

Łuszczyca – charakterystyka choroby, możliwości leczenia

dr med. Piotr Nockowski, dermatolog
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu. Kier. Kliniki: prof. dr hab. Eugeniusz Baran.

Charakterystyka łuszczycy

Łuszczycę (*psoriasis*) definiuje się jako niezakaźną chorobą grudek-złuszczającą, związaną z procesami zapalno-proliferacyjnymi w skórze. Wyróżnia się trzy podstawowe odmiany łuszczycy, traktowane jako odrębne jednostki chorobowe:

- **łuszczycę zwykłą** (pospolitą), zdecydowanie najczęstszą, zajmującą skórę i paznokcie,
- **łuszczycę stawową**, gdzie istotą jest zapalenie stawów, którym mogą towarzyszyć zmiany na skórze jak w łuszczycy zwykłej,
- **łuszczycę krostkową**, z obecnością krost – drobnych "pęcherzyków" wypełnionych żółtą, gęstą, ropną treścią na skórze

Ponadto wyróżnia się łuszczycę erythrodermiczną, polegającą na uogólnionym zajęciu i stanie zapalnym skóry całego ciała, której nie traktuje się jako odrębnej jednostki chorobowej, lecz jako skrajnie ciężką postać, mogącą wystąpić w przebiegu każdej z trzech powyższych odmian. W stosunku do łuszczycy zwykłej pozostałe odmiany są relatywnie rzadkie i ich opis wykracza poza ramy tego opracowania.



Rozległe zmiany plackowate w łuszczycy plackowatej.



Łuszczyca, typowa lokalizacja



Łuszczyca zwykła.

Etiopatogeneza i epidemiologia

Łuszczyca należy do najczęstszych dermatoz, średnia częstość w populacji kaukaskiej oceniana jest zwykle w granicach 1-4% w Polsce, Europie i USA. Występuje jednakowo często u obu płci, częściej u rasy białej (kaukaskiej) niż żółtej czy czarnej, częściej w klimacie chłodnym i umiarkowanym niż gorącym. Rozwój łuszczycy warunkuje współdziałanie predyspozycji genetycznych i rozmaitych czynników środowiskowych. Na podłoże genetyczne łuszczycy składa się współdziałanie wielu odrębnych genów podatności na chorobę i nie ma jednego prostego mechanizmu dziedziczenia. Klasycznie wyróżnia się 2 typy genetyczne łuszczycy:

- zachorowań na łuszczycę, związek z wariantem antygeny zgodności tkankowej HLA-Cw6 w 85%,

- Typ II (dorosłych, late onset) - początek > 40 r.ż., najczęściej w 50 - 70 r.ż., HLA-Cw6 stwierdzane tylko w 15%, brak rodzinnego występowania, 1/4 wszystkich przypadków, zazwyczaj łagodniejszy przebieg.

Wysiew zmian łuszczycowych lub nasilenie jej przebiegu prowokuje szereg czynników zewnętrznych i wewnętrznych: urazy mechaniczne skóry, napromieniowanie UV lub pr.X, oparzenia słoneczne, ciepłne i chemiczne, choroby infekcyjne zwłaszcza

dróg oddechowych, nadwaga, stres psychiczny, spożycie alkoholu, zapalne choroby skóry i inne. Te same czynniki są też niekiedy stają metody lecznicze w łuszczycy. Po pierwsze zależy to od intensywności bodźca. Ostrożna fototerapia leczy łuszczycę, ale poparzenie słoneczne może spowodować wysiew zmian. Po drugie reakcja każdej osoby jest indywidualna. U większości nasłonecznienie i gorąca kąpiel powoduje ustępowanie zmian, u części osób może zaostrzać chorobę.

Obraz kliniczny i przebieg

Łuszczyca cechuje się obecnością na skórze czerwonych grudek pokrytych srebrzystą łuską, zazwyczaj o typowej lokalizacji na wyprostnej powierzchni łokci i kolan, okolicy krzyżowej i skórze owłosionej głowy. Poza tym mogą występować na skórze w każdym miejscu, najrzadziej na twarzy. Grudki stopniowo szerzą się obwodowo, wykwitki większe od 1 cm określane są blaszkami. Dodatkowe własności wykwitów uprawniają do rozpoznania. Łuskę przeważnie daje się łatwo zdrapać na podobieństwo strużynek świecy (tzw. objaw świecy stearynowej), po zdrapaniu całej łuski pojawia się błyszcząca powierzchnia (tzw. objaw ostatniej skórki), dalsze delikatne drapanie powoduje punkcikowate krwawienie bez widocznej nadżerki (objaw Auspitz). Wykwitki często tworzą się w miejscu

drobnego urazu mechanicznego (zadrapanie, otarcie) po 10-14 dniach. Jest to tzw. objaw Koebnera. Zwykle po takim czasie osoba nie pamięta już zdarzenia urazu, a o przyczynie wykwitów świadczy jedynie liniowy układ grudek. Za objaw Koebnera uznaje się także skłonność do tworzenia się wykwitów łuszczycowych w miejscu blizn pourazowych i pooperacyjnych. Z innych rodzajów wykwitów mogą występować różne zmiany paznokciowe oraz rzadko rogowacenie dłoni i podeszew stóp. Typowe zmiany paznokciowe, jak punkcikowate zagłębienia na powierzchni płytki, przypominające wygląd napałka do szycia, lub zmiany pod płytką typu "plamy oleju" bardzo ułatwiają rozpoznanie łuszczycy. Zmiany płytek paznokciowych mogą być jednak także nieswoiste dla łuszczycy, a niekiedy do złudzenia przypominające grzybicę paznokci. Choroba nie zajmuje błon śluzowych i poza stawami w odmianie łuszczycy stawowej nie zajmuje narządów wewnętrznych. Mimo pozornej prostoty wykwitu podstawowego, ze względu na różną wielkość grudek/blaszek od kilku milimetrów do wielu centymetrów, barwę od jasnoróżowej do brunatno- lub fioletowoczerwonej, różnego stopnia nasilenie łuski, skłonność wykwitów do zlewania się, obwodowego wzrostu i

samoistnego ustępowania oraz nie zawsze typową lokalizację zmian, łuszczycę cechuje ogromne bogactwo obrazów klinicznych.

Wyróżnia się dwa szczyty zachorowań około 22rż i mniejszy po 50 rż, jednakże łuszczycy może rozpocząć się w każdym wieku, nawet u noworodków i osób po 90 roku życia. Zdarza się, że łuszczycy pojawia się chronologicznie najpierw u dziecka, a dopiero potem u któregoś z rodziców (a więc w dużo starszym wieku). Dla dziecka wywiad dotyczący rodzinnego wystąpienia łuszczycy będzie ujemny, do momentu pojawienia się choroby u rodzica.

Choroba ma przewlekły i nawrotowy przebieg z okresami remisji i zaostrzania się zmian, praktycznie do końca życia. Nawroty choroby często występują jesienią i wiosną, co można wyjaśnić prowokującym działaniem infekcji dróg oddechowych (częste przeziębienia) i zmniejszeniem nasłonecznienia w tym okresie. Nasilenie nawrotów, lokalizacja wykwitów jak i czasy remisji łuszczycy są całkowicie nieprzewidywalne. U jednych osób mogą występować tylko pojedyncze grudki na łokciach lub w skórze owłosionej głowy, u innych rozległe zmiany na skórze całego ciała, w kolejnym nawrocie nasilenie zmian może być takie same,

znacznie większe lub mniejsze. Nawroty choroby u jednych osób mogą występować regularnie wiosną i jesienią, u innych raz na kilka lat lub kilka razy w roku, jeszcze u innych zmiany utrzymują się przez cały rok. Okres remisji po leczeniu może trwać od kilku tygodni po kilka lat. Wybór zastosowanej terapii ma do pewnego stopnia wpływ na czas remisji. U części osób udaje się uzyskać pełne ustąpienie zmian (remisja całkowita), u innych mimo intensywnego leczenia część opornych zmian pozostaje (remisja częściowa). Zmiany sporadycznie mogą też ustępować samoistnie. Z czasem przebieg choroby może ulegać nasileniu, złagodzeniu lub utrzymywać się na stałym poziomie. Mimo częstego wrażenia pacjentów i lekarzy, że z biegiem lat łuszczyca przebiega coraz ciężiej, rygorystyczne badania naukowe nie potwierdziły tej tezy, przypadki zaostrzeń są równoważone przez adekwatną liczbę przypadków złagodzenia choroby.

Liczba leczonych pacjentów z łuszczycą stanowi przysłowiowy "wierzchołek góry lodowej", bo tylko niewielka część osób z łuszczycą szuka porady lekarskiej, z bardziej rozległymi zmianami, lub dla których nawet niewielkie zmiany powodują dyskomfort. Liczbę tę szacuje się na około 20% wszystkich chorych. Łuszczyca wywiera istotny negatywny wpływ na jakość życia,

porównywalny z innymi ciężkimi chorobami jak reumatoidalne zapalenie stawów, nadciśnienie tętnicze, choroby serca czy depresja.

Leczenie

Mimo postępów w terapii łuszczyca pozostaje nadal chorobą, w której leczenie doprowadza jedynie do uzyskania remisji zmian a nie eliminuje choroby na stałe i musi być prowadzone z okresowymi przerwami do końca życia. W ostatnich latach wprowadzono nie tylko nowe warianty już istniejących i sprawdzonych metod leczenia łuszczycy, ale także wiele całkowicie nowych metod terapeutycznych, także w leczeniu zewnętrznym mniej zaawansowanych postaci łuszczycy. W ocenie przydatności różnych metod terapii w długotrwałym leczeniu łuszczycy istotnymi czynnikami mogącymi ograniczyć ich stosowanie jest spadająca efektywność w czasie, ryzyko poważnych, kumulujących się działań ubocznych, wygoda stosowania i wreszcie koszt leczenia.

W praktyce klinicznej często używa się pojęć łuszczycy lekkiej i łuszczycy ciężkiej, choć terminy te nie są ściśle zdefiniowane. U większości chorych z ustalonym rozpoznaniem i lżejszym przebiegiem łuszczycy, zajmującym nie więcej niż 25% powierzchni skóry, wystarczające jest

leczenie miejscowe, które może być prowadzone przez lekarza rodzinnego, przy okresowej konsultacji dermatologicznej. Zmiany łuszczycowe zajmujące ponad 25% powierzchni ciała, oporność zmian na leczenie miejscowe, przebieg choroby znacznie obciążający psychicznie chorego lub uniemożliwiający wykonywanie pracy zawodowej (np. zmiany na twarzy, rękach lub stopach), łuszczyca krostkowa, łuszczyca stawowa oraz erytrodermia łuszczycowa stanowią wskazanie do leczenia ogólnego pod kontrolą dermatologiczną, często w warunkach oddziału szpitalnego. Około jedna czwarta pacjentów z łuszczycą wymaga leczenia systemowego, fototerapii lub obu metod, aby kontrolować przebieg choroby. Łuszczyca wiąże się z częstszym współwystępowaniem niektórych chorób jak depresja, choroby serca i inne. Leki powszechnie stosowane w tych schorzeniach mogą prowokować wysiew zmian łuszczycowych, o czym powinni pamiętać lekarze w swojej codziennej praktyce.

Leczenie świądu

Świąd w przebiegu łuszczycy jest dość częstym objawem, choć rzadko odnotowywanym w podręcznikach dermatologii. Jego nasilenie może wahać się od zupełnego braku, poprzez incydentalny świąd w okresie wysiewu zmian, okresowy świąd po kąpielach pacjenta, po stały i bardzo nasilony świąd,

powodujący drapanie i liczne przeczasy. Ponieważ urazy mechaniczne prowokują wysiew zmian łuszczycowych (tzw. objaw Koebnera), świąd i drapanie mogą być przyczyną nasilania się i przedłużania okresów zaostrzeń w łuszczyce. W leczeniu świądu stosuje się doustne leki przeciwhistaminowe i miejscowo emolienty (substancje nawilżające i natłuszczające skórę), podobnie jak w schemacie leczenia atopowego zapalenia skóry.



Objaw Koebnera (po zabawie z kotem)

Psychoterapia i leczenie przeciwdepresyjne

Wpływ depresji lub innych zaburzeń psychosocjalnych na łuszcycę jest dwukierunkowy i ciągle niedoceniany. Z jednej strony łuszczyca nasila tego typu zaburzenia, z drugiej strony zaburzenia te pogarszają przebieg zmian skórnych. Psychoterapia stanowi korzystną terapię wspomagającą, zmniejszającą częstość i nasilenie nawrotów niezależnie od stosowanej terapii zasadniczej. Zalecana jest

szczególnie u osób młodych, którzy wielokrotnie mają problemy z zaakceptowaniem choroby oraz przy współwystępowaniu reakcji depresyjnych. Także leki przeciwdepresyjne zwiększają skuteczność terapii przeciwłuszczycowej, przyspieszając ustępowanie wykwitów.

Klimatoterapia

Znaczenie pomocnicze ma balneoterapia, leczenie sanatoryjne i klimatoterapia. Klimatoterapia, stanowiąca połączenie helioterapii z balneoterapią, czyli pobyt w ciepłych krajach z dużym nasłonecznieniem połączone z kąpielami w morskiej wodzie, wskazana jest u osób, które w wywiadzie podają korzystny wpływ nasłonecznienia i brak ciężkich schorzeń układu krążeniowo-oddechowego. Popularne wśród pacjentów były do niedawna wyjazdy nad Morze Martwe, które znajduje się 360m poniżej poziomu morza. Powoduje to dodatkowe odfiltrowanie UVB z widma słonecznego, przez grubszą niż gdzie indziej warstwę powietrza i umożliwia dłuższą ekspozycję bez efektu poparzenia słonecznego. Spośród osób z łuszczycą przebywających nad Morzem Martwym, poprawę odnotowano u 83% osób eksponowanych na słońce i kąpiących się eksponowanych na słońce i 28% osób kąpiących się w Morzu Martwym. Świadczy to, że ekspozycja na słońce stanowi główny

czynnik terapeutyczny łuszczycy w trakcie pobytów nad Morzem Martwym. Według niektórych prac remisja po tego typu leczeniu jest jednakże dość krótka – średnio 4 tygodnie. Jako leczenie wspomagające w warunkach domowych można polecać pacjentom kąpiele solankowe. Istnieją doniesienia, że samo przegrzanie skóry w gorącej kąpieli, powtarzane 2-3 razy tygodniowo prowadzi do remisji niewielkich zmian łuszczycowych bez konieczności stosowania leków miejscowo lub ogólnie.

Profilaktyka łuszczycy

Profilaktyka łuszczycy polega na unikaniu znanych czynników wyzwalających chorobę (stresów psychicznych, infekcji, palenia tytoniu, nadużywania alkoholu). Pod żadnym pozorem nie wolno usuwać mechanicznie łuski ze zmian (zeskrobywanie, wyczesywanie), bo jest to czynnik prowokujący tworzenie się kolejnych wykwitów. Nie wszystkich czynników można uniknąć w normalnym życiu, np. stresu psychicznego czy infekcji wirusowych górnych dróg oddechowych. Z całą pewnością zaleca się skrupulatne leczenie zębów i przewlekłych stanów zapalnych: zatok, gardła, uszu itp. Kontrowersyjne pozostaje stosowanie tonsillektomii (usunięcie migdałków) w łuszczycy. Choć nie ma mocnych dowodów naukowych, zabieg ten wydaje się korzystny, przynajmniej u osób

z nawracającymi infekcjami paciorkowcowymi (anginy, zapalenia gardła). Wskazany jest wybór zawodu ograniczającego możliwość urazów skóry i umożliwiający dłuższe przerwy w pracy. Korzystna jest dieta niskokaloryczna z dużą ilością warzyw i owoców oraz obecnością nienasyconych kwasów tłuszczowych zawartych w tłuszczu roślinnym i rybach morskich. Nie należy jednak przykładać nadmiernej wagi do profilaktyki, gdyż nawet rygorystyczne przestrzeganie tych zaleceń nie zapobiega całkowicie nawrotom choroby.

Deklaracja:

Mimo wszelkich starań autora, aby artykuł przedstawiał rzetelne informacje, ma on jedynie charakter poglądowy i nie może zastąpić porady lekarskiej.



Łuszczyca paznokci



Łuszczyca, typowa lokalizacja na skórze głowy