



dr n. med. Mariusz Sikora^{1,2}

¹Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka

²Mazowieckie Centrum Reumatologii i Osteoporozy w Warszawie

Rola połączenia dipropionianu betametazonu i kwasu salicylowego w leczeniu łuszczycy skóry owłosionej głowy u dorosłych

Łuszczycza jest przewlekłą, ogólnoustrojową chorobą zapalną, która charakteryzuje się występowaniem grudek i blaszek pokrytych srebrzystą łuską. Łuszczycza należy do jednych z najczęstszych dermatoz zapalnych. Choroba dotyczy około 1-3% populacji ogólnej. Zdecydowana większość pacjentów choruje na łuszczycę o łagodnym nasileniu, która w głównej mierze wymaga miejscowych preparatów aplikowanych bezpośrednio na zmiany. Pomimo niewątpliwego postępu jaki dokonał się w zrozumieniu patogenezy łuszczycy, lista opcji terapeutycznych do stosowania w łuszczycy łagodnej pozostaje ograniczona.

Skóra owłosiona głowy należy do najczęściej zajmowanych przez łuszczycę okolic. Szacuje się, że około 80% pacjentów z łuszczycą w ciągu swojego życia przynajmniej raz doświadczy zmian w obrębie skóry owłosionej głowy, a u 25% będzie to pierwsza lokalizacja choroby^[1]. Pomimo relatywnie małej powierzchni w porównaniu do pozostałej skóry, łuszczycza skóry owłosionej głowy należy do jednych z najbardziej problematycznych diagnostycznie i terapeutycznie postaci choroby.

Łuszczycza skóry owłosionej głowy – więcej niż tylko zmiany skórne

Łuszczycza skóry owłosionej głowy charakteryzuje się obecnością zmian grudkowych i blaszek pokrytych srebrzystobiałą łuską. U znacznej części chorych zmianom skórnym towarzyszy świąd, który uznawany jest przez pacjentów za jeden z najbardziej uporczywych objawów łuszczycy^[2]. Wśród pozostałych objawów współtowarzyszących należy wymienić ból, krwawienie, przerzedzenie

i wypadanie włosów^[3]. Bez względu na stopień zajęcia skóry gładkiej, łuszczycy skóry owłosionej głowy znacząco obniża jakość życia, wywiera niekorzystny wpływ na codzienne funkcjonowanie pacjenta (praca, ubiór) oraz powoduje uczucie stygmatyzacji^[4,5].

Diagnostyka łuszczycy skóry owłosionej głowy

Właściwe rozpoznanie łuszczycy skóry owłosionej głowy bywa opóźnione ze względu na podobieństwo do innych chorób grudek-złuszczających, a w szczególności łojotokowego zapalenia skóry. Czasem ze względu na występowanie objawów obu chorób używa się określenia *sebopsoriasis*^[6].

Rozpoznanie łuszczycy skóry owłosionej głowy w większości przypadków ustala się na podstawie wywiadu i badania klinicznego. W wątpliwych przypadkach konieczne może być wykonanie badania histologicznego^[7]. W codziennej praktyce pomocne okazuje się również wykonanie nieinwazyjnego i powtarzalnego badania – trichoskopii (dermoskopii skóry owłosionej głowy). Charakterystyczne cechy łuszczycy w trichoskopii to rumienione tło, homogenicznie rozmieszczone naczynia kropki lub naczynia kłębuszkowate, wynaczynienia oraz biała łuska^[8-9].

Leczenie łuszczycy skóry owłosionej głowy

Leczenie łuszczycy skóry owłosionej głowy stanowi prawdziwe wyzwanie terapeutyczne. Jest to jedna z najbardziej opornych na leczenie lokalizacji łuszczycy. Obecność włosów może zmniejszać skuteczność leczenia miejscowego przez ograniczenie biodostępności substancji terapeutycznych – powierzchnia włosów (1-6 m²) jest wielokrotnie większa niż powierzchnia skóry owłosionej głowy (około 700 cm²) i tylko część aplikowanego leku przenika do

skóry^[10]. Dodatkowo złe właściwości kosmetyczne leków miejscowych mogą niekorzystnie wpływać na wygląd włosów, co nie będzie sprzyjać przestrzeganiu zaleceń przez pacjentów^[11].

Za leczenie pierwszego wyboru w łuszczycy skóry owłosionej głowy uznaje się terapię miejscową, a w przypadku jej niepowodzenia rozważyć można fototerapię, leki systemowe lub biologiczne^[1]. Terapia łuszczycy skóry owłosionej głowy wymaga szczególnego podejścia. Choć zmiany dotyczą stosunkowo niewielkiej powierzchni, to jest to jednak obszar widoczny dla otoczenia, co ma ogromne znaczenie zarówno ze względu na same zmiany skórne, jak i stosowane leki.

Według wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego dotyczących leczenia łuszczycy, w przypadku łuszczycy skóry owłosionej głowy, jedną z rekomendowanych terapii miejscowych jest połączenie glikokortykosteroidów o średniej i dużej sile działania z lekami keratolitycznymi^[12].

Dipropionian betametazonu

Miejscowe preparaty glikokortykosteroidów, wykazując działanie przeciwzapalne, immunosupresyjne i antyproliferacyjne, stanowią najczęściej stosowaną opcję terapeutyczną w łuszczycy skóry owłosionej głowy. Do ich zalet należy skuteczność (większa niż pozostałych środków do stosowania miejscowego w monoterapii), szybki początek działania, dobre właściwości kosmetyczne i możliwość doboru odpowiedniej formuły preparatu (m.in. żel, płyn, emulsja, pianka, szampon)^[13].

Dipropionian betametazonu należy do grupy syntetycznych, fluorowanych glikokortykosteroidów o silnym działaniu (III klasa według klasyfikacji europejskiej).

Problemem w długotrwałej terapii glikokortykosteroidami jest ryzyko wystąpienia dzia-

łań niepożądanych, ograniczenie większości danych z badań klinicznych do 4 tygodni, efekt z odbicia i zjawisko tachyfilaksji. Aby przezwyciężyć występujące problemy miejscowe, glikokortykosteroidy stosuje się krótkotrwale lub w terapii przerywanej, wykorzystując skuteczne preparaty o niższej mocy (np. mometazon w postaci roztworu, refundowany od listopada br.) lub stosując terapię łączoną z innymi preparatami, takimi jak środki keratolityczne lub analogi witaminy D₃. Dodatkowo przewlekłe działania niepożądane kortykosteroidów znacznie rzadziej widoczne są w obrębie owłosionej skóry głowy, co może wynikać z relatywnie grubszej skóry i mniejszego wchłaniania spowodowanego obecnością włosów i łoju^[14].

Kwas salicylowy

Kwas salicylowy działa keratolitycznie na łuskę pokrywającą powierzchnię zmian łuszczykowych. Stosowany często na początku terapii, sam nie wykazuje istotnego działania przeciwłuszczykowego. Natomiast usunięcie nawarstwionej łuski poprawia penetrację innych leków miejscowych. Wielokrotnie w badaniach wykazano, że zastosowanie kwasu salicylowego jako leku adjuwantowego zwiększa skuteczność miejscowych kortykosteroidów^[15-17].

W przypadku stosowania kwasu na skórę owłosioną głowy działania niepożądane ograniczone są do lokalnych objawów podrażnienia, rzadko stwierdza się tutaj działanie systemowe^[13].

Preparat łączony dipropionianu betametazonu i kwasu salicylowego w terapii miejscowej łuszczy skóry owłosionej głowy

Odpowiednie dobranie preparatów miejscowych w terapii przewlekłych dermatoz zwiększa skuteczność leczenia, jedno-

cznie minimalizując ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.

Jednym z dostępnych na polskim rynku preparatów łączonych do stosowania w łuszczyca jest dipropionian betametazonu z kwasem salicylowym. O ugruntowanej pozycji preparatu świadczy wieloletnie doświadczenie z zastosowaniem leku w praktyce klinicznej. Powszechność stosowania tego rodzaju połączenia wynika z zastosowania dwóch substancji o różnych mechanizmach działania. Stosowany miejscowo kwas salicylowy działa złuszczeniowo, co ułatwia penetrację dipropionianu betametazonu i wzmacnia jego silne właściwości przeciwzapalne. Ich jednoczesne zastosowanie wpływa na odrębne elementy patogenetyczne łuszczycy, co z klinicznego punktu widzenia pozwala na osiągnięcie lepszych wyników terapeutycznych i to w krótszym czasie. Dodatkowo połączenie obu substancji w jednym preparacie poprawia współpracę z pacjentem i zwiększa przestrzeganie zaleceń terapeutycznych^[18].

Hillstrom i wsp. w dwóch randomizowanych badaniach wykazali, że zastosowanie w łuszczyca skóry owłosionej głowy glikokortykosteroidu z kwasem salicylowym jest skuteczniejsze niż walerian betametazonu w monoterapii^[6] i równie skuteczne jak propionian klobetazolu^[9]. W badaniu Elie i wsp. połączenie kwasu salicylowego i dipropionianu betametazonu wykazywało większą skuteczność w redukcji objawów łuszczyca skóry owłosionej głowy i łojotokowego zapalenia skóry niż każdy z preparatów stosowany oddzielnie^[7]. We wszystkich cytowanych badaniach połączenie dipropionianu betametazonu z kwasem salicylowym charakteryzowało się dobrym profilem bezpieczeństwa.

Podsumowanie

Łuszczyca owłosionej skóry głowy należy do jednych z tych lokalizacji, które znacząco wpływają na jakość życia pacjentów, a jedno-

aesthetica

częściej bywają odporne na stosowane leczenie. W praktyce klinicznej należy pamiętać, że łuszczyca owłosionej skóry głowy jest przewlekłym schorzeniem, dlatego też w doborze terapii – poza zbalansowaniem skuteczności leczenia i potencjalnych działań niepożądanych – należy uwzględnić również właściwości kosmetyczne preparatu, dostępność leku i oczekiwania pacjenta. Preparat łączony betametazon z kwasem salicylowym przy prawidłowym stosowaniu wykazuje wysoką skuteczność i dobry profil bezpieczeństwa. Szybsze uzyskanie poprawy sprzyja zwiększeniu motywacji pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych i zwiększa satysfakcję z leczenia.

Piśmiennictwo:

- Chan C.S., Van Voorhees A.S., Lebwohl M.G., Korman N.J., Young M., Bebo B.F. Jr, Kalb R.E., Hsu S. Treatment of severe scalp psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60(6): 962-971.
- Elewski B., Alexis A.F., Lebwohl M., Stein Gold L., Pariser D., Del Rosso J., Yosipovitch G. Itch: an under-recognized problem in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019; 33(8): 1465-1476.
- Dopytalska K., Sobolewski P., Błaszczak A., Szymańska E., Walecka I. Psoriasis in special localizations. *Reumatologia.* 2018; 56(6): 392-398.
- Zampieron A., Buja A., Fusco M., Linder D., Bortune M., Piaserico S., Baldo V. Quality of life in patients with scalp psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol.* 2015; 150(3): 309-316.
- Alpsoy E., Polat M., Fettah?oGlu-Karaman B., Karadag A.S., Kartal-Durmazlar P., YalC?n B., Emre S., Didar-Balc? D., Bilgic-Temel A., Arca E., Koca R., Gunduz K., Borlu M., Ergun T., Dogruk-Kacar S., Cordan-Yazici A., Dursun P., BilgiC O., Gunes-Bilgili S., Sendur N., Baysal O., Halil-Yavuz I., Yagcioglu G., Yilmaz E., Kavuzlu U., Senol Y. Internalized stigma in psoriasis: A multicenter study. *J Dermatol.* 2017; 44(8): 885-891.
- Tull T.J., Noy M., Bunker C.B., Francis N.D., Morar N. Sebopsoriasis in patients with HIV: a case series of 20 patients. *Br J Dermatol.* 2017; 176(3): 813-815.
- Park J.H., Park Y.J., Kim S.K., Kwon J.E., Kang H.Y., Lee E.S., Choi J.H., Kim Y.C. Histopathological Differential Diagnosis of Psoriasis and Seborrheic Dermatitis of the Scalp. *Ann Dermatol.* 2016; 28(4): 427-432.
- Rudnicka L., Olszewska M., Rakowska A., Slowinska M. Trichoscopy update 2011. *J Dermatol Case Rep.* 2011; 5(4): 82-88.
- Golińska J., Sar-Pomian M., Rudnicka L. Dermoscopic features of psoriasis of the skin, scalp and nails - a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019; 33(4): 648-660.
- Reich A., Szepletowski J. Rola połączenia kalcypotriolu i dipropionianu betametazonu w miejscowej terapii łuszczyca zwyczajnej w świetle aktualnych badań. *Forum Derm.* 2016; 2(1): 1-5.
- Merola J.F., Qureshi A., Husni M.E. Underdiagnosed and undertreated psoriasis: Nuances of treating psoriasis affecting the scalp, face, intertriginous areas, genitals, hands, feet, and nails. *Dermatol Ther.* 2018; 31(3): e12589.
- 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., Szepletowski J. Psoriasis. Diagnostic and therapeutic recommendation- of the Polish Dermatological Society. Part I: Mild psoriasis. *Dermatol Rev/Przegl Dermatol* 2018; 105, 225-243.
- Wang T.S., Tsai T.F. Managing Scalp Psoriasis: An Evidence-Based Review. *Am J Clin Dermatol.* 2017; 18(1): 17-43.
- Kivelevitch D., Frieder J., Watson I., Paek S.Y., Menter M.A. Pharmacotherapeutic approaches for treating psoriasis in difficult-to-treat areas. *Expert Opin Pharmacother.* 2018; 19(6): 561-575.
- Hovding G. Treatment of psoriasis of the scalp with betamethasone 17, 21-dipropionate plus salicylic acid lotion ("Diprosalic"). *Pharmatherapeutica.* 1981; 3(1): 61-66.
- Hillström L. Comparison of topical treatment with desoxymethasone solution 0.25% with salicylic acid 1% and betamethasone valerate solution 0.1% in patients with psoriasis of the scalp. *J Int Med Res.* 1984; 12(3): 170-173.
- Elie R., Durocher L.P., Kavalec E.C. Effect of salicylic acid on the activity of betamethasone-17,21-dipropionate in the treatment of erythematous squamous dermatoses. *J Int Med Res.* 1983; 11(2): 108-112.
- Shokeen D., O'Neill J.L., Taheri A., Feldman S.R. Are topical keratolytic agents needed in the treatment of scalp psoriasis? *Dermatol Online J.* 2014; 20(3): pii: doj_21762.
- Hillström L., Pettersson L., Svensson L. Comparison of betamethasone dipropionate lotion with salicylic acid (Diprosalic) and clobetasol propionate lotion (Dermovate) in the treatment of psoriasis of the scalp. *J Int Med Res.* 1982; 10(6): 419-422.