

## ARTYKUŁ POGLĄDOWY

**Irena Walecka**

Klinika Dermatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

# Leczenie pacjenta z łuszczycą w gabinecie lekarza rodzinnego

## Treatment of a patient with psoriasis in the family doctor's office

### Streszczenie

Łuszczycą jest przewlekłą, nawracającą chorobą zapalną skóry dotyczącą 1–3% populacji światowej. Szacuje się, że ok. 80% pacjentów ma łuszczycę łagodną, a 20% umiarkowaną lub ciężką. U około 5–30% pacjentów z łuszczycą występuje łuszczycowe zapalenie stawów. Leczenie determinują przede wszystkim typ i przebieg łuszczycy oraz wyniki badań dodatkowych. Pacjenci z niewielkim nasileniem zmian skórnych wymagają jedynie leczenia miejscowego, ewentualnie połączonego z fototerapią. Do najczęściej stosowanych preparatów miejscowych należą glikokortykosteroidy, kalcipotriol w połączeniu z betametazonem, cygnolina, dziegieć, pochodne witaminy A (tazaroten), inhibitory kalcyneuryny. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w terapii miejscowej najczęściej zalecany jest kalcipotriol w połączeniu z betametazonem. Połączenie to jest dostępne w formie żelu, maści, a ostatnio także w formie piany, która to postać galenowa od września 2019 r. jest refundowana (refundacja 30%). Pacjenci z łuszczycą umiarkowaną do ciężkiej powinni być leczeni fototerapią, lekami ogólnymi (cyklosporyna, metotreksat, acytretyna) lub lekami biologicznymi. Ostateczną decyzję o rodzaju zastosowanego leczenia podejmuje lekarz.

### Słowa kluczowe

łuszczycą, leczenie, wytyczne

### Abstract

Psoriasis is a chronic, recurrent, inflammatory skin disease affecting approximately 1–3% of the world population. It is estimated that in about 80% of patients, psoriatic skin lesions are mild, and 20% are moderate to severe. According to estimates, approximately 5–30% of patients with psoriasis develop psoriatic arthritis. The method of treatment is mainly determined by the type and history of psoriasis and additional tests. Patients with psoriatic lesions of mild intensity can be treated only with topical medications, eventually combined with phototherapy. The most commonly used topical drugs include glucocorticosteroids, calcipotriol in combination with betamethasone, dithranol, tars and vitamin A derivatives (tazarotene), calcineurin inhibitors. According to diagnostic and therapeutic recommendations of the Polish Dermatological Society, in topical therapy the most commonly used drug is the combination of calcipotriol and betamethasone. This combination is available in gel base, ointment and recently also foam, the latter galenic form is reimbursement in Poland from the 30 of September 2019. Patients with moderate to severe psoriasis should be treated with phototherapy, classic anti-psoriatic drugs (methotrexate, cyclosporine, acitretin), or biologics substances. The final decision regarding the use of a particular therapy is always made by the physician.

### Key words

psoriasis, treatment, guidelines

Łuszczyca jest przewlekłą, nawracającą chorobą zapalną skóry dotyczącą 1–3% populacji światowej (częściej występuje u rasy białej) [1]. W Polsce na łuszczycę choruje ok. 1,2 mln osób. Może ona wystąpić w każdym wieku, u 80% pacjentów pojawia się pomiędzy 20. a 40. rokiem życia – to tzw. typ I łuszczyca, w typie II pierwsze zmiany pojawiają się ok. 60. roku życia. Szacuje się, że ok. 80% pacjentów ma łuszczycę łagodną, a 20% umiarkowaną lub ciężką. U ok. 5–30% chorych na łuszczycę występuje łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), przy czym choroba ta dotyka zarówno pacjentów z łuszczycą łagodną, umiarkowaną, jak i ciężką [1]. Łuszczyca stawowa może dotyczyć tylko stawów – bez manifestacji skórnych, a dopiero po wielu latach mogą dołączyć się zmiany skórne, częściej jednak zmiany skórne poprzedzają wystąpienie zmian stawowych, dlatego też pacjenci ze zmianami skórными o charakterze łuszczyca powinni być raz w roku oceniani pod kątem ŁZS [2, 3].

Łuszczyca cechuje się zwiększoną proliferacją naskórka, co klinicznie manifestuje się w postaci czerwonych grudek pokrytych łuską, zlewających się w blaszki łuszczycowe lub w innej odmianie zmian krostkowych. Etiologia łuszczyca nie jest do końca poznana, bierze się pod uwagę czynniki genetyczne, podłoże immunologiczne oraz czynniki środowiskowe. Prawdopodobieństwo zachorowania potomstwa, jeżeli choruje jedno z rodziców, wynosi ok. 30%, a jeżeli obydwój rodziców – już ok. 70%. Łuszczyca najczęściej zajmuje owłosioną skórę głowy, kończyny dolne i górne, tułów, a w niektórych przypadkach także okolice szczególne, takie jak pachy, pachwiny, twarz, paznokcie. Rozpoznanie łuszczyca w typowych lokalizacjach nie stanowi problemu klinicznego i opiera się na ocenie morfologii oraz umiejscowienia zmian skórnych. W przypadku wątpliwości co do rozpoznania wskazane jest badanie histopatologiczne wycinka ze zmian skórnych. Łuszczyca niesie ze sobą zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń metabolicznych (takich jak: otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej), choroby sercowo-naczyniowej i miażdżycy, dlatego zarówno dieta, jak i utrzymanie odpowiedniej masy ciała oraz ćwiczenia fizyczne mają istotny wpływ na przebieg choroby [4–8]. Stan skóry w bardzo dużym stopniu wpływa na psychikę pacjenta i jego relacje z otoczeniem, dlatego niejednokrotnie łuszczyca jest przyczyną obniżonego nastroju, depresji i myśli samobójczych. Leczenie zależy przede wszystkim od typu i przebiegu łuszczyca oraz wyników badań dodatkowych,

na podstawie których wybiera się właściwą metodę leczenia. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (PTD) [9] rozpoznanie łuszczyca zwykłej o nasileniu łagodnym ustala się, gdy pacjent ma mniej niż 10 pkt we wskaźnikach PASI, BSA i DLQI. Chorzy ze zmianami skórными o niewielkim nasileniu wymagają jedynie leczenia miejscowego, ewentualnie połączonego z fototerapią [9]. Wyjątek mogą stanowić pacjenci ze zmianami w tzw. lokalizacjach szczególnych (paznokcie, owłosiona skóra głowy, okolica anogenitalna).

Pacjenci z łuszczycą umiarkowaną do ciężkiej (PASI, BSA lub DLQI > 10 pkt) powinni być leczeni fototerapią, lekami ogólnymi (cyklosporyna, metotreksat, acytretyna) lub lekami biologicznymi [9]. W leczeniu zmian łuszczycowych o niewielkim nasileniu zastosowanie znajdują przede wszystkim leki miejscowe. W przypadku większej liczby ognisk chorobowych do terapii miejscowej można dołączyć fototerapię. Leki miejscowe rekomendowane są także w przypadku „resztkowych” zmian łuszczycowych po leczeniu ogólnym [9]. Do najczęściej stosowanych preparatów miejscowych należą glikokortykosteroidy, kalcypotriol w połączeniu z betametazonem, cygnolina, dziegcie, pochodne witaminy A (tazaroten), inhibitory kalcyneuryny.

Początkowo w celu usunięcia nawarstwień łusek pokrywających zmiany łuszczycowe zaleca się preparaty keratolityczne zawierające mocznik, kwas salicylowy, kwas mlekowy i/lub siarkę [9]. W trakcie terapii łuszczyca pomocne jest stosowanie emolientów, które zmniejszają nasilenie łuszczenia i świąd [9].

Zgodnie z rekomendacjami PTD w terapii miejscowej najczęściej stosuje się kalcypotriol w połączeniu z betametazonem ze względu na synergizm działania przeciwłuszczycowego, dużą skuteczność, szybki początek działania i małe ryzyko podrażnień. Według ekspertów kalcypotriol może przynajmniej częściowo odwracać atrofogeny wpływ często i przewlekle stosowanych glikokortykosteroidów. Według danych z piśmiennictwa połączenie kalcypotriolu z dipropionianem betametazonu jest najskuteczniejszą opcją leczenia miejscowego łuszczyca [9]. Połączenie to jest dostępne w formie żelu, maści, a ostatnio także w formie piany, która to postać galenowa od września 2019 r. podlega refundacji (refundacja 30%), przez co jest coraz bardziej popularna wśród lekarzy i pacjentów. Połączenie kalcypotriolu z dipropionianem betametazonu w formie piany stosuje się u osób powyżej 18. roku życia raz na dobę, bezpośrednio na miejsca

zmienione chorobowo, maksymalna dawka dobową to 15 g, a powierzchnia skóry poddanej terapii nie powinna przekraczać 30% powierzchni ciała [10]. Preparat jest przeciwwskazany u pacjentów z erytrodermią i łuszczycą krostkową. Stosuje się go zarówno na skórę gładką, jak i na owłosioną skórę głowy. Dostępne są badania potwierdzające długoterminowe (12-miesięczne) bezpieczeństwo i skuteczność takiej terapii [11]. Zgodnie z piśmiennictwem połączenie kalcyotropolu z dipropionianem betametazonu może być bezpiecznie stosowane u dzieci od 12. roku życia, przy czym należy podkreślić, że jest to leczenie poza wskazaniami rejestracyjnymi, a rekomendowany czas terapii wynosi 4 tygodnie. Łatwość aplikacji, dogodna forma piana, przyjemny zapach i dostępna cena sprawiają, że preparat ten jest bardzo chętnie stosowany przez dermatologów.

W każdym przypadku to lekarz prowadzący leczenie podejmuje ostateczne decyzje co do wyboru terapii w zależności od aktualnych potrzeb pacjenta i jego stanu klinicznego, opierając się na bieżących doniesieniach naukowych.

#### Piśmiennictwo

1. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31: 205-212.
2. Radtke MA, Reich K, Blome C i wsp. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 683-691.
3. Augustin M, Eissing L, Langenbruch A i wsp. The German National Program on Psoriasis Health Care 2005-2015: results and experiences. *Arch Dermatol Res* 2016; 308: 389-400.
4. Strohal R, Kirby B, Puig L; Psoriasis Expert Panel. Psoriasis beyond the skin: an expert group consensus on the management of psoriatic arthritis and common comorbidities in patients with moderate-to-severe psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014; 28: 1661-1669.
5. Boehncke WH, Boehncke S, Tobin AM, Kirby B. The "psoriatic march": a concept of how severe psoriasis may drive cardiovascular comorbidity. *Exp Dermatol* 2011; 20: 303-307.
6. Coimbra S, Catarino C, Santos-Silva A. The triad psoriasis-obesity-adipokine profile. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30: 1876-1885.
7. Armstrong EJ, Harskamp CT, Armstrong AW. Psoriasis and major adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Heart Assoc* 2013; 2: e000062.
8. Miller IM, Ellervik C, Yazdanyar S, Jemec GB. Meta-analysis of psoriasis, cardiovascular disease, and associated risk factors. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69: 1014-1024.
9. Reich A, Adamski Z, Chodorowska G i wsp. Psoriasis. Diagnostic and therapeutic recommendations of the Polish Dermatological Society. Part I: Mild psoriasis. *Dermatol Rev/Przegl Dermatol* 2018; 105: 225-243.
10. Charakterystyka Produktu Leczniczego Enstilar piana.
11. Luger TA, Cambazard F, Larsen FG i wsp. A study of the safety and efficacy of calcipotriol and betamethasone dipropionate scalp formulation in the long-term management of scalp psoriasis. *Dermatology* 2008; 217: 321-328.

#### Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Irena Walecka  
Klinika Dermatologii  
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA  
ul. Wołoska 137  
02-507 Warszawa  
e-mail: irena.walecka@cskmswia.pl