Jacek Szepietowski
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Komentarz do rekomendacji diagnostyczno-terapeutycznych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego **dotyczących łuszczycy łagodnej**

Schorzenia skóry są częstą przyczyną zgłaszania się pacjentów po poradę lekarską. Obecny system opieki zdrowotnej w naszym kraju zakłada istotną rolę lekarza pierwszego kontaktu w prowadzeniu chorych z problemami dermatologicznymi. Pacjent ze zmianami na skórze trafia najpierw do lekarza rodzinnego, którego rolą jest prowadzenie skutecznego leczenia. W przypadkach mniej jasnych, trudnych diagnostycznie i terapeutycznie, chory jest przekazywany do lekarza specjalisty – dermatologa. System ten nie obowiązywał od samego początku wprowadzenia opieki lekarza pierwszego kontaktu; przez wiele lat zdecydowana większość pacjentów z problemami skórnymi trafiała od razu do dermatologa. Powyższa zmiana z pewnością wymusza zwrócenie większej uwagi lekarzy rodzinnych na choroby dermatologiczne oraz bardziej intensywną edukację w tym zakresie. Uczestnicząc jako nauczyciel czy wykładowca w procesie kształcenia osób odbywających specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej oraz w szerokim szkoleniu podyplomowym, odnoszę wrażenie, że wiedza z zakresu dermatologii jest jak najbardziej pożądana i oczekiwana w środowisku lekarzy pierwszego kontaktu.

W dzisiejszych czasach istnieje trend, a także w pewnym sensie konieczność, standaryzowania procesu diagnostycznego i terapeutycznego wielu jednostek chorobowych. W ten nurt wpisuje się też aktywność Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, które od szeregu lat publikuje rekomendacje dotyczące leczenia najczęstszych dermatoz. Rekomendacje te w miarę upływu lat i pojawiania się coraz to nowych danych literaturowych są systematycznie uaktualniane. W niniejszym komentarzu – omówieniu postaram się zwrócić Państwa uwagę na istotne elementy praktyczne wytycznych dotyczących leczenia łuszczycy łagodnej, przygotowanych przez grupę ekspertów, którą miałem przyjemność i zaszczyt kierować, opublikowanych na łamach „Przeglądu Dermatologicznego" w 2018 r. (Reich A., Adamski Z., Chodorowska G. i wsp. Łuszczyca. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część I: łuszczyca łagodna. Dermatol Rev/Przegl Dermatol 2018, 105, 225-243).

Łuszczyca (*psoriasis vulgaris*) to jedna z najczęstszych chorób skóry. Zapada na nią ok. 1–3% populacji kaukaskiej. Jest chorobą przewlekłą i nawrotową, a zmiany skórne, podobnie jak w innych dermatozach, często zlokalizowane są na odsłoniętych częściach ciała i stanowią przyczynę dużego dyskomfortu psychicznego. Nie muszę dodawać, że częsta lokalizacja zmian złuszczających się na

owłosionej skórze głowy, spadająca łuska, występujący u ok. 80% chorych uporczywy, przewlekły świąd skóry jeszcze dodatkowo potęgują ten stan. U wielu chorych rozwijają się objawy depresyjne, pacjenci są stygmatyzowani, mają poczcie odrzucenia społecznego, ich jakość życia jest zaburzona we wszystkich domenach, czyli w sferze mentalnej, fizycznej i funkcjonowania w społeczeństwie. Dzisiaj coraz częściej podkreśla się, że łuszczycy, szczególnie łuszczycy bardziej nasilonej, towarzyszą liczne procesy ogólnoustrojowe, m.in. zwiększone jest ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych. Powyższe dane dowodzą, że łuszczyca, nawet o niewielkim stopniu nasilenia, jest schorzeniem poważnym z punktu widzenia klinicznego i wymaga szczególnej atencji w całym procesie diagnostyczno-leczniczym.

Cieszę się, że temat leczenia łuszczycy łagodnej trafia na łamy pisma edukacyjnego przeznaczonego dla szerokiego grona lekarzy rodzinnych. To właśnie Państwo wielokrotnie stanowią pierwsze ogniwo w całym łańcuchu opieki nad chorym na łuszczycę. Myśląc nad koncepcją obecnego komentarza, zadawałem sobie pytanie – co może być Państwu w tych rekomendacjach szczególnie przydatne i co może stanowić pewien problem? Pozwolę sobie zacząć od podkreślenia, że wytyczne, o których mowa, dotyczą łuszczycy, a w szczególności łuszczycy łagodnej. Oznacza to, że najpierw u pacjenta musi być postawiona prawidłowa diagnoza łuszczycy, a następnie należy określić jej nasilenie kliniczne, aby wyselekcjonować chorych z łuszczycą łagodną. Pierwszy element – rozpoznanie – zazwyczaj nie nastręcza większych kłopotów. Rozpoznanie łuszczycy jest rozpoznaniem klinicznym, schorzenie to ma bardzo charakterystyczny, często jednoznaczny obraz i przebieg kliniczny. Jeśli na tym etapie natrafią Państwo na problemy, w przypadkach mniej typowych obrazów klinicznych, jednoznacznie zalecam skierowanie chorego do lekarza dermatologa. Muszę przyznać, że niekiedy i my, lekarze specjalizujący się w chorobach skóry, musimy się posiłkować badaniami dodatkowymi w przypadkach mało typowych. Takim klasycznym badaniem jest badanie histologiczne. Obraz histopatologiczny łuszczycy ma cechy charakterystyczne i często umożliwia przeprowadzenie skutecznego rozpoznania różnicowego. Podkreślam, że nie istnieją żadne markery, które byłyby pomocne w diagnostyce łuszczycy. Należy pamiętać, że w 15–30% przypadków łuszczycy towarzyszą zmiany stawowe. Najczęściej pojawiają się u chorych z istniejącymi już zmianami łuszczycowymi na skórze, mogą jednak powstawać jednocześnie z blaszkami łuszczycowymi lub nawet wyprzedzać zmiany skórne. Warto więc już na początku przynajmniej zapytać chorego o dolegliwości stawowe. Przy ich występowaniu można rozważyć skierowanie chorego na konsultację dermatologiczną czy reumatologiczną. Łuszczyca stawowa (łuszczycowe zapalenie stawów) wymaga bowiem odmiennego podejścia terapeutycznego. Proszę pamiętać, że nie ma jednoznacznej korelacji pomiędzy ciężkością zmian skórnych a ryzykiem wystąpienia dolegliwości stawowych. Tak jak rozpoznanie łuszczycy zazwyczaj nie jest trudne, tak już określenie klinicznego zaawansowania choroby może stanowić poważniejszy problem. Obecnie łuszczycę dzieli się na łuszczycę łagodną i umiarkowaną do ciężkiej. Brak jednoznacznych kryteriów rozróżniających łuszczycę o umiarkowanym i ciężkim nasileniu nie stanowi problemu, bo leczenie łuszczycy umiarkowanej do ciężkiej jest bardzo zbliżone. Należy jednak umieć odgraniczyć łuszczycę łagodną od łuszczycy umiarkowanej do ciężkiej. W mojej opinii „reguła dziesiątek", mimo wielu wysiłków edukacyjnych, nadal nie jest szeroko stosowana w środowisku dermatologicznym, trudno zatem oczekiwać jej powszechnego wykorzystywania wśród lekarzy rodzinnych. „Reguła dziesiątek" stanowi kombinację trzech skal: BSA (*Body Surface Area*), PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) oraz DLQI (*Dermatology Life Quality Index*). Zgodnie z tą regułą łuszczycę uznaje się za łagodną, jeśli powierzchnia zmian łuszczycowych nie przekracza 10% całego obszaru skóry, wskaźnik PASI wynosi poniżej 10 punktów oraz ocena jakości życia zależnej od dolegliwości skórnych według skali DLQI jest poniżej 10 punktów. Najprostsza do przeprowadzenia wydaje się skala oceny rozległości zmian łuszczycowych, jesteśmy bowiem przyzwyczajeni do stosowania systemu „powierzchnia dłoni – 1%" w weryfikacji rozległości zmian. Bardzo zachęcam Państwa do zaznajomienia się ze skalą DLQI zaproponowaną przez grupę prof. Andreya Finlaya, która służy do oceny jakości życia u chorych z problemami skórnymi. Zwrócę uwagę, że kwestionariusz ten może być wykorzystywany we wszystkich chorobach skóry, ma więc znacznie szersze zastosowanie niż tylko w łuszczycy. Jest prosty, składa się jedynie z dziesięciu pytań i co bardzo ważne – nie jest czasochłonny. Ostatnia skala – PASI – wymaga zaznajomienia się i pewnego doświadczenia. W miarę jej stosowania staje się to coraz prostsze i szybsze. Ktoś mógłby zapytać, dlaczego przywiązuję tak dużą

wagę do poprawnej oceny nasilenia klinicznego łuszczycy. Łuszczyca to schorzenie ze spektrum zmian skórnych. Leczenie łuszczycy umiarkowanej do ciężkiej jest odmienne od klasycznego postępowania u chorych z łuszczycą łagodną. Stoję na stanowisku, że zdecydowana większość chorych z łuszczycą umiarkowaną do ciężkiej wymaga leczenia ogólnoustrojowego, a niewprowadzenie takiej terapii można uznać nawet za zaniedbanie lekarskie. Jak Państwo widzą, poprawna ocena ciężkości łuszczycy ma ogromne znaczenie i jednoznaczne implikacje terapeutyczne. Niejednokrotnie spotykam się ze stanowiskiem, że lekarze są w stanie dokonać oceny nasilenia klinicznego łuszczycy poprzez ogólne badanie podmiotowe i przedmiotowe. Niewątpliwie doświadczenie kliniczne może sprzyjać takiemu postępowaniu, nie pozwala jednak na dokumentację ciężkości schorzenia według obecnych standardów.

Z wytycznych terapeutycznych łuszczycy łagodnej wynika, że podstawowym postępowaniem klinicznym, u zdecydowanej większości chorych wystarczającym do uzyskania pożądanego efektu leczniczego, jest stosowanie preparatów miejscowych. Zalecenia podzielono w zależności od typu łuszczycy, zazwyczaj uwzględniając lokalizację zmian skórnych.

U chorych ze zmianami zlokalizowanymi na skórze gładkiej można stosować cały panel preparatów miejscowych – kortykosteroidy, cygnolinę, preparat łączony kalcypotriolu z betametazonem. Rekomendacje dotyczą szczególnie stosowania preparatu łączonego zawierającego pochodne witaminy D_3 – kalcypotriolu i silnego kortykosteroidu – betametazonu. Według mojej wiedzy jest to dzisiejszy złoty standard leczenia zmian łuszczycowych. Może być aplikowany na obszar obejmujący do 30% powierzchni całej skóry. Zaletą leku jest wysoka skuteczność kliniczna, szybki początek działania oraz istotnie lepsza tolerancja w porównaniu z poszczególnymi składnikami. Terapia kortykosteroidami, szczególnie o dużej i bardzo dużej sile działania (takie bowiem leki chcemy stosować w łuszczycy), obarczona jest wieloma działaniami niepożądanymi, w tym zanikiem skóry. Połączenie kortykosteroidu z kalcypotriolem nie tylko wpływa na zmniejszenie ryzyka działania atrofogennego, lecz także redukuje działanie drażniące, często obserwowane przy monoterapii pochodnymi witaminy D_3. Roczne dane odnoszące się do bezpieczeństwa tego preparatu (najdłuższy udokumentowany okres leczenia miejscowego w łuszczycy) wskazują na dobrą tolerancję i przemawiają za jego stosowaniem. Należy też podkreślić, że uzyskanie refundacji, o którą środowisko dermatologiczne przez długi czas usilnie zabiegało, umożliwia dzisiaj znacznie szersze stosowanie tego leku w codziennej praktyce klinicznej. Nie można też zapominać o możliwości stosowania cygnoliny. Jest to lek skuteczny i bezpieczny, ale w dzisiejszych czasach widzę możliwość jego szerszego stosowania raczej tylko w lecznictwie zamkniętym. Możliwość pobrudzenia odzieży, wywoływanie podrażnienia i przebarwienia skóry stanowią istotne ograniczenia w stosowaniu cygnoliny. Jeżeli zdecydują się Państwo na zastosowanie miejscowej kortykosteroidoterapii, to obecne zalecenia sugerują aplikację silnych kortykosteroidów (istotny jest efekt nie tylko przeciwzapalny, lecz także antyproliferacyjny), ale przez krótki okres. Chciałbym zwrócić uwagę, że przed zastosowaniem preparatów redukujących zaleca się zaaplikowanie środków keratolitycznych znoszących nawarstwione łuski, co sprzyja skutecznemu dalszemu leczeniu, a wręcz je umożliwia. Należy jednak unikać środków keratolitycznych z kwasem salicylowym przed planowanym leczeniem pochodnymi witaminy D_3, bo ich działanie w środowisku kwaśnym jest niwelowane.

Leczenie zmian na owłosionej skórze głowy ma swoją specyfikę. Obecność włosów utrudnia dostęp do ognisk łuszczycowych i warunkuje stosowanie leków na odpowiednich, bardziej płynnych podłożach, takich jak żele, roztwory, szampony czy pianki. Polskie Towarzystwo Dermatologiczne rekomenduje leczenie owłosionej skóry głowy również preparatem łączonym kalcypotriol-betametazon na podłożu żelowym lub kortykosteroidami, dostępnymi w monoterapii i w połączeniu ze środkami złuszczającymi, w roztworach, szamponach i piankach. Z metod alternatywnych na uwagę zasługuje używanie szamponów dziegciowych.

Szczególną lokalizację w lecznictwie dermatologicznym stanowi twarz. Ma to istotne znacznie przy stosowaniu miejscowych kortykosteroidów, bowiem skóra twarzy jest delikatna i podatna na działania niepożądane. Skóra twarzy, chociaż niezbyt często, może być objęta procesem łuszczycowym. W takich przypadkach warto rozważyć stosowanie miejscowych inhibitorów kalcyneuryny (stosowanie pozarejestracyjne). Zmiany łuszczycowe na twarzy mają zazwyczaj charakter zapalny z mniej wyrażonym komponentem nadmiernej proliferacji, dlatego ważne miejsce w ich terapii zajmują leki przeciwzapalne, takie jak inhibitory kalcyneuryny, głównie silniej działający takrolimus. Oczywiście można też

posłużyć się miejscowymi kortykosteroidami, ale proszę ograniczyć się do preparatów o małej i średniej sile działania. Zalecenia dotyczące łuszczycy twarzy odnoszą się też do łuszczycy odwróconej, gdzie zmiany zlokalizowane są nietypowo – w zgięciach i fałdach skóry.

Rekomendacje dotyczące leczenia łuszczycy łagodnej obejmują też postępowanie w łuszczycy dłoni i stóp. Coraz więcej danych przemawia za tym, że jest to odmienna postać łuszczycy zwyczajnej, znacznie bardziej oporna na leczenie. Niejednokrotnie wymagane jest też przeprowadzenie diagnostyki różnicowej z przewlekłym wypryskiem (badanie histologiczne). W takich mniej jasnych przypadkach zalecałbym jak najszybsze skierowanie chorego do dermatologa. Skóra dłoni i stóp jest szczególnie gruba, znacznie grubsza niż w innych okolicach skóry, a warstwa rogowa istotnie utrudnia penetrację leku. Przy leczeniu tej postaci łuszczycy warto rozważyć aplikację preparatu miejscowego w opatrunku zamkniętym, tzw. opatrunku okluzyjnym, który zapewnia lepsze dotarcie leku w głąb skóry. Rekomendacje zalecają stosowanie silnych preparatów kortykosteroidowych (w monoterapii lub łączonych z keratolitykami) oraz preparatu łączonego kalcypotriol-betametazon. W razie braku zadowalającego efektu klinicznego polecamy dołączenie światłolecznictwa, a to wiąże się z przekazaniem chorego do wyspecjalizowanej placówki dermatologicznej. Łuszczyca dłoni i stóp może towarzyszyć zmianom łuszczycowym w innej lokalizacji lub być formą izolowaną schorzenia.

Jestem przekonany, że zaktualizowane wytyczne dotyczące leczenia łuszczycy łagodnej będą przydatne w Państwa codziennej praktyce. Mam nadzieję, że mój komentarz – omówienie wytycznych, przybliży rekomendacje Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego lekarzom rodzinnym. Zaznaczam jednak, że są to jedynie sugestie mające na celu ułatwienie decyzji klinicznych i wyboru opcji leczniczej. Ostateczna decyzja, wynikająca również z Państwa praktyki i doświadczenia klinicznego, należy do Państwa. Jako przedstawiciel środowiska dermatologicznego jestem pewien, że w przypadku konieczności wsparcia merytorycznego zawsze mogą Państwo liczyć na kolegów dermatologów na terenie całego kraju.

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. Jacek Szepietowski
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. T. Chałubińskiego 1
50-368 Wrocław
e-mail: jacek.szepietowski@umed.wroc.pl