

Łuszczycyca należy do jednej z najczęściej występujących przewlekłych dermatoz. W populacji europejskiej i wśród białych mieszkańców Stanów Zjednoczonych zdarza się w 1-3% i w równym stopniu dotyczy obu płci. Natomiast nie występuje praktycznie u ludzi z Dalekiego Wschodu, Ameryki Południowej, Afryki Zachodniej i Eskimosów. Łuszczycyca jest schorzeniem o złożonym patomechanizmie, w którym zjawiska immunologiczne odgrywają zasadniczą rolę. Wśród skomplikowanych procesów zależnych od różnych komórek zapalnych i ich mediatorów oraz wpływu tych zjawisk na keratynocyty, należy brać pod uwagę defekt genetyczny leżący u podłoża tego schorzenia.

Na podstawie badań genetycznych łuszczycyca dzieli się na dwa typy:

- Typ I (młodzieńczy) - ujawnia się zwykle przed 40 r.ż., częściej zdarza się rodzinnie, ma cięższy przebieg i cechuje się obecnością antygenu HLA Cw6 u około 80% chorych.
- Typ II - (dorośli) - ujawnia się po 40 r.ż. Przebieg choroby jest łagodniejszy, rzadko występuje rodzinnie. Częściej statystycznie w tych przypadkach stwierdza się obecność antygenów HLA B44 i Cw4.

Ryzyko zachorowania na łuszczycę osób z ekspresją antygenu B17 jest wysokie i niezależne od wieku.

Typowym wykwitem w łuszczycy zwykłej są płasko-wyniosłe grudki o różnej wielkości, wyraźnie odgraniczone od otoczenia - pokryte warstwą łuski, po zdrapaniu której uwidacznia się błyszcząca powierzchnia, a następnie punkcikowate krwawienie. Wielkość wykwitów jest różna od drobnych grudek typowych dla wczesnych zmian chorobowych występujących po przebytych infekcjach, do dużych plackowatych szerzących się obwodowo. W przypadku zaawansowanej choroby powstają wykwity obrączkowate z nasileniem zmian na obwodzie i ustępowaniem w centrum. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w postaci wysiewnej łuszczycy, można wywołać objaw Koebnera - pojawienie się typowych wykwitów łuszczycowych o liniowym przebiegu w miejscu zadrapania. Objaw ten nie da się wywołać w przypadku zmian już ustępujących.

LOKALIZACJA ZMIAN CHOROBY

Skóra

Zmiany chorobowe najczęściej zajmują skórę okolic najbardziej narażonych na stałe urazy (kolana, łokcie, okolica łędźwiowo-krzyżowa, fałdy skórne - pachy, pachwiny, szpara międzypośladkowa. Często lokalizacją jest skóra owłosiona głowy i twarz. Ta lokalizacja może być jedynym objawem choroby i pomimo nieraz złożonego charakteru zmian oraz dużego nawarstwienia łusek nie prowadzi do utraty włosów. Zmiany mogą zajmować różną powierzchnię skóry.

Paznokcie

Często w łuszczycy procesem chorobowym objęte są płytki paznokciowe, które mogą być jedyną lokalizacją przez wiele lat. Są to punkcikowate wgłębienia, nadmierne rogowacenie podpaznokciowe, rozwarstwianie płytek.

Stawy

Dolegliwości bólowe i stany zapalne mogą dotyczyć drobnych i dużych stawów, często niesymetrycznie, mogą doprowadzać do zniekształceń. Czynnikiem reumatoidalny w większości przypadków nie jest wykrywalny.

POSTACIE ŁUSZCZYCY

Ze względu na różnorodność wykwitów łuszczycowych w rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę wyprysk łojotokowy, liszaj płaski, liszaj rumieniowaty oraz grzybicę. W przypadkach

nie pozwalających jednoznacznie ustalić rozpoznanie wskazane jest pobranie biopsji i wykonanie badania mykologicznego szczególnie w przypadkach zmian paznokciowych.

Najpraktyczniejszy podział łuszczycy

Zasadniczo wyróżnia się 4 podstawowe typy łuszczycy:

- zwykła
- a) ograniczona,
- b) uogólniona;
- krostkowa:
- a) dłoni i stóp,
- b) uogólniona;
- erytrodermiczna,
- stawowa.

CO PROWOKUJE WYSIEWY ZMIAN ŁUSZCZYCOWYCH?

1. Ostre infekcje (bakteryjne, wirusowe) zawsze należy je intensywnie leczyć
2. Infekcje przewlekłe w zatokach obocznych nosa, uzębieniu, pęcherzyku żółciowym, przydatkach
3. Niektóre leki antybiotyki np. tetracykliny, leki przeciwmalaryczne, blokujące receptory, B-adrenergiczne np. Propranolol, sole litu
4. Stres
5. Mechaniczne drażnienie skóry drapanie, usuwanie łusek z wykwitów łuszczycowych przez szczotkowanie
6. Zbyt intensywne leczenie długie stosowanie preparatów maściowych oraz ich mocne wcieranie
7. Ogólne stosowanie preparatów sterydowych z powodu innych schorzeń, które początkowo powodują szybkie ustępowanie zmian skórnych, ale po odstawieniu tych leków szybkie nawroty o bardzo ciężkim przebiegu.

Leczenie łuszczycy

W najczęściej spotykanej zwykłej postaci łuszczycy wystarczające jest leczenie miejscowe przebiegające w trzech etapach.

Pierwszy etap to usunięcie łusek pokrywających wykwity łuszczycowe, które uniemożliwiają działanie terapeutyczne właściwych preparatów przeciwłuszczycowych. Nie należy ich usuwać mechanicznie poprzez zdrapywanie powierzchni grudek, ale poprzez stosowanie maści złuszczających z kwasem salicylowym lub siarką. Na skórę owłosioną głowy stosowanie oliwki salicylowej przez kilka dni powoduje możliwość skutecznego usunięcia nawet dużych nawarstwień łusek. Maści złuszczające i oliwkę salicylową należy zmywać ciepłą wodą z mydłem lub szamponami dziegciowymi - dostępnymi w każdej aptece. Etap ten trwa najczęściej kilka dni.

W drugim etapie leczenia po usunięciu łusek z wykwitów łuszczycowych, gdy pojawi się czerwona powierzchnia grudek, stosujemy jeden lub kilka preparatów hamujących nadmierny podział komórek naskórka i działających przeciwzapalnie. Do najczęściej stosowanych należy zaliczyć cygnolinę, inne to preparaty dziegciowe, kortykosteroidy, pochodne witaminy D3. Wybór leku zależy od lokalizacji zmian, możliwości finansowych chorego oraz rozległości zmian chorobowych (tab. 2).

Tabela 2. Leczenie miejscowe łuszczycy.

Skuteczność Remisje Objawy uboczne

preparaty keratoliczne + + +

antralina (cygnolina) ++ ++ ++

preparaty dziegciowe ++ ++ +

kortykosteroidy miejscowe

kkślabe + + +

kkśrednie + ++ ++

kksilne +++ ++ +++

preparaty natłuszczające + + +

pochodne witaminy D3 ++ +++ +

skuteczność: + - umiarkowana, ++ - średnia, +++ - duża;

remisje: + - do miesiąca, ++ - do trzech miesięcy, +++ - ponad trzy miesiące;

objawy uboczne: + - małe, ++ - średnie, +++ - duże.

Cygnolina

Większość dermatologów zaleca w leczeniu miejscowym łuszczycy cygnolinę w stężeniach od 0,1-0,5 do 1,0-2,0%, która jest skuteczna, ma niewielkie działania uboczne i jest tanim preparatem. Objawami ubocznymi cygnoliny jest powodowanie odczynu zapalnego skóry wokół wykwitów łuszczycowych, trwałe zabarwienia bielizny i pościeli. Można je zminimalizować poprzez terapię minutową oraz przeznaczenie jednego ubrania w okresie leczenia.

Nie należy stosować preparatów zawierających cygnolinę na zmiany wysiewne, erythrodermiczne i wysiękowe. Mogą one spowodować zaostrzenie procesu chorobowego.

Na czym polega terapia minutowa? Opiera się ona na fakcie, że cygnolina wchłania się w ogniska chorobowe 30-50 razy szybciej niż w okoliczną skórę zdrową. Możemy więc zastosować ten preparat na 10 min. do 2 godzin, po czym należy zmyć skórę wodą z mydłem i natłuścić maścią obojętną.

Preparaty dziegciowe

Ze względu na nieprzyjemny zapach nie jest chętnie to leczenie akceptowane przez pacjentów, niemniej jest to lek drugiego rzutu i stosuje się go, gdy kuracja cygnoliną jest źle tolerowana przez pacjenta. Dziegcie należą do najstarszych sposobów leczenia łuszczycy i pomimo nieprzyjemnego zapachu są nadal stosowane, często kojarzone z kortykosterydami lub cygnoliną.

Ze względu na działanie światłoutwardzające preparaty te stosuje się do kąpieli z następowym naświetlaniem promieniami UVA i UVB.

Preparaty kortykosteroidowe

Maści zawierające kortykosteroidy stosowane są od dawna. Lekarze i pacjenci przyjęli tę grupę leków entuzjastycznie - były skuteczne, wygodne w użyciu, dawały szybką poprawę. Niestety leki te dają szereg objawów ubocznych: zaniki, przebarwienia i odbarwienia skóry, szybkie nawroty. Ponadto zastosowane na dużą powierzchnię wchłaniają się do krwiobiegu powodując objawy podobne jak przy długotrwałym stosowaniu ogólnie preparatów sterydowych. Zalecenie:

1. Stosować nowoczesne preparaty sterydowe.

2. Najsilniejsze stosować krótko (7-10 dni) raz dziennie, następnie zmienić na preparat słabiej działający lub też stosować mocny preparat sterydowy naprzemiennie z maścią sterydową słabiej działającą. Czas tego leczenia musi być ograniczony.

3. Nie należy stosować mocnych preparatów sterydowych na skórę twarzy.

4. Nie wolno stosować mocnych preparatów sterydowych w zgięcia stawowe oraz okolice narządów płciowych i odbytu.

5. Zachować szczególną ostrożność u dzieci, matek karmiących i kobiet w ciąży.
6. Przy dłuższym leczeniu tymi preparatami może dojść do zjawiska tachyfilaksji tzn. zmniejszania wrażliwości zmian chorobowych na zastosowany lek.

Pochodne witaminy D3 (kalcipotriol, kalcytriol)

Są nowością w leczeniu łuszczycy i są już dostępne w postaci maści. Skutecznością są porównywalne ze średnio mocnymi preparatami sterydowymi lub zastosowanym leczeniem cygnoliną, ale nie wywołują objawów ubocznych i są wygodne w stosowaniu dla pacjentów.

Fototerapia łuszczycy

Jest najstarszą i nadal stosowaną metodą leczenia. Do leczenia łuszczycy wykorzystano naświetlenia promieniami UVA i UVB emitowanymi przez sztuczne źródło światła, stosując fototerapię selektywną - naświetlenia UVA i UVB i fotochemioterapię - naświetlenia UVA z podawaniem ogólnym psoralenów - preparatów światłouczulających.

To leczenie można kojarzyć z innymi metodami np. cygnoliną, pochodnymi witaminy D3, dziegciami i retinoidami podawanymi ogólnie.

Przeciwwskazaniem do leczenia tą metodą są:

1. Chorzy, u których występuje nasilenie objawów chorobowych pod wpływem promieni słonecznych.
2. Pacjenci z dużą ilością znamion barwnikowych (pojedyncze znamiona należy osłonić przed naświetleniami).
3. Osoby, które były leczone z powodu raków skóry.
4. Chorzy z innymi chorobami skórnymi prowokowanymi przez promienie słoneczne np. liszaj rumieniowaty.
5. Pacjenci z przewlekłymi schorzeniami układu krążenia, nerek, wątroby.
6. Kobiety w ciąży, karmiące.

Leczenie ogólne łuszczycy

Dokładne opisanie metod systemowego leczenia łuszczycy przekracza ramy tej publikacji.

Obecnie stosowanymi preparatami w leczeniu ogólnym łuszczycy są:

1. Retinoidy (reotigason).
2. Metotreksat.
3. Hydroksymocznik.
4. Cyclosporyna A (sandimmun-reoral).
5. Inne wprowadzane leki: sulfasalazyna, kwas umarowy, ketokonazol.

W niektórych postaciach łuszczycy, zwłaszcza w postaci wysiewnej, gdzie istnieje podejrzenie istnienia ognisk zakaźnych stosujemy antybiotyki.

Jakie są kryteria hospitalizacji pacjenta

1. Ciężka postać łuszczycy.
2. Obejmujące ponad 25% powierzchni ciała zmiany łuszczycowe.
3. Współistnienie chorób ogólnoustrojowych, jak cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby stawów, nadciśnienie.
4. Powikłania po leczeniu ambulatoryjnym.
5. Chory, u którego po 4-tygodniowym leczeniu ambulatoryjnym nie ma poprawy.
6. Przypadki łuszczycy ograniczające codzienną aktywność chorego.

Profilaktyka łuszczycy

1. Leczenie wszystkich ognisk zakaźnych.
2. Zapobieganie ostrym chorobom infekcyjnym.
3. Eliminacja powszechnie znanych czynników wyzwalających proces chorobowy.

4. Unikanie stosowania w leczeniu leków - prowokatorów (tab. 1).
5. Unikanie stresów. W razie trudności kontakt z psychologiem.
6. Właściwa pielęgnacja skóry - kąpiele natłuszczające, solankowe, stosowanie preparatów natłuszczających.
7. Właściwe odżywianie w okresie zaostrzeń - dieta lekkostrawna, unikanie tłuszczów zwierzęcych, wieprzowiny.

Jak wynika z powyższego artykułu leczenie łuszczycy jest leczeniem wielosystemowym. Każda z postaci łuszczycy jest inna i wymaga indywidualnego postępowania leczniczego. Dzięki działaniu leczniczemu i profilaktycznemu można spowodować, że wysiewy zmian będą rzadsze i nie będą wymagały hospitalizacji. Należy popularyzować wiedzę o tej chorobie wśród pacjentów, aby nauczyli się z nią żyć, nie tracąc aktywności zawodowej, a wyboru właściwego sposobu leczenia musi dokonać lekarz w oparciu o badanie każdego pacjenta.

W celu edukacji chorych powstało w Lublinie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę - gdzie organizowane są spotkania od 1993 r., na których lekarze starają się wytłumaczyć jak należy postępować w życiu codziennym, ażeby łuszczycy nie wpływała na stan naszej psychiki oraz aktywności zawodowej, udzielają odpowiedzi na nurtujące chorych pytania, pomagają w leczeniu. Takie spotkania, rozmowa z osobą dotkniętą chorobą, wymiana myśli i własnych doznań przynoszą trochę optymizmu i wiary, że nie jest się osamotnionym w zmaganiach ze swoimi dolegliwościami.

{jcomments on}