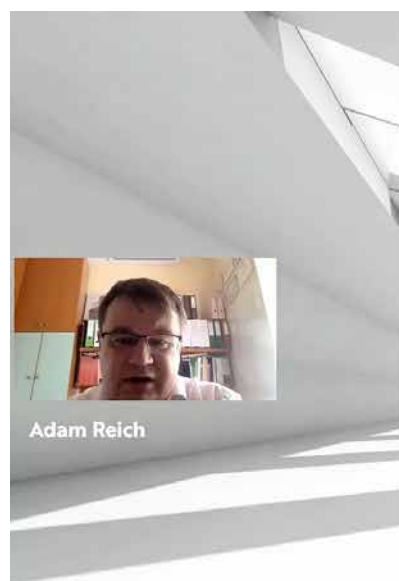


DERMATOLOGIA

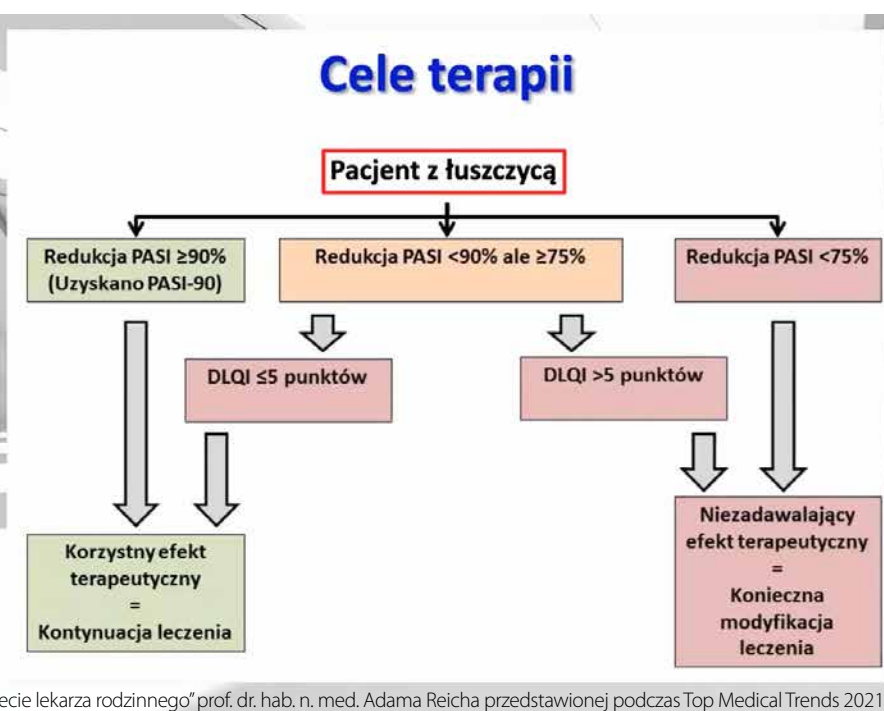
Iwona Kazimierska

W jakich sytuacjach lekarz rodzinny może leczyć chorego na łuszczycę

– Łuszczycą jest chorobą o różnych obliczach, istnieje wiele jej odmian klinicznych. Łagodne postaci, ograniczone do skóry łokci, kolan i okolicy lędźwiowo-krzyżowej to te przypadki, którymi lekarz rodzinny z powodzeniem może się zająć – mówi prof. dr hab. n. med. Adam Reich, kierownik Zakładu i Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego.



Slajd pochodzi z prezentacji „Łuszczycyca w gabinecie lekarza rodzinnego” prof. dr. hab. n. med. Adama Reicha przedstawionej podczas Top Medical Trends 2021



Rozpoznanie łuszczycy ustala się na podstawie obrazu klinicznego. Biopsja skóry z oceną histologiczną powinna być wykonana w przypadkach, kiedy diagnoza budzi wątpliwości.

Choroba ogólnoustrojowa

– Ogniska rumieniowo-złuszczające w okolicy kolan, łokci, skóry owłosionej głowy czy lędźwiowo-krzyżowej to klasyczny obraz zmian łuszczycowych. Symetryczne występowanie w tych miejscach zmian chorobowych może nasuwać podejrzenie łuszczycy – przypomina prof. Adam Reich.

Aktualna wiedza pozwala na stwierdzenie, że łuszczycą to nie tylko choroba skóry, lecz także choroba ogólnoustrojowa. Pacjenci mogą mieć zmiany zapalne w stawach – kręgosłupa, palczkowych, w zakresie przyczepów ścięgniętych. Może także rozwinąć się u nich okaleczające zapalenie stawów. Czasami są to zmiany trudne do różnicowania z chorobą zwyrodnieniową stawów.

– Jeśli chory na łuszczycę zgłasza dolegliwości bólowe, obrzęki, sztywność poranną w obrębie stawów, zalecam skierowanie go do specjalisty reumatologa lub dermatologa – mówi prof. Adam Reich.

Cele terapeutyczne

Chorzy na łuszczycę łagodną mogą być z powodzeniem leczeni przez lekarzy rodzinnych, jeżeli natomiast zachodzi konieczność włączenia do terapii leków systemowych, takich jak metotreksat, cyklosporyna, acytrytyna, czy leków biologicznych, powinien to zrobić specjalista.

– Zgodnie z kryteriami zaproponowanymi w 2020 r. przez Amerykańską Akademię Dermatologii (American Academy of Dermatology – AAD) łuszczycę łagodną diagnozujemy, jeżeli obszar skóry objętej zmianami łuszczycowymi nie przekracza 10 proc. Ja nieco zmodyfikowałem to zalecenie. Uważam, że ten obszar należy ograniczyć do 5 proc. Jeżeli jest większy, chorego powinien leczyć dermatolog. Podobnie jak w przypadkach, gdy zmiany chorobowe występują w szczególnych lokalizacjach, tzn. na twarzy, w okolicach zgięciowych, pachwinach, szparze pośladkowej, na skórze owłosionej głowy, dłoniach i stopach – radzi prof. Adam Reich. – Brak poprawy po leczeniu miejscowym to także sygnał, że należy skierować pacjenta do specjalisty – dodaje. Cel terapeutyczny to całkowite ustąpienie zmian skórnych lub duża poprawa kliniczna i zadowolenie pacjenta z leczenia wyrażone wskaźnikiem DLQI (poniżej 5 pkt), który służy do oceny jakości życia chorego na łuszczycę warunkowanej zmianami skórnymi. – Niekoniecznie trzeba sięgać po tę skalę. Wystarczy zapytać pacjenta, czy efekt leczenia – nawet jeżeli jeszcze nie ma pełnego ustąpienia zmian – jest dla niego satysfakcjonujący. Jeżeli tak, uznajemy, że leczenie jest wystarczające i możemy je kontynuować. W przypadku niezadowolenia pacjenta należy zmienić leki lub skierować go do specjalisty – mówi ekspert.

Zalety terapii skojarzonej

W łuszczycy łagodnej, a stanowi ona ok. 80–85 proc. przypadków, rekomendowana jest terapia miejscowa. Najczęściej stosuje się połączenie kalcyotropolu (ana-

”

Nie można zapominać, że łuszczycą jest przyczyną ogromnego cierpienia chorych. Głównym objawem, na który się skarżą, jest nasilony świąd skóry. Jedno z badań pokazuje, że preparat łączony powoduje istotną redukcję świądu w porównaniu z samym podłożem. Udowodniono zatem, że nie jest to efekt działania podłoża, ale substancji aktywnych

log witaminy D₃) z dipropionianem betametazonu (kortykosteroid), głównie ze względu na synergizm działania, dużą skuteczność, szybki początek działania i niskie ryzyko podrażnień skóry. Połączenie kalcyotropolu z betametazonem jest dostępne w podłożu żelowym, maściowym oraz w formie piany.

– Działanie synergistyczne tego połączenia lekowego polega na tym, że kalcyotropiol hamuje proliferację keratynocytów i normalizuje różnicowanie tych komórek, natomiast dipropionian betametazonu jako silny steryd działa przeciwzapalnie, przeciwświądowo i immunomodulująco – tłumaczy prof. Adam Reich.

– Istnieją dane wskazujące, że połączenie tych dwóch substancji ogranicza także wystąpienie działań niepożądanych. Z jednej strony betametazon jako lek o właściwościach przeciwzapalnych będzie ograniczał ryzyko podrażnień spowodowanych przez kalcyotropiol, z drugiej strony kalcyotropiol zmniejszy ryzyko wystąpienia typowych działań posteroïdowych, przede wszystkim atrofizacji naskórka i skóry właściwej – dodaje ekspert.

Terapia proaktywna zmniejsza ryzyko nawrotów

Skojarzenie kalcyotropolu i betametazonu stosowane w długoterminowej terapii łuszczycy ma najwyższe rekomendacje. – Nie chodzi nam tylko o krótkotrwałą poprawę kliniczną, ale o kontrolowanie objawów przez dłuższy czas. Takie połączenie lekowe w postaci piany zostało zarejestrowane w tzw. terapii proaktywnej, kiedy po aktywnym okresie leczenia zalecamy kontynuowanie terapii

ZACZNIJ | UTRZYMAJ

**SKUTECZNE LECZENIE
AKTYWNYCH ZMIAN¹⁻⁵**

Wyższa skuteczność leczenia łuszczycy
w porównaniu z połączeniem kalcyotropolu
i betametazonu w postaci maści³ i żelu⁴
oraz klobetazolem w postaci kremu⁵

1 raz dziennie przez 4 tygodnie



**TERAPIA PROAKTYWNA
ABY UTRZYMAĆ REMISJĘ⁶**

Więcej dni w remisji w ciągu całego roku
(w porównaniu z leczeniem reaktywnym)⁶

**2 razy w tygodniu
w terapii podtrzymującej**

Odpłatność dla pacjenta: 30%
Cena dla pacjenta za 60 g: 96,37 zł

Enstilar[®] jest jedynym lekiem miejscowym w łuszczycy, którego skuteczność kliniczną w leczeniu reaktywnym porównano ze skutecznością terapii proaktywnej w okresie 52 tygodni, w badaniu III fazy

Enstilar[®]
kalcyotropiol + betametazon



DERMATOLOGIA

Jeśli nie masz pewności co do rozpoznania, skieruj pacjenta do dermatologa.
Pacjent z łuszczycą może mieć objawy także innych chorób dermatologicznych.
Pierwszorazowe rozpoznanie łuszczycy powinno zostać potwierdzone przez specjalistę.
Właściwe rozpoznanie jest podstawą sukcesu terapeutycznego.

dwa razy w tygodniu. Nie mamy gwarancji, że choroba już nigdy nie wróci, ale ryzyko nawrotu jest przy takim postępowaniu zdecydowanie mniejsze. Oczywiście, gdy objawy chorobowe powrócą, ponownie intensyfikujemy leczenie, stosując preparat raz dziennie – wyjaśnia prof. Adam Reich.

Profesor przypomina, że według danych z badań po zastosowaniu preparatu łączonego w pianie w terapii proaktywnej ryzyko nawrotu choroby jest istotnie mniejsze niż w sytuacji, kiedy leczenie zostaje przerwane aż do nawrotu zmian łuszczycowych. Zdecydowanie wydłuża się też okres remisji, w którym chory nie ma zmian skórnych. Nie można zapominać, że łuszczycą jest przyczyną ogromnego cierpienia chorych. Głównym objawem, na który się skarżą, jest nasilony świąd skóry. Jedno z badań pokazuje, że preparat łączony powoduje istotną redukcję świądu w porównaniu z samym podłożem. Udowodniono zatem, że nie jest to efekt działania podłoża, ale substancji aktywnych.

Inne leki miejscowe

Glikokortykosteroidy (GKS) miejscowe w monoterapii są rekomendowane jako leczenie krótkotrwałe, zazwyczaj stosowane na początku w celu uzyskania szybszego ustąpienia zmian łuszczycowych. Stosowanie najsilniejszego GKS, propionianu klobetazolu, jest zalecane jedynie w przypadku opornych ognisk łuszczycowych, niereagujących na inne leki miejscowe.



Fot. Termedia

„ prof. Adam Reich: Działanie synergistyczne tego połączenia lekowego polega na tym, że kalcypotriol hamuje proliferację keratynocytów i normalizuje różnicowanie tych komórek, natomiast dipropionian betametazonu jako silny steryd działa przeciwzapalnie, przeciwswiądowo i immunomodulująco



Fot. istockphoto

W leczeniu łuszczycy skóry gładkiej można wykorzystać również inne preparaty: cygnolinę (duże ryzyko podrażnień, powinna być stosowana pod nadzorem dermatologa), dziegcie, pochodne witaminy D₃ (niezbyt duża skuteczność w monoterapii), syntetyczne pochodne witaminy A (nieodstępne w Polsce, choć zalecane). Inhibitory kalcyneuryny (pimekrolimus, takrolimus) są zarejestrowane do leczenia atopowego zapalenia skóry (AZS), mogą jednak stanowić cenne uzupełnienie miejscowej terapii łuszczycy, zwłaszcza w przypadku konieczności leczenia

zmian chorobowych na twarzy oraz w okolicy narządów płciowych. Inhibitory kalcyneuryny zaleca się także w łuszczycy odwróconej do stosowania w fałdach i zgięciach stawowych.

– Jeżeli chcemy zastosować te leki, myślę głównie o takrolimucie, u chorych na łuszczycę, to mamy obowiązek poinformować ich, że leczymy poza wskazaniami. Ze względu na budowę tych cząsteczek, zalecamy je na miejsca, gdzie skóra jest relatywnie cienka, czyli zgięcia stawowe, okolice fałdów skórnych i ewentualnie na skórę twarzy – przypomina prof. Adam Reich. ■

W okolicach fałdów lub zgięć stawowych nie należy stosować preparatów cygnoliny i dziegci ze względu na możliwość podrażnienia skóry. W przypadku niepowodzenia leczenia miejscowego, zwłaszcza przy dużym nasileniu zmian, może być konieczne rozpoczęcie leczenia ogólnego.

Łuszczycą dłoni i stóp charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem, nierzadko opornością na stosowane leczenie. Z tego powodu częściej niż w innych odmianach łuszczycy sięga się po leczenie ogólne, nawet jeśli nie zostaną spełnione kryteria ciężkości choroby upoważniające do rozpoznania łuszczycy umiarkowanej do ciężkiej. W łuszczycy paznokci, jeżeli zajęta jest jedna płytko paznokciowa, na początku można spróbować terapii miejscowej połączeniem kalcypotriolu z dipropionianem betametazonu albo silnym kortykosteroidem w połączeniu z lekami keratolitycznymi. Jeśli po mniej więcej 3 miesiącach takiej terapii nie ma istotnej poprawy, należy uznać leczenie miejscowe za nieskuteczne i rozpocząć leczenie systemowe.

W łuszczycy skóry owłosionej głowy stosuje się głównie dwa typy preparatów: połączenie kalcypotriolu z dipropionianem betametazonu w podłożu żelowym lub w pianie, ewentualnie kortykosteroidy miejscowe o średniej i dużej sile działania (w monoterapii lub w połączeniu z lekami keratolitycznymi) w postaci roztworów, szamponów oraz pianek.



Fot. istockphoto

„ Aktualna wiedza pozwala na stwierdzenie, że łuszczycą to nie tylko choroba skóry, lecz także choroba ogólnoustrojowa. Pacjenci mogą mieć zmiany zapalne w stawach – kręgosłupa, palczkowych, w zakresie przyczepów ścięgniastych. Może także rozwinąć się u nich okaleczające zapalenie stawów. Czasami są to zmiany trudne do różnicowania z chorobą zwyrodnieniową stawów