



Fot. PAP/Pawel Pawlowski, ZK

Łuszczyca – choroba ciała i duszy

Rozmowa z prof. Witoldem Owczarkiem, kierownikiem Kliniki Dermatologii CSK MON, Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

Łuszczyca jest chorobą autoimmunologiczną, genetyczną. Czy to znaczy, że jeśli rodzice chorują na łuszczycę, to dzieci także będą chorowały?

Łuszczyca jest skutkiem interakcji pomiędzy indywidualną skłonnością genetyczną chorego a czynnikami im-

munologicznymi i środowiskowymi. Wyróżnia się dwa typy łuszczycy zwykłej. Typ I, dziedziczny, z początkiem choroby przed 40. rokiem życia, często w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, cechuje się występowaniem łuszczycy w rodzinie i ma wyraźny związek

„Terapie biologiczne przynoszą ulgę chorym na łuszczycę o przebiegu umiarkowanym do ciężkiego. Są również często leczeniem dającym najlepsze efekty, mimo że nie zawsze udaje się pomóc wszystkim pacjentom”

z niektórymi antygenami zgodności tkankowej, takimi jak np. HLA Cw6. Typ II to tzw. łuszczycyca dorosłych. Łuszczycyca jest niewątpliwie schorzeniem uwarunkowanym genetycznie. Potwierdzają to obserwacje rodzin, w których występuje łuszczycyca. Stwierdzono, że jeśli oboje rodziców cierpi na tę chorobę, to prawdopodobieństwo zachorowania dziecka wzrasta do ok. 70%. Sposób dziedziczenia łuszczycy jest różnorodny, a na ujawnienie się choroby wpływa wiele różnych czynników.

„Chorzy na ciężką łuszczycę znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka zgonu – dotyczy to szczególnie osób młodszych”

Na czym polega autoimmunizacja w łuszczycy?

Pewne cechy mechanizmów immunologicznych obserwowanych w łuszczycy sugerują jej autoimmunologiczne tło. Łuszczycyca jest chorobą, w której decydującą rolę odgrywa aktywacja osi IL-12/Th1/IFN- γ i Th17/IL-23. Prawdopodobnie IL-12 działa na naiwne limfocyty T i zapoczątkowuje odpowiedź Th1, a IL-23 podtrzymuje reakcję zapalną mediowaną przez Th1, pobudza dojrzewanie i aktywność Th17 oraz wpływa na utrzymanie odpowiedniej puli komórek pamięci. Dochodzi również do zaburzenia mechanizmów regulujących odpowiedzialnych za niszczenie komórek autoreaktywnych. Ponadto komórki naskórka w łuszczycy mają zwiększoną odporność na apoptozę, której zadaniem jest eliminacja uszkodzonych komórek, aby nie zostały rozpoznane jako antygenowo obce. Wskazuje się, że początkowo aktywacja samego procesu w naskórku prowadzi do rozwoju reakcji autoimmunologicznej.

Jakie czynniki środowiskowe mogą wywołać łuszczycę?

Wysiewy łuszczycy często są spowodowane zakażeniem różnymi drobnoustrojami, przede wszystkim paciorkowcami i gronkowcami. Do czynników zaostrzających łuszczycę zalicza się również leki, m.in. β -blokery lub niesteroidowe leki przeciwzapalne. Inne czynniki zaostrzające to urazy skóry, alkohol, palenie papierosów i stres.

Łuszczycy nie można wyleczyć, ale można zaleczyć. Na czym polega leczenie tej choroby?

Przede wszystkim na kontrolowaniu ogólnoustrojowego stanu zapalnego. Leczenie powinno doprowadzić do ustąpienia zmian, a następnie kontrolować przebieg choroby, tak jak w innych schorzeniach przewlekłych.

Chorzy na łuszczycę oczekują skutecznego leczenia, chcą szybkich i spektakularnych efektów. Czy dziś jesteśmy w stanie im to zapewnić?

Należy zaznaczyć, że w ostatnim czasie widoczny jest ogromny postęp w leczeniu tej choroby. Stale zwiększa się liczba nowoczesnych terapii. Wczesna interwencja jest podstawą sukcesu w terapii i modulowaniu procesu chorobowego. Myślę, że oczekiwania w tym zakresie nadal są niezaspokojone. Terapie biologiczne dają ulgę chorym z postacią o przebiegu umiarkowanym do ciężkiego. Są również często leczeniem dającym najlepsze efekty, mimo że nie zawsze udaje się pomóc wszystkim chorym.

Na czym polega postęp w leczeniu łuszczycy i jaką rolę odgrywa leczenie biologiczne w tej chorobie?

Postęp wynika przede wszystkim z większej wiedzy na temat mechanizmów jej patogenezy. Do leczenia weszła nowa grupa leków – leki biologiczne. Substancjami czynnymi są białka pochodzące z żywych komórek bądź uzyskane za pomocą metod rekombinacji genetycznej DNA, a ich zadaniem jest modyfikowanie reakcji immunologicznych. Charakteryzują się wysoką skutecznością i pozwalają kontrolować stan zapalny u chorych. Jednak nie u wszystkich chorych są skuteczne, dlatego stale potrzebne są nowe terapie. Obecnie w ramach programów lekowych możemy stosować inhibitory TNF- α , IL-12/23. Czekamy na możliwość stosowania inhibitorów IL-17 oraz innych nowych leków.

Jakie obowiązują kryteria kwalifikowania pacjentów do programów lekowych?

Do programu lekowego leczenia łuszczycy plackowatej o przebiegu umiarkowanym i ciężkim mogą być kwalifikowani pacjenci o nasileniu łuszczycy określonym wskaźnikami BSA, PASI i DLQI oraz niereagujący na

standardowe terapie systemowe lub mający do nich przeciwwskazania. W programie dostępne są następujące leki: infliksimab, etanercept, adalimumab oraz ustekinumab. Przy kwalifikacji wskaźniki nasilenia choroby powinny wynosić: BSA > 10, DLQI > 10, PASI > 18, a w przypadku infliksimabu > 10. Chorzy kwalifikowani do programu to pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych metod terapii klasycznej, a przypadku chorych od 6. do 18. roku życia – co najmniej jednej.

Chorzy na łuszczycę bardzo często są stygmatyzowani. Co należałoby zrobić, aby zwiększyć świadomość tej choroby w społeczeństwie?

Zmiany skórne są przyczyną stygmatyzacji społecznej. Na pewno edukacja ma kluczowe znaczenie w tej kwestii. Powinniśmy więcej mówić o problemach chorych na łuszczycę. Należy również zwiększać możliwości terapii dla tej grupy chorych, ponieważ prawidłowe i przede wszystkim skuteczne leczenie zdecydowanie podnosi jakość życia pacjentów.

Jakie choroby towarzyszą łuszczycy?

Choroby współwystępujące u pacjentów z łuszczycą są ciągle zbyt rzadko rozpoznawane i niewystarczająco leczone. U chorych na łuszczycę częściej stwierdza się m.in. zapalenie stawów, otyłość, cukrzycę, choroby układu krążenia. Również zespół metaboliczny występuje częściej u chorych na łuszczycę niż w populacji ogólnej. Chorzy na ciężką łuszczycę znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka zgonu – dotyczy to szczególnie osób młodszych. Ogólnoustrojowy stan zapalny związany z rozwojem chorób współistniejących może się również przyczyniać do skrócenia życia. Uwzględnienie towarzyszących problemów w leczeniu chorych na łuszczycę ma zatem bardzo istotne znaczenie dla skuteczności terapii, a w konsekwencji poprawy jakości życia pacjentów.

Jaki jest związek łuszczycy z łuszczycowym zapaleniem stawów?

Wyniki badań epidemiologicznych wykazują różnice w zakresie częstości występowania łuszczycowego zapalenia stawów u chorych na łuszczycę. Jednak uważa się, że jest to częsta choroba współistniejąca – 10–30%. U większości chorych objawy łuszczycy występują ok. 10 lat wcześniej niż objawy łuszczycowego zapalenia stawów, a prawdopodobieństwo rozwoju łuszczycowego zapalenia stawów może mieć związek z czasem trwania łuszczycy oraz jej ciężkością. W 10–15% przypadków zapalenie stawów poprzedza wystąpienie łuszczycy. Łuszczycowe zapalenie stawów stwierdza się z jednakową częstością u mężczyzn i u kobiet, szczyt występowania przypada między 35. a 45. rokiem życia. Zgodnie z aktualną wiedzą ogólnoustrojowy stan



zapalny w łuszczycy jest również przyczyną rozwoju łuszczycowego zapalenia stawów.

Czego obecnie brakuje pacjentom i lekarzom w zakresie skutecznego leczenia ciężkiej i umiarkowanej łuszczycy?

Istnieje potrzeba zwiększenia personalizacji leczenia, tzn. dopasowywania leku do pacjenta, a nie do choroby. Myślę, że na tym etapie bardzo wskazane byłoby zwiększenie możliwości indywidualizacji leczenia przez samych lekarzy prowadzących. Zawsze istnieje również potrzeba dostępu do najnowszych terapii, m.in. leków blokujących interleukinę 17.

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne przygotowało stanowisko w sprawie dostępu polskich pacjentów do leków blokujących interleukinę 17. Proszę powiedzieć, co w tej sprawie postuluje PTD?

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne zwróciło uwagę na pilną potrzebę rozszerzenia listy leków biologicznych dostępnych w ramach programu lekowego leczenia łuszczycy umiarkowanej do ciężkiej o leki blokujące interleukinę 17, tak aby lekarze i pacjenci w Polsce mieli dostęp do najnowszych i najbardziej skutecznych metod terapii przeciwłuszczycowej. W uzasadnieniu uwzględniono korzyści wynikające ze stosowania tych nowoczesnych leków.

Rozmawiała Alicja Kostecka