



dr n. med. Mariusz Sikora<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka

<sup>2</sup>Mazowieckie Centrum Reumatologii i Osteoporozy w Warszawie

## Znaczenie emolientów w codziennej pielęgnacji skóry chorych na łuszczycę według obowiązujących wytycznych

**Łuszczycza jest przewlekłą i nawrotową chorobą skóry, która dotyczy 2-3% populacji. Terapia łuszczycy zależy od rodzaju, rozległości oraz lokalizacji zmian chorobowych. Preparaty miejscowe, bez względu na stopień nasilenia łuszczycy, stanowią podstawową formę leczenia. W przypadku postaci łagodnych mogą być wystarczającą opcją terapeutyczną, natomiast w przypadku umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy stanowią istotne uzupełnienie terapii ogólnej lub sprawdzają się jako terapia podtrzymująca po uzyskaniu remisji zmian skórnych.**

Emolienty (łac. *emolliare* – zmiękczać) stanowią heterogenną grupę preparatów miejscowych o złożonym składzie, które przyczyniają się do odbudowy bariery naskórkowej, natłuszczenia i nawilżenia skóry<sup>[1]</sup>. Właściwości emolientów uzależnione są od ich składu. Preparaty mogą zawierać substancje okluzyjne, humektanty, lipidy obecne fizjologicznie w naskórku oraz dodatkowe substancje o właściwościach przeciwświądowych, immunomodulujących lub przeciwbakteryjnych<sup>[2]</sup>.

### Mechanizm działania w łuszczycy

W przebiegu łuszczycy procesy przyspieszonego i nieprawidłowego cyklu dojrzewania keratynocytów prowadzą do uszkodzenia fizjologicznej bariery naskórkowej. Uszkodzenie to potęgowane jest wtórnie przez toczący się w skórze i towarzyszący łuszczycy

stan zapalny. Odpowiednio dobrane i stosowane emolienty mogą przywrócić prawidłową budowę i funkcję bariery naskórkowej<sup>[3]</sup>.

Jednym z głównych mechanizmów działania emolientów jest utworzenie warstwy okluzyjnej na powierzchni naskórka, która chroni przed zwiększeniem utraty wody. Spośród składników emolientów właściwości okluzyjne wykazują m.in.: wazelina, parafina, oleje mineralne, woski, długołańcuchowe kwasy i alkohole tłuszczowe. Zatrzymanie wody w warstwie rogowej może być wzmocnione przez dodatkowe komponenty emolientów, zwane humektantami. Należą do nich: gliceryna, mocznik, sorbitol, hydroksywasy, które odpowiadają za przyciąganie i wiązanie wody w obrębie naskórka<sup>[1]</sup>.

Świąd stanowi jeden z najbardziej uciążliwych objawów towarzyszących zmianom skórnym w łuszczycy. Emolienty wykazują

działanie przeciwświądowe, dzięki dodaniu do ich składu środków znieczulających (polidokanol), agonistów receptorów włókien czuciowych (N-palmitoiloleetanolina, kapsaicyna, mentol, kamfora)<sup>[4]</sup>.

Przeciwwzpalne działanie emolientów wynika pośrednio z przywrócenia prawidłowej funkcji bariery naskórkowej. Istnieją doniesienia wskazujące również na bezpośredni efekt przeciwwzpalny niektórych składników emolientów, prowadzący do zmniejszenia wytwarzania prozapalnych cytokin i innych mediatorów pośredniczących w indukcji i podtrzymaniu stanu zapalnego<sup>[5]</sup>.

Emolienty zapewniają również prawidłową pielęgnację skóry pacjentów z łuszczycą – nawilżają suchą skórę, zmniejszają ilość łuski (keratolityczne działanie mocznika lub kwasu salicylowego), zapobiegają pęknięciom naskórka<sup>[6,7]</sup>.

### Emolienty a wytyczne leczenia łuszczycy

Zgodnie z rekomendacjami diagnostyczno-terapeutycznymi Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego stosowanie emolientów może mieć działanie wspomagające w trakcie miejscowej terapii łuszczycy skóry gładkiej o łagodnym nasileniu oraz w trakcie leczenia łuszczycy wieku dziecięcego. Eks-

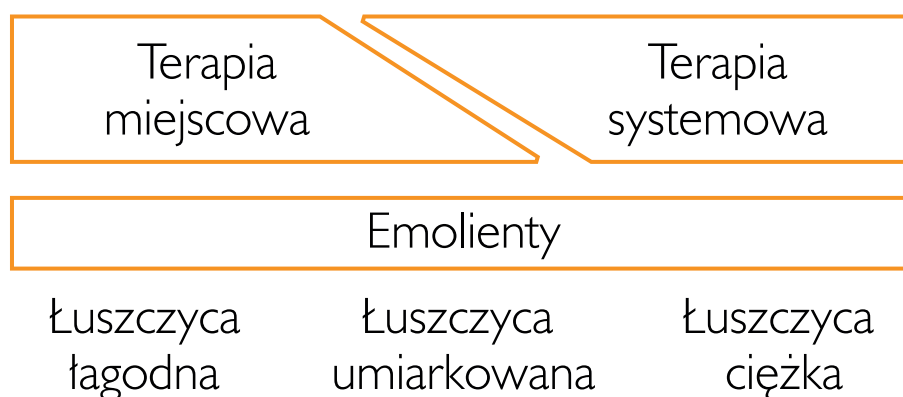
perci podkreślają, aby w trakcie terapii nie zapominać o właściwej pielęgnacji i o nawilżaniu skóry za pomocą emolientów, które zmniejszają złuszczenie, świąd, a także przyczyniają się do uzyskania lepszych efektów terapeutycznych<sup>[8]</sup>.

Więcej miejsca zastosowaniu emolientów poświęcają wytyczne dotyczące leczenia łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów opracowane przez Amerykańską Akademię Dermatologii (AAD). Zgodnie z wytycznymi emolienty należą do terapii pierwszego wyboru w przypadku łagodnej łuszczycy w ciąży lub w okresie laktacji<sup>[9]</sup>. Ponadto zdaniem ekspertów AAD emolienty pełnią istotną rolę jako terapia wspomagająca w leczeniu łagodnych postaci łuszczycy skóry gładkiej, łuszczycy odwróconej, łuszczycy narządów płciowych oraz erytrodermii łuszczycowej<sup>[10,11]</sup>.

Miejsce emolientów w terapii łuszczycy najlepiej obrazuje rycina 1.

### Emolienty w monoterapii

Ilość badań bezpośrednio oceniających skuteczność emolientów w łuszczycy jest bardzo ograniczona, a ich wyniki dostarczają częściowo sprzecznych wyników<sup>[12]</sup>. Pomimo tego, nawet do 23% pacjentów z łuszczycą deklaruje stosowanie emolientów ja-



Ryc. 1. Zastosowanie emolientów w terapii łuszczycy.

ko jedynej formy terapii<sup>[13]</sup>. Analizując badania w których emolienty stanowią grupę kontrolną, ich skuteczność oceniana jest na 15% do 47%<sup>[14]</sup>. Emolienty nawilżają suchą skórę, zmniejszają ilość łuski, działają przeciwświądowo oraz zwiększają penetrację innych miejscowych preparatów<sup>[15]</sup>. Poprawa funkcji uszkodzonej bariery naskórkowej zwiększa odporność skóry na podrażnienia i uszkodzenia, zmniejszając tym samym wysiew nowych zmian łuszczycowych w mechanizmie objawu Köbnera<sup>[6]</sup>.

### Emolienty w terapii skojarzonej

Emolienty stanowią ważne uzupełnienie terapii lekami miejscowymi, fototerapii, a także leczenia ogólnego.

Zastosowanie emolientów z miejscowymi preparatami glikokortykosteroidów jest skuteczniejsze niż stosowanie każdego z tych preparatów w monoterapii<sup>[14,16]</sup>. Działanie emolientu pozwalające na zmniejszenie ilości

zastosowanego kortykosteroidu wynika z tworzenia warstwy okluzyjnej, zwiększenia penetracji leku oraz bezpośrednich właściwości przeciwzapalnych. Po uzyskaniu remisji zmian łuszczycowych za pomocą miejscowych glikokortykosteroidów terapia podtrzymująca z zastosowaniem emolientów zmniejsza liczbę nawrotów oraz suchość skóry<sup>[17]</sup>. Istnieje kilka możliwych schematów leczniczych z zastosowaniem miejscowych glikokortykosteroidów i emolientów: terapia ciągła, przerywana i proaktywna. Podane schematy przedstawione zostały w tabeli 1<sup>[1]</sup>.

Emolienty typu olej w wodzie (o/w; oleje mineralne) zastosowane przed naświetlaniem zwiększają penetrację promieni UVA i UVB. Substancje z tej grupy (np. wazelina lub parafina) przyspieszają działanie fototerapii i zmniejszają dawkę kumulacyjną promieniowania konieczną do uzyskania adekwatnej odpowiedzi klinicznej<sup>[18]</sup>. Należy jednak pamiętać, że pozostałe emolienty mogą wywierać przeciwstawne działanie.

Tab. 1. Schematy leczenia miejscowego łuszczycy z zastosowaniem emolientów.

Terapia	Dawkowanie
Monoterapia	Codziennie stosowanie emolientów 2-3 x dziennie
Leczenie skojarzone z miejscowymi glikokortykosteroidami (mGKS)	
Terapia ciągła	Emolient – 1 x dziennie, mGKS – 1 x dziennie
Terapia naprzemienna	<p>mGKS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-2 x dziennie co drugi dzień,</li> <li>• 1-2 x dziennie co trzy dni,</li> <li>• 1-2 x dziennie raz w tygodniu przez kolejne dwa dni (np. terapia weekendowa).</li> </ul> <p>Emolient:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• w dni z mGKS – 1 x dziennie,</li> <li>• w pozostałe dni – 1-2 x dziennie.</li> </ul>
Terapia proaktywna	<p>Zaostrzenie zmian skórnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mGKS 1 x dziennie,</li> <li>• emolient 1-2 x dziennie.</li> </ul> <p>W okresie remisji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mGKS 1 x dziennie przez 2 dni w tygodniu na miejsca najczęstszych nawrotów zmian,</li> <li>• emolient 2 x dziennie.</li> </ul>

Emolienty powinny być rekomendowane u starszych pacjentów z łuszczycą bez względu na stosowane leczenie, z uwagi na współistniejącą suchość skóry związaną ze schorzeniami ogólnoustrojowymi oraz procesami starzenia. Preparaty z grupy emolientów stanowią ważne uzupełnienie w pielęgnacji skóry podrażnionej fototerapią lub miejscowymi i doustnymi retinoidami<sup>[12,19]</sup>.

### Współpraca z pacjentem

Emolienty różnią się formą kosmetyczną, podłożami, składem i zawartością substancji aktywnych. Dlatego też wybór konkretnego preparatu powinien być dostosowany do stanu skóry, fazy choroby, nasilenia zmian skórnych, ale także potrzeb i preferencji pacjenta. Krem, dzięki swoim dobrym właściwościom kosmetycznym, stosowany jest częściej rano. Natomiast preparaty bardziej tłuste, gorzej akceptowane przez pacjentów, tworzą silniejszą warstwę okluzyjną i lepiej sprawdzają się na noc. Indywidualizacja wyboru emolientu sprzyja współpracy i przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez pacjenta. Poprawia to ostateczny efekt kliniczny, który wymaga częstego i regularnego stosowania preparatu<sup>[20,21]</sup>.

### Działania niepożądane

Emolienty są zazwyczaj dobrze tolerowane przez pacjentów i według wytycznych nie istnieją żadne ścisłe przeciwwskazania do ich stosowania<sup>[14]</sup>. Wystąpienie działań niepożądanych podczas terapii emolientami jest stosunkowo rzadko obserwowanym zjawiskiem. Do opisywanych objawów niepożądanych należą: zapalenie mieszków włosowych, kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia lub alergiczne, możliwość zaostrzenia innych dermatoz, jak trądzik zwykły lub okołoustne zapalenie skóry<sup>[22]</sup>. Odpowiedni wybór emolientu, pozbawionego substancji za-

pachowych, barwników i konserwantów, pozwala na zminimalizowanie ryzyka wystąpienia powyższych powikłań.

### Podsumowanie

Emolienty we współczesnej dermatologii stanowią integralną część terapii chorób skóry. Zgodnie z wytycznymi powinny być zalecane wszystkim pacjentom z łuszczycą jako uzupełnienie miejscowej i systemowej terapii. Dzięki swoim właściwościom, emolienty odbudowują barierę naskórkową, zatrzymują wodę i przywracają właściwe proporcje poszczególnych substancji lipidowych warstwy rogowej. Regularne stosowanie emolientów u pacjentów z łuszczycą zmniejsza złuszczenie, nawilża skórę, redukuje pęknięcia naskórka, działa przeciwświądowo i poprawia skuteczność innych form terapii.

Piśmiennictwo:

1. Szepietowski J, Kaszuba A, Adamski Z, Placek W, Salomon J. Emolienty w leczeniu schorzeń dermatologicznych: stanowisko grupy ekspertów. *Derm Klin.* 2011;13(4):209-214.
2. Draelos ZD. The science behind skin care: Moisturizers. *J Cosmet Dermatol.* 2018;17(2):138-144.
3. Sarkar R, Chugh S, Bansal S. General measures and quality of life issues in psoriasis. *Indian Dermatol Online J.* 2016;7(6):481-488.
4. Reszke R, Szepietowski J. Specjalistyczne podłoża dermatologiczne w terapii skojarzonej przewlekłych dermatoz. *Forum Derm.* 2016;2(3):97-101.
5. Lin TK, Zhong L, Santiago JL. Anti-Inflammatory and Skin Barrier Repair Effects of Topical Application of Some Plant Oils. *Int J Mol Sci.* 2017;19(1). pii: E70.
6. Fluhr JW, Cavallotti C, Berardesca E. Emollients, moisturizers, and keratolytic

- agents in psoriasis. *Clin Dermatol.* 2008;26(4):380-386.
7. Croney S. Management of patients with psoriasis. *Br J Nurs.* 2017;26(5):260-262.
  8. Reich A, Adamski Z, Chodorowska G, Kaszuba A, Krasowska D, Lesiak A, Maj J, Narbutt J, Osmola-Mańkowska A, Owczarczyk-Saczonek A, Owczarek W, Placek W, Rudnicka L, Szepietowski J.: Psoriasis. Diagnostic and therapeutic recommendations of the Polish Dermatological Society. Part I: Mild psoriasis. *Dermatol Rev.* 2018;105(2):225-243.
  9. Bae YS, Van Voorhees AS, Hsu S, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, Bebo B Jr, Kimball AB; National Psoriasis Foundation. Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(3):459-477.
  10. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, Gottlieb A, Koo JY, Lebwohl M, Lim HW, Van Voorhees AS, Beutner KR, Bhushan R; American Academy of Dermatology. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(4):643-659.
  11. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, Gottlieb A, Koo JY, Lebwohl M, Leonardi CL, Lim HW, Van Voorhees AS, Beutner KR, Ryan C, Bhushan R. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65(1):137-174.
  12. Luger T, Seite S, Humbert P, Krutmann J, Triller R, Dréno B. Recommendations for adjunctive basic skin care in patients with psoriasis. *Eur J Dermatol.* 2014;24(2):194-200.
  13. Svendsen MT, Jeyabalan J, Andersen KE, Andersen F, Johannessen H. Worldwide utilization of topical remedies in treatment of psoriasis: a systematic review. *J Dermatolog Treat.* 2017;28(5):374-383.
  14. Jacobi A, Mayer A, Augustin M. Keratolytics and emollients and their role in the therapy of psoriasis: a systematic review. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2015;5(1):1-18.
  15. Thaçi D, Augustin M, Krutmann J, Luger T. Importance of basic therapy in psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015;13(5):415-418.
  16. Gelmetti C. Therapeutic moisturizers as adjuvant therapy for psoriasis patients. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10 Suppl 1:7-12.
  17. Seité S, Khemis A, Rougier A, Ortonne JP. Emollient for maintenance therapy after topical corticotherapy in mild psoriasis. *Exp Dermatol.* 2009;18(12):1076-1078.
  18. Asztalos ML, Heller MM, Lee ES, Koo J. The impact of emollients on phototherapy: a review. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(5):817-824.
  19. Tanghetti EA; Tazarotene Stable Plaque Psoriasis Trial Study Group. An observation study evaluating the treatment of plaque psoriasis with tazarotene gels, alone and with an emollient and/or corticosteroid. *Cutis.* 2000;66(6 Suppl):4-11.
  20. Torsekar R, Gautam MM. Topical Therapies in Psoriasis. *Indian Dermatol Online J.* 2017;8(4):235-245.
  21. Van Onselen J. An overview of psoriasis and the role of emollient therapy. *Br J Community Nurs.* 2013;18(4):174-179.
  22. Nola I, Kostović K, Kotrulja L, Lugović L. The use of emollients as sophisticated therapy in dermatology. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2003;11(2):80-87.