

Łuszczyca

– pielęgnacja i postępowanie w gabinecie kosmetycznym

Psoriasis – treatment and care in beautician's

WSTĘP

Największą rolę w etiopatogenezie łuszczycy odgrywają czynniki genetyczne, immunologiczne, obecnie jednak podkreśla się również rolę środowiska i czynników związanych ze stylem życia [1]. Istnieje również wiele czynników zewnętrznych (środowiskowych) i wewnętrznych, które mogą prowokować lub zaostrzać wysiew zmian. Zaliczane są do nich: promieniowanie rentgenowskie, stres, nadwaga, oparzenia, alkohol, papierosy, uszkodzenia mechaniczne naskórka, zażywanie niektórych leków, wszelkie infekcje oraz zaburzenia hormonalne. Choroba ta jest nieuleczalna, jej przebieg charakteryzuje się zarówno okresami zaostrzenia zmian, jak i remisji. Znaczące zmiany skórne wywołują uczucie zawstydzienia, odosobnienia, znacząco obniżają jakość życia [2].

Łuszczyca jest chorobą, dotykającą, według najnowszych źródeł, ok. 2-3% populacji na świecie, niezależnie od szerokości geograficznej. Najczęściej występuje u rasy kaukaskiej (rzadziej u ludności afrykańskiej) [3]. Pojawia się równie często u kobiet, jak i mężczyzn. Może ujawnić się w każdym wieku, jednak wyróżnia się dwa okresy, w których występuje szczyt zachorowania – okres okołopokwitaniowy i okołoprzekwitaniowy [4]. Zmiany skórne pierwotne to czerwono-brunatne grudki, dobrze odgraniczone od podłoża, pokryte srebrzystą łuską, mające tendencje do zlewania się ze sobą. Wykwity mogą być różnej wielkości – od pojedynczych, drobnych zmian po rozległe, duże, różnej wielkości i kształtu blaszki (tarczki) łuszcycowe. Najczęściej obejmują części wyprostne łokci, kolan, okolice łędźwiowo-krzyżową oraz skórę głowy owłosionej.

Danuta Nowicka^{1,2}

¹ Katedra Kosmetologii
Wydział Fizjoterapii
Akademii Wychowania
Fizycznego
we Wrocławiu
M: +48 609 034 248
E: danuta.nowicka
@awf.wroc.pl

² Katedra
i Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii,
Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu
ul. Chałubińskiego 1
50-368 Wrocław

» 530

STRESZCZENIE

Łuszczyca to często występująca dermatoza przewlekła. Mimo postępu medycyny, jej etiopatogeneza nie jest do końca poznana.

Celem pracy było przedstawienie składników preparatów do pielęgnacji skóry łuszcycowej oraz możliwości jej pielęgnacji w gabinecie kosmetycznym.

Wiedza na temat tej dermatozy wśród społeczeństwa jest mała, wydaje się, że to właśnie kosmetolodzy powinni stać się źródłem rzetelnej, profesjonalnej wiedzy na temat choroby i właściwej pielęgnacji. Niezbędne jest zatem pogłębianie wiedzy tej grupy zawodowej, uświadamianie nie tylko w kwestii łuszczyca, ale także innych, równie często występujących chorób skóry.

Słowa kluczowe: łuszczyca, objaw Koebnera, zmiany skórne, pielęgnacja skóry

ABSTRACT

Psoriasis is a common chronic dermatosis. Despite the progress of medicine, its overall etiopathogenesis is not fully understood.

The aim of the study was to analyze the cosmetic treatment of a patient suffering from psoriasis in a beauty salon depending on the form and stage of the disease.

The awareness of this dermatosis among the population is low, it seems that cosmetologists should become a source of reliable, professional knowledge about the disease and proper care. Therefore, it is necessary to deepen the knowledge of this professional group, raising awareness not only regarding psoriasis, but also other, often occurring skin diseases.

Key words: psoriasis, Koebner phenomenon, skin lesions, skin care

otrzymano / received

12.05.2018

poprawiono / corrected

06.06.2018

zaakceptowano / accepted

10.07.2018



Fot. 1 *Typowe zmiany skórne w łuszczycy.*
Źródło: *I*



Fot. 2 *Zmiany łuszczycowe na skórze głowy owłosionej*
Źródło: *I*

Często obserwuje się również zmiany w obrębie płytki paznokciowej – punkcikowate zagłębienia (zwane inaczej paznokciami naporstkowatymi), pojawia się również onycholiza (proces rozwarstwiania się płytki od łożyska), objaw „kropli oleju” (żółto-brunatne plamki pod płytką paznokciową), paronychia (stan zapalny wałów okalających paznokcie) oraz zgrubienie, zmatowienie, kruchość i poprzeczne pobruzdowanie płytki paznokciowej [5].



Fot. 3 *Łuszczycyca paznokci*
Źródło: *I*

Wśród charakterystycznych objawów klinicznych, będących często podstawą rozpoznania, wymienia się tzw. objaw świeci stearynowej – po ściągnięciu lekko przylegającej łuski widoczna jest połyskująca powierzchnia grudek łuszczycowych. Po dalszym zadrapaniu grudki i oderwaniu łuski pojawia się drobnokropelkowe krwawienie, związane z przerwaniem wydłużonych naczyń krwionośnych brodawek skórnych, tzw. objaw Auspitz'a. Najważniejszym w praktyce kosmetycznej, decydującym o doborze odpowiednich zabiegów, objawem jest widoczny w liszaju płaskim i brodawkach wirusowych tzw. objaw Koebner'a. Po zadrapaniu/uszkodzeniu zmiany, po upływie około 7-12 dni, wzdłuż linii uszkodzenia pojawia się wysiew zmian pierwotnych. Ten charakterystyczny objaw jest obserwowany w aktywnej fazie choroby [6].

Osoby, chorujące na łuszczycę, często zgłaszają objawy subiektywne, najczęściej silny świąd. Dermatoza ta ma przewlekły i nawrotowy przebieg. Do końca życia obserwuje się jej okresy zaostrzania zmian i remisji. Nasilenie można najczęściej zauważyć wiosną oraz jesienią, ponieważ wtedy dochodzi do najczęstszych infekcji i przeziębień, zwłaszcza dróg oddechowych, a także jest niskie nasłonecznienie, które w części przypadków działa łagodząco na ogniska zapalne.

ZMIANY BUDOWY SKÓRY W ŁUSZCZYCY

Łuszczycę cechuje wzmożona proliferacja naskórka, która trwa około 2-4 dni, w odróżnieniu od skóry zdrowej, gdzie ten czas określa się na ok. 28 dni. Przez zwiększoną liczbę mitoz keratynocytów następuje parakeratoza, czyli nieprawidłowe (niepełne) rogowacenie, w efekcie którego w komórkach warstwy rogowej naskórka znajdują się jądra komórkowe. Zaniżeniu ulega warstwa ziarnista, ale za to przerasta warstwa kolczysta (zjawisko to nazywane jest akantozą) i warstwa rogową naskórka (hiperkeratoza). W przestrzeniach między komórkami naskórka następuje nagromadzenie komórek układu immunologicznego, czyli neutrofilii (formują się mikroropnie Munro) oraz limfocytów [7].

Charakterystycznym obrazem skóry łuszczycowej są wydłużone sople naskórkowe oraz przerosłe, często porównywane do zębów piły, brodawki skórne. Naczynia włosowate położone są płytko, są kręte i rozszerzone (stąd bierze się to drobnokropelkowe krwawienie przy oderwaniu blaszki łuszczycowej).

Zmiany zachodzą nie tylko w naskórku, ale także w skórze właściwej. Można tutaj zauważyć wydłużenie i przerost brodawek skórnych, czyli inaczej papillomatozę. Czasami występuje naciek z limfocytów i granulocytów obojętnochłonnych, choć granulocyty częściej tworzą nacieki w bardziej powierzchniowej części naskórka, w obrębie warstw gąbczasto zmienionych, tworząc krostę Koja [8].

Postaci łuszczycy

- Łuszczycyca wysiewna. Pojawia się najczęściej po infekcjach górnych dróg oddechowych lub jako pierwsza manifestacja choroby. Na skórze widoczne są liczne drobne grudki.
- Łuszczycyca odwrócona. Charakteryzuje się zmianami w innej niż typowa lokalizacji. Najczęściej pod pachami, w szpazie międzypośladowkowej i w pachwinach.
- Łuszczycyca paznokci. Może towarzyszyć zmianom skórnym, może być ograniczona jedynie do paznokci.
- Łuszczycyca krostkowa. Najcięższa postać łuszczycy, prócz typowych zmian skórnych obserwuje się zmiany rumieniowe z krostami na powierzchni.
- Łuszczycyca stawowa. Dotyczy nawet 20% pacjentów chorujących na łuszczycę, oprócz zmian skórnych rozwijają się zmiany zapalne w stawach. Typowo są to stawy międzypaliczkowe kończyn górnych i dolnych oraz stawy kręgosłupa.
- Łuszczycyca uogólniona (najczęściej erythrodermiczna). Zmiany łuszczycowe obejmują większość powierzchni skóry.

SKŁADNIKI PREPARATÓW DO PIELĘGNACJI SKÓRY ŁUSZCZYCOWEJ

W badaniach dotyczących jakości życia osób chorych na łuszczycę podkreśla się, że największy wpływ na jej obniżenie mają zmiany obecne w miejscach widocznych: dłonie, płytki paznokciowe, skóra głowy [9].

Pociąga za sobą konieczność dokładnej, poprawnej i aktualnej wiedzy o łuszczycy u osób, pracujących w gabinetach kosmetycznych oraz kosmetycznych.

Skóra łuszczycowa wymaga odpowiednio dobranych i połączonych ze sobą preparatów, z właściwymi, odpowiadającymi jej potrzebom składnikami. Niektórzy producenci kosmetyków proponują serie produktów, aby ułatwić osobom cierpiącym na łuszczycę odpowiednią pielęgnację. Najczęściej na rynku obecne są szampony, żele do mycia, kremy nawilżające i natłuszczające, balsamy do ciała przeznaczone dla osób z tą jednostką chorobową [10].

Powinny one zawierać składniki zmiękczające, tworzące tzw. emolient, których nazwa pochodzi od greckiego wyrazu *emolliere*, czyli zmiękczać). Przykładem są:

- oleje roślinne (słonecznikowy, makadama, ze słodkich migdałów),
- niektóre oleje zwierzęce (lanolina),
- wosk pszczele.

Humektanty to substancje, mające zdolność do wiązania i zatrzymywania wody w warstwie rogowej. Najlepiej sprawdza się gliceryna, która najczęściej stosowana jest w stężeniu 2-10%.

Kolejnymi składnikami, które muszą znaleźć się w preparatach do skóry łuszczycowej, są substancje keratolityczne (złuszczające). Są one niezbędne do przyspieszenia usuwania nagromadzonej łuski. Zalicza się do nich alfa hydroksykwasy (AHA) i beta-hydroksykwasy (BHA) – np. kwas glikolowy, salicylowy. Powodują one niszczenie połączeń białkowych między keratocytami, a tym samym ułatwiają ich odrywanie i rozpuszczanie nadmiernie zrogowaciałego naskórka. Ponadto kwas salicylowy ma właściwości przeciwzapalne i antybakteryjne, zapobiegające powstawaniu wtórnej infekcji. Składniki odbudowujące barierę lipidową to następne składowe, których nie można pominąć. Ich rolą jest uzupełnianie deficytów międzykomórkowych lipidów. Zaliczamy do nich woski, cholesterol, ceramidy czy choćby niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe (NNKT), występujące w oleju konopnym i ziarnach wiesiołka. Ułatwiają one wchłanianie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, przywracają równowagę wodno-lipidową oraz regenerują naskórek, co jest niezwykle ważne przy zmienionej chorobowo skórze. Substancje, będące równocześnie jednymi ze stosowanych w leczeniu, to związki hamujące podziały mitotyczne. Działają na zasadzie utrudnienia procesów oddychania tkankowego, przez co komórki wolniej się namnażają w warstwie podstawnej naskórka. Dochodzi do bardziej znormalizowanego i wydłużonego procesu rogowacenia. Przedstawicielem takiej substancji są dziegiecie otrzymane w procesie destylacji węgla kamiennego i różnych gatunków drzew [11].

Ich zastosowanie, ze względu na regulacje prawne, podnoszące możliwość działań toksycznych jest obecnie coraz bardziej ograniczane. Nie są także często lubiane przez pacjentów w związku z ich kolorem i zapachem, ale, co warto podkreślić, odznaczają się dużą skutecznością redukcji zmian [12].

PIELĘGNACJA W GABINECIE KOSMETYCZNYM

Wymienione w artykule substancje i składniki powinny być składnikami preparatów stosowanych, zarówno podczas pielęgnacji domowej, jak i w gabinetach kosmetycznych. W pielęgnacji domowej może to być postać kremu czy balsamu, używanego w dzień lub na noc. W gabinetach kosmetycznych można je wprowadzać w formie serum czy ampułek podczas zabiegu mezoterapii bezigłowej lub sonoferezy. Złuszczanie naskórka można wykonywać za pomocą peelingu kawitacyjnego, peelingu enzymatycznych oraz kwasów AHA i BHA.

Przed wyborem właściwego zabiegu niezbędna jest przede wszystkim rozpoznanie obszaru zabiegowego i określenie aktywności choroby. Jeśli w obszarze zabiegowym znajdują się zmiany skórne, klient/klientka podaje pojawianie się nowych zmian, jest w czasie lub po infekcji, należy wziąć pod uwagę możliwość pojawienia się objawu Koebnera w przypadku przerwania ciągłości naskórka. Depilacja woskiem, pastą cukrową czy laserem jest w takim przypadku niewskazana. Nie należy stosować żadnych peelingów mechanicznych (ziarnistych bądź mikrodermabrazji diamentowej, korundowej) ani oczyszczać skóry manualnie. Gdy łuszczyca jest w formie aktywnej, wyklucza to wykonywanie iniekcji śród- i podskórnych, kriolipolizy, a także zabiegów z wykorzystaniem bodźców fizykalnych, np. technologii plazmowej, IPL (*Intense Pulsed Light*), oraz zabiegów laserowych [13]. Wykonując zabiegi pielęgnacyjne i upiększające dłoni i stóp, nie należy stosować ostrych narzędzi – cząłek, ostrza omegi.

Pozytywnie u większości pacjentów na przebieg choroby działa promieniowanie ultrafioletowe UV, zwłaszcza aktywnie UVA. W przypadkach zaawansowanego przebiegu choroby w terapii stosuje się tak zwaną otochemioterapię, a więc połączenie psoralenów (substancji uwrażliwiającej na promieniowanie UV) oraz następczego promieniowania UVA. Leczenie to powinno być stosowane pod ścisłą kontrolą lekarza, dobierającego odpowiednią do wagi pacjenta dawkę leku oraz dawkę promieniowania przypadającą na cm² skóry. Przeciwwskazaniem do tej metody są między innymi nowotwory skóry, choroby wątroby i narządu wzroku. Opiekując się pacjentem poddanym zabiegom foto- i fotochemioterapii, należy pamiętać o konieczności niwelowania skutków ubocznych, powstałych na skutek ekspozycji na światło. Najlepiej sprawdzają się zabiegi nawilżające, uzupełniające składniki bariery naskórkowej, zawierające peptydy i witaminy działające odżywczo.

Bardzo ważne jest uświadamianie klientom natury, przyczyn i przebiegu jego choroby. Kosmetolog powinien zwrócić uwagę na konieczność utrzymania prawidłowej masy ciała, ograniczenia używek, możliwości leczenia klimatycznego choroby, a także dbać o redukcję poziomu stresu u klientów z łuszczycą.

PODSUMOWANIE

Łuszczyca wymaga odpowiedniej, świadomie wybranej i dostosowanej do postaci i stadium zaawansowania choroby, pielęgnacji. Gabinety kosmetyczne i kosmologiczne dysponują szeroką ofertą zabiegową, wykorzystującą właściwe substancje czynne i bodźce fizykalne. Każdy zabieg powinien być poprzedzony wnikliwym wywiadem, a także badaniem stanu skóry. W przypadkach trudnych, zwłaszcza u pacjentów leczonych dermatologicznie, warto również zasięgnąć opinii prowadzącego dermatologa [14].

LITERATURA

1. Boehncke WH. Etiology and Pathogenesis of Psoriasis. *Rheum* 2015, vol. 41(4): 665-675.
2. Kerdel F, Don F. The Importance of Early Treatment in Psoriasis and Management of Disease Progression. *J Drugs Dermatol*. 2018, vol. 17(7): 737-742.
3. Prignano F, Rogai V, Cavallucci E, Bitossi A, Hammen V, Cantini F. Epidemiology of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in Italy—a Systematic Review. *Curr Rheumatol Rep*. 2018, vol. 20(7): 43.
4. Trojaska E, Zaleska M, Galus R. Influence of exogenous and endogenous factors on the course of psoriasis. *Pol Merkur Lekarski*. 2015, vol. 38(225): 169-173.
5. Manhart R, Rich P. Nail psoriasis. *Clin Exp Rheumatol*. 2015, vol. 33(5): S7-13.
6. Raut AS, Prabhu RH, Patravale VB. Psoriasis clinical implications and treatment: a review. *Crit Rev Ther Drug Carrier Syst*. 2013, vol. 30(3): 183-216.
7. Katayama H. Development of psoriasis by continual neutrophil infiltration into the epidermis. *Exp Dermatol*. 2018.
8. Kolanko M. Etiopatogeneza łuszczycy. *Aesthetica* 2017, vol. 20: 44-47.
9. Augustin M, Radtke MA. Expert Rev Quality of life in psoriasis patients. *Pharmacoecon Outcomes Res*. 2014, vol. 14(4): 559-568.
10. Luger T, Seite S, Humbert P, Krutmann J, Triller R, Dréno B. Recommendations for adjunctive basic skin care in patients with psoriasis. *Eur J Dermatol*. 2014, vol. 24(2): 194-200.
11. Todke P, Shah VH. Psoriasis: implication to disease and therapeutic strategies, with an emphasis on drug delivery approaches. *Int J Dermatol*. 2018.
12. Tirant M, Hercogov J, Fioranelli M, Gianfaldoni S, Chokoeva AA, Tchernev G, Wollina U, Novotny F, Rocca MG, Maximov GK, França K, Lotti T. Nail psoriasis in an adult successfully treated with a series of herbal skin care products family. A case report. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2016, vol. 30(2): 21-28.
13. Krajewska J. Pielęgnacja skóry w łuszczyce. *Lek w Polsce* 2015, 25(6-7): 51-56.
14. Gaworczyk M. Łuszczyca – leczenie zewnętrzne. *Kosmetologia Estetyczna* 2014, vol. 3: 196-198.

ŹRÓDŁA FOTOGRAFII

1. Zbiory Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu