Poradnik

dla chorego na łuszczycę

Spis treści:

Co to jest łuszczyca? 3

Historia 3

Przyczyny łuszczycy 4

Czynniki genetyczne 5

Czynniki wyzwalające łuszczycę 6

Przebieg łuszczycy 9

Rozpoznanie łuszczycy 11

Rodzaje łuszczycy 11

Łuszczyca u dzieci 14

Choroby współistniejące 15

Wybór leczenia 15

Leczenie miejscowe 16

Wybór podłoża leku 22

Fototerapia, czyli leczenie światłem 23

Leczenie ogólne 25

Leki biologiczne 26

Dieta 28

Wizyta u lekarza 29

Co o łuszczycy trzeba wiedzieć – podsumowanie 30

Co to jest łuszczyca?

Jest to niezakaźna, przewlekła i nawrotowa choroba skóry. Do dnia dzisiejszego nie udało się opracować leku, który na trwałe pozwoliłby pozbyć się zmian skórnych i całkowicie wyleczyłby łuszczycę. Uważa się, że za rozwój choroby, obok zaburzeń immunologicznych (układu odpornościowego) odpowiedzialne są cechy genetyczne (osobnicze) oraz różne czynniki środowiskowe.

Łuszczyca jest bardzo częstą chorobą skóry i dotyczy około 1 – 3 % populacji na świecie. Nie wszędzie ten odsetek jest taki sam – najwięcej osób chorujących na łuszczycę mieszka na Wyspach Owczych (2,8%), a najrzadziej dotknięci są rdzenni Australijczycy i Indianie z Ameryki Południowej. Przykładowo w USA na łuszczycę choruje ok. 2% populacji (2,5% rasy białej i 1,3% rasy czarnej), czyli około 6 milionów osób, a biorąc pod uwagę populację całego świata liczba ta wzrasta do 150 milionów. Ostatnio pojawiły się doniesienia o wzrastającej liczbie zachorowań na łuszczycę w ciągu ostatnich 30 lat, niektóre badania wskazują na występowanie łuszczycy nawet u 11% populacji.

Łuszczyca jest chorobą, która nie wybiera – tak samo często chorują kobiety i mężczyźni, biedni i bogaci, sławni i zwykli ludzie.

Historia

W IV wieku p.n.e. ojciec medycyny, Hipokrates, w swoim dziele Corpus Hippocraticum po raz pierwszy przedstawił opis choroby, który odpowiada objawom łuszczycy. Długo mylona była z trądem (gr. „lepra" – łuszczyć się). Łuszczycę, jako odrębne schorzenie zdefiniował dopiero pod koniec XVIII wieku brytyjski dermatolog Robert Willian (określano ją jako „trąd Williana"), natomiast nazwa „psoriasis" została wprowadzona przez wiedeńskiego dermatologa Ferdinanda von Hebra w 1841 roku. Termin ten pochodzi od greckiego słowa „psora" – swędzieć. A zatem łacińska nazwa tej choroby wzięła się, trochę przez pomyłkę, z dwóch greckich słów – „psora", czyli świąd oraz końcówki „-sis", oznaczającej stan, schorzenie. Najprościej zatem termin psoriasis można przetłumaczyć jako „swędząca choroba", co oczywiście nie ma wiele wspólnego z jej charakterem.

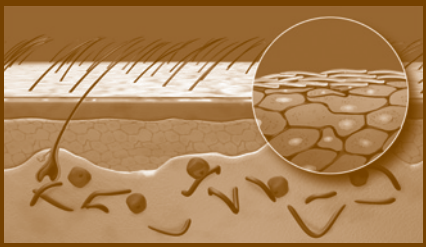
Sławni ludzie z łuszczycą:

Benjamin Franklin
Józef Stalin
Władimir Nabokow
John Updike
Jason Donovan
Art Garfunkel
Tom Waits
Kim Kardashian

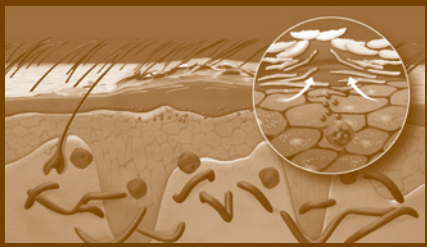
Przyczyny choroby

Rozwój łuszczycy jest związany z nieprawidłowym działaniem układu odpornościowego (immunologicznego) naszego organizmu. Nie wiadomo dokładnie, jakie są przyczyny choroby, poznano jednak bardzo dobrze cały proces rozwoju zmian łuszczycowych. Kluczową rolę w rozwoju łuszczycy odgrywają limfocyty T – jedne z najważniejszych komórek odpowiadających za naszą odporność i zwalczanie zakażeń. U chorych na łuszczycę limfocyty T są nadmiernie pobudzone nawet przy braku zakażenia i atakują własne komórki skóry. Stąd też łuszczycę określa się czasami jako chorobę z autoagresji (autoimmunologiczną). Do tej pory nie wykryto jednak konkretnej struktury w skórze (tzw. autoantygenu), przeciwko której zwrócony jest układ obronny u osób chorych.

Pobudzenie limfocytów T prowadzi do rozwoju szeregu innych zjawisk zapalnych w organizmie. Cząsteczki wytwarzane przez te limfocyty, tzw. cytokiny prozapalne, powodują rozrost naczyń krwionośnych w skórze. Naczynia te stają się szersze i bardziej kręte, ponadto lokalizują się w wyższych warstwach skóry, co powoduje czerwone zabarwienie zmian łuszczycowych. Dochodzi także do przyspieszonego namnażania i dojrzewania komórek naskórka oraz szybszego przechodzenia ich na powierzchnię skóry. U osób zdrowych pojedyncza komórka naskórka powstała w warstwie podstawnej potrzebuje około 28 dni, aby zamienić się w suchą, martwą łuskę, która w sposób naturalny złuszcza się na powierzchni skóry. W łuszczycy nowe komórki naskórka przechodzą z warstwy podstawnej do martwej warstwy rogowej w cięgu kilku dni. Dochodzi do szybkiego nagromadzenia się komórek rogowych na powierzchni skóry, które nie nadążają się oddzielać i tworzą srebrzystą łuskę, czasem o dość dużej grubości.



ZDROWA SKÓRA



SKÓRA Z ŁUSZCZYCĄ

Czynniki genetyczne

Wiadomo, że w rozwoju łuszczycy bardzo ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne. Nie ustalono jednak do tej pory jednego „genu łuszczycy". Każda osoba z nowo rozpoznaną chorobą zastanawia się zwykle, po kim mogła odziedziczyć tą przypadłość. Często okazuje się, że nikt w najbliższej rodzinie nie chorował. Należy wówczas rozważyć dwie możliwości: albo u kogoś z dalszej rodziny (np. u rodzeństwa dziadków lub pradziadków) występowała łuszczyca, ale nie była prawidłowo rozpoznana (lub była ukrywana), albo też w danej rodzinie łuszczyca pojawiła się po raz pierwszy.

Choroba może ujawnić się w każdym wieku – u niemowląt i osób w wieku podeszłym. Istnieją jednak dwa typowe szczyty zachorowań – między 15 a 25 rokiem życia oraz po 40 urodzinach. Z tego powodu wyróżniono dwie postacie łuszczycy:

Ciąża

Łuszczyca nie wpływa na płodność, nie powoduje też żadnych zaburzeń w rozwoju płodu u kobiet ciężarnych. W czasie ciąży zmiany skórne zachowują się różnie – u niektórych kobiet ulegają znacznej poprawie, czasem ustępując całkowicie. U innych dochodzi do wysiewu nowych grudek i tarczek łuszczycowych. Przebieg łuszczycy może być także inny podczas kolejnej ciąży u tej samej kobiety. W większości przypadków podczas ciąży można stosować leki miejscowe – oczywiście po konsultacji ze specjalistą.

- **typu I** – tzw. łuszczyca dziedziczna: choroba ujawnia się w młodym wieku, częściej występuje również u innych członków rodziny, zmiany mogą okresowo mieć postać licznych, rozsianych grudek i tarczek łuszczycowych;
- **typu II** – tzw. łuszczyca sporadyczna: pierwsze zmiany pojawiają się zwykle między 40 a 60 rokiem życia, często bez innych przypadków choroby w rodzinie. Częściej przebiega w postaci tzw. stacjonarnej (pojedyncze ogniska zajmujące łokcie, kolana, skórę głowy, czasem łydki i okolicę krzyżową).

Podział ten nie wpływa na sposób leczenia, lecz może służyć jako wskazówka dotycząca dalszego przebiegu choroby i większego ryzyka przekazania choroby dzieciom w typie I łuszczycy. Wiadomo, że jeśli na łuszczycę choruje jedno z rodziców, to ryzyko odziedziczenia choroby wynosi ok. 10 – 30% i wzrasta do ok. 50 – 70% jeżeli łuszczycę mają oboje rodzice.

Czynniki wyzwalające łuszczycę

Wielu chorych ma wrażenie, że ich choroba rozpoczęła się od jakiegoś konkretnego wydarzenia. Podają na przykład pracę w uciążliwych warunkach, służbę wojskową, pobyt w szpitalu, wypadek lub ciężką infekcję związaną ze stosowaniem licznych leków, w tym antybiotyków. Bardzo często obserwacje te mają uzasadnienie – łuszczyca bowiem najczęściej ujawnia się w wyniku zadziałania jednego lub kilku tzw. czynników wyzwalających. Należy jednak pamiętać, że dana sytuacja jedynie wyzwoliła proces chorobowy, który i tak prędzej czy później by się rozwinął. Nie można zatem obwiniać np. danego leku lub charakteru pracy za „wywołanie" łuszczycy, a jedynie za szybsze pojawienie się zmian skórnych.

Do najczęstszych czynników wyzwalających łuszczycę należą:

1. Choroby infekcyjne przebiegające z podwyższoną temperaturą i ogólnym złym samopoczuciem. Szczególnie często łuszczycę wyzwala angina paciorkowcowa, objawiająca się silnym bólem gardła i gorączką. Inne infekcje, które mogą wywołać chorobę to: grypa, zapalenie oskrzeli, cięższe przeziębienie, zapalenie pęcherza moczowego czy np. ropień okołozębowy. Bardzo ważne, aby każdą infekcję szybko leczyć w porozumieniu z lekarzem – łuszczyca rozwija się nie od leków, ale od samej infekcji!

2. Silny stres emocjonalny, przy czym może to być albo pojedyncze wydarzenie (np. śmierć lub ciężka choroba kogoś z rodziny), albo też długo utrzymująca się sytuacja stresowa, związana na przykład z problemami w pracy lub w rodzinie. Trzeba pamiętać, że stres nie zawsze oznacza coś złego – również radosne wydarzenia, jak własny ślub, stanowią intensywne przeżycie psychiczne.

Łuszczyca w noc poślubną

Silne emocje, nawet te pozytywne, są ważnym czynnikiem wyzwalającym pierwszy w życiu wysiew łuszczycy. Zdarza się czasem, że pan lub panna młoda dowiadują się o swojej chorobie dopiero w dniu własnego ślubu! Jest to oczywiście wynikiem silnego stresu u osoby z odpowiednią predyspozycją genetyczną. W dawnych czasach łuszczyca bywała podstawą do uzyskania rozwodu kościelnego – jako wcześniej nieujawniona „wada" małżonka.

3. Niektóre leki (czasem stosowane przez pacjentów bez recepty, a czasami przepisywane z powodu innych chorób), mogą u części osób zaostrzyć przebieg choroby.

   Należą do nich:

   - niektóre leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, np. kwas acetylosalicylowy (Aspirin), indometacyna (Metindol), ibuprofen (Ibuprom, Nurofen)
   - leki nasercowe należące do grupy beta-blokerów (substancje takie jak propranolol, sotalol, nadolol, metoprolol, atenolol, acebutolol, betaksolol, bisoprolol, występujące pod wieloma różnymi nazwami handlowymi)
   - sole litu, stosowane w leczeniu niektórych chorób psychicznych
   - leki stosowane w leczeniu malarii (Arechin, Plaquenil)
   - kortykosteroidy podawane w tabletkach lub w zastrzykach – początkowo powodują szybkie ustępowanie łuszczycy. Jednak ich długie stosowanie może spowodować przejście choroby w jej najcięższą postać, czyli łuszczycę krostkową uogólnioną, a odstawienie tych leków często wiąże się z szybkim nawrotem zmian łuszczycowych.

4. Palenie papierosów i nadużywanie alkoholu ma udowodniony związek z cięższym przebiegiem łuszczycy.

5. Operacje chirurgiczne lub zabiegi ortopedyczne – z jednej strony stanowią poważny stres i osłabienie odporności, z drugiej mogą spowodować wysiew drobnych grudek łuszczycowych w miejscu rany. Jest to tzw. objaw Koebnera, typowy dla aktywnej postaci łuszczycy.

Dwa w jednym, czyli tatuaż z łuszczycą

Jednym z objawów typowych dla aktywnej łuszczycy jest pojawianie się grudek łuszczycowych w miejscu mechanicznego przerwania ciągłości skóry – linijnie wzdłuż cięcia chirurgicznego, zadrapania lub otarcia skóry. Jest to tak zwany odczyn izomorficzny, znany jako objaw Koebnera. Grudki pojawiają się zwykle po 6-12 dniach od urazu, którym może być na przykład tatuaż.

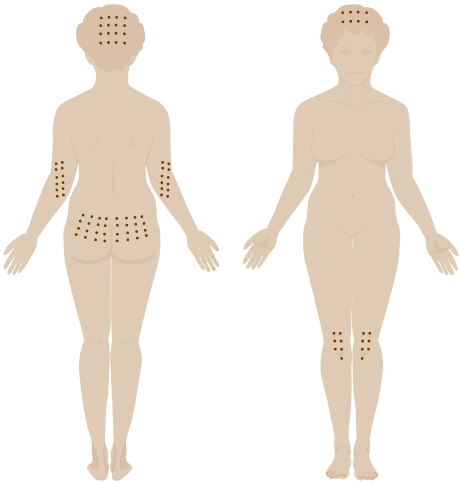
Przebieg łuszczycy

Łuszczycę określa się jako chorobę przewlekłą i nawrotową. Oznacza to, że trwa ona wiele lat i przebiega z okresami remisji – całkowitego ustąpienia lub znacznego zmniejszenia się nasilenia zmian skórnych na przemian z nawrotami (tzw. wysiewami) – czyli zaostrzeniami choroby.

Podstawową zmianą skórną w łuszczycy jest drobna, czerwona grudka, pokrywająca się srebrzystą łuską. Grudki stopniowo zlewają się, tworząc większe tarczki o średnicy 2 – 3 cm, a tarczki mogą również łączyć się ze sobą, przybierając postać większych ognisk łuszczycowych. Nieleczone ogniska pokrywają się coraz grubszą warstwą łuski.

Po delikatnym zdrapaniu grudki łuszczycowej, na powierzchni zmiany uwidacznia się bardzo drobna łuska, która sprawia, że skóra w tym miejscu wygląda jakby była pokryta stearyną. Jest to tzw. objaw świecy stearynowej, pomocny przy odróżnieniu łuszczycy od np. zmian alergicznych. Przy dalszym drapaniu grudki może dojść do pojawienia się punkcikowatego krwawienia, związanego z odsłonięciem poszerzonych i leżących blisko powierzchni naczyń krwionośnych; jest to tzw. objaw Auspitza.

Łuszczyca u większości osób lokalizuje się w charakterystycznych miejscach – najczęściej na łokciach i kolanach (a więc miejscach narażonych na stałe, drobne urazy i pocieranie), w okolicy krzyżowo-lędźwiowej i w skórze głowy. Łuszczyca na głowie z reguły nie prowadzi do przerzedzenia lub utraty włosów – wręcz przeciwnie, osoby chore mają zwykle piękne, gęste włosy, co jest związane z poszerzeniem naczyń



Typowa lokalizacja łuszczycy

i lepszym ukrwieniem skóry wokół mieszków włosowych. Łuszczyca może jednak wystąpić wszędzie, na szczęście stosunkowo rzadko pojawia się na twarzy.

U części pacjentów zmiany łuszczycowe nie swędzą, jednak u ok. 60-70% chorych świąd jest dość dokuczliwy. Skóry zajętej łuszczycą nie należy drapać, bo można w ten sposób zaostrzyć przebieg choroby i spowodować pojawianie się nowych zmian łuszczycowych.

Jak ciężka jest moja łuszczyca?

Łuszczyca łagodna
– do 3% powierzchni ciała

Łuszczyca umiarkowana
– od 3% do 10% powierzchni ciała

Łuszczyca ciężka
– powyżej 10% powierzchni ciała

1 dłoń to 1% powierzchni ciała

W przypadku znacznego pogrubienia skóry, do którego czasem dochodzi w obrębie skóry dłoni i podeszew, mogą pojawiać się głębokie, bolesne pęknięcia. Bardzo ważne jest wówczas stałe natłuszczanie skóry preparatami z dodatkiem gojącej alantoiny (np. Alantan maść), co może zapobiec nadmiernemu wysuszeniu i napięciu skóry. Pęknięcia mogą również pojawić się na skórze pokrytej grubą warstwą łuski (tzw. łuszczyca zadawniona, czyli najczęściej nieodpowiednio leczona i pielęgnowana). Można im zapobiec stosując dostępne bez recepty maści złuszczające (keratolityczne).

Praktycznie każda osoba, u której właśnie rozpoznano łuszczycę, zadaje lekarzowi pytanie – i co dalej? Nie ma prostej odpowiedzi na to pytanie. W obecnym stanie rozwoju medycyny jest to choroba nieuleczalna, a zatem można odpowiedzieć, że obecne zmiany skórne ustąpią, ale przypuszczalnie będą pojawiały się nowe.

Łuszczyca przebiega inaczej u każdej osoby. Istnieje wiele różnych czynników modyfikujących jej przebieg, jak chociażby ogólny stan zdrowia, stosowane leki, tryb życia, podatność na stres, występowanie łuszczycy w rodzinie i wiek, w jakim choroba się ujawniła u danej osoby.

Łuszczyca może zatem przebiegać jako:

- pojedyncze tarczki w skórze głowy i jedna na kolanie, stale nawracające w tym samym miejscu;
- zaczerwienienie i pęknięcia między pośladkami, bardzo trudne do wyleczenia;
- pojedyncze, duże ognisko w okolicy krzyżowej, które wymaga długiego stosowania leczenia, a i tak nawraca;
- drobne krosty i łuszczenie się skóry na jednej podeszwie, czasem nieco mniejsze, pogarszające się po dłuższych spacerach;
- wysiewy licznych tarczek dwa razy w roku – na wiosnę i jesienią, znikających całkowicie latem po słońcu i zimą po naświetlaniach UVB;
- gruba warstwa łuski w skórze głowy i rozległe ogniska na podudziach... itp.

Rozpoznanie łuszczycy

Łuszczycę rozpoznaje najczęściej lekarz dermatolog lub lekarz innej specjalności na podstawie charakterystycznych objawów i informacji uzyskanych w rozmowie z pacjentem (jak dodatni wywiad rodzinny, przebieg choroby, jej objawy itp.). Nie wykonuje się żadnych badań laboratoryjnych z krwi w celu rozpoznania łuszczycy. W pojedynczych przypadkach, w których lekarz ma wątpliwości dotyczące rozpoznania, lub choroba ma mało typowy obraz lub przebieg, można pobrać wycinek ze zmian skórnych w celu obejrzenia ich pod mikroskopem (badanie histopatologiczne). Po pobraniu wycinka na skórze pozostaje niewielka blizna. W niektórych sytuacjach wynik takiego badania jest jednak niejednoznaczny – zwłaszcza, jeśli choroba dopiero się zaczyna i nie jest w pełni rozwinięta.

Rodzaje łuszczycy

Łuszczyca (psoriasis) to jedna choroba, która może występować w różnych postaciach. Jej podział ma znaczenie przy wyborze metody leczenia i rokowaniu dotyczącym przebiegu i ciężkości choroby, ale nie należy traktować go bardzo ściśle. Choroba może przebiegać w różny sposób u tej samej osoby – np. rozpocząć się jako łuszczyca zwykła, później mogą dołączyć się zmiany krostkowe na dłoniach i stopach, a przy poważnym osłabieniu organizmu może rozwinąć się uogólniona łuszczyca krostkowa, przechodząc w postać erytrodermiczną, gdzie cała lub prawie cała powierzchnia skóry zajęta jest zmianami łuszczycowymi. Takie sytuacje zdarzają się na szczęście bardzo rzadko (u ok. 3% chorych), zwykle choroba ma swoją własną postać, charakterystyczną dla danej osoby.

Łuszczycę nazywamy też nieco inaczej w zależności od jej przebiegu – można np. określić ją jako stacjonarną (stabilną), wysiewną lub zadawnioną.

Angina a łuszczyca

Wysiewy łuszczycy często zdarzają się po zachorowaniu na ropną anginę, wywołaną przez bakterie z rodzaju paciorkowców (Streptococcus). Jest to związane z obecnością tzw. superantygenów paciorkowcowych. Jedno z białek wchodzących w skład tych bakterii ma bardzo podobną budowę do keratyny – głównego białka naszego naskórka. Po zakażeniu bakteryjnym dochodzi do pobudzania odpowiedzi immunologicznej przeciw tym białkom, co jednocześnie nasila reakcję zapalną w skórze. Wynika to z błędnie odczytywanego sygnału do rozpoczęcia ataku przez limfocyty T, wcześniej już nadmiernie pobudzonych u osób z łuszczycą.

Rodzaje łuszczycy to:

1. **Łuszczyca zwykła** (psoriasis vulgaris) – najczęstsza postać łuszczycy; na skórze pojawiają się grudki, tarczki i większe ogniska, zaczerwienione i pokryte srebrzystą łuską. Można wyodrębnić różne odmiany tej postaci łuszczycy w zależności od wyglądu i lokalizacji zmian skórnych:
   - łuszczyca plackowata – tzw. stacjonarna postać choroby; tarczki i ogniska zwykle lokalizują się na łokciach, kolanach, w okolicy krzyżowej i w skórze głowy;
   - łuszczyca monetowata – dość liczne, rozsiane tarczki o średnicy 2 – 3 cm;
   - łuszczyca drobnogrudkowa (kropelkowata) – bardzo liczne grudki rozsiane na całym ciele, postać często występująca po infekcji paciorkowcowej;
   - łuszczyca odwrócona – zmiany skórne lokalizują się w fałdach skórnych (między pośladkami, pod pachami, w okolicy krocza, pod piersiami i pod brzuchem); w przebiegu tej odmiany łuski występują nielicznie;
   - łuszczyca brudźcowa – na tarczkach i ogniskach łuszczycowych dochodzi do nawarstwiania się grubej, tłustej łuski o żółtawym zabarwieniu;
   - łuszczyca paznokci – w niektórych przypadkach płytki paznokciowe stanowią jedyną lokalizację łuszczycy, częściej jednak zmiany takie towarzyszą typowym tarczkom łuszczycowym w innych miejscach.

Łuszczyca a paznokcie

U niektórych osób zmiany na płytkach paznokciowych pojawiają się na wiele lat przed ujawnieniem się typowej łuszczycy na skórze. Mogą to być punkcikowate zagłębienia na paznokciowych, które przypominają wyglądem naparstek (stąd nazwa – objaw naparstka), lub też przeświecające przez płytkę żółtawe plamy – tzw. plamy olejowe. W bardziej zaawansowanych stadiach choroby dochodzi do pojawienia się zmian znacznie bardziej nasilonych. Należy do nich gromadzenie się mas rogowych pod płytką (tzw. hiperkeratoza) unoszące jej wolny brzeg nad opuszek, pogrubienie paznokci, czasem oddzielanie się płytki od podłoża. Często pojawia się białawe lub żółtawe zabarwienie paznokci, spowodowane przez grube warstwy zalegającej keratyny, substancji budującej płytkę paznokciową.

2. **Łuszczyca krostkowa** (psoriasis pustulosa) – może występować jako odrębny rodzaj choroby, lub może dołączać się do wcześniej obecnych zmian typu łuszczycy zwykłej. Wyróżnia się trzy odmienne postacie łuszczycy krostkowej:
   - łuszczyca krostkowa dłoni i podeszew (psoriasis pustulosa palmo-plantaris; pustulosis palmo-plantaris) – na dłoniach i podeszwach (czasem niesymetrycznie, np. tylko na jednej dłoni) pojawiają się ogniska zaczerwienionej, często swędzącej skóry, w obrębie których tworzą się liczne, okrągłe krosty wypełnione białawą substancją. Krosty te nie zawierają żadnych bakterii i nie są zakaźne (tzw. krosty jałowe);
   - zapalenie dystalnych (dalszych) odcinków palców rąk i stóp (acrodermatitis continua Hallopeau) – długotrwale utrzymujące się, bolesne krosty na opuszkach palców rąk i stóp, czasem prowadzące do zniszczenia kości placów.
   - łuszczyca krostkowa uogólniona (psoriasis pustulosa generalisata von Zumbusch) – ciężka postać łuszczycy; krosty na zaczerwienionej skórze mogą zajmować bardzo duże powierzchnie ciała; wysiewowi zmian często towarzyszy podwyższona temperatura i ogólne złe samopoczucie.
3. **Łuszczyca stawowa, łuszczycowe zapalenie stawów** (psoriasis arthropatica) – tzw. seronegatywne zapalenie stawów, czyli takie, w którym nie wykrywa się we krwi czynnika reumatoidalnego (RF). Może rozwinąć się u około 30% osób chorych na łuszczycę, przy czym w ok. 70% zmiany skórne obecne są wcześniej, przed pojawieniem się zapalenia stawów. Wyróżnia się pięć postaci łuszczycy stawowej:
   - typ dystalny – choroba dotyczy drobnych stawów rąk i stóp
   - typ zniekształcający – liczne, różne stawy, w tym także kręgosłup
   - typ nielicznostawowy- zajęcie pojedynczych, asymetrycznych stawów
   - typ wielostawowy – postać podobna do reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS)
   - typ osiowy – zajęcie kręgosłupa (tzw. zniekształcające zapalenie stawów kręgosłupa)
4. **Erytrodermia łuszczycowa** (erythrodermia psoriatica) – termin ten oznacza dosłownie „czerwoną skórę", jest to uogólnione zajęcie całej skóry, z wysoką temperaturą oraz bólami mięśni i stawów. Skóra jest napięta, swędzi i boli. Często pojawia się jako znaczne pogorszenie łuszczycy zwykłej w wyniku zadziałania czynnika wyzwalającego (np. ciężkiej infekcji).

Łuszczyca u dzieci

Łuszczyca u dzieci rozwija się najczęściej między 7 a 10 rokiem życia, jednak w rzadkich przypadkach może pojawić się już u niemowląt. Zmiany skórne u dzieci mają częściej niż u dorosłych charakter wysiewnych grudek typu łuszczycy kropelkowatej, ponieważ są zwykle zaostrzane przez infekcje górnych dróg oddechowych. Poza okresami wysiewów łuszczyca u dzieci wygląda podobnie jak u dorosłych, tarczki są jednak zwykle bledsze i mniej nacieczone, a łuska rzadko ulega grubemu nawarstwieniu. U dzieci częściej też pojawiają się zmiany skórne w okolicach zgięć stawowych i w fałdach skórnych. Odmienną postacią łuszczycy, występującą tylko u małych dzieci, jest łuszczycowe pieluszkowe zapalenie skóry – zmiany obecne są w miejscach drażnionych przez pieluszkę i często zaostrzane przez dołączające się zakażenie drożdżakowe.

Choroby współistniejące

Przez wiele lat wydawało się, że łuszczyca to tylko choroba skóry i czasem stawów. Obecnie wiadomo jednak, że u osób z umiarkowaną lub ciężką łuszczycą występuje większe ryzyko rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, chorób metabolicznych (jak cukrzyca) oraz chorób nerek. Ryzyko to zwiększa się wraz z obszarem skóry zajętej zmianami łuszczycowymi oraz czasem trwania choroby.

Według ostatnich badań u chorych z ciężką postacią łuszczycy ryzyko wystąpienia poważnego incydentu choroby niedokrwiennej serca jest o 58% wyższe w porównaniu z osobami bez łuszczycy, a udaru mózgu o 43%. Z kolei ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 w ciężkiej postaci łuszczycy wzrasta o 46%. U osób z łuszczycą ryzyko tzw. zespołu metabolicznego (choroba serca, otyłość brzuszna i nadciśnienie) jest prawie dwukrotnie wyższe w porównaniu do populacji osób zdrowych. Zaobserwowano również, że u jednej czwartej chorych stwierdza się objawy depresji, która ulega złagodzeniu wraz z podjęciem skutecznego leczenia i ustępowaniem zmian skórnych.

Wybór leczenia

Jak wiadomo, łuszczyca jest chorobą, na którą nie wynaleziono jeszcze skutecznej terapii pozwalającej całkowicie i na stałe pozbyć się choroby. Istnieje jednak bardzo wiele sposobów na wyleczenie zmian łuszczycowych obecnych na skórze, a poprzez przestrzeganie zaleceń prozdrowotnych można zmniejszyć częstość nawrotów choroby.

Biorąc pod uwagę, że jest to choroba na resztę życia, należy zawsze wybierać jak najbardziej skuteczne metody leczenia, które jednocześnie nie będą szkodliwe w długim okresie czasu.

Wielu chorych zaraz po postawieniu rozpoznania pyta o tabletki na łuszczycę – niestety, nie jest to takie proste. Istnieją leki ogólne (w postaci tabletek lub zastrzyków), jednak ich stosowanie ogranicza się do cięższych postaci choroby, z uwagi na możliwe krótko- i długoterminowe skutki uboczne. Łuszczyca zaś w przeważającej większości przypadków (80 – 90% chorych) przebiega w postaci łagodnej i umiarkowanej, w której podstawą leczenia są preparaty miejscowe.

Leczenie miejscowe

Skóra osób chorych na łuszczycę w okresach remisji nie różni się niczym od skóry osób zdrowych i nie wymaga specjalnego postępowania, natomiast w okresach zaostrzeń niezbędna jest odpowiednia jej pielęgnacja. Jest to związane z pogarszaniem się zmian łuszczycowych poprzez nadmierne przesuszenie, które może stanowić czynnik przyspieszający narastanie łuski. Nawet najlepsze leki miejscowe nie spowodują całkowitego wyleczenia, jeśli skóra będzie stale podrażniana i wysuszona.

- **Emolienty do mycia i natłuszczania**

  To łagodne, nie zawierające mydła preparaty myjące (żele, kostki myjące, oliwki i emulsje dodawane do kąpieli) oraz gęste balsamy i emulsje do ciała. Stałe, codzienne stosowanie emolientów jest podstawą leczenia i pielęgnacji skóry. Co bardzo istotne, postępowanie takie zmniejsza świąd, a zatem pozwala uniknąć odruchowego drapania zmian skórnych, nie dopuszczając w ten sposób do pogorszenia choroby.

- **Preparaty zmiękczające i usuwające łuskę (tzw. keratolityczne)**

  Gotowe i recepturowe (czyli przygotowywane w aptece, tzw. „maści robione") preparaty zawierające kwas salicylowy lub mlekowy oraz mocznik, pozwalają na łagodne zmiękczenie i oddzielenie łuski pokrywającej zmiany skórne, co ułatwia późniejsze przenikanie leków do zmian chorobowych. Bardzo ważne jest unikanie mechanicznego zdrapywania łuski (ostrymi gąbkami, szczotkami itp.). Takie działanie może wywołać objaw Koebnera, czyli pojawienie się nowych grudek łuszczycowych w miejscach uszkodzenia skóry.

- **Miejscowe preparaty kortykosteroidowe**

  Należą do najczęściej stosowanych leków przeciwłuszczycowych. Występują w wielu postaciach (kremy, maści, płyny, emulsje, szampony), mają też różną siłę działania i skuteczność. Poza siłą działania różnią się także budową chemiczną – obecnie nie zaleca się stosowania tzw. fluorowanych kortykosteroidów (jak np. Flucinar, Lorinden), z uwagi na szybsze występowanie objawów ubocznych po ich zastosowaniu.

Mogą być stosowane jako jednoskładnikowe, tzw. czyste kortykosteroidy, lub łączone z innymi substancjami. Do najczęściej stosowanych w naszym kraju preparatów steroidowych należą:

1) czyste kortykosteroidy uszeregowane według siły działania od najsłabszych do najsilniejszych:
   - Hydrokortyzon
   - Mecortolon, Dexapolcort
   - Laticort, Locoid, Polcortolon
   - Lorinden, Cutivate
   - Elocom, Elosone
   - Advantan, Diprosone, Kuterid
   - Dermovate, Novate, Clobederm, Dermklobal, Clobex

2) złożone:
   - z kwasem salicylowym o działaniu złuszczającym: Diprosalic, Belosalic, Lorinden A
   - z substancją przeciwgrzybiczą i/lub przeciwbakteryjną zalecane przy wtórnych infekcjach (kliochinol, mikonazol chlorchinaldol, natamycyna, neomycyna, gentamycyna, clotrimazol): Betnovate C, Mycosolon, Lorinden C, Chlorchinaldin H, Pimafucort, Triderm
   - z antybiotykiem wskazanym przy wtórnych nadkażeniach (neomycyna, gentamycyna, oksytetracyklina): Diprogenta, Bedicort G, Belogent, Betnovate N, Lorinden N, Oxycort
   - z pochodną witaminy D (kalcipotriol): Daivobet®, Xamiol®

Wielu pacjentów ma obawy przed stosowaniem miejscowych preparatów kortykosteroidowych i są one częściowo uzasadnione. Leki te powodują bowiem szybkie ustąpienie zmian zapalnych (nie tylko łuszczycowych, ale także np. alergicznych lub odczynów po ukąszeniach przez owady), ale po ich odstawieniu następuje dość szybki nawrót zmian skórnych. Silnie działające kortykosteroidy stosowane przewlekle (tzn. codziennie przez kilka tygodni lub miesięcy) mogą także wywołać trwałe zmiany na skórze – pojawienie się rozszerzonych naczyń krwionośnych, zaników skóry lub rozstępów. Może także pojawić się tzw. zjawisko tachyfilaksji – słabsze preparaty przestają działać i trzeba je zastępować coraz silniejszymi. Na kortykosteroidy miejscowe powinno się także uważać w miejscach szczególnie wrażliwych, jak skóra twarzy (może wystąpić trądzik posteroidowy) oraz fałdy skórne i okolice narządów płciowych (szybsze wchłanianie się i ryzyko przenikania do krążenia). Preparaty te, stosowane z umiarem i przez krótki czas, nie wywołują natomiast objawów ogólnych związanych z zahamowaniem osi

podwzgórze-przysadka-nadnercza (czyli układu regulującego gospodarkę hormonalną organizmu), jak również nie wpływają na przyrost masy ciała.

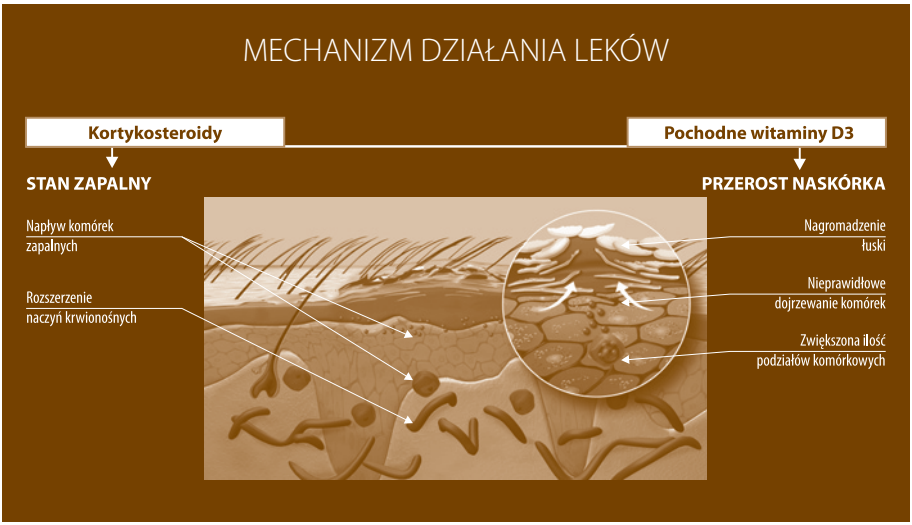
- **cygnolina** (antralina) jest to pochodna chryzarobiny, uzyskiwanej z kory drzewa Andira araroba. Jej działanie polega na hamowaniu podziałów komórkowych, który w przebiegu łuszczycy jest znacznie przyśpieszony. Do niedawna był to podstawowy lek na łuszczycę. Obecnie stosowany jest coraz rzadziej z uwagi na częste podrażnienia, złą tolerancję oraz uciążliwe czerwono-brunatne przebarwienia skóry i trwałe fioletowe zabarwianie ubrań i pościeli. W wielu krajach lek ten stosowany jest tylko w leczeniu szpitalnym. Cygnolinę można otrzymać w postaci maści recepturowej (tzw. robionej), w połączeniu z kwasem salicylowym, który pozwala na utrzymanie substancji leczniczej w stanie aktywnym. Leczenie cygnoliną można stosować na dwa sposoby – w terapii ciągłej (lek w stężeniu od 0,25 do 0,2% nakłada się punktowo na zmiany skórne na całą noc) lub w terapii minutowej: wyższe stężenia cygnoliny nakłada się na kilka – kilkadziesiąt minut. Po zalecanym czasie lek należy zmyć ze skóry. Nie wolno skóry z resztkami cygnoliny wystawiać na słońce.

- **dziegcie**, czyli pochodne smoły pogazowej, czasem otrzymywane na drodze suchej destylacji kory brzozowej lub bukowej, lub żywicznego drewna sosnowego. Szeroko stosowanym lekiem przeciwłuszczycowym z tej grupy była prodermina, obecnie trudno dostępna. Jednym ze stosowanych w naszym kraju dziegci jest maść Cocois, zalecana czasem w leczeniu łuszczycy skóry głowy. Dziegcie w postaci maści, płynów lub szamponów charakteryzują się czarnym kolorem oraz charakterystycznym, silnym i nieprzyjemnym zapachem. Kilka lat temu gotowe preparaty dziegciowe zostały w Polsce wycofane z obrotu, z uwagi na ich potencjalne działanie rakotwórcze, zwłaszcza w połączeniu ze słońcem. Przypadki rozwoju nowotworów skóry po rozsądnie stosowanym leczeniu są bardzo rzadkie, a preparaty te są nadal dostępne w innych krajach Europy oraz w USA.

- **pochodne witaminy D3** (kalcytriol – Silkis, takalcitol – Curatoderm, kalcipotriol – Daivonex). Należą do stosunkowo nowych produktów w leczeniu łuszczycy. Hamują one nieprawidłowy i nadmierny rozwój komórek skóry oraz normalizują procesy ich dojrzewania. Przedawkowane mogą wpływać na gospodarkę fosforanowo-wapniową organizmu, dlatego też podczas leczenia należy kontrolować liczbę gramów zużywanego leku. Najczęściej objawy takie wywołuje kalcytriol (w Polsce niedostępny). Obecnie stosuje się zwykle jego pochodne – takalcytol i kalcypotriol. Substancje te charakteryzują się wysokim profilem bezpieczeństwa, jednak ich działanie przeciwłuszczycowe jest stosunkowo słabe. Ponadto po ich stosowaniu obserwuje się miejscowe objawy uboczne, jak zaczerwienienie, pieczenie i łuszczenie się skóry.

- **połączenie pochodnej witaminy D3 i kortykosteroidu**

  Obecnie najczęściej stosowanym na świecie preparatem miejscowym w leczeniu łuszczycy jest lek złożony, zawierający kalcypotriol i betametazon (Daivobet®). W licznych badaniach wykazano, że oba składniki leku działają synergistycznie, czyli nawzajem wspierają swój efekt leczniczy. Dodatek kortykosteroidu pozwala na uniknięcie podrażnień i zapewnia szybszy początek działania, a pochodna witaminy D3 zapewnia skuteczniejsze i bardziej przyczynowe leczenie. W ten sposób można stosować lek zawierający kortykosteroid przez krótszy okres czasu, ale za to z lepszym efektem. Daivobet® powinien być aplikowany raz dziennie, a większość pacjentów uzyskuje satysfakcjonującą poprawę już po 1 - 2 tygodniach terapii. Odnotowuje się niewiele działań niepożądanych. W długotrwałych badaniach klinicznych preparat oceniono jako dobrze tolerowany. Terapia zalecana jest pacjentom z łagodną i umiarkowaną postacią łuszczycy, zajmującą nie więcej niż 30% powierzchni ciała. Maksymalna dawka tygodniowa leku to 100 g. Daivobet® dostępny jest w postaci maści oraz lipofilnego żelu, który ma dodatkowo lepsze właściwości kosmetyczne (szybciej się wchłania i łatwiej aplikuje). Żel jest odpowiednią postacią do leczenia zmian zarówno na skórze gładkiej jak i skórze owłosionej głowy.



- **retinoidy miejscowe** – tazaroten (Zorac). Pochodne kwasu witaminy A, czyli retinoidy, stosowane są najczęściej w leczeniu trądziku. Jednak jeden z preparatów z tej grupy, tazaroten, znalazł również zastosowanie w miejscowym leczeniu łuszczycy. Jego działanie polega na normalizacji nieprawidłowego rogowacenia skóry i hamowaniu nadmiernego rozrostu komórek naskórka, czyli keratynocytów. Nie wszystkie osoby dobrze tolerują kurację retinoidami, dosyć często dochodzi bowiem do podrażnienia i pieczenia skóry. Lek ten, nawet stosowany tylko miejscowo, może uszkodzić rozwijający się płód. Nie można więc stosować go w czasie ciąży, a kobiety w wieku rozrodczym muszą dodatkowo zabezpieczać się przed zajściem w ciążę.
- **pochodne kalcyneuryny** – takrolimus (Protopic) i pimekrolimus (Elidel). Są to nowoczesne preparaty działające na drodze hamowania sygnału w jądrze komórkowym. W ten sposób zmniejszają reakcję zapalną stymulowaną przez układ immunologiczny. Leki te zarejestrowane są w do leczenia zmian skórnych w przebiegu atopowego zapalenia skóry, stwierdzono jednak, że wykazują też pewną skuteczność w leczeniu łuszczycy. Nie przynoszą wprawdzie tak szybkiej poprawy jak kortykosteroidy, ale są od nich znacznie bezpieczniejsze. Obecnie stanowią one leki z wyboru w leczeniu zmian łuszczycowych na twarzy i w okolicach zgięć stawowych.

Zasady stosowania miejscowych leków zawierających kortykosteroidy:

- *nie należy stosować wyłącznie najsilniejszych preparatów (zawierających klobetazol)*
- *silne preparaty stosować jak najkrócej (do 7-10 dni), później można przejść na leki słabsze*
- *stosować tylko do czasu ustąpienia zmian skórnych, nie stosować profilaktycznie*
- *w fałdy skórne stosować preparaty złożone, aby zapobiec wtórnym nadkażeniom grzybiczym lub bakteryjnym*
- *nie stosować na skórę twarzy; jeżeli jest to konieczne, to bardzo krótko*
- *lepiej stosować preparaty złożone zawierające steryd i inny lek przeciwłuszczycowy (np. kalcypotriol), co pozwala na skrócenie czasu leczenia i uniknięcie działań niepożądanych*

Konsensus Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, czyli porozumienie specjalistów

Łuszczyca skóry gładkiej

- Leczenie rekomendowane:
  1. Pochodne witaminy D3 – kalcypotriol w połączeniu z kortykosteroidem – dipropionianem betametazonu
  2. Cygnolina
  3. Monoterapia pochodnymi witaminy D3
  4. Leki keratolityczne (tylko na początku terapii)
- Leczenie alternatywne
  1. Kortykosteroidy miejscowe o dużej i bardzo dużej sile działania (przez krótki okres czasu)
  2. Pochodne witaminy A (0,1% tazaroten)
  3. Dziegcie

Łuszczyca skóry owłosionej

- Leczenie rekomendowane
  1. Pochodne witaminy D3 w połączeniu kortykosteroidem (kalcypotriol/dipropionian betametazonu) w podłożu żelowym
  2. Kortykosteroidy miejscowe o średniej i dużej sile działania (w monoterapii lub w połączeniu z lekami keratolitycznymi) w postaci roztworów, szamponów oraz pianek
- Leczenie alternatywne
  1. Dziegcie w postaci szamponów
  2. Pochodne witaminy D3 w monoterapii
  3. Spirytus cygnolinowy

Wybór podłoża leku

Leki gotowe stosowane w miejscowym leczeniu łuszczycy dostępne są w różnych postaciach. Mogą mieć formę maści, kremów, płynów, emulsji, szamponów lub żelu. Podłoże leku dobieramy w zależności od lokalizacji zmian i preferencji chorego. Do leczenia zmian na skórze owłosionej głowy odpowiednie będą więc płyny, szampony czy niedawno wprowadzony żel. W przypadku leczenia zmian na skórze gładkiej najczęściej mamy do czynienia z preparatami w postaci maści, których stosowanie może być kłopotliwe ze względu na długi czas wchłaniania się leku. Dlatego warto jest rozważyć zastosowanie innej postaci, np. kremu czy emulsji.

Podłożem odpowiednim do leczenia zmian łuszczycowych zarówno na skórze gładkiej jak i skórze owłosionej głowy jest specjalnie opracowany żel. Postać ta szybko się wchłania i jest łatwa w stosowaniu, ale jednocześnie, podobnie jak maść zapewnia bardzo dobre przenikanie składników aktywnych leków do skóry.

Z uwagi na przewlekłość choroby, jaką jest łuszczyca i długotrwały, powtarzany proces leczenia powinniśmy starać się wybierać leki w podłożach, których aplikowanie na skórę jest stosunkowo łatwe i szybkie. Pozwoli to zminimalizować uciążliwości związane z codziennym stosowaniem terapii.

Pamiętajmy więc, że mamy wybór i tak ważna kwestia jak podłoże leku powinna być również brana pod uwagę zanim rozpoczniemy terapię.

Fototerapia, czyli leczenie światłem

Korzystne działanie promieni słonecznych w leczeniu chorób skóry wykorzystywano już w starożytnym Egipcie i Indiach. Właściwa fototerapia przy użyciu lamp emitujących promieniowanie ultrafioletowe (ultrafiolet – UV) została wprowadzona do lecznictwa pod koniec XIX wieku przez laureata nagrody Nobla, Nielsa Finsena. W leczeniu łuszczycy stosuje się trzy rodzaje naświetlań:

- **szerokowidmowe naświetlania UVB** (broad-band, BB-UVB, długość fali 290 – 320 nm), emitowane przez lampy starszej generacji (np. Psorilux). Podczas tej kuracji może czasem dojść do nadmiernego zaczerwienianie skóry, przypominającego oparzenie słoneczne.
- **wąskowidmowe naświetlania UVB** (narrow-band, UVB-NB, długość fali ok. 311 nm), obecnie najczęściej wykorzystywane w leczeniu. Z całego pasma UVB wyizolowano długość fali, która działa najkorzystniej w leczeniu łuszczycy, co pozwala na skrócenie czasu naświetlań i minimalizuje ryzyko oparzeń.
- **naświetlania metodą PUVA** (fotochemoterapia, czyli naświetlanie dłuższymi promieniami UVA o długości fali 320 – 400 nm) poprzedzone podaniem leków uwrażliwiających na światło, czyli psoralenów (Oxsoralen). Przy tej kuracji należy pamiętać o konieczności ochrony oczu przed promieniowaniem również po naświetlaniu. Bardzo istotne jest noszenie ciemnych okularów do końca dnia.

Naświetlania lecznicze stosuje się zwykle u osób z wysiewną postacią łuszczycy oraz u chorych ze zmianami opornie reagującymi na leki miejscowe, ponieważ nie są one tak zupełnie obojętne dla zdrowia. Wiadomo, że osoby często poddawane naświetlaniom UV mogą w przyszłości być bardziej narażone na rozwój nowotworów skóry. Przed włączeniem naświetlań metodą PUVA należy skontrolować czynność wątroby (tzw. próby wątrobowe) z uwagi na konieczność stosowania psoralenów, a także wykluczyć ewentualny czynny proces chorobowy w płucach (np. gruźlicę), czyli wykonać prześwietlenie klatki piersiowej.

Słońce

Słońce w większości przypadków leczy łuszczycę! Osoby chore latem często zakrywają zmiany skórne, a powinny postępować odwrotnie – w miarę możliwości korzystać z kąpieli słonecznych. Nie oznacza to oczywiście, że należy spędzić całe lato leżąc plackiem na plaży, ale codzienne wystawianie zmian łuszczycowych na słońce przez ok. 15 – 20 minut działa porównywalnie do leczniczych naświetlań UVB. U niektórych chorych promienie słoneczne mogą jednak zaostrzać łuszczycę, wtedy pozostaje przebywanie w cieniu i noszenie dłuższych ubrań. Groźne może być zwłaszcza oparzenie słoneczne – zaczerwieniona, podrażniona skóra reaguje czasem wysiewem licznych grudek łuszczycowych (rodzaj objawu Koebnera).

Leczenie ogólne

Do tej pory nie wynaleziono niestety żadnej cudownej „tabletki na łuszczycę". Istnieje jednak szereg leków ogólnych, które można zastosować u osób z cięższymi postaciami choroby. Ale nie są to leki podawane każdemu kto o nie poprosi – przed włączeniem jakiejkolwiek metody ogólnego leczenia łuszczycy należy wykonać szereg badań dodatkowych i upewnić się, że u danej osoby nie ma przeciwwskazań do ich stosowania.

- **Metotreksat** (Methotrexate, Trexan) – jest to antagonista kwasu foliowego, lek o działaniu cytostatycznym, stosowany najczęściej w chemioterapii nowotworów. W niskich dawkach metotreksat hamuje podziały komórkowe i działa przeciwzapalnie. Często stosowany jest w leczeniu zapalnych chorób stawów. Przed włączeniem leczenia konieczne jest wykonanie badań dodatkowych (morfologia, próby wątrobowe) oraz wyleczenie wszystkich ewentualnych infekcji (np. chorych zębów). Lek podaje się raz w tygodniu jednorazowo albo w dwóch lub trzech dawkach podzielonych z zachowaniem 12 godzinnych odstępów (np. pacjent otrzymuje lek w poniedziałek rano i wieczorem oraz we wtorek rano, a pozostałe dni tygodnia jest bez leku). W trakcie kuracji konieczne jest okresowe powtarzanie badań dodatkowych. Lek ten wykazuje pewne toksyczne działanie na wątrobę i szpik, toteż nie powinien być nadużywany.
- **Cyklosporyna A** (Sandimmun Neoral, Equoral) – jest to cykliczny polipeptyd stosowany głównie po przeszczepach narządów, w celu zapobiegnięcia ich odrzuceniu. Jego działanie w łuszczycy polega na zmniejszaniu aktywności limfocytów T oraz osłabianiu odpowiedzi immunologicznej. U niektórych osób lek ten może podwyższać ciśnienie tętnicze oraz działać toksycznie na nerki, a zatem podczas kuracji należy sprawdzać te parametry. Cyklosporynę A podaje się w codziennych dawkach, zwykle przez ok. 3 miesiące, uzyskując szybką poprawę. Po odstawieniu leku może dojść do szybkiego nawrotu łuszczycy.

Kortykosteroidy podawane ogólnie

Syntetyczne kortykosteroidy to analogi hormonów wydzielanych w organizmie człowieka przez korę nadnerczy. Wykazują one silne działanie przeciwzapalne. Wprowadzono je do lecznictwa w połowie XX wieku i wiązano z nimi duże nadzieje, uważając, że stanowią lek idealny. Stosowano je również w leczeniu łuszczycy (jako tabletki – np. Encorton czy Metypred oraz w zastrzykach – np. Diprophos). Okazało się jednak, że poprawa łuszczycy następowała równie szybko jak jej pogorszenie, często do postaci znacznie cięższej niż przed leczeniem. Podawanie kortykosteroidów zostało wycofane z leczenia po tym, jak u części chorych łuszczyca zwykła przechodziła w jedną z najpoważniejszych postaci choroby – uogólnioną łuszczycę krostkową. Obecnie preparaty te podaje się tylko w wyjątkowych przypadkach i przez krótki okres czasu.

- **Acytretyna** (Neotigason, Acitren) – to lek z grupy retinoidów, czyli pochodnych kwasu witaminy A. Jego działanie polega na normalizacji procesów nadmiernego rozmnażania i nieprawidłowego dojrzewania komórek skóry. Lek powoduje zaburzenia rozwojowe u płodu, dlatego nie może być stosowany przez kobiety w ciąży, a kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować skuteczną metodę antykoncepcji przez cały okres leczenia oraz przez 2 lata po zakończeniu kuracji. Acytretyna wpływa także niekorzystnie na poziom lipidów w surowicy (powinno się okresowo wykonywać lipidogram, czyli oceniać stężenie cholesterolu i jego frakcji oraz trójglicerydów). Najczęściej występujące objawy uboczne to wysychanie i zaczerwienienie ust oraz skóry, czasem nadmierne wypadanie włosów. W ciężkich postaciach łuszczycy podawanie doustnie retinoidów łączy się z naświetlaniami PUVA (tzw. metoda Re-PUVA).

Leki biologiczne

To najnowsza grupa leków stosowanych w łuszczycy. Są to cząsteczki białkowe wybiórczo hamujące działanie najczęściej jednej z cytokin prozapalnych odgrywających rolę w powstawaniu zmian łuszczycowych. Pochodzą one albo z hodowli żywych komórek lub też powstają na drodze inżynierii genetycznej. Przypominają budową białka produkowane przez organizm człowieka. Z uwagi na swoją budowę nie występują w postaci tabletek, a jedynie jako substancje do podawania podskórnego lub dożylnego. Ich objawy uboczne to często ogólne złe samopoczucie, podwyższona temperatura, bóle mięśni i stawów, czasem ból gardła (tzw. objawy rzekomogrypowe). Mogą jednak wystąpić również inne, czasem ciężkie objawy niepożądane, dlatego leczenie biologiczne może być prowadzone tylko pod ścisłą opieką lekarską, najczęściej w szpitalu. Do leczenia biologicznego kwalifikowani są obecnie tylko pacjenci z ciężkimi postaciami łuszczycy, u których leczenie standardowymi metodami ogólnymi lub fototerapią nie przynosi wystarczającej poprawy. Dużym ograniczeniem leczenia biologicznego w łuszczycy jest bardzo wysoki koszt kuracji (kilka – kilkanaście tysięcy złotych za 1 ampułkę leku).

Leki biologiczne dostępne w Polsce stosowane w łuszczycy to:

- **Etanercept** (Enbrel) – białko powstałe na drodze rekombinacji receptora dla ludzkiego czynnika martwicy nowotworów alfa (tumor necrosis factor – TNF). Czynnik ten jest silną cytokiną prozapalną, odgrywającą ważną rolę w powstawaniu zmian łuszczycowych. Etanercept hamuje działanie TNF-α, co prowadzi do szybkiego zmniejszenia stanu zapalnego skóry. Jest podawany w postaci iniekcji podskórnych.

- **Adalimubab** (Humira) – to monoklonalne przeciwciało przeciw TNF-α, które działa silnie przeciwzapalnie. Lek ten jest stosowany w łuszczycy, ale też w łuszczycowym zapaleniu stawów, reumatoidalnym zapaleniu stawów i w chorobie Crohna (nieswoiste zapalenie jelit). Podawany jest podskórnie.
- **Infliximab** (Remicade) – chimeryczne, ludzko-mysie przeciwciało przeciw TNFα, blokujące aktywność tej cytokiny. Silnie hamuje stan zapalny w skórze i w stawach. Jest stosowany w podobnych wskazaniach co adalimubab. Można go stosować tylko dożylnie.
- **Ustekinumab** (Stelara) – to przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko białku stanowiącemu część dwóch cytokin prozapalnych – interleukiny 12 i 23. Hamując aktywność tych interleukin ustekinumab zmniejsza aktywność układu immunologicznego, co łagodzi stan zapalny i powoduje ustępowanie zmian chorobowych. Lek podaje się w formie zastrzyków podskórnych.

Leki biologiczne stanowią najnowsze osiągnięcie w terapii łuszczycy i stale prowadzone są badania nad ich skutecznością i bezpieczeństwem. Ciągle też opracowywane są nowe preparaty oraz nowe schematy dawkowania.

„Psoriasis Hall of Shame"

czyli oszukiwanie chorych poprzez proponowanie „cudownych leków"
Należy bardzo krytycznie podchodzić do preparatów na łuszczycę oferowanych w Internecie. Wiele z nich to oszustwa wprowadzające chorych w błąd, a niejednokrotnie są to produkty potencjalnie niebezpieczne. Należą do nich:

- *„Ukryte" silne kortykosteroidy*
- *Blue-Cap/Skin-Cap (pirytonian cynku)*
- *Miralex (wyciąg z ziół)*
- *Chińskie zioła*
- *Psorigon (tretinoina i kortykosteroid)*
- *Exorex (dziegcie, tlenek azotu)*
- *Wysokie dawki cynku doustnie*
- *Nystatyna miejscowo*
- *Mira-Cure (estry kwasu fumarowego, Fumaderm)*
- *Psoriasis.com (dieta wegańska)*
- *Lupicare (arnika, dziurawiec, rumianek i oczar wirginijski)*
- *Olej z emu*
- *Olej z drzewa neem*
- *Nalewka z jodyny*
- *Lampy do solariów*
- *Srebro koloidalne doustnie*
- *Preparaty zmiękczające wodę*

Dieta

Wbrew temu, co można czasem wyczytać na różnych stronach internetowych, nie istnieje specjalna dieta „na łuszczycę". Wiadomo jednak, że osoby chore mają nieco podwyższone ryzyko wystąpienia w przyszłości chorób związanych z miażdżycą naczyń krwionośnych, takich jak zawał serca czy udar mózgu. Jest to związane przede wszystkim ze stałym utrzymywaniem się we krwi podwyższonego poziomu czynników świadczących o stanie zapalnym (tzw. cytokin prozapalnych). Ponadto łuszczyca jest chorobą odbijającą się na ogólnym stanie zdrowia, który również może być zależny od prawidłowej diety. A zatem ważne jest unikanie w codziennej diecie pokarmów dodatkowo zwiększających to ryzyko, jak tłuste mięsa i wędliny, żywność wysoko przetworzona („fast foody"), duże ilości słodyczy, a także ograniczenie spożycia alkoholu. Najlepszym sposobem na uniknięcie w przyszłości chorób układu krążenia, oraz na utrzymywanie pod kontrolą swojej łuszczycy, jest zatem przestrzeganie ogólnych zasad zdrowej diety – najlepiej śródziemnomorskiej (dużo warzyw i owoców, oliwa z oliwek, lekkie posiłki zawierające niewiele czerwonego mięsa, a więcej ryb).

Przez skórę nie wydzielają się żadne „toksyny". Organizm znakomicie radzi sobie z usuwaniem szkodliwych produktów przemiany materii przez nerki i wątrobę. Nic, co zjemy lub wypijemy nie „wychodzi" nam bezpośrednio przez skórę, ale może nam zaszkodzić i zaostrzyć łuszczycę na drodze normalnego metabolizmu.

Wizyta u lekarza

Leczeniem łuszczycy zajmują się przede wszystkim specjaliści dermatolodzy. Nie należy bez porozumienia z dermatologiem prosić o przepisanie recept lekarza rodzinnego, czy internistę. Można w ten sposób, na przykład stosować zbyt silne leki przez długi okres czasu, co czasem prowadzi do przejścia łuszczycy w cięższą i trudną do leczenia postać.

Przed wizytą u dermatologa warto jest zapisać sobie nazwy ostatnio stosowanych leków miejscowych – w dobie szybko zmieniających się opakowań lekarz nie będzie w stanie domyślić się, która to „taka bezbarwna maść w białej tubce z kolorowym napisem". Przydaje się też receptura (pomarańczowa karteczka) dołączana do preparatów robionych. Dla lekarza istotne są także nazwy leków stosowanych z innych powodów, na przykład w leczeniu chorób serca, nadciśnienia lub leków nasennych i uspokajających. W ten sposób zapisywane leki, na przykład zmniejszające swędzenie skóry, nie będą wchodziły w szkodliwe interakcje z preparatami stosowanymi z innych powodów.

Podczas wizyty u lekarza należy zawsze upewnić się, czy dobrze zrozumieliśmy zalecenia lekarza i dokładnie wiemy jak należy stosować zalecone leki. Zwykle preparaty miejscowe stosuje się tylko do ustąpienia zmian skórnych, zdrowej skóry nie powinno się leczyć profilaktycznie, a tylko pielęgnować powszechnie dostępnymi emolientami. Przy stosowaniu leków ogólnych zachodzi czasem potrzeba wykonania dodatkowych badań z krwi przed wizytą kontrolną. Ich wyniki pozwolą lekarzowi na dobranie odpowiedniej dawki leku i czasu trwania kuracji.

Co o łuszczycy trzeba wiedzieć – podsumowanie

- Łuszczyca nie jest zakaźna
- Nie może być spowodowana kontretną sytuacją (stres, choroba) lub lekiem, a jedynie przez nią ujawniona
- Jeżeli nikt w mojej rodzinie nie chorował, to nie znaczy, że ja nie mogę mieć łuszczycy
- Istnieje wiele czynników zaostrzających przebieg choroby
- Jest chorobą przewlekłą i nawrotową, ale stosując odpowiednie leczenie można doprowadzić do całkowitego ustąpienia zmian
- Zmiany skórne należy leczyć, aby likwidować stan zapalny skóry i uniknąć chorób układu sercowo-naczyniowego
- Nie wolno zdrapywać łuski ze skóry, ani w inny sposób mechanicznie usuwać zmian, ponieważ każde zadrapanie może spowodowac zaostrzenie choroby
- Słońce w większości przypadków leczy łuszczycę
- Nie istnieje specjalna „dieta na łuszczycę", ale osoby chore powinny się zdrowo odżywiać
- Nie ma cudownego, jednego leku na łuszczycę
- Im człowiek jest zdrowszy i mniej zestresowany, tym jego łuszczyca przebiega łagodniej

PAKT w Łuszczycy

Program Aktywnej Kontroli Terapii

Więcej informacji na temat łuszczycy,
leczenia, pielęgnacji skóry i współpracy z lekarzem znajdziesz na:

www.PaktwLuszczycy.pl

QualityCare™

Provided by LEO

LEO

LEO® Qualitycare™ 2/styczeń/2014 ©Wszystkie znaki towarowe należą do LEO Phama A/S