

Tak, lecę łuszczycę

Poradnik dla pacjenta

Pod redakcją prof. Joanny Narbutt



Spis treści

Patogeneza łuszczycy Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt	str. 4
Postaci kliniczne łuszczycy Dr hab. med. Aleksandra Lesiak	str. 7
Jak ocenić nasilenie łuszczycy plackowatej? Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt	str. 11
Łuszczycowe zapalenie stawów Dr n. med. Bożena Dąbkowska	str. 16
Jakość życia pacjentów chorujących na łuszczycę Dr hab. n. med. Adam Reich, prof. nadzw.	str. 20
Powikłania ze strony układu krążenia w łuszczycy Dr hab. n. med. Grzegorz Gajos	str. 23
Leczenie miejscowe łuszczycy Dr hab. n. med. Aleksandra Lesiak	str. 26
Leczenie systemowe łuszczycy Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt	str. 29
Zasady kwalifikacji chorych do programu terapii biologicznej łuszczycy zwyczajnej Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt	str. 34



Szanowni Państwo!

Droga Pacjentko, Drogi Pacjencie!

Oddajemy do Państwa ręk przewodnik dotyczący łuszczycy - jej patogenezy, chorób współistniejących i możliwości terapeutycznych.

Napisanie tego przewodnika wynika z braku podobnej pozycji na rynku polskim. Równocześnie znaleźć można wiele opracowań, szczególnie na stronach internetowych, w których podawane fakty mijają się niekiedy z prawdą, wprowadzając Pacjentów w błąd.

Na łuszczycę i łuszczycowe zapalenie stawów (łuszczycę stawową) choruje wiele osób w Polsce, często przebieg ich choroby jest łagodny, niekiedy jednak występują duże zmiany chorobowe, wymagające leczenia szpitalnego, a następnie długotrwałej opieki ambulatoryjnej. Leczeniem zajmują się dermatolodzy, w przypadku dominowania zmian stawowych – reumatolodzy, jednakże ze względu na przewlekły przebieg choroby duże pole do popisu mają również lekarze rodzinni. Łuszczycyca jest chorobą skomplikowaną, wymagającą dużego zaangażowania wielu lekarzy, ale też wiedzy pacjentów.

W ostatnich latach dokonał się ogromny przełom w podejściu do leczenia łuszczycy, przede wszystkim ze względu na poszerzenie wiedzy na temat jej patogenezy, a także odkrycie nowych, skutecznych i bezpiecznych opcji terapeutycznych.

W napisanym przez nas przewodniku odnajdziecie Państwo wiele informacji zgodnych z najnowszym stanem wiedzy na temat łuszczycy. Mamy nadzieję, że pomogą one Państwu w zrozumieniu istoty choroby, a przede wszystkim umożliwią merytoryczną rozmowę z lekarzem na temat możliwości diagnostyczno-terapeutycznych Państwa choroby.

Z wyrazami szacunku

Joanna Narbutt

Patogeneza łuszczycy

Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt

Podłoże genetyczne

Łuszczyca jest ciężką, przewlekłą chorobą zapalną, dotyczącą około 2-3% populacji. W Stanach Zjednoczonych na łuszcycę choruje około 8 000 000 ludzi. Zmiany chorobowe dotyczą skóry, niemniej u około 30% pacjentów występują również zmiany stawowe.

Łuszczyca jest chorobą uwarunkowaną genetycznie, jednak mimo wielu prowadzonych badań nie określono jednego genu warunkującego jej rozwój. Dziedziczenie łuszczycy jest wielogenowe. Do chwili obecnej wykryto 14 różnych miejsc w genomie (zapis genetyczny DNA) warunkujących podatność na rozwój choroby. Za podłożem genetycznym bez wątpienia przemawia rodzinne występowanie choroby, należy jednak pamiętać, że niekiedy choroba ujawnia się tylko u jednej osoby, nie występując u krewnych.

W oparciu o wiek chorych, w którym występują pierwsze objawy łuszczycy, można ją podzielić na dwa typy. **Typ I** rozpoznajemy, gdy zmiany chorobowe powstają u młodych pacjentów, poniżej 40 roku życia, a szczyt zachorowań obserwuje się pomiędzy 18-22 rokiem życia. Często u tych pacjentów stwierdza się występowanie specyficznych genów, m.in. HLA-Cw6.

U tych pacjentów łuszczyca zazwyczaj występuje rodzinnie i ma z reguły cięższy przebieg kliniczny. Czynnikiem sprzyjającym do ujawnienia się choroby są często infekcje paciorkowcowe (zapalenie gardła, angina). **Typ II** charakteryzuje się wysiewem zmian łuszczycowych u osób powyżej 60 roku życia. W tej postaci tło genetyczne jest istotnie słabiej wyrażone, nie obserwuje się rodzinnego występowania choroby, natomiast w obrazie klinicznym częściej występują zmiany paznokciowe oraz stawowe.

ZAPAMIĘTAJ!

Łuszczyca może pojawić się po raz pierwszy u Ciebie. Może być wynikiem wcześniejszej infekcji górnych dróg oddechowych!

Zjawiska immunologiczne

W rozwoju zmian łuszczycowych bardzo ważną rolę odgrywają zjawiska immunologiczne (procesy związane z układem odpornościowym naszego organizmu), a szczególnie limfocyty T. Nieprawidłowa proliferacja

keratynocytów (komórki budujące naskórek - Ryc. 1) jest wynikiem nadmiernych podziałów komórek w warstwie podstawnej naskórka.

W warunkach prawidłowych komórki z warstwy podstawnej do rogowej przechodzą w okresie 28 dni, podczas gdy w łuszczycy okres ten ulega redukcji do 3-4. W naskórku i w górnych warstwach skóry właściwej obserwuje się nadmierną akumulację limfocytów T pomocniczych (CD4+) i supresorowych (CD8+), które produkują zwiększoną ilość takich cytokin prozapalnych jak: IFN- γ (interferon-gamma), interleukina 2 i 17 (IL-2, IL-17) oraz TNF- α (czynnik martwicy nowotworów-alfa). Te białka (cytokiny prozapalne) są substancjami uwalnianymi z różnych komórek. Odgrywają one istotną rolę w rozwoju zapalenia w organizmie. W naskórku stwierdza się też dużą liczbę granulocytów obojętnochnych (neutrofilów), które tworzą specyficzne mikropnie w warstwie rogowej naskórka. Napływ tych komórek jest stymulowany między innymi wysoką ekspresją IL-8 (jedna z cytokin uwalnianych przez granulocyty obojętnochnone), która jest wydzielana w wyniku nadmiernie aktywowanych keratynocytów.

Obecnie wielu naukowców przyjmuje, że proces zapalny w skórze właściwej jest odpowiedzialny za nieprawidłową proliferację (nadmierne dzielenie się komórek) naskórka. Wszystkie zebrane do tej pory informacje na temat patogenyzy łuszczycy pozwalają na sformułowanie stwierdzenia, że łuszczyca jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry związaną z nadmierną aktywacją limfocytów T, indukowaną przez antygen naskórkowy, który jak do tej pory nie został odkryty. Za kluczową rolę limfocytów T i wydzielanych przez nie cytokin w patogenyzie łuszczycy przemawia fakt skuteczności stosowanych terapii biologicznych z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych skierowanych przeciwko TNF- α lub IL-12/IL-23. Również obiecujące są wstępne wyniki uzyskiwane z badań klinicznych z zastosowaniem przeciwciał anti-IL17.

ZAPAMIĘTAJ!

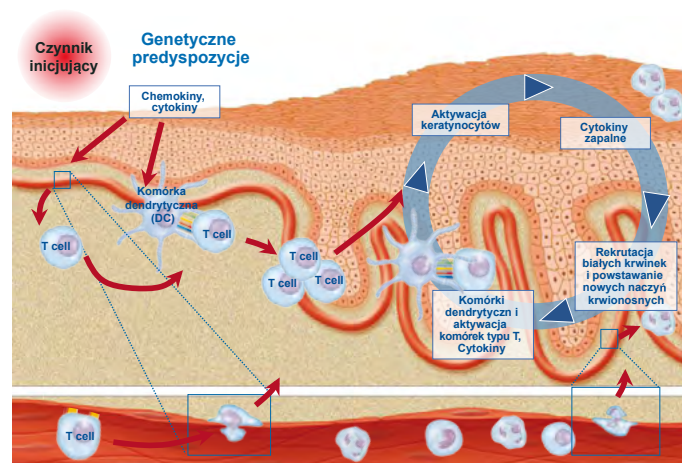
Proces rozwoju zmian łuszczycowych nie został do tej pory całkowicie poznany! Musimy dołożyć wszelkich starań do poznania patogenyzy tej ciężkiej choroby!

Czynniki wywołujące

Wśród czynników wywołujących łuszcycę wymienia się przede wszystkim infekcje oraz niektóre leki. Do leków wywołujących bądź zaostrzających proces łuszczycowy należą przede wszystkim beta-blokery - leki często stosowane w kardiologii (m. in. propranolol, metocard, itp.), blokery kanału wapniowego, leki przeciwmalaryczne, inhibitory acetylocholinesterazy, interferon- β , lit i rzadziej - niesteroidowe leki przeciwzapalne. Pomimo braku jednoznacznych wyników prowadzonych badań wiadomo, że łuszczyca może ulec pogorszeniu pod wpływem alkoholu oraz palenia papierosów. Palenie szczególnie niekorzystnie wpływa na przebieg łuszczycy krostkowej rąk i stóp. Również otyłość jest czynnikiem pogarszającym przebieg choroby, stąd ważne jest, aby chorzy na łuszcycę utrzymywali prawidłową masę ciała. Nadwaga - wskaźnik BMI (z ang. *body mass index* - iloraz masy ciała do wzrostu) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ i $<30 \text{ kg/m}^2$ lub otyłość (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) predysponują do nadmiernej produkcji cytokin prozapalnych, przez co są istotnym elementem sprzyjającym rozwojowi łuszczycy. Poza tym stwierdzono, że otyłość stanowi czynnik ryzyka choroby sercowo-naczyniowej oraz niealkoholowego stłuszczenia wątroby. Na podstawie prowadzonych badań wykazano, że wyższy wskaźnik BMI koreluje z większym nasileniem łuszczycy. Bez wątpienia wśród czynników zaostrzających proces chorobowy należy również wymienić stres i negatywne emocje. Wysiewom łuszczycy związanym ze stresem często towarzyszy nasilony świąd skóry, stąd wsparcie psychologiczne oraz techniki relaksacyjne mogą wspomagać proces terapeutyczny.

Wśród czynników zakaźnych ważną rolę odgrywają przede wszystkim infekcje paciorkowcowe, w przebiegu których dochodzi do zapalenia gardła i migdałków (angina). Infekcje szczególnie zaostrzają zmiany skórne u młodych osób, u których łuszczyca zaczęła się wcześniej. Klinicznie obserwuje się uogólniony wysiew drobnych grudek łuszczycowych. Dlatego niezwykle ważne jest, aby pacjenci z łuszczycą nie lekceważyli objawów infekcji górnych dróg oddechowych. W celu ograniczenia wysiewu łuszczycy w wyniku infekcji pacjenci powinni być okresowo konsultowani stomatologicznie oraz laryngologicznie. Szczególnie ważne jest, aby stan uzębienia był prawidłowy. Wszelkie infekcje w jamie ustnej i ogniska próchnicy muszą być wyleczone, gdyż zmiany te istotnie pogarszają przebieg łuszczycy. Wśród czynników infekcyjnych należy również wymienić zakażenie wirusem HIV, gdyż

Ryc. 1



Łuszczyca rozwija się aż u około 5-10% pacjentów zakażonych tym wirusem.

Według opinii wielu pacjentów, a także części lekarzy dieta może istotnie wpływać na obraz kliniczny łuszczycy oraz przebieg terapii. Mimo powszechności tych poglądów w literaturze naukowej brakuje obiektywnych badań na ten temat. Bez wątpienia odpowiednia dieta i utrzymywanie prawidłowej masy ciała ogranicza do pewnego stopnia nasilenie zmian chorobowych oraz poprawia efekty terapeutyczne. Poza tym może mieć pozytywny wpływ na ograniczenie rozwoju zespołu metabolicznego. Wśród substancji odżywczych mających korzystny wpływ na łuszczycę wymienia się między innymi witaminę A, E, C i D, kwas foliowy, omega 3 wielonienasycone kwasy tłuszczowe, a także niektóre minerały (żelazo, miedź, magnez, cynk i selen). Substancje te mają m.in. właściwości antyoksydacyjne, czyli ograniczają syntezę reaktywnych form tlenu, odgrywających rolę w rozwoju zapalenia.

ZAPAMIĘTAJ!

Na te czynniki masz wpływ! Możesz zmienić dietę, ograniczyć stosowanie używek, a w przypadku sytuacji stresowej - skorzystaj z konsultacji psychologa lub psychiatry! Jeśli masz wątpliwości - zapytaj swojego dermatologa!

Choroby współistniejące z łuszczycą, czyli teoria marszu łuszczycowego

Do chorób współistniejących z łuszczycą zalicza się: łuszczycowe zapalenie stawów, chorobę Crohna, zespół metaboliczny, choroby układu krążenia (choroba sercowo-naczyniowa) oraz zaburzenia psychiatryczne. Zespołem metabolicznym określa się występowanie następujących zjawisk: otyłości brzusznej, zaburzeń w lipidogramie (najczęściej wysoki poziom trójglicerydów oraz niskie stężenie frakcji HDL cholesterolu), insulinooporność, cukrzycę i nadciśnienie tętnicze.

Zespół metaboliczny oraz choroba sercowo-naczyniowa występują częściej u chorych na łuszczycę niż w populacji ogólnej, co manifestuje się częstszym rozwojem u tych chorych zawału serca lub udarów mózgu. Wspólnym elementem patogenetycznym tych chorób jest przewlekły stan zapalny, prowadzący początkowo do uszkodzenia wysp trzustki, rozwoju

insulinooporności, a w konsekwencji do dysfunkcji śródbłonna (komórki budujące naczynia krwionośne) i rozwoju miażdżycy.

Na podstawie danych z piśmiennictwa wydaje się, że łuszczyca, jako choroba przebiegająca z dysfunkcją układu immunologicznego, może zwiększać ryzyko rozwoju chorób rozrostowych, zwłaszcza ziarnicy złośliwej oraz skórnych chłoniaków wywodzących się z limfocytów T (choroby hematologiczne - białaczki i chłoniaki) oraz niektórych nowotworów narządów wewnętrznych. Część autorów sugeruje jednak, że procesy te mogą wynikać ze stosowanej terapii łuszczycy o ciężkim nasileniu, w której stosuje się leki immunosupresyjne, takie jak m.in. metotreksat czy cyklosporynę. Przeprowadzone badania wskazują, że u chorych na łuszczycę występuje nieznacznie zwiększone ryzyko rozwoju nowotworów narządów wewnętrznych, głównie dróg oddechowych (płuc), przełyku, wątroby, trzustki, jelita grubego i dróg moczowych. Nie można jednak w tym przypadku wykluczyć związku tych chorób z często stosowanymi przez pacjentów używkami, takimi jak palenie papierosów czy nadmierne spożycie alkoholu.

Ze względu na przewlekły charakter łuszczycy oraz występowanie zmian na skórze widocznej dla otoczenia, co niekiedy utrudnia wykonywanie pracy zawodowej oraz funkcjonowanie w społeczeństwie, u części pacjentów obserwuje się zaburzenia psychiczne.

Najczęściej stwierdza się objawy depresji oraz zaburzenia lękowe. U takich pacjentów wskazane jest przeprowadzenie konsultacji psychiatrycznej oraz objęcie ich opieką psychologiczną.

ZAPAMIĘTAJ!

Jeśli masz łuszczycę, to masz większe ryzyko rozwoju innych chorób układowych! Pamiętaj o tym, zapytaj swojego lekarza!

Wczesne leczenie łuszczycy z ograniczeniem stanu zapalnego (leczenie ogólne) do pewnego stopnia jest w stanie zapobiec rozwojowi tych powikłań. Porozmawiaj o tym ze swoim lekarzem!

Łuszczyca nie jest tylko chorobą skóry!

Postaci kliniczne łuszczycy

Dr hab. med. Aleksandra Lesiak

Wyróżniamy dwie podstawowe odmiany kliniczne łuszczycy: łuszczycę zwyczajną i łuszczycę krostkową. Oddzielną postać stanowi łuszczycowe zapalenie stawów. Typową zmianą skórą jest czerwona, płaskowyniosła grudka z łuską na powierzchni. Po zdrapaniu szpatułką srebrzystych łusek pojawia się powierzchnia, jakby polana stearyną, a następnie punkcikowate krwawienie. Wraz z postępem choroby dochodzi do powiększania się zmian skórnych. Łuski (tarczki) łuszczycowe są wyraźnie odgraniczone od otoczenia, często pokryte grubą warstwą łuski. Charakterystyczna dla łuszczycy zwyczajnej jest obecność zmian w okolicy kolan, łokci, a także w okolicy krzyżowej i na skórze owłosionej głowy. Często występują również zmiany w obrębie płytek paznokciowych.

Rodzaje łuszczycy zwyczajnej:

- plackowata
- drobnogrudkowa, tzw. kropelkowata
- łuszczyca dłoni i stóp
- łuszczyca paznokci
- łuszczyca owłosionej skóry głowy
- łuszczyca odwrócona
- erytrodermia łuszczycowa

Postać plackowata

Należy do najpowszechniej spotykanych i pojawia się zwykle w drugiej lub trzeciej dekadzie życia. Tarczki łuszczycowe lokalizują się przeważnie na łokciach i kolanach oraz w okolicy krzyżowej (Ryc. 2a, 2b, 2c).



Postać drobnogrudkowa

Postać drobnogrudkowa łuszczycy najczęściej występuje u osób młodych. W przebiegu tego rodzaju łuszczycy na skórze chorego, szczególnie na tułowie nagle pojawiają się małe punkciki podobne do kropli. Wystąpienie zmian skórnych może być poprzedzone (3-4 tygodnie) infekcją gardła, najczęściej na tle paciorkowcowym (Ryc. 3a i 3b).



Ryc. 3a



Ryc. 3b

Łuszczyca dłoni i stóp

W tej postaci występują zmiany o charakterze rumieniowo-nacieczonych blaszek zlokalizowanych na dłoniach i stopach. Bardzo często towarzyszy im nadmierne rogowacenie i bolesne pęknięcia naskórka oraz silny świąd. Ten rodzaj łuszczycy należy różnicować z wypryskiem oraz grzybicą (Ryc. 4a i 4b).



Ryc. 4a



Ryc. 4b

Łuszczyca paznokci

U około połowy pacjentów występują zmiany na paznokciach, częściej obserwuje się je w przebiegu łuszcycowego zapalenia stawów niż łuszczycy zwyczajnej. Najczęściej widoczne są punkcikowate wgłębienia, tzw. objaw naparstka, natomiast najbardziej charakterystyczne jest występowanie tzw. plamy olejowej. Zjawisko to jest wynikiem przeświecającej przez paznokieć grudki łuszcycowej. U wielu pacjentów paznokcie stają się kruche i zniszczone, niekiedy może dochodzić do ich spękania, co może prowadzić do całkowitej utraty płytek paznokciowych (onycholiza). W przypadku występowania zmian paznokciowych konieczne jest wykonanie badania w kierunku zakażenia grzybiczego (badanie mikologiczne) (Ryc. 5).



Ryc. 5

Łuszczyca skóry owłosionej głowy

Skóra owłosionej głowy jest częstą lokalizacją zmian chorobowych w przebiegu łuszczycy. Zmiany w tej okolicy niekiedy na kilka lat mogą wyprzedzać pojawienie się choroby w innych miejscach. Wykwity

chorobowe często przekraczają linię włosów i są obserwowane na powierzchni czoła i na skroniach. W przebiegu łuszczycy nie obserwuje się utraty włosów, które z reguły są mocne i dobrze odżywione. Do przetrzeżenia owłosienia może dojść jedynie w przypadku długotrwałego utrzymywania się grubych łusek (Ryc. 6a i 6b).



Ryc. 6a



Ryc. 6b

Łuszczyca odwrócona

W tej odmianie klinicznej łuszczycy zmiany chorobowe są zlokalizowane przeciwnie do postaci plackowatej, czyli pojawiają się w fałdach pachwinowych i pachowych, w okolicy pępka, pod sutkami oraz w okolicy narządów płciowych. Ten rodzaj łuszczycy często obserwuje się u pacjentów otyłych. Charakterystyczne jest nasilone zaczerwienienie zmian chorobowych, brak złuszczenia na powierzchni, niekiedy występo-

wanie sączenia a także pęknięć naskórka oraz objawów subiektywnych pod postacią świądu i pieczenia (Ryc. 7).



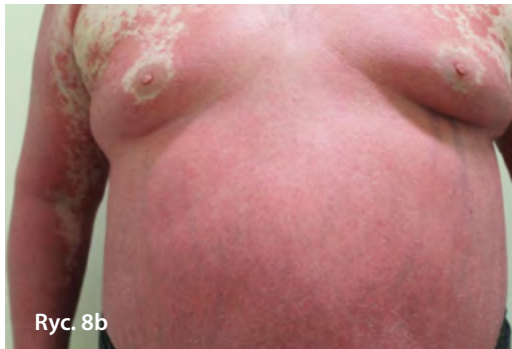
Ryc. 7

Erytrodermia łuszcycowa

Jest najcięższą postacią łuszczycy zwyczajnej. Zwykle jest następstwem wcześniej istniejącej już łuszczycy, ale niekiedy (bardzo rzadko) może być pierwszą manifestacją choroby. Do najczęstszych przyczyn rozwoju erytrodermii łuszcycowej zalicza się nieprawidłowo przeprowadzone terapie, reakcje toksyczno-alergiczne oraz silne urazy psychiczne. Na skórze całego ciała obserwuje rozległe zmiany rumieniowo-naciekowe oraz złuszczenie z towarzyszącą gorączką i złym samopoczuciem. U części chorych występuje powiększenie obwodowych węzłów chłonnych. U chorych z erytrodermią w niektórych przypadkach konieczne jest wykonanie badania histopatologicznego (Ryc. 8a i 8b).



Ryc. 8a



Ryc. 8b

Łuszczyca krostkowa

Łuszczyca krostkowa jest oddzielną odmianą łuszczycy, w której zmiany o charakterze krost mogą pojawiać się na skórze zdrowej lub wcześniej już zaczerwienionej. Wyróżniamy postać dotyczącą dłoni i stóp oraz postać uogólnioną.

Łuszczyca krostkowa dłoni i stóp charakteryzuje się zmianami rumieniowo-łuszczającymi na powierzchniach dłoniowych rąk i/lub podeszwach stóp z mniej lub bardziej licznymi krostami. Postać ta może łączyć się z łuszczycą zwykłą lub uogólnioną, ale najczęściej występują samodzielnie. Pacjenci często zgłaszają dolegliwości bólowe dłoni i stóp (Ryc. 9a, 9b, 9c).



Ryc. 9a



Ryc. 9b



Ryc. 9c

Postać uogólniona łuszczycy krostkowej jest jedną z najcięższych postaci łuszczycy. W okresie wysiewów zmianom krostkowym na ciele towarzyszy wysoka temperatura, dreszcze, leukocytoza (duża liczba białych krwinek krwi). Liczne ogniska rumieniowe i tarczki pokryte krostkami mogą zajmować rozległe powierzchnie skóry. Ponadto krosty mogą występować na śluzówkach jamy ustnej, narządów płciowych, a nawet w górnych drogach oddechowych.



Ryc. 9d

ZAPAMIĘTAJ!

Jest wiele postaci łuszczycy. Niekiedy objawy chorobowe mogą przypominać zmiany wypryskowe (egzema) lub grzybicę.

Zazwyczaj łuszczycę rozpoznajemy na podstawie obrazu klinicznego, ale czasami należy wykonać badanie histopatologiczne (wycinek skóry z następnym badaniem przez patomorfologa) i badanie na obecność grzybów (diagnostyka mikologiczna).

Łuszczyca ma podłoże genetyczne, ale czasami po raz pierwszy może wystąpić u Ciebie! Podłoże genetyczne jest skomplikowane i choroba ta nie musi występować w rodzinie.

Jak ocenić nasilenie łuszczycy plackowatej?

Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt

Ocena ciężkości (nasilenia) procesu chorobowego jest niezwykle ważna. Kwalifikacja łuszczycy od łagodnej do ciężkiej umożliwia włączenie odpowiedniej terapii. Ocenę procesu chorobowego przeprowadza lekarz, ale pacjent również powinien wiedzieć, kiedy jego choroba wymaga tylko leczenia miejscowego, a kiedy leczenia systemowego.

W celu oceny nasilenia i aktywności procesu chorobowego łuszczycy plackowatej określa się wskaźnik PASI (Psoriasis Area and Severity Index) i wskaźnik BSA (Body Surface Area) oraz jakość życia chorych kwestionariuszem DLQI (Dermatology Life Quality Index) i SF-36 (Short Form Healthy Service).

Wskaźnik PASI

Po raz pierwszy został wprowadzony w 1978 roku i od tego czasu jest powszechnie stosowany w celu określenia nasilenia procesu chorobowego oraz ustalenia strategii leczenia.

Założenia pomocne przy obliczaniu PASI:

- Głowa (G) - stanowi 10% powierzchni ciała
- Tułów (T) - stanowi 20% powierzchni ciała
- Kończyny górne (KG) - 30% powierzchni ciała
- Kończyny dolne (KD) - 40% powierzchni ciała

Kolejne kroki do obliczania wskaźnika PASI (Kwestionariusz 1):

1. Ocena zaczerwienienia (rumienia), grubości i łuszczenia się zmian - w skali od 0 (brak zmian) do 4 punktów (zmiany najbardziej nasilone)
2. Powyższe punkty liczymy osobno dla każdej z 4 części ciała (głowa, kończyny górne, tułów, kończyny dolne)
3. Sumujemy wartości uzyskane dla poszczególnych części ciała

4. Określamy powierzchnię zajęłą dla każdej z ocenianych części ciała i przekładamy ją na skalę od 0 do 6 (brak zmian = 0, zajęcie w 90-100% = 6 punktów)
5. Mnożymy sumę nasilenia zmian przez zajęłą powierzchnię oraz przez współczynnik wyznaczony dla poszczególnych części ciała (tj. odpowiednio: 0,1; 0,2; 0,3; 0,4).
6. Dodajemy uzyskane wyniki, uzyskując PASI - złożony wskaźnik nasilenia objawów skórnych w łuszczycy, mieszczący się w skali od 0-72 punktów. Wyższy wynik oznacza gorszy stan pacjenta.

Zaletą wskaźnika PASI jest fakt jego powszechnego stosowania i wystandaryzowania zapewniającego obiektywną ocenę cech toczącego się procesu łuszczycowego.

Poprawę względem wyjściowych wartości PASI oceniamy porównując wyjściową wartość wskaźnika PASI z wartością wskaźnika PASI w trakcie lub po leczeniu i przedstawiamy w formie poprawy procentowej względem stanu wyjściowego. I tak np. PASI 50 oznacza zmniejszenie zmian o 50%, PASI 75 zmniejszenie zmian o 75%. PASI 90 zmniejszenie zmian o 90%.

Wskaźnik zajęcia powierzchni ciała, BSA

Wskaźnik BSA jest swoisty dla łuszczycy, wskazując odsetek powierzchni ciała zajętej zmianami. W obliczaniu BSA przydatna jest tzw. **"reguła dziewiątek"** zakładająca, że ok. 9% powierzchni ciała ma każda z 11 następujących jego części: głowa z szyją, prawa kończyna górna, lewa kończyna górna, klatka piersiowa, brzuch, górna część pleców, dolna część pleców, prawe udo, lewe udo, prawe podudzie, lewe

- | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|
| 4. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani ubiór? | Bardzo mocno – 3 | ☐ |
| | Bardzo – 2 | ☐ |
| | Trochę – 1 | ☐ |
| | Wcale – 0 | ☐ |
| | Nie dotyczy | ☐ |
| 5. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani życie towarzyskie lub spędzanie czasu wolnego? | Bardzo mocno – 3 | ☐ |
| | Bardzo – 2 | ☐ |
| | Trochę – 1 | ☐ |
| | Wcale – 0 | ☐ |
| | Nie dotyczy | ☐ |
| 6. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w uprawianiu sportu? | Bardzo mocno – 3 | ☐ |
| | Bardzo – 2 | ☐ |
| | Trochę – 1 | ☐ |
| | Wcale – 0 | ☐ |
| | Nie dotyczy | ☐ |
| 7. Czy w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne uniemożliwiały Panu/Pani pracę lub naukę?
Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani „Nie”, to w jakim stopniu w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne utrudniały Panu/Pani pracę zawodową lub naukę? | Tak / Nie / Nie dotyczy | |
| | Bardzo – 2 | ☐ |
| | Trochę – 1 | ☐ |
| | Wcale – 0 | ☐ |
| | | |
| 8. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką, przyjaciółmi lub rodziną? | Bardzo mocno – 3 | ☐ |
| | Bardzo – 2 | ☐ |
| | Trochę – 1 | ☐ |
| | Wcale – 0 | ☐ |
| | Nie dotyczy | ☐ |
| 9. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Pana/Pani skóry utrudniał współżycie seksualne lub spędzanie czasu wolnego? | Bardzo mocno – 3 | ☐ |
| | Bardzo – 2 | ☐ |
| | Trochę – 1 | ☐ |
| | Wcale – 0 | ☐ |
| | Nie dotyczy | ☐ |
| 10. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia leczenie dolegliwości skórnych stanowiło dla Pana/Pani problem, taki jak np. utrudnienie w utrzymaniu porządku czy nadmierne zaabsorbowanie czasu? | Bardzo mocno – 3 | ☐ |
| | Bardzo – 2 | ☐ |
| | Trochę – 1 | ☐ |
| | Wcale – 0 | ☐ |
| | Nie dotyczy | ☐ |

Wskaźnik jakości życia, zależny od dolegliwości skórnych - DLQI (Dermatology Life Quality Index)

Wskaźnik DLQI obejmuje ocenę odpowiedzi na 10 pytań dotyczących różnych sfer życia pacjenta (kwestionariusz 3).

Znaczenie punktacji uzyskanej w ocenie DLQI:

- 0-1 pkt. - choroba nie ma wpływu na życie pacjenta
- 2-5 pkt. - niewielki wpływ na życie pacjenta
- 6-10 pkt. - umiarkowany wpływ na życie pacjenta
- 11-20 pkt. - bardzo duży wpływ na życie pacjenta
- 21-30 pkt. - ekstremalnie duży wpływ na życie pacjenta

Na podstawie wyników PASI, BSA i DLQI rozróżnia się dwa typy łuszczycy: łagodną oraz umiarkowaną do ciężkiej. W postaci łagodnej wartości wskaźnika PASI, BSA oraz DLQI wynoszą poniżej 10 punktów, natomiast w postaci umiarkowanej i ciężkiej ich wartości są powyżej 10 (tzw. reguła dziesiątek).

Obecnie przyjmuje się, że w przypadku łuszczycy łagodnej, terapią z wyboru jest stosowanie preparatów miejscowych, ewentualnie w połączeniu z fototerapią (naświetlanie skóry promieniowaniem ultrafioletowym). W łuszczycy o umiarkowanym i ciężkim nasileniu do leczenia miejscowego należy dołączyć foto(chemo)terapię (PUVA) bądź leczenie ogólne. W niektórych przypadkach można stosować leczenie ogólne pomimo niższych wskaźników PASI i BSA. Sytuacja taka dotyczy chorych ze znacznie upośledzoną jakością życia, bądź obecności zmian chorobowych wyjątkowo opornych na leczenie miejscowe. Leczenie ogólne należy również rozpatrzyć wówczas, gdy zmiany łuszczycowe lokalizują się w miejscach widocznych (np. grzbiety rąk, paznokcie) i istotnie upośledzają funkcjonowanie chorego w społeczeństwie bądź uniemożliwiają mu wykonywanie pracy zawodowej. Niektóre ze stosowanych metod leczenia wymagają uważnego monitorowania morfologii i parametrów biochemicznych we krwi, stąd należy je stosować wyłącznie u chorych wyrażających chęć współpracy z lekarzem.

Po rozpoczęciu leczenia należy oceniać jego skuteczność. Za efekt najbardziej satysfakcjonujący uznaje się całkowite ustąpienie zmian chorobowych. Niekiedy jednak u chorych z umiarkowaną i ciężką łuszczycą nie udaje się doprowadzić do całkowitego cofnięcia się zmian chorobowych. Stąd też na podstawie doświadczeń klinicznych uznaje się, że satysfakcjonująca poprawa stanu klinicznego nastąpiła

wówczas, gdy osiągnięto poprawę stanu klinicznego rzędu PASI 75, czyli uzyskano redukcję wskaźnika PASI o 75% w stosunku do stanu wyjściowego (przed leczeniem). Przyjmuje się, że poprawa PASI 75 powinna nastąpić mniej więcej w 10-16 tygodniu leczenia, niezależnie od stosowanej metody ogólnej, aczkolwiek po zastosowaniu niektórych leków (np. metotreksat lub etanercept) okres ten może się wydłużyć do 24 tygodni. Przy ocenie odpowiedzi na leczenie nie można zapomnieć o ocenie jakości życia chorego. Satysfakcjonującą odpowiedź uzyskuje się, gdy wskaźnik DLQI wynosi 0 lub 1. Gdy zmiany chorobowe uległy poprawie rzędu PASI 50, a DLQI obniża się o mniej niż 5 punktów względem wartości wyjściowych uzyskujemy mierny efekt terapeutyczny, co może być przesłanką do zmiany metody leczenia.

W przypadku braku osiągnięcia poprawy przynajmniej PASI 50 i DLQI < 5 leczenie należy uznać za nieskuteczne, przerwać je i zastąpić innym schematem terapeutycznym. Ocenę PASI i DLQI należy przeprowadzać u chorego okresowo, mniej więcej co 8 tygodni.

U chorych na łuszczycę o umiarkowanym lub ciężkim przebiegu należy początkowo rozważać konwencjonalne metody systemowe, tj. foto(chemo)terapię, metotreksat, cyklosporynę, retinoidy. Przy braku skuteczności przynajmniej dwóch z tych metod należy rozważyć rozpoczęcie terapii biologicznej z zastosowaniem inhibitorów TNF-alfa lub przeciwciała anti-IL12/IL-23



ZAPAMIĘTAJ!

To lekarz dermatolog ma ocenić Twój stan zaawansowania procesu chorobowego. Ma on do dyspozycji skalę PASI, DLQI i BSA.

Zapytaj lekarza, jak ocenia Twój stan chorobowy w oparciu o te skale. Masz prawo o to poprosić!

Wszystkie skale dostępne są w tym Poradniku. Ich stosowanie jest bardzo ważne przy wyborze metody leczenia i ocenie skuteczności prowadzonej terapii.

Ocena obiektywna dostępnymi metodami (PASI, BSA, DLQI) i ich zapisanie w historii choroby udostępni Ci nowoczesne metody leczenia, w tym terapie biologiczne!

Łuszczycowe zapalenie stawów

Dr n. med. Bożena Dąbkowska

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) jest przewlekłą chorobą zapalną stawów u chorych z łuszczycą. Zalicza się do spondyloartropatii seronegatywnych czyli grupy zapalnych chorób stawów, w której nie stwierdza się czynnika reumatoidalnego.

Częstość występowania ŁZS wynosi 0,2-0,4%, choroba ta występuje u 6-42% chorych z łuszczycą.

ŁZS najczęściej dotyczy rasy białej. Częstość występowania ŁZS u kobiet i mężczyzn jest taka sama, jednak w postaci osiowej (z zajęciem stawów kręgosłupa) stosunek zachorowań mężczyzn do kobiet ocenia się na 3:1.

Choroba najczęściej rozpoczyna się między 20 a 50 rokiem życia, chociaż występują również postaci młodzieńcze, przeważnie między 9 a 12 rokiem życia.

Nie stwierdzono istotnej korelacji między rozległością zmian skórnych a występowaniem zapalenia stawów. Niektórzy autorzy uważają, że w przypadkach ciężkiej postaci łuszczycy skóry proces zapalny stawów przebiega bardziej agresywnie i szybciej prowadzi do zmian destrukcyjnych.

Patogeneza łuszczycowego zapalenia stawów jest nieznana. Pod uwagę bierze się wpływ czynników genetycznych w powiązaniu z czynnikami immunologicznymi i środowiskowymi.

W rozwoju ŁZS istotną rolę odgrywają:

- antygeny zgodności tkankowej HLA (określone geny związane z odpowiedzią immunologiczną),
- mikroorganizmy, proces zapalny lub urazy, które inicjują nieprawidłową odpowiedź limfocytów T,
- te same mechanizmy, które odpowiadają za rozwój zmian skórnych w przebiegu łuszczycy,
- niektóre cytokiny, które powodują proliferację synowocytów (komórek obecnych w stawach).

Łuszczycowe zapalenie stawów często występuje rodzinie.

Postaci kliniczne

Wyróżnia się pięć postaci łuszczycowego zapalenia stawów:

- 1. Postać asymetryczna nielicznostawowa,** w której zwykle zajętych jest mniej niż 5 stawów równocześnie, najczęściej są to stawy palców rąk i stóp z towarzyszącym zapaleniem palców, obraz ten jest zwany „palcami kielbaskowatymi”, dotyczy ona około 70 % pacjentów.
- 2. Postać symetryczna wielostawowa,** podobna do reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), procesem chorobowym objęte są tu stawy rąk, nadgarstków, skokowe i stawy stóp. W przeciwieństwie do RZS w łuszczycowym zapaleniu stawów często zajęte są stawy międzypaliczkowe dalsze, a deformacje stawowe stwierdza się zwykle rzadziej niż w przebiegu RZS. Może ona dotyczyć 15% pacjentów.
- 3. Postać z zajęciem jedynie stawów międzypaliczkowych dalszych,** występuje u 5% pacjentów, częściej u mężczyzn.
- 4. Postać osiowa z zajęciem stawów kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych,** występuje u 5% pacjentów, częściej u mężczyzn.
- 5. Postać okaleczająca z zajęciem stawów międzypaliczkowych bliższych i dalszych,** w której dochodzi do destrukcji stawów i tworzenia się palców teleskopowych. Może ona dotyczyć 5% pacjentów.

Obraz kliniczny

Pacjenci najczęściej zgłaszają:

- ból i obrzęk stawów, najczęściej asymetryczny z zajęciem stawów międzypaliczkowych dalszych,
- sztywność poranną stawów,
- ból i obrzęk w miejscu przyczepów ścięgniastych (ścięgien) do kości,
- obrzęk i zaczerwienienie całych palców,

- łuszczycowe zmiany na skórze i paznokciach,
- ból zapalny dolnego odcinka pleców (występuje głównie w nocy, nie zmniejsza się w czasie odpoczynku, zmniejsza się po wstaniu z łóżka i po ćwiczeniach fizycznych).

Najczęściej występujące objawy kliniczne łuszczycowego zapalenia stawów to:

- zapalenie stawów obwodowych,
- zapalenie stawów międzypaliczkowych dalszych,
- niesymetryczne zapalenie stawów kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych,
- zapalenie palców - palce kielbaskowate,
- zapalenie przyczepów ścięgien do kości, zwłaszcza przyczepów ścięgna Achillesa,
- okaleczające zapalenie stawów - palce teleskopowe.

Objawy pozastawowe

Do najczęściej występujących objawów pozastawowych należą:

- uczucie ogólnego znużenia, zaburzenia nastroju, objawy depresyjne,
- łuszczycowe zmiany na skórze i paznokciach,
- zapalenie spojówek (u 20% chorych) i błony naczyniowej oka (u 7 % chorych),
- rzadko zapalenie twardówki lub suche zapalenie rogówki i spojówek,
- zmiany w układzie krążenia - zapalenie aorty wstępującej, niedomykalność zastawki mitralnej, zaburzenia przewodzenia serca pod postacią bloków przedsionkowo-komorowych i bloków odnóg pęczka Hisa (zaburzenia rytmu wymagające diagnostyki EKG i konsultacji kardiologa).

U około 15-20% chorych zapalenie stawów wyprzedza zmiany łuszczycowe, u pozostałych chorych zmiany stawowe rozwijają się po wystąpieniu łuszczycy lub równocześnie ze zmianami skórnymi. Początek choroby może być ostry, ze złym samopoczuciem i gorączką, bólami i obrzękami stawów. Czasami początek choroby jest mylony z napadem dny moczanowej. W późniejszym okresie objawom stawowym mogą towarzyszyć zmiany narządowe. Choroba przebiega z okresami zaostrzeń i remisji. Zwykle ciężkość zapalenia stawów nie koreluje z rozległością zmian skórnych. Ciężkie deformacje stawów

rąk i stóp skojarzone są jednak zwykle ze zmianami w obrębie paznokci.

Badania obrazowe

W rozpoznaniu ŁZS bardzo ważną rolę odgrywają badania obrazowe. Do zmian radiologicznych, które pomagają w różnicowaniu łuszczycowego zapalenia stawów od innych zapaleń stawów należą:

- asymetryczność zmian,
- nieobecność osteopenii okołostawowej w zajętych chorobowo stawach,
- zajęcie dystalnych stawów międzypaliczkowych (tzn. dalszych stawów),
- akroosteoliza dystalnych paliczek,
- skrócenie paliczek,
- deformacja typu „ołówek w kubku”,
- ankyloza stawów dystalnych od stawów śródstopno-paliczkowych,
- asymetryczne zmiany zapalne stawów krzyżowo-biodrowych i stawów kręgosłupa.

Badania laboratoryjne

Nie ma charakterystycznych odchyleń w badaniach laboratoryjnych pozwalających na rozpoznanie ŁZS.

Zmiany w badaniach laboratoryjnych u chorych na ŁZS obejmują:

- nieobecny czynnik reumatoidalny u większości chorych (u 8-13% może być dodatni),
- przyspieszone OB,
- podwyższone stężenie CRP,
- częstość występowania przeciwciał przeciwjądrowych, jak w populacji ludzi zdrowych,
- podwyższone stężenie kwasu moczowego u chorych z uogólnionymi zmianami skórnymi,
- obecność antygenów zgodności tkankowej HLA B27, HLA-Cw6, HLA-DR4 i HLA-DR7,
- podwyższone stężenie IgA.

Kryteria diagnostyczne

Łuszczycowe zapalenie stawów, tak jak inne zapalenia stawów, może być trudne do rozpoznania we wczesnym okresie choroby. Ustalenie rozpoznania na początku choroby jest bardzo istotne dla jej dalszego przebiegu, który można powstrzymać, a nawet zahamować za pomocą kompleksowych metod leczenia.

Opublikowano dotąd kilka różnych kryteriów klasyfikacyjnych ŁZS.

Najczęściej stosowane kryteria to:

- kryteria Bennetta,
- kryteria CASPAR.

Kryteria diagnostyczne Bennetta:

Obowiązkowe:

1. Klinicznie widoczna łuszczycyca skóry lub paznokci
2. Ból i obrzęk tkanek miękkich i/lub zmniejszenie ruchomości w co najmniej 1 stawie obserwowane przez lekarza w okresie dłuższym niż 6 tygodni

Wspomagające:

1. Ból i obrzęk tkanek miękkich i/lub spadek ruchomości w przynajmniej 1 stawie obserwowane przez lekarza
2. Obecność zapalenia stawów międzypaliczkowych dalszych
3. Obecność palców kielbaskowatych rąk i stóp
4. Niesymetryczne zajęcie stawów rąk lub stóp
5. Nieobecność guzków reumatoidalnych
6. Nieobecny czynnik reumatoidalny
7. Zapalny płyn stawowy, posiew jałowy, nieobecność kryształów
8. Biopsja maziówki wykazuje przerost maziówki z naciekiem komórek jednojądrzastych, ziarnistościami granulocytów
9. W postaci obwodowej występowanie nadżerek w małych stawach w badaniu radiologicznym
10. W postaci osiowej radiologiczne zmiany o typie zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych, synyndesmofty, skostnienie między kręgami.

Pewne rozpoznanie ŁZS ma miejsce przy spełnieniu 1 kryterium obowiązkowego i 6 dodatkowych.

Kryteria kwalifikacyjne Caspar

Łuszczycowe zapalenie stawów rozpoznaje się u osoby z zapaleniem stawów, jeśli stwierdzi się co najmniej trzy spośród wymienionych:

- łuszczycyca u chorego,
- łuszczycyca w rodzinie,
- palce kielbaskowate,
- brak czynnika reumatoidalnego,

- dystrofia paznokci,
- okołostawowe nowotworzenie tkanki kostnej.

Ocena ciężkości choroby

W większości przypadków łuszczycowe zapalenie stawów przebiega łagodniej niż reumatoidalne zapalenie stawów. Do ciężkich deformacji kostnych dochodzi głównie u chorych z postacią okaleczającą.

Do czynników zwiększających prawdopodobieństwo ciężkiego przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów zalicza się:

- postać choroby okaleczającą i symetryczną
- postać wielostawową,
- wczesny początek choroby,
- rodzinne występowanie zapalenia stawów,
- płeć żeńską,
- obecność antygenów HLA-B27.

Leczenie

Leczenie łuszczycowego zapalenia stawów jest leczeniem kompleksowym i obejmuje:

- edukację chorego i jego rodziny,
- fizykoterapię i kinezyterapię,
- farmakoterapię,
- leczenie ortopedyczne.

W leczeniu należy uwzględnić obecność zmian skórnych i stawowych. Leczenie zmian skórnych nie zawsze ma istotny wpływ na objawy stawowe. W przypadku dominujących objawów skórnych z niewielkimi zmianami stawowymi należy przede wszystkim stosować leczenie dermatologiczne, a w leczeniu stawów jedynie niesteroidowe leki przeciwzapalne. Chorzy z aktywnym zapaleniem stawów wymagają stosowania leków modyfikujących przebieg choroby. U chorych z jednoczesnym aktywnym procesem zapalnym skóry i stawów należy stosować leki modyfikujące przebieg choroby (Metotreksat, Sulfasalazyna, Cyklosporyna, Leflunomid) lub leczenie biologiczne (przeciwciała monoklonalne), które będzie miało korzystny wpływ przeciwzapalny na obydwa ogniska choroby.

Łuszczycowe zapalenie stawów wymaga stosowania zarówno doraźnej, jak i długofalowej strategii leczenia. Przez strategię doraźną rozumie się uwolnienie chorego od bólu i poprawę jakości życia. Natomiast strategia długofalowa polega na hamowaniu procesu

zapalnego i zapobieganiu destrukcji stawów i niepełnosprawności. W leczeniu ŁZS kierujemy się aktywnością choroby i indywidualną reakcją na leki.

Rehabilitację układu ruchu należy stosować indywidualnie w zależności od stadium zaawansowania choroby oraz preferencji podanych przez chorego. Bardzo ważne jest wykorzystanie okresów remisji uzyskanych leczeniem farmakologicznym, w celu poprawy ruchomości stawów obwodowych, kręgosłupa i klatki piersiowej.

ZAPAMIĘTAJ!

Być może część przedstawionych w tym rozdziale informacji jest dla Ciebie trudna do zrozumienia. Pamiętaj, że jeśli masz jakiegokolwiek zmiany łuszczycowe na skórze, to zawsze bóle stawowe muszą wzbudzić Twoje zaniepokojenie i nakłonić Cię do pójścia do reumatologa! Leczenie łuszczycy nawet z niewielkim nasileniem zmian skórnych, ale przy istniejących zmianach stawowych wymaga innego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Nie zwlekaj! Szukaj w swojej okolicy reumatologa współpracującego z dermatologami, który pozwoli Ci postawić właściwą diagnozę!

Jakość życia pacjentów chorujących na łuszczycę

Dr hab. n. med. Adam Reich, prof. nadzw.

Łuszczycyca jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób skóry. Zmiany łuszczycowe, poza typową lokalizacją w okolicy łokci, kolan czy okolicy łędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa, często występują również w okolicach odsłoniętych, m.in. w obrębie owłosionej skóry głowy, na dłoniach czy twarzy. Zmiany w tych lokalizacjach trudno zasłonić czy zamaskować, dlatego nierzadko wywołują wśród chorych uczucie napiętnowania oraz istotnie obniżają jakość ich życia.

Pojęcie jakości życia jest łączone z samopoczuciem człowieka, jego szczęściem, zadowoleniem oraz szeroko pojętym dobrostanem, zarówno w aspekcie psychicznym, fizycznym, jak i społecznym. Z punktu widzenia medycyny najważniejsza jest jakość życia warunkowana stanem zdrowia, gdyż to ona bezpośrednio ulega pogorszeniu w chwili, kiedy zaczynamy chorować. Jakość życia warunkowana stanem zdrowia jest definiowana jako całościowy efekt choroby oraz jej leczenia odbierany przez pacjenta cierpiącego na daną chorobę. Na jakość życia wpływa wiele czynników, z których najważniejszymi pozostają:

- **dolegliwości odczuwane przez pacjenta** (np. świąd, ból, trudności w wykonywaniu prac domowych związane z umiejscowieniem zmian skórnych np. w okolicy dłoni, czy też trudności przy poruszaniu się, jak to się zdarza w łuszczycy stawowej),
- **problemy społeczne** (problemy w kontaktach z przyjaciółmi, trudności w tworzeniu związków partnerskich, niemożność lub trudności w korzystaniu z miejsc publicznych, np. basenów, sal gimnastycznych, plaż czy też konieczność specjalnego doboru odzieży),
- **czynniki psychologiczne** (uczucie zażenowania, bezsilności, złości, frustracji, odrzucenia czy stygmatyzacji społecznej powodowanej przez chorobę).

ZAPAMIĘTAJ!

Jakość życia to pojęcie określające poziom życia i satysfakcję życiową, związane jest z szeroko pojętym dobrostanem psychicznym, fizycznym i społecznym człowieka.

Łuszczycyca może wywierać znaczący wpływ na wszystkie domeny życia chorych, w tym na życie intymne (np. poczucie bycia nieatrakcyjnym dla partnera), życie zawodowe (częste nieobecności w pracy, niemożność wykonywania określonych zawodów), czy też warunki ekonomiczne (koszty terapii). Porównanie wpływu łuszczycy na jakość życia cierpiących na nią osób z wpływem innych schorzeń przewlekłych w sposób dobitny i jednoznaczny wykazało, że osoby z łuszczycą wykazują podobne ograniczenie sprawności fizycznej i funkcjonowania psychicznego, jak chorzy z zapalnymi chorobami stawów, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobami serca, depresją, czy nawet nowotworami złośliwymi. Tym samym należy wyraźnie stwierdzić, że łuszczycyca w żadnym wypadku nie może być traktowana jako błahe schorzenie natury kosmetycznej, natomiast musi być uznana przez wszystkich (w tym przez lekarzy oraz osoby decydujące o rozdziale środków na opiekę medyczną), jako ciężkie, przewlekłe i nieuleczalne schorzenie.

Chociaż obserwuje się liniową zależność pomiędzy nasileniem łuszczycy a poziomem jakości życia (czyli bardziej nasiloną łuszczycę wiąże się z większym obniżeniem jakości życia), to nierzadko zdarza się, że nawet niewielkie zmiany łuszczycowe powodują znaczne pogorszenie jakości życia. Wiąże się to przede wszystkim z charakterem zmian chorobowych, ich lokalizacją, nasileniem towarzyszących objawów subiektywnych (m.in. świądu i bólu), osobistą

wrażliwością i stosunkiem pacjenta do swojej choroby, a także stopniem wsparcia chorego ze strony najbliższych mu osób. Jakość życia jest w dużym stopniu uzależniona od osobowości pacjenta - osoby depresyjne i bardziej wrażliwe częściej prezentują większe obniżenie jakości życia, niż osoby pewne siebie, które łatwiej potrafią sobie poradzić z napotykanymi problemami. Chorzy z łuszczycą największe trudności psychologiczne prezentują w chwilach wymagających odsłonięcia zajętych procesem chorobowym okolic ciała. Osoby chore nie chcą publicznie demonstrować swojej choroby i dlatego unikają pływania, korzystania ze wspólnych łaźni i pryszniców, opalania się, a nawet obawiają się wizyty u fryzjera. Obawy pacjentów wiążą się przede wszystkim z reakcją otoczenia na ich chorobę, zwłaszcza, że w znacznej części społeczeństwa nadal pokutuje błędne wyobrażenie, że łuszczycą można się zarazić, mimo bezspornego faktu, że łuszczycyca nie jest chorobą zakaźną. Problem ten podkreśla potrzebę ustawicznego prowadzenia akcji informacyjnych w szeroko pojętych mediach, mających na celu uświadomienie społeczeństwu, że łuszczycyca jest chorobą niezakaźną.

ZAPAMIĘTAJ!

Łuszczycyca nie jest chorobą zakaźną i nie można zarazić się nią od drugiego człowieka.

Choć dla części pacjentów najważniejszym i jednocześnie najtrudniejszym do zaakceptowania aspektem łuszczycy jest wygląd ich skóry, to duża grupa chorych na łuszczycę podkreśla, że najbardziej upośledzającymi funkcjonowanie w życiu codziennym są towarzyszące łuszczycy objawy podmiotowe: świąd, pieczenie oraz związane z chorobą łuszczenie się skóry. Z powodu nadmiernego łuszczenia się skóry chorzy na łuszczycę nie tylko rezygnują z kupowania koszulek z krótkim rękawem czy innego typu ubioru, które nie zakrywa całego ciała, ale nie noszą również ciemnych ubrań z obawy przed łatwo zauważalnymi na ich powierzchni łuskami. Z kolei świąd skóry może powodować problemy z zasypianiem oraz przyczyniać się do częstych przebudzeń w czasie snu i tym samym obniżać całościową jakość snu. Z powodu świądu pacjenci bywają także rozdrażnieni, lub, odwrotnie, popadają w depresję, mają problemy z koncentracją czy wręcz modyfikują codzienną dietę, unikają

np. ostrych przypraw. Dla wielu osób świąd skóry towarzyszący łuszczycy jest też głównym objawem łuszczycy przeszkadzającym im w wykonywaniu pracy zawodowej.

Zaobserwowano także, że łuszczycyca ma negatywny wpływ na życie seksualne dotkniętych nią osób. Często obserwuje się ograniczenie aktywności seksualnej, co wiąże się w dużej mierze z zażenowaniem spowodowanym wyglądem skóry. Nie bez znaczenia są również towarzyszące chorobie świąd i łuszczenie się skóry. Dotyczy to zwłaszcza kobiet, u których nierzadko dyskomfort w okolicy anogenitalnej spowodowany łuszczycą uniemożliwia normalną aktywność seksualną. Problem dolegliwości okolic anogenitalnych pogłębiany jest także przez intymność tej okolicy i trudność w bezpośrednim opisywaniu odczuwanego w czasie stosunku płciowego dyskomfortu. Łuszczycyca jest dermatozą, z którą pacjent zgłasza się w pierwszej kolejności do lekarza dermatologa. Jednak w trakcie rutynowej wizyty dermatologa raczej skupiają się na widocznych zmianach skórnych i tylko sporadycznie dopytują się o dolegliwości odczuwane w trakcie stosunku płciowego. Z drugiej strony pacjenci rzadko wspominają o tych problemach, jeśli nie zostaną wprost o nie zapytani. Tym samym problem dolegliwości okolic płciowych w dużej mierze pozostaje pomijany i nierozwiązany. Jest to tym bardziej istotne, że ograniczenie aktywności seksualnej wśród chorych na łuszczycę może pogłębiać poziom stresu emocjonalnego związanego z chorobą lub wręcz przyczyniać się do pojawienia się objawów depresji. Przy nasileniu takich objawów może być konieczna konsultacja psychiatryczna i włączenie odpowiedniego leczenia.

ZAPAMIĘTAJ!

Jeśli odczuwasz dyskomfort w okolicach anogenitalnych, który wiążesz z łuszczycą, powiedz o tym swojemu lekarzowi. Jedynie bezpośrednie opisanie problemu umożliwi lekarzowi dobranie właściwego leczenia przeciwłuszczycowego.

Przy omawianiu wpływu łuszczycy na dobrostan psychofizyczny pacjentów należy także wspomnieć, że dla wielu osób łuszczycyca stanowi bardzo istotny

czynnik stresu emocjonalnego, zarówno dla samego pacjenta, jak i jego najbliższych. Poziom odczuwanego stresu zależy od wielu czynników, ale niebagatelne znaczenie ma zrozumienie choroby przez pacjenta, poczucie akceptacji oraz wsparcie najbliższych. Nierzadko stres pojawia się w sytuacjach, kiedy zaordynowana przez lekarza terapia okazuje się nieskuteczna. W takich sytuacjach chory ma obawę lub odczuwa lęk, że zmiany skórne nie ustąpią, gdyż dostępne leczenie nie jest wystarczająco skuteczne. Znaczenie stresu powodowanego chorobą jest o tyle istotne, że sam stres może przyczyniać się do ujawnienia lub zaostrzenia przebiegu choroby. Tym samym stres emocjonalny spowodowany łuszczycą, pogarsza jej przebieg, co w konsekwencji jest powodem jeszcze większego stresu odczuwanego przez pacjenta. Powstaje zatem samonapędzające się, błędne koło. U części pacjentów przerwanie tego błędnego koła jest możliwe tylko poprzez wsparcie psychologiczne udzielone przez wykwalifikowany personel medyczny.

ZAPAMIĘTAJ!

Im będziesz lepiej umiał sobie radzić ze stresem, tym Twoja łuszczycy będzie przebiegać łagodniej. Jeśli uważasz, że nie potrafisz sobie poradzić z emocjami i stresem, zgłoś to swojemu lekarzowi - w razie potrzeby pokieruje Cię do właściwego specjalisty.

Poza fizycznymi i psychicznymi następstwami choroby istotny pozostaje także aspekt ekonomiczny łuszczycy. Wielu pacjentów celem leczenia łuszczycy korzysta ze zwolnień z pracy. Co więcej, około jedna trzecia niepracujących osób z łuszczycą twierdziła, że straciła pracę właśnie z powodu łuszczycy. Pacjenci chorujący na łuszczycę określili, że na leczenie łuszczycy przeznaczają około 10-15% swoich dochodów, a około jedna piąta przyznała, że nie ma wystarczających środków finansowych, aby pokryć wydatki związane z leczeniem swojej choroby.

Podsumowując należy jeszcze raz podkreślić, że łuszczycy nie może być rozpatrywana tylko z perspektywy jej leczenia, ale musi być uznawana jako choroba, która stanowi poważne obciążenie nie tylko dla chorego, ale również dla jego rodziny i bliskich,

zarówno w sferze fizycznej, jak i psychospołecznej. Poczucie napiętnowania stanowi znaczący problem chorych na łuszczycę, w istotny sposób pogarszając ich jakość życia, a czasami powodując objawy depresji. Ustawicznie należy zatem pogłębiać wiedzę społeczeństwa na temat tej choroby, jednocześnie walcząc z wszelkimi przekłamaniami prowadzącymi do wykluczania z życia społecznego osób na nią chorujących.

Powikłania ze strony układu krążenia w łuszczycy

Dr hab. n. med. Grzegorz Gajos

Chociaż charakterystyczne zmiany łuszczycowe u chorych pojawiają się głównie na skórze i w stawach to wiadomo, że łuszczycy jest również ogólnoustrojową chorobą zapalną, a pacjenci są obarczeni większym ryzykiem zapadnięcia na nadciśnienie, cukrzycę czy dyslipidemie oraz wystąpienia chorób układu krążenia. **To właśnie te powikłania sercowo-naczyniowe u pacjentów z łuszczycą są główną przyczyną poważnych komplikacji zdrowotnych, w tym śmierci.**

Ostatnie badania naukowe wykazały, że chorzy z łuszczycą (zwłaszcza jej ciężką postacią) w porównaniu do osób o podobnym wieku i płci ale bez łuszczycy, mają zwiększone ryzyko:

- zachorowania na zawał serca o 70%,
- wystąpienia udaru mózgu o 56%,
- śmierci z powodu powikłań sercowo-naczyniowych o 39%.

Ponieważ powyższe badania prowadzono w Stanach Zjednoczonych to oszacowano, że w tym kraju łuszczycy jest odpowiedzialna za wystąpienie około 6500 zawałów serca, 3800 udarów mózgu i 1300 zgonów z powodu chorób układu krążenia, co daje łącznie ponad 11 600 niepożądanych zdarzeń sercowo-naczyniowych w przebiegu tej choroby rocznie. Należy sądzić, że sytuacja w Polsce może być jeszcze bardziej niepokojąca, gdyż w naszym kraju częstość występowania zarówno czynników ryzyka, jak i samych chorób układu krążenia jest wyższa.

Zwiększone zagrożenie chorobami układu krążenia u pacjentów z łuszczycą jest wywołane:

- wspólnymi przyczynami rozwoju łuszczycy (blaszki łuszczycowe) i miażdżycy (blaszki miażdżycowe),
- znacznie częstszym występowaniem u pacjentów z łuszczycą czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Ponieważ w większości znamy czynniki prowadzące do zwiększonego występowania chorób układu krążenia u pacjentów z łuszczycą oraz potrafimy je leczyć to oznacza, że możemy skutecznie zapobiegać wystąpieniu tych powikłań. Potrzebne jest jednak duże zaangażowanie i ścisła współpraca pacjenta z lekarzami go prowadzącymi (dermatologiem, kardiologiem i często diabetologiem).

Jakie choroby układu krążenia są szczególnie częste i niebezpieczne dla pacjentów z łuszczycą?

Chorobą stanowiącą największe zagrożenie u pacjentów z łuszczycą jest miażdżycy i jej konsekwencje (zwłaszcza choroba wieńcowa, zawał serca, udar mózgu i miażdżycy zarostowa tętnic kończyn dolnych). Miażdżycy jest chorobą polegającą na odkładaniu się „złego” cholesterolu (zwanego LDL, czyli lipoproteiny o niskiej gęstości) w ścianie naczyń. W konsekwencji ściana naczynia grubieje ponieważ powstaje w niej tzw. blaszka miażdżycowa (patrz Ryc. 10). Prowadzi to do zwężenia światła tętnicy wieńcowej. Mięsień serca, który wykonuje ogromną pracę (kurczy się ponad 100 tysięcy razy na dobę, tłocząc 7 do 9 tysięcy litrów krwi), potrzebuje własnego zaopatrzenia w krew dostarczającą tlen i składniki odżywcze. Jest ono zapewniane przez tętnice wieńcowe. Są to naczynia o średnicy zaledwie kilku milimetrów obejmujące cały mięsień serca. Dlatego też, każde zwężenie światła takiej tętnicy prowadzi na pewnym etapie do niedotlenienia serca, co leży u podłoża choroby wieńcowej serca.

Serce reaguje na zmniejszenie ilości dostarczanego tlenu bólem. Typowo ból ten pojawia się najpierw w czasie wysiłku, ponieważ serce pracuje wówczas szybciej, tłocząc większe ilości krwi. Ból ten ma zazwyczaj charakter ściskania lub pieczenia i jest najczęściej zlokalizowany za mostkiem. Może również promieniować w kierunku gardła i do lewej ręki. Charakterystyczne jest to, że ból ten ustaje po chwili

odpoczynku, gdy serce zaczyna wolniej pracować. Również podanie nitrogliceryny - leku rozszerzającego tętnice wieńcowe, powoduje ustąpienie bólu w ciągu kilku minut.

Co miażdżycy i łuszczycy mają ze sobą wspólnego?

Najbardziej niebezpiecznym zdarzeniem w samej blaszce miażdżycowej jest sytuacja, kiedy odkładające się złogi tłuszczowe powodują powstanie stanu zapalnego wewnątrz blaszki miażdżycowej. Rozwijający się proces zapalny osłabia na tyle blaszkę miażdżycową, że może to prowadzić do jej pęknięcia (niestabilna blaszka miażdżycowa). Z kolei pęknięcie w blaszce miażdżycowej powoduje nagłe krzepnięcie krwi otaczającej tę blaszkę prowadzące do powstania skrzepu, który może zamknąć tętnicę wieńcową i doprowadzić do zawału serca (patrz Ryc. 11). Wówczas część mięśnia sercowego nie jest zaopatrywana w krew, ulega nieodwracalnej martwicy i przestaje się kurczyć.

Procesy zapalne prowadzące do powstania blaszek łuszczycowych i do powstania i destabilizacji blaszek miażdżycowych są bardzo podobne. Obejmują aktywację białych ciałek krwi - limfocytów i wydzielanie wielu szkodliwych substancji prozapalnych (patrz Rycina). Dlatego też, łuszczycyca prowadząca do powstania ogólnoustrojowego procesu zapalnego może niekorzystnie oddziaływać na blaszki miażdżycowe prowadząc do ich destabilizacji, pęknięcia i występowania skrzepów zamykających tętnice wieńcowe. Należy się spodziewać, że skuteczne leczenie łuszczycy powinno obniżyć ryzyko chorób układu krążenia. Ważne jest również eliminowanie czynników ryzyka miażdżycy, aby uniknąć powstania blaszek miażdżycowych i wszystkich ich konsekwencji.

Jakie znamy czynniki ryzyka chorób układu krążenia (zwłaszcza miażdżycy) i które z nich są głównym problemem w łuszczycy?

Czynniki ryzyka chorób układu krążenia są dobrze poznane i dzielą się na modyfikowalne i niemodyfikowalne. Do zagrożeń na które nie mamy wpływu (niemodyfikowalne) należą: wiek (mężczyźni po 55 roku życia; kobiety po 65 roku życia), płeć męska oraz choroby układu krążenia w rodzinie (zawał serca, nagły zgon lub udar mózgu u ojca lub brata przed 55 rokiem życia, a u siostry lub matki przed 65 rokiem życia). Czynniki ryzyka, które możemy modyfikować aby ograniczyć zagrożenie chorobami układu krążenia wraz zaleceniami przedstawiono w Tabeli nr 1.

Należy zapamiętać, że wiele z tych czynników ryzyka to choroby o podstępny przebiegu co oznacza, że zwykle przebiegają bezobjawowo prowadząc do groźnych powikłań. NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, HIPERLIPIDEMIA I CUKRZYCA ZWYKLE NIE BOLA. Niebezpieczne i często tragiczne w skutkach są natomiast ich powikłania. Należy o tym pamiętać regularnie kontrolując wysokość ciśnienia tętniczego, poziom cholesterolu (zwłaszcza LDL) i glukozy we krwi. Ponieważ pacjenci z łuszczycą są szczególnie narażeni na choroby układu krążenia to regularna ocena wyżej wymienionych czynników ryzyka (najczęściej raz do roku) jest szczególnie ważna.

Co to jest zespół metaboliczny i dlaczego u pacjentów z łuszczycą jest szczególnie niebezpieczny?

Szczególnym zagrożeniem w łuszczycy jest współwystępowanie wielu czynników ryzyka, zwłaszcza pod postacią zespołu metabolicznego, którego podstawowym elementem jest otyłość brzuszna (w Tabeli 1 zaznaczono te czynniki gwiazdką). W takiej sytuacji ryzyko chorób układu krążenia jest większe niż proste zsumowanie zagrożenia płynącego z poszczególnych czynników. Jest to wywołane tym, że zespół metaboliczny prowadzi do dodatkowych zaburzeń w organizmie człowieka pod postacią oporności na insulinę (to hormon wydzielany przez trzustkę i obniżający poziom glukozy we krwi) i aktywacji ogólnoustrojowych procesów zapalnych. Zespół metaboliczny jest szczególnie niebezpieczny u chorych z łuszczycą, gdyż nie tylko zwiększa zagrożenie cukrzycą i zawałem serca oraz udarem mózgu, ale i nasila występowanie zmian łuszczycowych.

ZAPAMIĘTAJ!

Najważniejszy wpływ na występowanie zespołu metabolicznego ma niewłaściwy styl życia (nieprawidłowa dieta, brak aktywności fizycznej, niestosowanie się do zaleceń lekarskich w zakresie koniecznych leków) i bardzo wiele zależy od samego chorego.

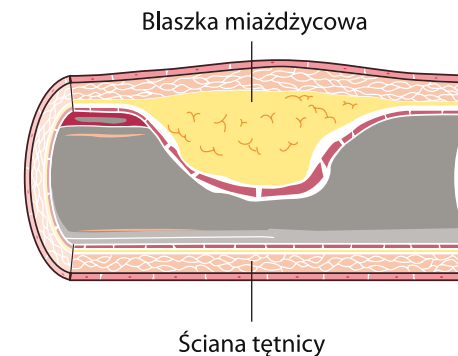
Tabela 1. Czynniki ryzyka chorób układu krążenia

Czynnik ryzyka	Zalecenia
Nadciśnienie tętnicze*	Osiągnięcie ciśnienia tętniczego < 140/90 mmHg Ograniczyć ilość spożywanej soli (nie dosalać pokarmów!), przestrzegać innych zaleceń zawartych poniżej i regularnie zażywać leki przepisane przez lekarza kardiologa
Cholesterol *	Obniżenie poziomu przy pomocy diety i leków, tak aby poziom „złego” cholesterolu LDL był: < 1.8 mmol/l (70 mg/dl) u chorych wysokiego ryzyka < 2.5 mmol/l (100 mg/dl) u chorych dużego ryzyka < 3.0 mmol/l (115 mg/dl) u chorych umiarkowanego lub małego ryzyka
Cukrzyca i stan przedcukrzycowy*	Prawidłowy poziom glukozy we krwi na czczo to maksymalnie 5.5 mmol/l (100 mg/dl) W cukrzycy konieczne jest uzyskanie poziomu hemoglobiny glikowanej (HbA1c) < 7% W tym celu należy ograniczyć produkty zawierające cukier, przestrzegać innych zaleceń zawartych w tabeli i regularnie zażywać leki przepisane przez lekarza diabetologa
Otyłość*	Obniżenie masy ciała do należytnej (wskaźnik masy ciała BMI < 25 kg/m ²). Jeżeli osiągnięcie takiego BMI jest nierealne, to proponuje się utratę 5-10% wagi wyjściowej w czasie 6 m-cy.
Palenie papierosów	Całkowite zaprzestanie palenia
Nieprawidłowe odżywianie	Dieta z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych i czerwonego mięsa; bogata w warzywa i owoce oraz w tłuszcze roślinne (zwłaszcza oliwę z oliwek) i tłuste ryby
Mała aktywność fizyczna	Umiarkowana i regularna aktywność fizyczna (co najmniej 3-4 razy w tygodniu po 45 minut)
Nadmierne spożycie alkoholu	Maksymalne dobowe spożycie: kobiety: 1-2 jednostki alkoholu, mężczyźni: 2-3 jednostki (1 jednostka to 10 g czystego alkoholu etylowego, zatem np. 250 ml piwa lub 125 ml wina)

*Gwiazdką oznaczono czynniki ryzyka składające się na zespół metaboliczny

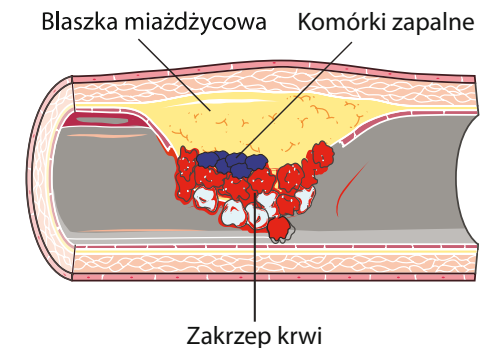
Ryc. 10

Stabilna blaszka miażdżycowa



Ryc. 11

Niestabilna blaszka miażdżycowa



Leczenie miejscowe łuszczycy

Dr hab. n. med. Aleksandra Lesiak

Leczenie miejscowe zarezerwowane jest dla chorych, u których wskaźnik PASI < 10 i BSA < 10.

Łuszczyca o przebiegu łagodnym jest wskazaniem do leczenia miejscowego, które w większości przypadków tej postaci klinicznej prowadzi do ustąpienia zmian chorobowych. Należy jednak uzbroić się w cierpliwość, ponieważ terapia zewnętrznymi preparatami trwa niekiedy bardzo długo, nawet kilkanaście tygodni i wymaga systematycznego aplikowania przepisanych przez lekarza preparatów. Systematyczność stosowania leków miejscowych jest warunkiem niezbędnym do uzyskania zadawalającej odpowiedzi terapeutycznej. Przy wyborze terapii miejscowej powinniśmy brać pod uwagę, czy lek który został nam zlecony powodował wcześniej poprawę stanu skóry, a jeśli nie to należy się zastanowić, czy był stosowany zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

Kolejnym czynnikiem decydującym o formie terapii miejscowej jest lokalizacja zmian skórnych. Maści, kremy i żele są najbardziej odpowiednie przy występowaniu zmian na tułowie i kończynach, emulsje, pianki i szampony - przy zmianach w obrębie owłosionej skóry głowy, natomiast kremy przy lokalizacji w obrębie fałdów skóry. Wygodną i kosmetycznie akceptowalną formą leczenia zewnętrznego jest stosowanie preparatów żelowych, które nie brudzą odzieży i są przyjemne w stosowaniu.

Skuteczność terapii zależy od systematyczności stosowania, co istotnie wpływa na czas terapii. W trakcie miejscowej terapii łuszczycy konieczne jest także wspomagające stosowanie preparatów nawilżających - emolientów, które zmniejszają nasilenie złuszczenia, świąd oraz ogólnie przyczyniają się do lepszych wyników terapeutycznych.

W pierwszym etapie leczenia łuszczycy należy zastosować preparaty mające zdolność usunięcia łusek z powierzchni tarczek łuszczycowych, gdyż blokują one działanie aktywnych substancji leczniczych. W tym celu zaleca się stosowanie preparatów z kwasem salicylowym, siarką i moczniakiem. Ważne jest, aby nie usuwać nawarstwionych łusek mechanicznie, ponieważ takie postępowanie powoduje po kilku dniach wysiew kolejnych zmian łuszczycowych.

W kolejnym etapie terapii zaleca się leki o działaniu hamującym liczbę podziałów komórkowych oraz zmniejszające stan zapalny.

Do najszerzej stosowanych preparatów miejscowych należą cygnolina, glikokortykosteroidy oraz pochodne witaminy D3, również w połączeniu z glikokortykosteroidami. W drugiej kolejności zalecane są dziegcie oraz pochodne witaminy A.

Cygnolina (antralina)

Często jest stosowana przez dermatologów ze względu na wysoką skuteczność, a także niski koszt leczenia. Cygnolinę stosuje się wyłącznie na ogniska chorobowe w postaci maści recepturowej w stężeniu od 0,05-2%.

Można stosować ją w tzw. terapii minutowej, rozpoczynając od niższych stężeń (0,5-1%), stopniowo zwiększając czas utrzymywania maści na skórze (od 15 minut do 2 godzin) oraz zwiększając stężenie do 2%. Postępowanie takie zmniejsza częstotliwość i nasilenie objawów niepożądanych. Cygnolinę można też stosować w aplikacji na 12 godzin (zazwyczaj na noc). W tej metodzie stosujemy niższe stężenia cygnoliny, zazwyczaj 0,05-0,5%. Do najczęściej obserwowanych działań niepożądanych cygnoliny zalicza się zaczerwienienie i pieczenie skóry zdrowej, wokół zmiany łuszczycowej. W przypadku nasilonego zaczerwienienia należy odstawić ten preparat na 2-3 dni i ponownie go zastosować po zmniejszeniu stanu zapalnego. Innym działaniem niepożądanym są przebarwienia skóry, które znikają po kilku lub kilkunastu dniach, bez pozostawienia śladu. Nie należy jej stosować w okolicach wrażliwych, tj. w fałdach, zgięciach, na twarzy, gdyż może dojść do dużego podrażnienia. Zawsze należy powiedzieć pacjentowi o konieczności umycia rąk po aplikacji na skórę tej substancji. Cygnolina powoduje także trwałe zabarwienie bielizny i pościeli, dlatego w trakcie terapii najlepiej przeznaczyć jedno ubranie i jedną zmianę pościeli. U chorych z bardziej opornymi zmianami chorobowymi kurację cygnoliną można łączyć z fototerapią promieniami UVB (tzw. metoda Ingrama).

Glikokortykosteroidy

Preparaty zawierające kortykosteroidy stosowane są w terapii łuszczycy od dawna, dając dobry efekt leczniczy. W leczeniu tej choroby wykorzystuje się przede wszystkim ich działanie przeciwzapalne i przeciwsłabowe. W leczeniu łuszczycy stosowane są preparaty o dużej i bardzo dużej sile działania, jednakich długotrwała aplikacja wiąże się z ryzykiem wystąpienia trwałych powikłań miejscowych (m.in. zaniki skóry, rozszerzone naczynka) oraz zjawiska tachyfilaksji (czyli utrata efektu leczniczego w wyniku „przyzwyczajenia” się skóry do stosowanej substancji). W chwili odstawienia preparatów kortykosteroidowych szybko pojawia się ponowne zaostrzenie zmian skórnych, często znacząco większe niż przed leczeniem. Należy pamiętać, że nieprawidłowe i długotrwałe stosowanie tych substancji, bez kontroli lekarskiej niesie możliwość rozwoju działań niepożądanych pod postacią ścienienia skóry, rozstępów, przebarwień i odbarwień skóry oraz nadkażeń bakteryjnych, wirusowych lub grzybiczych. W społeczeństwie od wielu lat istnieje pojęcie „fobii sterydowej” polegającej na tym, że pacjenci w obawie przed skutkami ubocznymi sterydów stosują je nieprawidłowo, bądź całkowicie unikają ich aplikacji. Należy podkreślić, że obecnie dostępne leki miejscowe mają nowoczesną budowę chemiczną przez co przy prawidłowym stosowaniu leku, zgodnie z zaleceniami lekarskim, można uzyskać bardzo dobry efekt terapii bez ryzyka wystąpienia działań niepożądanych.

Zasady leczenia sterydowymi preparatami miejscowymi są następujące:

- stosować nowoczesne leki z tej grupy,
- leki o dużej sile działania stosować krótko (7-10 dni) - chyba, że lekarz zaproponuje inny schemat leczenia,
- lek nakładać raz dziennie,
- zaczynać terapię od leku o słabszej mocy, a następnie przejść na lek silniej działający,
- nie aplikować silnych leków na twarz oraz w okolicę fałdów skóry,
- przestrzegać dokładnie zaleceń lekarskich, nie zwiększać częstości aplikacji ani nie wydłużać czy też skracać czasu kuracji,
- szczególnie ostrożnie stosować leki u dzieci i kobiet ciężarnych oraz karmiących.

Pochodne witaminy D3

Są nowoczesną grupą leków o potwierdzonej skuteczności w miejscowej terapii łuszczycy ograniczonej. Leki z tej grupy odznaczają się dobrymi właściwościami kosmetycznymi oraz wysokim profilem bezpieczeństwa. Mogą być stosowane na ogniska łuszczycy zlokalizowane na skórze gładkiej oraz na skórze owłosionej głowy. Leki z tej grupy zmniejszają liczbę podziałów komórkowych oraz działają przeciwzapalnie. Są wygodne w stosowaniu (bezwonne, bezbarwne) i nie brudzą odzieży. Stosowane według zaleceń lekarza są bezpieczne i wolne od ryzyka wystąpienia powikłań związanych z długotrwałym stosowaniem leków sterydowych. Niekiedy mogą wywoływać niewielkie podrażnienie w miejscu aplikacji, które ustępuje w momencie zaprzestania leczenia. U większości pacjentów powodują ustąpienie zmian skórnych po kilku tygodniach terapii. Zwiększenie skuteczności działania tej grupy jest możliwe poprzez połączenie ich z miejscowymi glikokortykosteroidami. Od kilku lat na rynku farmaceutycznym dostępny jest preparat będący połączeniem pochodnej witaminy D3 - kalcipotriolu i betametazonu. Lek ten nakładany jest raz dziennie i zapewnia szybki efekt terapeutyczny oraz wysoką skuteczność leczenia. Większość pacjentów uzyskuje satysfakcjonującą poprawę już po czterech tygodniach leczenia. Odnotowuje się niewiele działań niepożądanych. Preparat ten dostępny jest w postaci żelu i jest przeznaczony do leczenia zmian na skórze oraz w obrębie głowy. Jego podstawową zaletą jest wygoda w stosowaniu, wysoka skuteczność oraz bardzo dobre właściwości kosmetyczne. Zgodnie z konsensusem PTD ten preparat jest lekiem pierwszego rzutu w miejscowym leczeniu łuszczycy.

Preparaty dziegciowe

Stanowią najstarszą grupę miejscowych leków przeciwłuszczycowych, ale nadal pozostają przydatne, zwłaszcza w przypadku ograniczonych ognisk chorobowych zlokalizowanych w okolicy łokci, kolan czy okolicy krzyżowej. Mogą być również stosowane na owłosioną skórę głowy. Dziegcie stosuje się w postaci maści recepturowych w stężeniu 2-5%. Na przestrzeni ostatnich dekad wykazano w badaniach na hodowlach komórkowych oraz na zwierzętach, że preparaty dziegciowe mają potencjalne działanie rakotwórcze - dlatego w wielu krajach zostały one wycofane i z tego powodu nie mogą być obecnie rekomendowane jako terapia pierwszoplanowa. Należy jednak zaznaczyć, że obserwacje u ludzi nie

potwierdziły zwiększonego ryzyka rozwoju nowotworów wśród chorych leczonych dziegciami z powodu schorzeń dermatologicznych. Mniejsza popularność dziegci w obecnych czasach wynika również z ich nieprzyjemnej barwy oraz przykrego zapachu. Leczenie tymi preparatami może być kojarzone z naświetlaniami promieniowaniem ultrafioletowym oraz z miejscowymi glikokortykosteroidami.

Retinoidy

W chwili obecnej jedynym preparatem z tej grupy zarejestrowanym do leczenia zmian łuszczycowych jest tazaroten. Lek ten ma działanie hamujące podziały komórkowe oraz wykazuje działanie zmniejszające stan zapalny. Tazaroten wykazuje mniejszą skuteczność terapeutyczną w porównaniu do innych leków miejscowych, jednak u tych pacjentów, u których doprowadzi do poprawy klinicznej, czas trwania remisji wydaje się dłuższy niż po miejscowych glikokortykosteroidach lub pochodnych witaminy D3. Z tego też względu zalecany jest jako alternatywna forma terapii, która może być stosowana w przypadku niepowodzenia leczenia innymi lekami miejscowymi.

ZAPAMIĘTAJ!

Leczenie miejscowe jest podstawą każdej formy klinicznej łuszczycy. W przypadkach nasilonych (PASI>10, BSA>10) jest jedynie uzupełnieniem leczenia systemowego. Gdy Twój wskaźnik PASI i BSA jest poniżej 10 możesz być leczony jedynie miejscowo - masz do wyboru różne preparaty.

Zgodnie z konsensusem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego rekomendowane jest stosowanie cygnoliny, leku złożonego z beta-metoazonu i kalcypotriolu oraz preparatów keratolitycznych.

Jeśli Twoje PASI i BSA są powyżej 10 punktów, poza leczeniem miejscowym stosuje się leczenie systemowe - zapytaj o to lekarza

Leczenie systemowe łuszczycy

Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt

Fototerapia i fotochemoterapia

W leczeniu łuszczycy stosuje się naświetlania z zastosowaniem promieni ultrafioletowych B o długości fali 311 nm (tzw. wąskopasmowe naświetlanie UVB, Narrow Band UVB, NB-UVB) oraz A o długości fali 320-400 nm. Naświetlania promieniami UVA stosuje się łącznie z podawaniem choremu leków z grupy psoralenów (tzw. metoda PUVA - fotochemoterapia). Psoraleny możemy podawać doustnie (systemowa PUVA-terapia) bądź miejscowo (miejscowa PUVA-terapia). Psoraleny są pochodnymi furokumaryny o działaniu światłouczulającym, czyli uwrażliwiają skórę na działanie ultrafioletu. Najczęściej stosuje się 8-metoksypsoralen w dawce 0,4-0,8 mg/kg m.c. na 1 godzinę przed naświetlaniem i 5-metoksypsoralen (1,2-1,5 mg/kg m.c. na 2 godziny przed naświetlaniem). Preparaty fotouczulające stosuje się celem osiągnięcia szybszego efektu działania UVR (UVA). Stosowanie tych leków nie jest szkodliwe.

W leczeniu łuszczycy wykorzystuje się specyficzne właściwości promieniowania ultrafioletowego, które mają zdolność hamowania układu immunologicznego w skórze. Efekt oddziaływania ultrafioletu na skórę jest uwarunkowany wieloma czynnikami, m.in. długością promieniowania (UVB czy UVA), głębokością przenikania w głąb skóry, dawką, a także wrażliwością osobniczą na działanie światła słonecznego.

Naświetlania promieniami UVB 311 nm stosuje się zazwyczaj 3-5 razy w tygodniu, zwiększając średnio dawkę o 100 mJ/cm², co drugie naświetlanie. Średni czas trwania leczenia wynosi około 12 tygodni. W prowadzonych badaniach wykazano stosunkowo wysoką skuteczność tej metody leczenia. Całkowitą remisję zmian chorobowych wykazano u około 63-75% chorych w okresie 10 - 20 tygodni. Leczenie metodą NB-UVB zazwyczaj stosuje się jako pierwszą metodę systemową u chorych z opornymi formami łuszczycy łagodnej oraz u pacjentów z łuszczycą umiarkowaną. Zazwyczaj jest ono dobrze tolerowane, a jego skuteczność w dużej mierze zależy od tego, czy chorzy regularnie przychodzą do gabinetów

fototerapii. Proponując pacjentowi tę metodę leczenia należy go o tym poinformować oraz upewnić się, że ma możliwości regularnego korzystania z naświetlań.

Wstępna dawka UVA w metodzie PUVA zazwyczaj wynosi 0,5-1 J/cm². Dawkę należy dobierać indywidualnie, w zależności od fototypu skóry, a także nasilenia zmian. Zabiegi przeciętnie wykonuje się 3 razy w tygodniu, zwiększając dawkę o mniej więcej 30% przy każdym naświetlaniu. W większości publikowanych badań poprawę rzędu PASI 75 uzyskiwano u 90% chorych poddawanych naświetlaniom. Również przy tej metodzie leczenia końcowy efekt terapeutyczny w dużej mierze zależy od regularnego korzystania z naświetlań.

PUVA-terapia wiąże się z występowaniem określonych działań niepożądanych, głównie ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, bóle brzucha). Do odległych działań niepożądanych, niezwykle rzadko obserwowanych, zalicza się starzenie skóry, zwiększone ryzyko rozwoju nieczerniakowych raków skóry oraz zaćmy.

Zaletą naświetlań UVB jest wyższy profil bezpieczeństwa ze względu na brak powikłań ze strony przewodu pokarmowego, a także możliwość stosowania tej metody u dzieci powyżej 4 roku życia i kobiet ciężarnych. W praktyce klinicznej PUVA-terapia uznawana jest za metodę kolejnego rzutu, po UVB-NB w leczeniu łuszczycy o umiarkowanym nasileniu. Wdrażając PUVA-terapię zawsze należy zebrać szczegółowy wywiad dotyczący stosowania przez chorego leków z powodu innych chorób, gdyż istnieje ryzyko przyjmowania preparatów wywołujących reakcje fototoksyczne lub fotoalergiczne.

Bezwzględne przeciwwskazania do światłolecznictwa UVB i PUVA stanowią choroby genetyczne przebiegające z nadwrażliwością na UVR (np. xeroderma pigmentosum), choroby autoimmunologiczne przebiegające z nadwrażliwością na UVR (np. toczeń rumieniowaty), fotodermatozy idiopatyczne, choroba nowotworowa aktywna lub w wywiadzie, brak współpracy pacjenta z lekarzem.

Dodatkowe przeciwwskazania dla PUVA stanowi stosowanie cyklosporyny, ciąża, laktacja, ciężka niewydolność wątroby i nerek oraz padaczka.

ZAPAMIĘTAJ!

Leczenie metodą fototerapii jest bardzo skuteczne pod dwoma warunkami: dobrze tolerujesz UVR (część pacjentów źle znosi ekspozycję na światło słoneczne) i regularnie korzystasz z nasświetlań.

Jeśli nie możesz regularnie korzystać z tej metody leczenia, od razu zrezygnuj! To nie ma sensu! Dobry efekt fototerapii wymaga doskonałej współpracy pacjenta. Nie uzyskamy korzystnego efektu, jeśli pacjent nie będzie regularnie przychodził do gabinetu fototerapii.

Metotreksat

Metotreksat już od bardzo wielu lat stosowany jest w terapii łuszczycy o umiarkowanym i dużym nasileniu, podawany jest w turach tygodniowych (co 7 dni), zazwyczaj doustnie, ale również jako iniekcje podskórne. Przy podawaniu doustnym zazwyczaj stosujemy go w 3 dawkach podzielonych, co 12 godzin, z następowym (po 24 godzinach) podaniem kwasu foliowego w dawce 5-15 mg/tydzień. Zazwyczaj dawkowanie rozpoczyna się od 10 mg/tydzień, następnie podwyższając dawkę, nie przekraczając jednak 25 mg/tydzień. W większości konsensusów europejskich dawką rekomendowaną jest 15 mg/tydzień, nie więcej niż 25 mg/tydzień.

Na podstawie prowadzonych badań klinicznych stwierdzono, że poprawę PASI 50-75 zazwyczaj obserwuje się po 7-14 tygodniach leczenia metotreksatem w dawkach początkowych 5-7,5 mg/tydzień. Zastosowanie wyższych dawek (15-22,5 mg/tydzień) powoduje szybsze wchłanianie zmian, tzn. poprawę PASI 50 osiąga się średnio po 3-4 tygodniach, a poprawę rzędu PASI 75 - po 7 tygodniach.

Brak satysfakcjonującej odpowiedzi klinicznej w 16-24 tygodniu skłania do zmiany schematu postępowania.

Działania niepożądane metotreksatu związane są ze stosowaną dawką. Do najpoważniejszych należą zaburzenia w morfologii krwi (niedokrwistość, obniżenie liczby krwinek białych oraz płytek krwi) oraz

uszkodzenie wątroby. W celu uniknięcia tych ciężkich powikłań należy często przeprowadzać badania krwi, początkowo co tydzień, potem co 2-3 tygodnie. Ryzyko uszkodzenia wątroby istotnie rośnie u chorych nadużywających alkoholu, a także otyłych, z cukrzycą oraz wirusowym zapaleniem wątroby. Czynnikiem sprzyjającym uszkodzeniu wątroby jest otrzymanie przez chorego łącznej dawki metotreksatu >2-3 g oraz spożywanie powyżej 100 g alkoholu/tydzień. Stąd też należy dokładnie o tym poinformować pacjentów i mieć pewność, że zastosują się oni do zaleceń lekarza. Brak współpracy chorego z lekarzem wyklucza możliwość prowadzenia tej terapii.

Stosowanie metotreksatu jest absolutnie przeciwwskazane u kobiet w ciąży i w okresie karmienia piersią, a w trakcie stosowania leku oraz przez 3 miesiące po zaprzestaniu, zarówno kobiety, jak i mężczyźni zobowiązani są do stosowania skutecznej antykoncepcji.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do stosowania metotreksatu są: ciężkie infekcje, ciężkie choroby wątroby, niewydolność nerek, nadużywanie alkoholu, zaburzenia szpiku i choroby hematologiczne, a także zaburzenia odporności, aktywna choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, istotnie upośledzona czynność płuc.

Należy jednoznacznie podkreślić, że metotreksat ma wysoką skuteczność terapeutyczną, charakteryzuje się niskim kosztem leczenia i stosunkowo dobrym profilem bezpieczeństwa, który można uzyskać pod warunkiem prawidłowego monitorowania parametrów we krwi.

ZAPAMIĘTAJ!

Stosowanie MTX jest bezpieczne, jeśli będziesz przestrzegał wszystkich zaleceń lekarza!

Konieczne jest regularne monitorowanie parametrów krwi.

Spożywanie alkoholu podczas stosowania metotreksatu zwiększa ryzyko uszkodzenia wątroby.

Cyklosporyna

Cyklosporyna do leczenia łuszczycy została wprowadzona na początku lat 90. XX wieku. Wskazaniem do leczenia tym preparatem są ciężkie postaci łuszczycy, niepoddające się innym metodom leczenia, w których zmiany skórne zajmują więcej niż 10-20% powierzchni ciała, a wskaźnik PASI wynosi >10.

Najczęściej stosowanym schematem terapeutycznym jest podawanie leku przez okres 12-16 tygodni. Zalecaną dawką początkową są 3 mg/kg/dobę. Przy braku odpowiedzi klinicznej można ją zwiększać o 0,5-1,0 mg/kg/dobę po 2-4 tygodniach od rozpoczęcia leczenia, nie przekraczając jednak dawki 5 mg/kg/dobę. Skuteczność tej metody jest wysoka, średnio w 84 dniu leczenia u 80% chorych z ciężką postacią łuszczycy obserwowano ponad 75% poprawę kliniczną. Poprawę kliniczną u chorych na łuszczycę obserwuje się mniej więcej w 4 tygodniu po rozpoczęciu leczenia, osiągając najlepszy efekt po 8-16 tygodniach.

Monitorowanie parametrów laboratoryjnych (morfologia, próby wątrobowe, kreatynina) zapewni bezpieczeństwo terapii tym lekiem. Zasadniczym objawem niepożądanym jest uszkodzenie nerek, czego klinicznym objawem jest wzrost ciśnienia tętniczego krwi oraz zwiększenie stężenia kreatyniny.

Bezwzględne przeciwwskazania do stosowania cyklosporyny stanowią: niewydolność nerek, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, ciężkie infekcje, wywiad onkologiczny, aktywna choroba nowotworowa oraz równocześnie prowadzona PUVA-terapia.

Cyklosporyna wchodzi w interakcje z licznymi lekami, które mogą zwiększać lub obniżać jej stężenie w surowicy. Dlatego przed włączeniem tego leku należy dokładnie sprawdzić wszystkie leki, które przyjmuje pacjent z powodu innych chorób współistniejących.

Wyniki uzyskane podczas wielu prowadzonych badań, w tym w Polsce, jednoznacznie wskazują, że cyklosporyna może być powszechnie stosowana w warunkach poradni dermatologicznych w leczeniu łuszczycy o umiarkowanym i ciężkim przebiegu, a monitorowanie podstawowych badań laboratoryjnych i ciśnienia tętniczego pozwala na szybkie ustalenie rozwoju ewentualnych działań niepożądanych. Szybki efekt terapeutyczny pozwala na powrót chorych do normalnego życia i podjęcie przez nich pracy zawodowej.

ZAPAMIĘTAJ!

Stosowanie CsA jest bezpieczne, jeśli będziesz przestrzegał wszystkich zaleceń lekarza.

Konieczne jest regularne monitorowanie parametrów krwi oraz ciśnienia tętniczego.

Retinoidy

Obecnie spośród dostępnych retinoidów (analogi kwasu witaminy A) w terapii łuszczycy najczęściej stosuje się acytretynę. Wskazaniem do zastosowania tego leku jest łuszczycza o umiarkowanym i dużym nasileniu, niepoddająca się leczeniu miejscowemu bądź fototerapii. Zazwyczaj acytretyna stosowana jest w dawce początkowej 0,3-0,5 mg/kg/d. Po 3-4 tygodniach stosowania, w zależności od tolerancji leku oraz skuteczności terapeutycznej, dawkę można podwyższyć, maksymalnie do 1 mg/kg/d, bądź obniżyć. Klinicznym objawem wskazującym na to, że pacjent przyjmuje lek w odpowiedniej dawce terapeutycznej jest suchość i złuszczenie w obrębie czerwieni wargowej. U chorych na łuszczycę plackowatą często acytretynę stosuje się łącznie z fotochemoterapią (tzw. metoda Re-PUVA).

U pacjentów dobrze reagujących na leczenie, otrzymujących dawkę przynajmniej 0,5 mg/kg/dobę, poprawę rzędu PASI 75 obserwuje się mniej więcej po 12 tygodniach leczenia. Do najczęstszych, gdyż zawsze występujących działań niepożądanych zalicza się suchość skóry i błon śluzowych, często występuje również zapalenie spojówek, przerzedzenie włosów, nadwrażliwość na UVR oraz podwyższone stężenie cholesterolu, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zmiany wypryskowe na skórze.

Ze względu na silne działanie teratogenne (uszkadza płód) acytretyny, podczas jej stosowania oraz dwa - trzy lata po zakończeniu kobiety są zobowiązane do stosowania skutecznej antykoncepcji, obostrzenia te nie dotyczą natomiast mężczyzn (lek nie wpływa na spermatogenezę). Ze względu na to, że acytretyna obniża skuteczność doustnych leków antykoncepcyjnych, kobiety nie mogą stosować tabletek zawierających obniżoną dawkę progesteronu (tzw. mini pigulek). Zaleca się stosowanie równocześnie dwóch sposobów antykoncepcji (hormonalną i barierową). Konieczne

jest wykonywanie testów ciążowych raz w miesiącu. Karmienie piersią jest również bezwzględny przeciwwskazaniem do podawania retinoidów. W trakcie stosowania acytretyny i przez kolejny rok po zakończeniu terapii pacjenci nie mogą być dawcami krwi.

Ponadto bezwzględnymi przeciwwskazaniami do stosowania acytretyny jest ciężka niewydolność nerek i wątroby, ciężkie zaburzenia lipidowe, nadużywanie alkoholu, przyjmowanie leków wchodzących w interakcje z acytretyną.

ZAPAMIĘTAJ!

Stosowanie acytretyny jest bezpieczne, jeśli będziesz przestrzegał wszystkich zaleceń lekarza! Konieczne jest regularne monitorowanie parametrów krwi.

Uwaga: kobiety w wieku rozrodczym muszą pamiętać o antykoncepcji!

Leki biologiczne

Wprowadzenie do leczenia dermatologicznego leków biologicznych stało się przełomem ze względu na ich wysoką skuteczność oraz mniejsze działania niepożądane w stosunku do wątroby, nerek i szpiku. Leczenie biologiczne zarezerwowane jest dla pacjentów z umiarkowanymi i ciężkimi postaciami łuszczycy plackowatej, u których nie uzyskano poprawy po stosowaniu konwencjonalnych terapii ogólnych: metotreksatem, cyklosporyną, acytretyną i/lub PUVA. Przed rozpoczęciem terapii biologicznej u chorych należy wykonać wiele badań diagnostyczno-laboratoryjnych. Wykonanie licznych badań ma na celu określenie stanu ogólnego chorych. Podczas terapii lekami biologicznymi istnieje bowiem ryzyko ujawnienia się infekcji gruźliczej. Dlatego przed włączeniem terapii a także podczas jej trwania należy zawsze wykonać choremu RTG klatki piersiowej, próbę tuberkulinową lub test Quantiferon.

W Polsce do leczenia łuszczycy zwyczajnej i łuszczycowego zapalenia stawów zarejestrowane są trzy inhibitory TNF- α , oraz jedno przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko IL-12/IL-23.

Czynnik martwicy nowotworów α (tumor necrosis factor α ; TNF- α) jest jedną z głównych cytokin zaangażowanych w rozwój procesu zapalnego. Białko to odgrywa istotną rolę w patogeniezie wielu przewlekłych chorób o podłożu zapalnym, m.in. reumatoidalnego zapalenia stawów, choroby Leśniowskiego-Crohna, zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK), łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS) czy młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów oraz łuszczycy plackowatej.

W oparciu o prowadzone badania naukowe dotyczące patogenyzy chorób przebiegających z aktywacją odpowiedzi prozapalnej, opracowano leki biologiczne, do których należą antagoniści TNF- α . Wprowadzenie tych leków do praktyki klinicznej bez wątpienia jest przełomem w terapii przewlekłych schorzeń zapalnych. Dodatkowo wykazano, że stosowanie tych białek korzystnie wpływa na redukcję zaburzeń sercowo-naczyniowych u chorych na łuszczycę.

Do grupy leków biologicznych objętych nazwą antagonistów TNF zalicza się ludzkie przeciwciała anti-TNF- α , chimeryzowane, mysio-ludzkie przeciwciała anti-TNF- α a także białka fuzyjne, wiążące się kompetencyjnie z błonowym receptorem TNF- α .

Leki te podawane są albo dożylnie (kroplówki) albo podskórnym, w różnych odstępach czasowych (raz w tygodniu, dwa razy w miesiącu, co 8 tygodni). Zastosowanie antagonistów TNF- α w leczeniu łuszczycy zwyczajnej i łuszczycowego zapalenia stawów prowadzi do znacznego zmniejszenia aktywności choroby, zwłaszcza u chorych słabo reagujących na inne rodzaje leków systemowych.

Na podstawie wielu doniesień piśmiennictwa sugeruje się istotną rolę interleukiny IL-12 i IL-23 w patogeniezie łuszczycy i powstaniu odpowiedzi immunologicznej z zaangażowaniem limfocytów Th1. IL-12 jest niezbędnym czynnikiem powodującym gromadzenie się limfocytów w skórze. Cytokina ta pobudza ponadto aktywność komórek Th1 i powoduje zwiększone wydzielanie cytokin prozapalnych.

Rola interleukiny 23 wydaje się również niezwykle istotna w patogeniezie zmian łuszczycowych. Białko to pobudza różnicowanie limfocytów T w kierunku Th17, które wydzielają interleukinę 17 i interleukinę 22. IL-17 odgrywa bardzo ważną rolę w rozwoju zapalenia w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów. Przeciwciała monoklonalne anti-IL12/IL23

zarejestrowane w terapii łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów działają na bardzo ważne elementy patogenetyczne tych chorób i wykazuje bardzo dużą skuteczność terapeutyczną, jak też charakteryzuje się wysokim bezpieczeństwem. Lek ten podawany jest w postaci zastrzyków podskórnych raz na 3 miesiące.

Zarówno inhibitory TNF-alfa jak i przeciwciała anti-IL12/23 są lekami dobrze przebadanymi w wielu badaniach klinicznych, są zarejestrowane do leczenia łuszczycy zwyczajnej i łuszczycowego zapalenia stawów. Ich profil bezpieczeństwa jest bardzo wysoki. W Polsce nie mamy danych porównywalnych do innych krajów europejskich, jednak już dzisiaj możemy stwierdzić, że dają bardzo dobre efekty terapeutyczne.

ZAPAMIĘTAJ!

Jeśli masz ciężką postać łuszczycy, poszukaj ośrodków w Polsce, które mają zakontraktowane z NFZ terapie biologiczne (Kliniki i Oddziały Wojewódzkie). - patrz lista na str. 36

Dla Ciebie jest to szansa na nowoczesne i dobre leczenie! Weź sprawę w swoje ręce!

Zasady kwalifikacji chorych do programu terapii biologicznej łuszczycy zwyczajnej

Prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt

Obecnie w Polsce mamy dwa programy terapeutyczne przeznaczone do leczenia ciężkich postaci łuszczycy plackowatej i łuszczycowego zapalenia stwów, w których możemy stosować kilka leków biologicznych: adalimumab i ustekinumab.

Do programu leczenia łuszczycy zwyczajnej mogą być włączeni dorośli pacjenci z ciężką postacią łuszczycy plackowatej, którzy przestali reagować na leczenie za pomocą przynajmniej dwóch metod konwencjonalnej terapii ogólnej (Tabela 2), lub mają przeciwwskazania do stosowania tych metod, lub ich nie tolerują.

Kryteria kliniczne na dzień 1 lipca 2014 pozwalające na włączenie chorego do programu są następujące: PASI >18 oraz DLQI >10 oraz BSA >10.

Aktualne kryteria kwalifikacji do programu lekowego dostępne są na stronie internetowej <http://www.mz.gov.pl> - należy szukać załącznika B.47 do aktualnego Obwieszczenia Ministra Zdrowia.

Dodatkowo do programu mogą zostać również włączeni pacjenci, u których występują przeciwwskazania do stosowania standardowych metod terapii ogólnej wymienionych w tabeli 2 lub wystąpiły działania niepożądane po ich stosowaniu uniemożliwiające kontynuowanie terapii.

Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować antykoncepcję w czasie leczenia oraz po zaprzestaniu terapii zgodnie z zaleceniem lekarza.

Kwalifikacja do programu terapii biologicznej wymaga wykonania licznych badań dodatkowych (Tabela 3).

W celu kwalifikacji pacjenta do programu, lekarz kierujący musi także wykonać zdjęcia miejsc dotkniętych łuszczycą, potwierdzające ocenę kliniczną za pomocą wskaźników PASI i BSA.

ZAPAMIĘTAJ!

I Ty możesz być nowocześnie leczony!

Warunkiem jest udokumentowanie przebiegu choroby oraz dotychczasowego leczenia.

Zbieraj i archiwizuj dokumentację medyczną!

Tabela 2.

Rodzaj terapii ogólnej	Dawka	Czas oceny terapii
metotreksat	15 mg/tydz.	po 3 miesiącach
retinoidy	min. 0,5 mg/kg m.c./dobę	po 2 miesiącach
cyklosporyna	3-5 mg/kg m.c./dobę	po 3 miesiącach
PUVA (psoralen+UVA)		po 3 miesiącach

Tabela 3.

Badania, które należy wykonać u chorego z ciężką łuszczycą, kwalifikowanego do terapii biologicznej	
- morfologia krwi z rozmazem - odczyn Biernackiego (OB) - CRP - aminotransferaza asparaginowa (AspAT) - aminotransferaza alaninowa (AlAT) - stężenie kreatyniny w surowicy - stężenie mocznika w surowicy - próba tuberkulinowa lub test z quantiferonem - test na obecność antygenu HBS - przeciwciała anti-HCV - test na obecność antygenu wirusa HIV - przeciwciała przeciw <i>Borrelia burgdorferi</i> - ASO - przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) - próba VDRL - badanie ogólne moczu	- RTG klatki piersiowej z opisem (maks. do 3 miesięcy przed kwalifikacją) - USG jamy brzusznej - EKG z opisem
	- konsultacje lekarskie w celu wykluczenia tzw. ognisk sięgających: - laryngolog - stomatolog - ginekolog
	- wykluczenie ciąży

Lista ośrodków prowadzących terapię biologiczną

Bełchatów

Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II
ul. Czapliniecka 123

Białystok

Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Żurawia 13

Bydgoszcz

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ
ul. Powstańców Warszawy 5

Cieszyn

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
ul. Bielska 4

Elbląg

Wojewódzki Szpital Zespolony
ul. Królewiecka 146

Gdańsk

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
ul. Dębinki 7
Pomorskie Centrum Traumatologii
ul. Powstańców Warszawskich 1-2

Jasło

Szpital Specjalistyczny w Jaśle
ul. Lwowska 22

Katowice

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego UM
ul. Francuska 20-24

Kielce

Wojewódzki Szpital Zespolony
ul. Grunwaldzka 45

Końskie

ZOZ w Końskich
ul. Gimnazjalna 41B

Koszalin

Szpital Wojewódzki
ul. Chałubińskiego 7

Kraków

Szpital Uniwersytecki
ul. Skawińska 8
Szpital Specjalistyczny w Nowej Hucie
Osiedle Na Skarpie 66

Lublin

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii
i Dermatologii Dziecięcej Akademii Medycznej
ul. Radziwiłłowska 13

Łódź

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM
Centralny Szpital Weteranów
ul. Krzemieniecka 5
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Biegańskiego
ul. Kniaziewicza 1/5

Mielec

Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Mielcu
ul. Żeromskiego 22

Olsztyn

Klinika Dermatologii
ul. Wojska Polskiego 30

Opole

Szpital Wojewódzki, Oddział Dermatologii
ul. Katowicka 64

Poznań

Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego
ul. Przybyszewskiego 49

Przemyśl

Wojewódzki Szpital im. Ojca Pio w Przemyślu
ul. Monte Cassino 18

Radom

Radomski Szpital Specjalistyczny
ul. Tochtermiana 1

Rzeszów

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. F. Chopina
ul. Chopina 2

Stalowa Wola

Poradnia Leczenia Osteoporozy
i Chorób Narządów Ruchu
ul. Wojska Polskiego 5

Szczecin

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital
Zespolony ul. Arkońska 4
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2
Pomorskiego UM
ul. Powstańców Wlkp. 72

Toruń

Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera
ul. Krasińskiego 4/4A

Warszawa

Centralny Szpital Kliniczny MSWiA
ul. Wołoska 137
Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus
ul. Koszykowa 82A
Wojskowy Instytut Medyczny
ul. Szaserów 128
Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie
ul. Bursztynowa 2

Wrocław

Katedra Klinika Dermatologii i Wenerologii i Alergologii
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1
ul. Tytusa Chałubińskiego 1
Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Kamieńskiego 73A

Zabrze

Szpital Specjalistyczny w Zabrzu
ul. Skłodowskiej 10

Żary

105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ
ul. Domańskiego 2

Piśmiennictwo

1. Arnold W. P., van Andel P., de Hoop D., et al. A comparison of the effect of narrowband ultraviolet B in the treatment of psoriasis after salt-water baths and after 8-methoxypsoralen baths. *Br J Dermatol* 2001; 145:352-4
2. Augustin M. et al. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology* 2008; 216: 366-72. Baker C., et al. Treatment goals for moderate to severe psoriasis: an Australian consensus. *Australas J Dermatol*. 2013 May;54(2):148-54.
3. Berg M. and Ros A. M. Treatment of psoriasis with psoralens and ultraviolet A. A double-blind comparison of 8-methoxypsoralen and 5-methoxypsoralen. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1994; 10: 217-20
4. Both H., Essink-Bot M.L., Busschbach J., Nijsten T. Critical review of genetic and dermatology-specific health-related quality of life instruments. *J. Invest. Dermatol.*, 2007, 127, 2726-2739
5. Christophers E. Psoriasis—epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*. 2001; 26(4):314-20
6. Cohen A. D., Sherf M., Vidavsky L., Vardy DA, Shapiro J, Meyerovitch J. Association between psoriasis and the metabolic syndrome. A cross-sectional study. *Dermatology*. 2008;216(2):152-5
7. Eder L., Chandran V., Shen H., Cook R. J., Shanmugarajah S., Rosen C.F. i inni: Incidence of arthritis in a prospective cohort of psoriasis patients. *Arthritis Care Res* 2011, 63, 619-622
8. Finlay A. Y., Khan G. K.: Dermatology Life Quality Index (DLQI) - a Simple practical measure for routine clinical use. *Clin. Exp. Dermatol.*, 1994, 19, 210-216
9. Flytstrom I., Stenberg B., Svensson A., Bergbrant I. M. Methotrexate vs. ciclosporin in psoriasis: effectiveness, quality of life and safety. A randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2008; 158: 116-121
10. Gordon P. M., Diffey B. L., Matthews J. N., et al. A randomized comparison of narrow-band TL-01 phototherapy and PUVA photochemotherapy for psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 728-32
11. Griffiths C. E. M., Dubertret L., Ellis C. N., i wsp. Ciclosporin in psoriasis clinical practice: an international consensus statement. *Br J Dermatol*. 2004;150:11-23
12. Grundmann-Kollmann M., Ludwig R., Zollner T. M., et al. Narrowband UVB and cream psoralen-UVA combination therapy for plaque-type psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 734-9
13. Hadi S. M., Al-Quran H., de Sá Earp A.P., Hadi A.S., Lebwohl M.: The use of the 308-nm excimer laser for the treatment of psoriasis. *Photomed Laser Surg* 2010, 28, 693-695.
14. Harari M., Shani J., Hristakieva E., Stanimirovic A., Seidl W., Burdo A. Clinical evaluation of a more rapid and sensitive Psoriasis Assessment Severity Score (PASS), and its comparison with the classic method of Psoriasis Area and Severity Index (PASI), before and after climatotherapy at the Dead-Sea. *Int J Dermatol*. 2000;39(12):913-8
15. Henseler T., Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1995;32(6):982-6
16. Heydendael V. M., Spuls P. I., Opmeer B. C. et al. Methotrexate versus cyclosporine in moderate-to-severe chronic plaque psoriasis. *N Engl J Med* 2003; 349: 658-665
17. Kirby B., Buckley D. A. and Rogers S. Large increments in psoralen-ultraviolet A (PUVA) therapy are unsuitable for fair-skinned individuals with psoriasis. *Br J Dermatol* 1999; 140: 661-6).
18. Kremers HM, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE. Heart disease in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(2):347-54.
19. Lebwohl M. Acitretin in combination with UVB or PUVA. *J Am Acad Dermatol*
20. Leenutaphong V., Nimkulrat P. and Sudtim S. Comparison of phototherapy two times and four times a week with low doses of narrow-band ultraviolet B in Asian patients with psoriasis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2000; 16: 202-6
21. Lotti T., Hercogova J., Prignano F.: The concept of psoriatic disease: can cutaneous psoriasis any longer be separated by the systemic comorbidities? *Dermatol Ther* 2010, 23, 119-122.
22. Mrowietz U., Kragballe K., Reich K., Spuls P., Griffiths C.E., Nast A. i inni: Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res* 2011, 303, 1-10.
23. Poznańska-Kurowska K., Michalak I., Uczniak S., Kaszuba A.: Łuszczyca - leczenie miejscowe. *Post Dermatol Alergol* 2011, supl. 3, 150-161.
24. van de Kerkhof P., de Peuter R., Rytov J., Jansen J.P.: Mixed treatment comparison of a two-compound formulation (TCF) product containing calcipotriol and betamethasone dipropionate with other topical treatments in psoriasis vulgaris. *Curr Med Res Opin* 2011, 27, 225-238.
25. Bogaczewicz J., Woźniacka A., Sysa-Jędrzejowska A.: Zastosowanie witaminy D, jej metabolitów i analogów w leczeniu dermatologicznym. *Przegl Dermatol* 2009, 96, 419-427.
26. Reich A., Szepietowski J. Porównawcza ocena krótkotrwałego leczenia ognisk łuszczycy plackowatej propionianem klobetazolu i acetonidem fluocinolonu. *Dermatol Klin* 2004, 6, 123-129.
27. Weinstein G. D., Krueger G. G., Lowe N. J., Duvic M., Friedman D. J., Jegasothy B. V., et al. Tazarotene gel, a new retinoid, for topical therapy of psoriasis: vehicle-controlled study of safety, efficacy, and duration of therapeutic effect. *J Am Acad Dermatol* 1997, 37, 85-92.
28. Roelofzen J. H., Aben K. K., Oldenhof U. T., Coenraads P. J., Alkemade H. A., van de Kerkhof P. C. i inni: No increased risk of cancer after coal tar treatment in patients with psoriasis or eczema. *J Invest Dermatol* 2010, 130, 953-961.
29. Mrowietz U., Kragballe K., Reich K., Spuls P., Griffiths C.E., Nast A. i inni: Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res* 2011, 303, 1-10
30. Murray H. E., Anhalt A. W., Lessard R., et al. A 12-month treatment of severe psoriasis with acitretin: results of a Canadian open multicenter study. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 598-602
31. Naldi L., Mercuri S.R. Epidemiology of comorbidities in psoriasis. *Dermatol Ther* 2010, 23, 114-118.
32. Pathirana D., Ormerod A. D., Saiag P., et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:5-70
33. Radtke M. A., Reich K., Blome C., Rustenbach S., Augustin M. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J EADV* 2009, 23, 683-691.
34. Rapp S.R., Feldman S.R., Exum M.L., Fleischer A.B. Jr, Reboussin D.M.: Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999, 41, 401-407.
35. Raychaudhuri S. K., Chatterjee S., Nguyen C., Kaur M., Jialal I., Raychaudhuri S. P. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with psoriatic arthritis. *Metab Syndr Relat Disord*. 2010;8(4):331-4
36. Reich K., Langley R. G., Papp K. A., et al. A 52-week trial comparing brodinumab with methotrexate in patients with psoriasis. *N Engl J Med* 2011;365: 1586-1596
37. Reich K., Mrowietz U. Treatment goals in psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007; 5: 566-74
38. Saurat J. H., Stingl G., Dubertret L., et al. Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs. methotrexate vs. placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). *Br J Dermatol* 2008; 158: 558-566
39. Sterry W., Strober B. E., Menter A. Obesity in psoriasis: the metabolic, clinical and therapeutic implications. Report of an interdisciplinary conference and review. *Br J Dermatol*. 2007;157(4):649-55
40. Sysa-Jędrzejowska A., Narbutt J. Ocena parametrów bezpieczeństwa leczenia łuszczycy cyklosporyną A w warunkach rutynowej praktyki lekarskiej. *Dermatol Klin*. 2007;9:192-194;
41. Narbutt J. Ocena wybranych parametrów jakości życia u chorych na łuszczyce leczonych cyklosporyną (preparatem Sandimmun Neoral®) - 12-tygodniowe obserwacje w warunkach ambulatoryjnej praktyki medycznej. Raport z badania. *Clinical Dermatology* 2013; 14: 165
42. Szepietowski J., Adamski Z., Chodorowska G., Gliński W., Placek W., Rudnicka L., Reich A., Kaszuba A. Leczenie łuszczycy zwyczajnej - rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część I: łuszczyca łagodna, łuszczyca wieku dziecięcego. *Przegl Dermatol* 2012, 99, 83-96
43. Voutilainen S., Nurmi T., Mursu J., Rissanen T. H. Carotenoids and cardiovascular health. *Am J Clin Nutr*. 2006;83(6):1265-71
44. Weisman S., Pollack C. R., Gottschalk R. W. Psoriasis disease severity measures: comparing efficacy of treatments for severe psoriasis. *J. Dermatol. Treat.*, 2003, 14, 158-165
45. Wolters M. Diet and psoriasis: experimental data and clinical evidence. *Br J Dermatol*. 2005;153(4):706-14
46. Zachariae H., Zachariae R., Blomqvist K., Davidsson S., Molin L., Mork C., et al. Quality of life and prevalence of arthritis reported by 5,795 members of the Nordic Psoriasis Associations. Data from the Nordic Quality of Life Study. *Acta Derm Venereol*. 2002;82(2):108-13
47. Zamirska A., Reich A., Berny-Moreno J., Salomon J., Szepietowski J. C.: Vulvar pruritus and burning sensation in women with psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2008, 88, 132-135.
48. Zhang X., Wang H., Te-Shao H., Yang S., Wang F. Frequent use of tobacco and alcohol in Chinese psoriasis patients. *Int J Dermatol*. 2002;41(10):659-62



Publikacja powstała dzięki wsparciu firmy Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.

ul. Łżecka 24, 02-135 Warszawa, Polska, tel. +48 22 237 60 00, fax +48 22 237 60 31, www.janssen.pl



www.luszczyca24.pl

Egzemplarz bezpłatny

PHPL/IMM/1014/0001