

lek. med. Iwona Kuczborska**lek. med. Aleksandra Zamirska**

Pomimo tego, że łuszczyca jest jedną z najczęściej występujących w Polsce chorób dermatologicznych, wiedza o niej wśród społeczeństwa jest niepełna, a rozpowszechniane sądy – często mylne. Łuszczyca zazwyczaj nie prowadzi do zgonu pacjenta, jednak bardzo znacznie obniża jakość jego życia – zarówno pod względem fizycznym jak i psychicznym. Celem tego artykułu jest rozpowszechnienie podstawowych, współczesnych danych z zakresu etiologii, diagnostyki i leczenia tej ważnej choroby. Łuszczyca (łac. psoriasis) to przewlekła choroba skóry, na którą cierpi około 2% populacji w Polsce. Jeszcze częściej niż nasi rodacy zapadają na nią Skandynawowie i inni mieszkańcy Europy Północnej. Znacznie rzadziej natomiast na łuszczycę chorują Japończycy i Amerykanie. Występowanie choroby u obu płci jest podobne. Najczęściej łuszczyca rozpoczyna się u młodych dorosłych (20-35 lat). Statystyki podają, że 75% osób pierwsze objawy chorobowe zauważa przed ukończeniem 40 roku życia. Łuszczyca może jednak wystąpić w każdym wieku.

Etiopatogeneza

Łuszczyca jest chorobą wieloczynnikową. Jej etiologia nie została dokładnie poznana, lecz najnowsze badania wykazują, że na jej wystąpienie wpływ mają czynniki genetyczne, układowe, autoimmunologiczne oraz środowiskowe. Łuszczycą nie można się natomiast zarazić! Nie wiadomo dokładnie, w jaki sposób dziedziczy się łuszczycę. Wielopopulacyjne obserwacje i badania wykazują, iż jest to przykład choroby dziedziczonej wielogenowo (tj. różne geny, występując osobno, bądź razem, decydują o wystąpieniu choroby u potomstwa). Badania statystyczne wykazują, że w przypadku choroby obojga rodziców ryzyko zachorowania dzieci wzrasta do około 70%. W rozwoju choroby znaczącą rolę odgrywają również czynniki środowiskowe. Ponad połowa osób swój pierwszy wysiew zmian łuszczycowych obserwuje po infekcji gronkowcowej lub paciorkowcowej górnych dróg oddechowych. Do innych istotnych czynników środowiskowych należą: leki (np. lit, preparaty przeciwmalaryczne, beta-blokery, glikokortykosteroidy przyjmowane ogólnie, niesteroidowe leki przeciwzapalne), stres psychiczny, alkohol, palenie papierosów. Ponieważ czynniki te mogą nie tylko wyzwać wysiew zmian chorobowych, ale również utrudniać lub nawet uniemożliwiać skuteczną terapię, bardzo ważne jest ich unikanie.

Obraz kliniczny

Łuszczyca zwyczajna stanowi 85% przypadków tej choroby. Typowe wykwity łuszczycowe to czerwone grudki wyraźnie odgraniczone od otoczenia, pokryte srebrzystobiałą łuską. Grudki mają różną wielkość (od kilku milimetrów do 2 cm średnicy). W pełni rozwinięte zmiany zlewają się w większe blaszki łuszczycowe. Ogniska szerzą się obwodowo i często dochodzi do ich ustępowania w części środkowej. Zmiany utrzymujące się długo (kilka lub kilkanaście miesięcy) mogą mieć grubą, hiperkeratotyczną powierzchnię. Zdrapywanie pokrywającej zmiany łuski początkowo odsłania błyszczącą, jakby powleczoną stearyną powierzchnię. Dalsze zdrapywanie powoduje pojawienie się drobnych kropelek krwi, co jest charakterystyczne dla łuszczycy i określane objawem Auspitz.

Innym charakterystycznym objawem dla łuszczycy jest objaw Koebnera. Po 7-10 dniach wzdłuż zadrapania następuje wysiew nowych grudek łuszczycowych.

Umieszczenie zmian może być rozmaite. Dla łuszczycy zwykłej typowa jest lokalizacja w okolicy krzyżowej, okolicy kolan, łokci, uszu, paznokci i owłosionej skóry głowy.

Zmiany na owłosionej skórze głowy mogą mieć różną postać: od zmian przypominających łojotokowe zapalenie skóry do hiperkeratotycznych nawarstwionych łusek. Pod wpływem drapania często dochodzi do modyfikacji typowych zmian, nadkażeń bakteryjnych, a w dalszym efekcie – do trudności diagnostycznych. Czasem zmiany obserwuje się także poza linią włosów – na czole, skroniach i karku. Na twarzy, poza czołem wzdłuż linii włosów i brwiami, zmiany łuszczycowe występują rzadko. Mimo długo utrzymujących się zmian na głowie, nie dochodzi do trwałego wyłysienia!

Zmiany w obrębie paznokci mogą przyjmować różne formy. Mogą być to punkcikowate zagłębienia lub przebarwienia. Czasami obserwowana jest natomiast podpaznokciowa hiperkeratoza (masy rogowe pod wolnym brzegiem paznokcia) lub onycholiza (czyli oddzielanie wolnego brzegu paznokcia od macierzy).

Zmiany łuszczycowe w okolicy narządów płciowych i odbytu mają skłonność do zlewania się i objawów wysiękowych.

Inne odmiany łuszczycy

Oprócz opisywanej najbardziej typowej formy łuszczycy, rzadziej występują nietypowe jej postaci, do których należą: łuszczyca krostkowa, erythrodermia łuszczycowa, łuszczyca wysiękowa oraz odmiana stawowa.

Łuszczyca krostkowa może występować w dwóch postaciach klinicznych. Pierwsza to ciężka postać uogólnionych zmian krostkowych, występujących na całej powierzchni skóry dotkniętej zapaleniem. Krostki mają tendencję do zlewania się. Druga postać ma charakter miejscowy, ograniczony do wewnętrznej powierzchni dłoni i stóp. Postać ta zwana jest łuszczyką krostkową dłoni i stóp.

Erythrodermia łuszczycowa występuje bardzo rzadko. Może być wynikiem silnej infekcji bakteryjnej, efektem stosowania kortykosteroidów w formie ogólnej lub poparzenia słonecznego. Pacjenci są zazwyczaj w średnim stanie ogólnym. Rozsianym zmianom skórnym towarzyszy wysoka gorączka, obrzęki, podwyższony poziom leukocytów. W ciężkich przypadkach może dochodzić do niewydolności serca lub nerek.

Łuszczyca stawowa stwierdzana jest w badaniu klinicznym i radiologicznym u około 25% pacjentów ze zmianami skórnymi. U wielu chorych występują natomiast dolegliwości stawowe o niewielkim nasileniu. Wyróżnić można aż pięć odmian łuszczycy stawowej. Najbardziej powszechna jest łuszczyca obejmująca dystalne stawy międzypaliczkowe. Często z postacią tą współistnieją zmiany paznokciowe, dotyczące paznokci palców objętych dolegliwościami stawowymi.

Rozpoznanie łuszczycy na podstawie obrazu klinicznego i wywiadu nie sprawia trudności doświadczonemu dermatologowi. Z łuszczycą może być jednak mylone kilka schorzeń dermatologicznych. Należą do nich: drożdżycyca, grzybica, kiła, wyprysk, kontaktowe zapalenie skóry, chłoniak T-komórkowy skóry, łupież różowy. W tych trudnych diagnostycznie przypadkach zazwyczaj pomocne bywa badanie histopatologiczne zmienionej chorobowo skóry.

Leczenie łuszczycy

Pierwszą rzeczą, którą uzmysłwić sobie musi każdy chorujący na łuszczycę, jest bardzo istotna rola profilaktyki. Polegać ona powinna na unikaniu czynników, które wywołują chorobę (stres psychiczny, infekcje, palenie tytoniu, alkohol) oraz na odpowiedniej pielęgnacji skóry. Skóra chorych na łuszczycę jest często przesuszona wskutek działania miejscowych leków oraz fototerapii. Suchość i świąd skóry, który może pojawić się nawet u około 80% pacjentów z zaostrzeniem łuszczycy, można łagodzić stosowaniem obojętnych preparatów nawilżająco-natłuszczających, wzbogaconych w środki przeciwświądowe (polidokanol) lub przeciwzapalne (ichtiol). Oczywiście, w normalnym życiu nie można uniknąć wszystkich czynników ryzyka łuszczycy. Nie da się bowiem chociażby wyeliminować stresu psychicznego. Jednak z całą pewnością odpowiednia profilaktyka czasami doprowadza do remisji choroby na długie miesiące lub lata. Należy jednak pamiętać, że łuszczyca jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną. Celem lekarza prowadzącego jest terapia istniejącego wysiewu zmian łuszczykowych i maksymalne wydłużenie okresu, w którym skóra jest zdrowa.

Leczenie łuszczycy podzielić można na leczenie zewnętrzne i ogólne. U większości chorych (około 75%) z łżejszymi postaciami łuszczycy wystarcza leczenie zewnętrzne. Wskazaniami do stosowania terapii ogólnej są m.in.: liczne zmiany skórne, obejmujące więcej niż 25% powierzchni ciała, erytrodemia łuszczykowa, odmiana stawowa, łuszczyca krostkowa oraz zmiany odporne na leczenie miejscowe.

Leczenie zewnętrzne prowadzone jest dwufazowo. W pierwszym etapie stosuje się leki złuszczające, które powodują usunięcie łuski. Następnie podawane są leki redukujące (np. cygnolina). W terapii ambulatoryjnej najczęściej stosowane są kortykosteroidy zewnętrzne ze względu na ich liczne doraźne korzystne oddziaływania (szybki efekt, dobra tolerancja, wygodne użycie). Przy stosowaniu tych środków musimy jednak pamiętać także o ich licznych działaniach niepożądanych (rozstępy, rumień posterooidowy, pseudobłizny, trądzik posterooidowy, odbarwienia, przebarwienia, nadmierne owłosienie, upośledzone gojenie ran, zaniki skóry). W ostatnich latach coraz większą popularność zdobywają pochodne witaminy D3 (kalcipotriol, takalcitol). W Polsce nadal jednak nie są one często używane ze względu na wysoką cenę preparatów, chociaż efekty kliniczne są bardzo zadawalające. Preparaty te mają również znacznie mniej działań niepożądanych niż kortykosteroidy.

Leki stosowane w leczeniu ogólnym łuszczycy zazwyczaj w szybkim czasie dają bardzo dobre efekty kliniczne. Zawsze trzeba jednak pamiętać o ich działaniach niepożądanych. Do środków najczęściej stosowanych w leczeniu ogólnym należą: cyklosporyna A, retinoidy i metotreksat.

Pisząc o leczeniu łuszczycy, należy oczywiście wspomnieć o fototerapii lub jej modyfikacji –

fotokemioterapii. Fototerapia polega na ekspozycji całego ciała na światło ultrafioletowe UVA lub UVB, wytwarzane przez specjalne lampy. Leczenie to jest bardzo skuteczne w rozległych i opornych łuszczycach. Jego niezwykle istotną zaletą jest znaczne wydłużenie okresu remisji choroby.

Podsumowanie

Mimo, że łuszczyca jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną, w większości przypadków ma przebieg łagodny. Odpowiednia profilaktyka, polegająca na właściwej pielęgnacji skóry i unikaniu czynników wyzwalających, pozwala na wydłużenie okresów remisji. Osoba chorująca na łuszcycę może prowadzić w pełni aktywne życie zawodowe i społeczne, uprawiać sporty, mieć zadowalające życie seksualne. W radzeniu sobie z chorobą ważne jest wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół, a także innych chorujących na łuszcycę. Tymczasem ogromny postęp wiedzy w zakresie etiopatogenezy łuszczycy daje nadzieję na stworzenie nowych, skuteczniejszych metod leczenia.

źródło - forumzdrowia.pl