Podczas 67. sesji **Światowego Zgromadzenia Zdrowia** w Genewie, 23 maja została przyjęta Rezolucja dotycząca łuszczycy jako ciężkiej, zapalnej i niezakaźnej choroby autoimmunologicznej oraz organizacji
Światowego Dnia Chorego na Łuszczycę
.

Łuszczyca

Raport Sekretariatu

1. Celem niniejszego raportu jest zapewnienie podstawy do dyskusji na temat łuszczycy poprzez dostarczenie informacji na temat zapadalności, etiologii, naturalnego przebiegu, wpływu na jakość życia związaną ze zdrowiem, diagnostyki, leczenia, potrzeb badawczych, zaleceń dla służby zdrowia oraz działań na poziomie krajowym, które mogą poprawić opiekę nad chorymi na łuszczycę.

Charakterystyka łuszczycy

2. Łuszczyca to schorzenie niezakaźne, które przejawia się przewlekłym zapaleniem skóry. Charakteryzuje się występowaniem czerwonych, łuskowatych wykwitów wielkości monety, wyraźnie odgraniczonych od zdrowej skóry, które są zlokalizowane przede wszystkim na łokciach, kolanach, owłosionej skórze głowy, dłoniach i stopach. Do subiektywnych objawów łuszczycy należy świąd, podrażnienie, pieczenie i bolesność. Niekiedy zajęta jest cała powierzchnia ciała; taka postać łuszczycy może być śmiertelna, gdyż rozległe zapalenie i łuszczenie się skóry może zakłócić zdolność organizmu do regulacji temperatury oraz funkcję skóry jako naturalnej bariery ochronnej.

3. U około 10% chorych na łuszczycę rozwija się zapalenie stawów, które może dotyczyć dłoni, stóp, nadgarstków, kostek, a także okolic szyi i krzyża. W części przypadków, dochodzi do zwyrodnienia stawów, powodującej znaczne upośledzenie sprawności. Zmiany łuszczycowe mogą się także pojawiać na paznokciach u rąk i nóg, co może prowadzić do oddzielenia płytek paznokci i deformacji palców.

4. Łuszczyca może się przejawiać nie tylko zmianami skórnymi. W przebiegu umiarkowanych i ostrych postaci łuszczycy może dochodzić do powikłań. W szczególności, u chorych z łuszczycą obserwuje się zwiększone ryzyko niedokrwiennej choroby serca, udaru mózgu, nadciśnienia, dyslipidemii, cukrzycy oraz choroby Leśniowskiego-Crohna. Zwiększona zapadalność na nadciśnienie i cukrzycę może częściowo wyjaśniać wyższe ryzyko zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu i zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych u chorych z ciężką łuszczycą, które stwierdzono w dużych badaniach kohortowych tej populacji.

5. Łuszczyca może wpływać na zachowanie dotkniętych nią osób, przyczyniając się do

otyłości, zwiększonego spożycia alkoholu i częstszego palenia tytoniu. Wyniki badań sugerują, że palenie może być czynnikiem wywołującym łuszczycę, podczas gdy otyłość jest raczej wynikiem zmian behawioralnych będących następstwem choroby. Z kolei stwierdzony w badaniach związek pomiędzy łuszczycą a alkoholizmem może być odzwierciedleniem wpływu choroby na psychikę pacjentów.

Zapadalność

6. Globalna występowalność łuszczycy wynosi około 2%, lecz badania w krajach rozwiniętych pokazały wyższą zapadalność – średnio na poziomie 4,6%. U blisko dwóch trzecich chorych, łuszczyca występuje w łagodnej postaci (zajmuje poniżej 3% powierzchni skóry); u pozostałych, zmiany skórne są rozleglejsze.

Naturalny przebieg

7. Około trzech czwartych chorych zapada na łuszczycę w wieku poniżej 40 lat, a u około jednej trzeciej choroba rozwija się w wieku poniżej 20 lat. Łuszczyca występuje u 0,70% dzieci. Przy naturalnym przebiegu, choroba ma charakter przewlekły, z naprzemiennymi okresami remisji i zaostrzenia objawów. Niekiedy zdarzają się okresy całkowitego cofnięcia się objawów chorobowych, a w niektórych przypadkach odnotowano okresy remisji o długości co najmniej pięciu lat.

Etiologia

8. Przyczyny łuszczycy nie są w pełni znane. Wśród czynników odgrywających rolę w patogenezie tej choroby wskazuje się zaburzone wytwarzanie keratyny, nadmierną proliferacja naskórka, uaktywnienie układu odpornościowego oraz czynniki dziedziczne. W określonych rodzinach łuszczyca występuje znacznie częściej. Ryzyko zachorowania dziecka na łuszczycę wynosi 41%, jeżeli chorobą jest dotkniętych oboje rodziców, 14% – jeżeli cierpi na nią jedno z rodziców oraz 6% – jeżeli choruje jedno z rodzeństwa.

9. U osób z uwarunkowaniami genetycznymi chorobę może wywołać wiele czynników zewnętrznych lub układowych. W przypadku jednej czwartej pacjentów, łuszczyca pojawia się w wyniku uszkodzenia skóry. Zmiany łuszczycowe mogą być także wywołane oparzeniami słonecznymi lub chorobami skóry. Manifestację choroby mogą także wyzwolić czynniki psychogenne, przy czym do pierwszego wykwitu lub zaostrzenia objawów dochodzi czasem po kilku tygodniach lub kilku miesiącach od związanego ze stresem zdarzenia.

10. Zakażenia bakteryjne mogą powodować wystąpienie lub zaostrzenie łuszczycy nawet w 45% przypadków. Najczęstszym czynnikiem wywołującym wykwit zmian łuszczycowych jest zapalenie gardła, ale manifestację choroby może także wyzwolić ropień okołozębowy lub zakażenie skórne. Zakażenie wirusem HIV może zaostrzyć przebieg łuszczycy; ponadto, u pacjentów zakażonych tym wirusem, łuszczyca jest częściej oporna na leczenie oraz częściej towarzyszy jej zapalanie stawów.

11. Wiadomo, że wykwit choroby mogą spowodować wywołać niektóre leki, w tym sole litu,

interferon, beta-blokery i leki przeciwmalaryczne; podobny skutek może spowodować odstawienie leków kortykosteroidowych.

Wpływ na jakość życia związaną ze zdrowiem

12. Łuszczyca wpływa na jakość życia związaną ze zdrowiem w podobnym stopniu jak inne choroby niezakaźne. W zależności od ciężkości i miejsca występowania zmian skórnych, chorzy mogą odczuwać poważny dyskomfort psychiczny oraz doświadczać ograniczenia sprawności. Świąd i ból mogą zakłócać podstawowe czynności, takie jak higiena osobista czy sen. Zmiany skórne na rękach mogą uniemożliwić pracę w niektórych zawodach, uczestnictwo w zawodach sportowych czy też opiekę nad członkami rodziny.

13. Dotknięte chorobą osoby przejmują się swoim wyglądem, a strach przed odrzuceniem przez otoczenie oraz obawy psychoseksualne skutkują obniżoną samooceną. Chorzy często doświadczają cierpień psychicznych, zwłaszcza w wyniku stygmatyzacji, która może powodować dyskryminację na rynku pracy oraz izolację społeczną. W wielu badaniach stwierdzono, że w porównaniu z populacją ogólną, wśród chorych na łuszczycę występuje podwyższony odsetek osób z depresją i lękiem. Badania epidemiologiczne dowiodły, że u dzieci z łuszczycą wzrasta ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych.

Diagnostyka i leczenie łuszczycy

14. Podstawą rozpoznania łuszczycy jest zwykle obecność typowych zmian skórnych. Nie opracowano żadnych specjalnych badań krwi ani procedur diagnostycznych. W nielicznych przypadkach, w celu wykluczenia innych schorzeń i potwierdzenia rozpoznania konieczna może być biopsja skóry lub zeskrobiny.

15. W chwili obecnej, nie dysponujemy lekiem na łuszczycę, a terapia koncentruje się na łagodzeniu objawów oraz wpływaniu na naturalny przebieg choroby. W leczeniu łuszczycy stosuje się szerokie spektrum preparatów o działaniu miejscowym lub układowym, takich jak analogi witaminy D3, kortykosteroidy, smoła węglowa, ditranol, metotreksat, cyklosporyna, retinoidy działające układowo i leki biologiczne, a także naświetlania. Zwykle leki o działaniu miejscowym są stosowane w łagodnych postaciach choroby, naświetlania – przy przebiegu umiarkowanym, zaś leki o działaniu układowym – przy ciężkiej łuszczycy.

16. Zalecany schemat terapii nie ogranicza się wyłącznie do leczenia zmian skórnych, ale obejmuje także przeciwdziałanie chorobom towarzyszącym łuszczycy. Świadomość zwiększonego ryzyka innych schorzeń umożliwia lekarzom ich wczesne rozpoznanie oraz pozwala uwzględnić potencjalny wpływ stosowanych w terapii łuszczycy leków na choroby współtowarzyszące. Pacjentów z ciężką łuszczycą należy poddać badaniom przesiewowym pod kątem czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, a w razie potrzeby zapewnić im specjalistyczne konsultacje i leczenie. Istotnym elementem opieki nad pacjentem jest także uwzględnienie innych czynników ryzyka, takich jak nadwaga, w tym poprzez zachęcanie go do zdrowej diety i właściwego poziomu aktywności fizycznej. Najnowsze badania pokazują, że zmniejszenie masy ciała może się przyczynić do wzrostu skuteczności leczenia łuszczycy.

17. Długoterminowa strategia leczenia wymaga dostosowania terapii do indywidualnego przypadku, z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby, nasilenia odczuwanych przez pacjenta objawów oraz potencjalnych skutków ubocznych danej terapii. Należy podkreślić, że wyniki badań ankietowych prowadzonych wśród pacjentów z łuszczycą pokazują, że bardzo wielu z nich wyraża niezadowolenie z powodu nieskuteczności leczenia, a ich potrzeby zdrowotne pozostają niezaspokojone ze względu na brak długoterminowych rozwiązań terapeutycznych.

Konieczność badań naukowych

18. Konieczne są dalsze badania nad patogenezą łuszczycy, nowymi sposobami terapii, a także przyczynami chorób towarzyszących oraz ich wpływem na schemat leczenia łuszczycy.

Zalecenia dla służby zdrowia

19. Leczenie łuszczycy powinno być elementem usług świadczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i powinno obejmować optymalną opiekę nad pacjentem, w tym edukację, konsultację i informację na temat dostępnych opcji terapeutycznych. W zależności od możliwości służby zdrowia w poszczególnych krajach, zakres usług może wykraczać poza podstawową opiekę zdrowotną i obejmować także usługi lekarzy dermatologów oraz specjalistyczne usługi kliniczne placówek drugiego i trzeciego poziomu.

20. U chorych z łuszczycą, podobnie jak u wielu pacjentów cierpiących na inne choroby niezakaźne, często występują choroby towarzyszące oraz złożone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej. Z tego względu, należy zachować równowagę pomiędzy opieką świadczoną przez lekarzy z przygotowaniem ogólnym, zdolnych do zmierzenia się z szerokim zakresem problemów w ramach jednej wizyty, a opieką ze strony licznej grupy lekarzy specjalistów, wzajemnie kierujących do siebie pacjentów.

21. W terapii wszelkich chorób niezakaźnych, w tym łuszczycy, kluczową rolę odgrywa programowe interdyscyplinarne podejście do leczenia, które powinno obejmować koordynację opieki ze strony lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów oraz uwzględniać potrzeby i preferencje pacjentów. Sekretariat może odegrać ważną rolę w wypracowaniu właściwego modelu leczenia łuszczycy w ramach istniejącego systemu ochrony zdrowia, na poszczególnych szczeblach opieki.

Możliwe działania w celu poprawy opieki

22. Na poziomie krajowym, możliwe jest podjęcie szeregu działań, które będą sprzyjać rozwojowi i poprawie usług zdrowotnych w zakresie opieki nad chorymi na łuszczycę. Wiele usług i procedur związanych z terapią łuszczycy mieści się już obecnie w możliwościach krajów o niskim i średnim dochodzie; inne opcje terapeutyczne mogą być dodawane w miarę potrzeb i dostępności zasobów.

23. Kluczowe działania na rzecz poprawy opieki nad chorymi na łuszczycę obejmują:

a) uzyskanie odpowiedniego wsparcia ze strony osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej oraz kierownictwa służby zdrowia,

b) poprawę dostępu do usług zdrowotnych i podstawowych leków stosowanych w terapii łuszczycy,

c) edukację i szkolenie świadczeniodawców, zwłaszcza na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej,

d) utworzenie sieci grupującej dermatologów i innych lekarzy specjalistów (którą w razie wzrostu potrzeb będzie można rozszerzyć),

e) wdrożenie programów edukacji zdrowotnej, konsultacji i samopomocy dla pacjentów z łuszczycą,

f) wprowadzenie skutecznych mechanizmów promujących działalność organizacji, które udzielają wsparcia chorym i ich rodzinom.

DZIAŁANIA DO PODJĘCIA PRZEZ RADĘ WYKONAWCZĄ

24. Rada powinna się zapoznać z niniejszym raportem.

Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM, The Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. Journal of Investigative Dermatology, 2013, 133:377–385. Źródło: http://www.edermatologia.pl/Swiatowe-Zgromadzenie-Zdrowia-przyjelo-Rezolucje-dotyczaca-luszczycy,12994.html