

O nowych wytycznych w leczeniu rogowacenia słonecznego opublikowanych przez Brytyjskie Towarzystwo Dermatologiczne mówi **dr hab. Monika Bowszyc-Dmochowska**, adiunkt w Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

## Rogowacenie słoneczne – zaktualizowane standardy terapii

**Czy każdy dermatolog powinien zapoznać się z nowymi wytycznymi i je stosować?**

Oczywiście, to dość obszerne, a zarazem syntetyczne i bardzo praktyczne opracowanie, uwzględniające również koszt i czas trwania terapii, dotyczące postępowania z pacjentami z ogniskami rogowacenia słonecznego, którzy również w Polsce stanowią znaczny odsetek pacjentów dermatologicznych.

**Jakie są najważniejsze zmiany w stosunku do zaleceń z 2007 r.?**

Nowe opracowanie jest znacznie szersze, uwzględnia m.in. nowe leki, które pojawiły się na rynku, np. mebutynian ingenolu, czy terapie skojarzone, np. 5-FU z kwasem salicylowym lub imikwimod z krioterapią. Więcej uwagi poświęca się także stopniowi zaawansowania

klinicznego pojedynczej zmiany – w skali trzystopniowej, specyficznej lokalizacji czy liczbie zmian lub dodatkowym czynnikiem ryzyka jako istotnym kryteriom w doborze metody leczenia oraz dalszej opieki nad chorym. Uwzględniono w nim też rolę lekarza pierwszego kontaktu oraz edukację pacjenta.

**Lekarz rodzinny ma częstszy kontakt z pacjentem w podeszłym wieku niż specjalista i podczas rutynowego badania może wychwycić „podejrzaną” zmiany na odsłoniętej skórze. Jeśli zmiana zaczyna krwawić, rosnąć, boleć lub staje się wyniosła, jest to powód do pilnego skierowania do specjalisty.**

**Jak wygląda leczenie choroby w Polsce w odniesieniu do wcześniejszych i uaktualnionych zaleceń? Czy warto byłoby coś poprawić?**

Trzeba przyznać, że nie jest źle. Większość metod stosowanych w Wielkiej Brytanii i wyszczególnionych w opracowaniu jest dostępna w Polsce, choć niestety preparaty miejscowe, takie jak imikwimod czy mebutynian ingenolu, są za drogie na kieszeń przeciętnego emeryta. Niewielu dermatologów stosuje terapię fotodynamiczną

i wymagające sali zabiegowej łyżeczowanie czy dermabrazję, obciążając tymi zabiegami zapracowanych chirurgów onkologicznych.



**Niełatwo zatem przenieść brytyjskie zalecenia na polski grunt, choćby pod względem dostępu do sprzętu i specjalistów – na przykład autorzy zalecają w pewnych przypadkach metodę fotodynamiczną...**

Jeśli chodzi o terapię fotodynamiczną, to dostępna jest jedynie w większych ośrodkach i to nie wszystkich, przeważnie nie „na fundusz”. Można w tym miejscu wspomnieć o stosowanej w niektórych zachodnich ośrodkach metodzie *daylight* PDT – terapii fotodynamicznej z wykorzystaniem słońca jako źródła promieniowania, co obniża koszty, ale oczywiście wymaga doświadczenia.

**Czy opublikowane zalecenia powinien znać także lekarz podstawowej opieki zdrowotnej?**

To bardzo obszerne opracowanie dotyczące głównie leczenia dermatologicznego. Oczywiście dobrze byłoby, aby lekarze podstawowej opieki zdrowotnej znali zagadnienie. Jednak w omawianym opracowaniu brakuje podstaw, a zwłaszcza obrazów klinicznych i różnicowania klinicznego, które

czasem może sprawiać trudności nawet specjalistom dermatologom i co ważne – nie sprowadza się do dyktanda: stan przedrakowy czy rak. Ale z drugiej strony, byłoby dobrze, gdyby lekarz pierwszego kontaktu orientował się w bogatym arsenale niechirurgicznych metod terapeutycznych, które dermatolog może zaproponować w leczeniu tej częstej choroby skóry.

**Kiedy lekarz rodzinny powinien leczyć czy obserwować zmiany, a kiedy powinien skierować pacjenta do specjalisty?**

Lekarz POZ powinien w pierwszej kolejności upewnić się, że ma do czynienia z rogowaceniem słonecznym, a nie inną dermatozą. Wskazana byłaby tu konsultacja dermatologiczna – a nie onkologiczna. Rogowacenie słoneczne jest traktowane jako stan przedrakowy o niskim ryzyku transformacji w inwazyjnego raka z możliwością spontanicznej regresji, ale do każdego przypadku należy podchodzić indywidualnie.

**Byłoby dobrze, gdyby lekarz pierwszego kontaktu orientował się w bogatym arsenale niechirurgicznych metod terapeutycznych, które dermatolog może zaproponować w leczeniu tej częstej choroby skóry.**

Jeśli pacjent ma zmiany dyskretne, I stopnia, pojedyncze i nie jest to pacjent leczony immunosupresyjnie lub z zaburzeniami odporności, zaleca się obserwację i stosowanie emolientów z fotoprotekcją. Jeśli mamy do czynienia z pojedynczą, ale bardziej zaawansowaną zmianą, np. typu rogowacenia słonecznego hiperplastycznego – typu rogu skórnoego, zmianę należy skonsultować ze specjalistą, który zastosuje odpowiednie leczenie. Chorych z licznymi zmianami, z inwazyjnym

rakiem skóry w wywiadzie, a zwłaszcza pacjentów w stanie immunosupresji i pacjentów już leczonych tzw. terapią pola, należy obserwować uważniej pod kątem nowych ognisk i rozwoju raków.

Lekarz rodzinny ma częstszy kontakt ze schorowanym pacjentem w podeszłym wieku niż specjalista i podczas rutynowego badania może wychwycić nowe „podejrzane” zmiany na odsłoniętej skórze. Jeśli zmiana zaczyna krwawić, rosnąć, boleć lub staje się wyniosła, zwłaszcza u chorego z grupy ryzyka, jest to powód do pilnego skierowania do specjalisty. Lekarz rodzinny powinien też się orientować lub zostać poinformowany o prawidłowych odczynach w przebiegu zastosowanego leczenia, np. obrzęku i pęcherzu po kriochirurgii, rumieniu, strupach i nadżerkach po imokwimodzie itp.

**Obecnie na świecie obserwuje się rozwój usług telemedycznych. Autorzy zaleceń cytują prace, według których teledermatologia stanowi efektywne narzędzie w diagnostyce rogowacenia słonecznego. Jakie jest Pani zdanie na ten temat?**

Z teledermatologią spotykamy się na co dzień. Coraz częściej pacjenci przychodzą do lekarza z dokumentacją fotograficzną swojej choroby w jej różnych fazach. Czasem też przesyłają ją MMS-em lub mailowo. Często robią to też lekarze chcący się poradzić kolegi po fachu. Jestem za włączeniem dokumentacji fotograficznej zmian skórnych u chorych dermatologicznych do oficjalnej dokumentacji medycznej, zwłaszcza w przypadkach, gdy zleca się badanie histopatologiczne lub immunopatologiczne. Jest to bardzo pomocne narzędzie, ale często nie oddaje w pełni obrazu choroby z powodu braku trzeciego wymiaru, realnej wielkości zmian, lokalizacji i dystrybucji wykwitów, jeśli są mnogie. W odniesieniu do rogowacenia słonecznego byłabym sceptyczna, ponieważ są to zmiany „niefotogeniczne”, mało widoczne na zwykłych zdjęciach, zwłaszcza dyskretne, mało zaawansowane ogniska koloru skóry, widoczne dopiero w bocznym oświetleniu, bardziej wyczuwalne niż zauważalne. Teledermatologia w tym przypadku wymagałaby dobrego aparatu i doświadczonego „fotografa”, aby oddać istotę choroby. Często dokumentacja fotograficzna przed leczeniem i po leczeniu rogowacenia słonecznego jest nieprzekonująca.

**Czy Pani zdaniem jesteśmy przygotowani do stosowania tego rodzaju technik? Czy w Polsce mamy odpowiednie zaplecze i przeszkolonych lekarzy?**

Od wielu lat dokumentujemy cyfrowo zarówno zmiany skórne u naszych chorych, jak i obrazy dermato-

skopowe, obrazy histopatologiczne i badania immunopatologiczne i w razie potrzeby przesyłamy je, ale są to raczej inicjatywy i archiwa prywatne. Lekarze przeszkolą się łatwo. Co do technologii i jednolitego systemu archiwizacji oraz przesyłania danych nie widzę zainteresowania w tym względzie ze strony zarządzających służbą zdrowia w Polsce. Dotyczy to zwłaszcza ułatwienia przepływu informacji między lekarzami.

**Autorzy opracowania zwracają uwagę na znaczenie samoobserwacji pacjentów i konsultowanie zmian z lekarzem...**

Samoobserwacja pacjentów jest bardzo ważna, zwłaszcza zwrócenie uwagi na wymienione wcześniej objawy, ale należy też uwzględnić starczo-wzroczność w omawianej grupie pacjentów, więc czasem przydaje się czujność opiekunów czy domowników.

**Polska leży w umiarkowanym klimacie.**

**Czy rogowacenie słoneczne w naszym kraju to duży problem?**

Tak. Z trzech powodów. Po pierwsze, polska populacja to ludzie o jasnej karnacji skóry, z fototypem 1–3. Po drugie, żyjemy coraz dłużej. Po trzecie, wielu naszych obecnych pacjentów to rolnicy i działkowicze latami ekspozowani na słońce, którzy o fotoprotekcji dowiedzieli się niedawno. Do tego dochodzą opalający się rok w rok na nadbałtyckich, czarnomorskich czy śródziemnomorskich plażach wczasowicze lub bywalczynie solariów.

**Czy liczba zachorowań w Polsce rośnie?**

Raczej tak, głównie z powodu starzenia się społeczeństwa. Nie wspomniałam o rosnącej populacji pacjentów przewlekłe leczonych immunosupresyjnie.

**Wiele osób bagatelizuje zmiany typu rogowacenia słonecznego, uważając, że są niegroźne. Czy dobrym rozwiązaniem byłoby okresowe ogólne badanie skóry przez lekarza rodzinnego?**

Badanie okresowe skóry pod kątem stanów przednowotworowych, nowotworów czy podejrzanych zmian melanocytarnych jest wskazane, zwłaszcza że zmiany te są niebolesne i we wczesnych stadiach mało charakterystyczne dla laika. Zalecenia te dotyczą już grup chorych o zwiększonym ryzyku, np. pacjentów po przeszczepach.

*Rozmawiał Marek Matacz*