285$ ,  $p = 0,0064$ ).

## OMÓWIENIE WYNIKÓW I WNIOSKI

Skóra najczęściej i najszybciej manifestuje skutki uboczne wszelkich substancji ksenobiotycznych, farmakologicznie i kosmetycznie czynnych, toksycznych, czy stanowiących element diety. Szacuje się, że około 2-3% pacjentów zmagają się z dermatologicznymi działaniami niepożądanymi leków [10]. W niniejszym badaniu wykazano, że z tym problemem zmagają się 54,5% ankietowanych przyjmujących leki przeciwdepresyjne. Reakcje skórne wskazywano w trakcie farmakoterapii lekami z niemal wszystkich grup, jednak najczęściej dotyczy to leków stosowanych w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej.

W dostępnej literaturze najczęściej zgłaszanymi dermatologicznymi działaniami niepożądanymi leków przeciwdepresyjnych są: wysypki alergiczne, reakcje nadwrażliwości na światło (rumień skórny), zmiany pigmentacyjne, wypryski pęcherzowe i rumień wielopostaciowy, także pogorszenie stanu włosów (nadmierna ich utrata), przesuszenie się skóry (łuszczące się suche plamy) [11, 12]. Odnotowuje się również przypadki ciężkich powikłań zagrażających zdrowiu i życiu pacjentów poddanych farmakoterapii, w tym zespołu Stevensa-Johnsona. Zespół ten charakteryzuje się nekrozą naskórka i zmianami pęcherzowymi na śluzówce oraz wysoką gorączką [13]. Leki stosowane w farmakoterapii depresji, które mogą indukować jego rozwój to mirtazapina [14], fluoksetyna [15] i sertralina [16]. Odnotowuje się także przypadki po stosowaniu bupropionu, zwłaszcza podawanego w kombinacji z naloksonem [18].

Wśród ankietowanych zakwalifikowanych do niniejszego badania najczęstszym dermatologicznym działaniem niepożądanym związanym z przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych było przesuszenie się skóry. Objaw ten najczęściej zgłaszali pacjenci poddani monoterapii, szczególnie przyjmujący fluoksetynę. Co ciekawe, pacjenci stosujący ten lek, bardzo często skarżyli się także na wysypki oraz rumień skórny. W piśmiennictwie odnotowano występowanie tych samych objawów dodatkowo połączonych ze swędzeniem skóry [18].

Tabela 7 Procentowy udział ankietowanych poddanych monoterapii, którzy zgłosili występowanie danych działań niepożądanych

	wysypki	wypryski	rumień skóry	przesuszenie się skóry	przetłuszczenie się włosów, łojotok	nasilenie objawów trądziku	pogorszenie stanu włosów	pogorszenie stanu paznokci	zmiany na paznokciach	przesuszenie błon śluzowych	bez zmian
sertralina	3,70%	18,52%	0%	25,93%	0%	14,81%	11,11%	7,41%	7,41%	22,22%	48,15%
fluoksetyna	10%	20%	10%	30%	0%	0%	20%	20%	10%	0%	40%
escitalopram	0%	15,79%	0%	26,32%	5,26%	5,23%	5,26%	10,23%	0%	10,53%	52,63%
citalopramum	0%	0%	0%	25%	25%	25%	12,5%	12,5%	0%	25%	50%
paroksetyna	0%	0%	0%	16,67%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	83,33%
wenlafaksyna	0%	9,09%	0%	0%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	0%	18,18%	63,64%

Źródło: Opracowanie własne

Zgłoszono przypadek mężczyzny, który w wieku 46 lat rozpoczął leczenie fluoksetyną z powodu występowania symptomów depresji. Po 3 tygodniach terapii, która przebiegała pomyślnie, pojawiła się swędząca wysypka, która ustąpiła natychmiast po wyłączeniu terapii tym lekiem. Leczenie kontynuowano z użyciem sertraliny. Po dwóch tygodniach pacjent zauważył te same objawy skórne, co przy terapii fluoksetyną, lecz w innej lokalizacji. Objawy nasilały się po spożyciu czekolady [18]. Autorzy podkreślili brak badań dotyczących łączenia sertraliny czy innych leków z grupy SSRI z różnymi produktami spożywczymi mającymi wpływ na ilość uwalnianej serotoniny. Nie można jednoznacznie stwierdzić czy objawy wywołał któryś z izolowanych czynników, czy też był to efekt ich interakcji. Lundeberg i wsp. (2002) podają, że wysoka aktywność układu serotonergicznego w obszarze połączenia skórno-naskórkowego ze skórą, może być odpowiedzialna za powstawanie dermatologicznych działań niepożądanych poszczególnych leków. Efekt ten, zdaniem autorów jest bardziej prawdopodobny niż nadwrażliwość na samą substancję leczniczą. Dowodem może być pojawienie się wyprysków na skórze wraz ze zwiększonym stężeniem serotoniny [19].

Serotonina stymuluje skórne włókna nerwowe typu C, które przenoszą doznania zmysłowe, między innymi swędzenie [20]. Stanowi ono, zgodnie ze szwedzkimi badaniami, 24% zgłaszanych dermatologicznych działań niepożądanych farmakoterapii z użyciem fluoksetyny i 15% sertraliny [21]. Odnotowano występowanie świądu i wysypek skórnych zarówno przy stosowaniu paroksetyny jak i sertraliny [20]. W związku z odmienną strukturą chemiczną tych substancji, wspólny efekt niepożądany może świadczyć o tym, że skóra reaguje nie na nią, a na wzrost stężenia serotoniny (spowodowany przez SSRI), co wnioskowali Lundeberg i wsp. (2002).

Pogorszenie stanu włosów było drugim najczęściej zgłaszanym działaniem niepożądanym stosowania leków przeciwdepresyjnych w badanej grupie. Analiza literatury wskazuje, że podczas terapii lekami z grupy SSRI, często obserwuje się łysienie plackowate (charakteryzuje się ono miejscową lub uogólnioną utratą włosów, najczęściej dotykającą skalpu). Dane literaturowe wskazują, że zmiany są odwracalne, a łysienie związane z leczeniem może być

zarówno telogenowe jak i anagenowe. Najczęściej odnotowuje się je przy terapii fluoksetyną, paroksetyną i fluwoksaminą [12, 22-24]. W badanej grupie, największy odsetek ankietowanych zgłosił pogorszenie się stanu włosów przy terapii fluoksetyną i citalopramem.

W 2000 roku opisano przypadek kobiety poddanej farmakoterapii citalopramem [25]. Po kilku miesiącach zauważyła utratę kęp włosów w trakcie mycia. Wypadanie włosów wydawało się lekarzom związane ze zwiększaniem dawki leku, dlatego zalecono, aby ją obniżyć. Pacjentka jednak odmówiła, ze względu na poprawę samopoczucia i zmniejszenie objawów choroby oraz fakt, iż z problemem dermatologicznym częściowo pomogła jej uporać się suplementacja multiwitaminowa. W wielu przypadkach zdarza się, że zwiększenie dawki substancji terapeutycznej powoduje nasilenie danego działania niepożądanego, ponieważ z czasem organizm przyzwyczaja się i adaptuje do zmian, a z tego wynika coraz rzadsze występowanie działań niepożądanych.

Wahania masy ciała związane z depresją to powszechny problem. Utrata masy ciała traktowana jest jako jeden z objawów choroby (dla depresji atypowych wskazuje się jednak objaw odwrotny) [3, 4, 26]. W takiej sytuacji, wzrost masy ciała w trakcie terapii rozumiany może być jako poprawa stanu pacjenta. Jednak nieustanny przyrost masy ciała, pomimo remisji objawów choroby, może być skutkiem ubocznym przyjmowania leków przeciwdepresyjnych [27]. Podczas badań, których celem było poznanie przyczyny przyrostu masy ciała podczas farmakoterapii depresji wskazano, że aż 72% pacjentów zgłosiło przyrost masy ciała w czasie remisji, w porównaniu do masy ciała w czasie trwania choroby. Wspomniane zjawisko można zauważyć także u ankietowanych w niniejszym badaniu. Badani zauważali przyrost masy ciała w trakcie farmakoterapii.

Większość leków z grupy SSRI, jako jeden ze skutków ubocznych, generuje nadmierną potliwość. Niezależnie od tego, osoby z zaburzeniami psychicznymi, bardzo często obserwują u siebie ten objaw, przeważnie jest on wywołany przez określony stresor. Na wzrost utraty wody drogą epidermalną wpływa również cała gama czynników wewnętrznych i zewnętrznych, w tym podwyższona temperatura otoczenia [28]. Problem nadpotliwości może więc mieć złożony mechanizm, a jego obecność i zmiany w czasie

choroby mogą wskazywać na skuteczność stosowanego leczenia (minimalizowanie nadpotliwości generowanej znanymi, określonymi stresorami) lub na obecność działań niepożądanych podawanych leków (wzrost nadpotliwości nie związanej z obecnością określonych stresorów).

Analiza literatury dowodzi, że przy stosowaniu leków przeciwdepresyjnych z grupy TLPD i SSRI, a także wenlafaksyny obserwuje się nadpotliwość jako działanie niepożądane [29]. W grupie badanej odnotowano dwukrotny wzrost tego problemu podczas stosowania farmakoterapii. Zauważyć można również, że nadpotliwość związana z czynnikami stresogennymi znacznie zmalała w trakcie leczenia w porównaniu do okresu przed terapią.

## PODSUMOWANIE

Badanie wykazało, że najczęściej występującym działaniem niepożądanym stosowania leków przeciwdepresyjnych jest przesuszanie się skóry. Z dużą częstotliwością wskazywano również przesuszanie się błon śluzowych, pogorszenie stanu włosów oraz pojawianie się wyprysków.

Działania niepożądane najczęściej zgłaszano podczas terapii tianeptyną, fluoksetyną oraz sertralina; najrzadziej natomiast w trakcie leczenia paroksetyną. Przy politerapii częściej zgłaszano występowanie skórnych skutków ubocznych leków przeciwdepresyjnych niż przy monoterapii. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wskazywali wzrost masy ciała i nadpotliwość podczas terapii lekami przeciwdepresyjnymi.

Jak wskazują niniejsze badania, pytania o stosowaną farmakoterapię są kluczowym elementem prawidłowo przeprowadzonego wywiadu w gabinecie kosmetologa. Pomaga on określić w czym może tkwić zgłaszany problem, pomóc w wyborze właściwej metody pozwalającej na jego usunięcie lub minimalizację.

## LITERATURA

1. GDB 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2016; vol. 388(10053): 1545-1602.
2. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Łoza B, Parnowski T. Nowa depresja. Nowe leczenie. Medical Education, Warszawa 2012; 56-58.
4. Liff ZA. Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects by Aaron T. Beck. *International Journal of Group Psychotherapy* 2015, vol. 19(2): 246.
5. Bilikiewicz A, Puzyński S. Somatoterapia zaburzeń psychicznych [w:] Bilikiewicz A. (red.) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd. PZWL, Warszawa 2003: 503-556.

6. Wołkow P. Rozdział IV Leki ośrodkowego układu nerwowego [w:] R. Korbut (red.) *Farmakologia*. Wyd. PZWL, Warszawa 2012: 106-111.
7. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002, vol. 63(4): 357-366.
8. Health Quality Ontario. *Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment*. Ontario health technology assessment series 2017, vol. 17(15): 1-167. Czy na pewno ten zakres stron?
9. Bartlett D. Drug-Induced Serotonin Syndrome. *Crit Care Nurse* 2017, vol. 37(1): 49-54.
10. Duong TA, Valeyrie-Allanore L, Wolkenstein P, Chosidow O. Severe cutaneous adverse reactions to drugs. *Lancet* 2017, vol. 390(10106): 1996-2011.
11. Lange-Asschenfeldt C, Grohmann R, Lange-Asschenfeldt B, Engel RR, Rütger E, Cordes J. Cutaneous adverse reactions to psychotropic drugs: data from a multicenter surveillance program. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2009, vol. 70(9): 1258-1265.
12. Zalsman G, Sever J. Hair loss associated with paroxetine treatment: a case report. *Clinical Neuropharmacology* 1999 vol. 22(4): 246-247.
13. Abe R, Shimizu T. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome are induced by soluble Fas ligand. *The American Journal of Pathology* 2003, vol. 162: 1515-1520.
14. Bhasin A, Gurtoo A. First case of mirtazapine – induced Stevens-Johnson syndrome from India. *Indian Journal of Pharmacology* 2012; vol. 44: 656-658.
15. Agrawal R, Almoghrabi A, Attar BM, Gandhi S. Fluoxetine-induced Stevens-Johnson syndrome and liver injury. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics* 2019, vol. 44(1): 115-118.
16. Jan V, Toledano C, Machel L, Machel MC, Vaillant L, Lorette G. Stevens-Johnson syndrome after sertraline. *Acta Dermato-Venerologica* 1999, vol. 79(5): 401.
17. Singh PA, Cassel KP, Moscatti RM, Eckersley D. Acute Generalized Erythrodermic Pustular Psoriasis Associated with Bupropion/Naltrexone (Contrave®). *The Journal of emergency medicine* 2017, vol. 52(4): 111-113.
18. Cederberg J, Knight S. Itch and skin rash from chocolate during fluoxetine and sertraline treatment: case report. *BMC psychiatry* 2004, vol. 4: 36.
19. Lundeborg L, El-Nour H. Expression of serotonin receptors in allergic contact excematous human skin. *Archives of Dermatology* 2002, vol. 294(9): 393-398.
20. Schmeltz M, Schmidt R. Specific C-receptors for itch in human skin. *Journal of Neuroscience* 1997, vol. 17: 8003-8008.
21. Fornis J., Pottegard A., Antidepressant use in Denmark, Germany, Spain, and Sweden between 2009 and 2014: Incidence and comorbidities of antidepressant initiators. *Journal of Affective Disorders* 2019, vol 249: 242-252.
22. Irons J. Fluvoxamine in the treatment of anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2005, vol. 1(4): 289-299.
23. Etmian N, Sodhi M, Procyshyn RM, Guo M, Carleton BC. Risk of hair loss with different antidepressants: a comparative retrospective cohort study. *International Clinical Psychopharmacology* 2018, vol. 33(1): 44-48.
24. Mermi O, Atmaca M. Fluoxetine Induced Hair Loss: A Case Report, *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014, vol. 27: 266-269.
25. Alhomaïd MH. Escitalopram Induced Hair Loss. *Journal of psychiatry* 2016, vol. 19: 1-2.
26. Blumenthal SR, Castro VM, Clements CC, et al. An Electronic Health Records Study of Long-Term Weight Gain Following Antidepressant Use. *JAMA Psychiatry* 2014, vol. 71(8): 889-896.
27. Benazzi F. Weight Gain in Depression Remitted with Antidepressants: Pharmacological or Recovery Effect? *Psychotherapy and Psychosomatics* 1998, vol. 67: 271-274.
28. Goldman A. A treatment of axillary and palmary hyperhidrosis by mesoporation with botulinum toxin. *Aesthetic Plastic Surgery* 2000, vol. 24(4): 280-282.
29. Wang SM, Han C, Bahk WM, et al. Addressing the Side Effects of Contemporary Antidepressant Drugs: A Comprehensive Review. *Chonnam Medical Journal* 2018, vol. 54(2): 101-112.

### CITE / SPOSOB CYTOWANIA

Aszklar K, Piotrowska A. Częstość występowania oraz typy dermatologicznych działań niepożądanych leków przeciwdepresyjnych. *Aesth Cosmetol Med.* 2020;9(3):341-346.