



lek. med. Małgorzata Maj
prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka

Łuszczyca skóry owłosionej głowy (*scalp psoriasis*)

Łuszczyca zwykła (*psoriasis vulgaris*) jest stosunkowo częstą, przewlekłą i nawrotową chorobą skóry, klinicznie charakteryzującą się obecnością wykwitów grudkowych i rumieniowo-żółtaczających, którym może towarzyszyć świąd.

Najczęstszą postacią łuszczyca jest łuszczyca plackowata, która stanowi 75% wszystkich postaci^[1]. Może dotyczyć skóry gładkiej, paznokci oraz stawów, ale również przyjmować postać zlokalizowaną, ograniczoną wyłącznie do skóry owłosionej głowy. Zazwyczaj jednak wykwity łuszczycowe zajmują również inne obszary skóry ciała. Najczęściej łuszczyca skóry owłosionej głowy dotyczy linii owłosienia oraz okolicy potylicznej, zwłaszcza w populacji dziecięcej^[2].

Epidemiologia

Łuszczyca może pojawić się w każdym wieku, przy czym u ponad 35% pacjentów rozpoczyna się przed 20. r.ż.^[3]. Dotyczy 2% populacji dorosłych Europejczyków^[4] oraz 0,7% dzieci^[5-7]. Częstość zajęcia skóry owłosionej głowy u pacjentów z łuszczycą wynosi około 80%^[8-9].

Etiopatogeneza

Łuszczyca należy do grupy chorób, które mają podłoże genetyczne, a dziedziczenie jest najprawdopodobniej wielogenowe. Statystycznie częściej u pacjentów rasy kaukaskiej łuszczyca skóry owłosionej głowy występuje przy obecności allela HLA-Cw6^[10]. Ryzyko zachorowania na łuszczycę u dzieci zdrowych rodziców wynosi 1-2%, gdy jedno z rodziców choruje 10-20%, gdy obydwoje – 50%. Istotne znaczenie mają zaburzenia immunologiczne związane ze zwiększoną syntezą cytokin prozapalnych, takich jak TNF-alfa, Il-12, Il-17, Il-23. Wykwity łuszczycowe są spowodowane nieprawidłową, przyspieszoną proliferacją keratynocytów. Prawidłowy cykl różnicowania się komórek naskórka trwa 26-28 dni (*turn over time*), podczas gdy w łuszczyce jest skrócony do około 4 dni. Ponadto zamiast ortokerato-

zy, czyli prawidłowego dojrzewania i różnicowania się keratynocytów, dochodzi do parakeratozy, czyli zjawiska, w którym powstają nieprawidłowo zróżnicowane komórki. W warstwie rogowej nie tracą one jąder komórkowych i nie złączają się prawidłowo, dlatego powstaje łuska.

Czynniki zaostarzające

Łuszczyca charakteryzuje się częstymi zaostreniami i nawrotami. Czynniki, które sprzyjają zaostreniom choroby mogą być: stres, nikotyna, alkohol, urazy, infekcje dróg oddechowych, zakażenia układu moczowego, próchnica zębów, zaburzenia hormonalne, niekiedy ciąża oraz niektóre leki: beta-adrenolityki, preparaty stosowane w leczeniu malarii, lit, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ).

Objawy kliniczne

Łuszczyca skóry owłosionej głowy charakteryzuje się obecnością stanu zapalnego z rumieniowymi plamami i tarczkami oraz wykwitów grudkowych pokrytych srebrzystobiałą łuską. Może im towarzyszyć wzmożone wypadanie włosów, czyli łysienie, świąd oraz ból (*scalp dysesthesia*). Łysienie wynika z obecności przewlekłego stanu zapalnego i drażnienia. Aby uniknąć tego procesu, należy jak najszybciej podjąć skuteczne leczenie i profilaktykę nawrotów. Łuszczycę skóry owłosionej głowy można ocenić według skali *Psoriasis Scalp Severity Index (PSSI)*, w której określamy stopień nasilenia rumienia, nacieku i łuski^[11].

Diagnostyka różnicowa i metody diagnostyczne

W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić przede wszystkim łojotokowe zapalenie skóry owłosionej głowy i grzybicę.

Metodami, którymi możemy posłużyć się w celu ustalenia rozpoznania, są: trichoskopia (dermoskopia skóry owłosionej głowy), badanie mikrobiologiczne (w tym mykologiczne bezpośrednie i hodowla) oraz badanie histopatologiczne wycinka skóry. Charakterystyczne struktury dla łuszczycy w trichoskopii to:

- w małym powiększeniu (w dermoskopii): czerwone kropki i globulki (*red dots and globules*), obecność białej łuski (*white interfollicular scaling*), czerwone globulki układające się w pierścienie (*dots and globules in circular arrangement*), czerwone globulki układające się w linie (*dots and globules in linear arrangements*), rumieniowe tło (*erythematous background*),
- w dużym powiększeniu (>50x, wideodermoskopia): naczynia kłębuszkowate o układzie linii lub pierścieni (*glomerular vessels arranged in lines or rings*), grupy homogennych naczyń np. linijne, pętle, przecinkowate, przypominające koronkę (*clusters of multiple vessels arranged in a homogenous pattern: linear, looped, comma-like, lace-like*), wycieknięcia (*blood extravasations*)^[12].

Łuszczycę skóry owłosionej głowy najczęściej różnicujemy z łojotokowym zapaleniem skóry, charakteryzującym się obecnością w trichoskopii: cienkich naczyń drzewkowatych, żółtej łuski, naczyń krwionośnych o nieregularnym układzie i rzadko obserwowanych wycieknięć^[12]. W badaniu histopatologicznym widoczne są: parakeratoza, nacieki z leukocytów wielojądrazystych i mikroropnie Munro, nacieki z limfocytów T w górnych warstwach skóry właściwej oraz poszerzone i poskręcane pętle włócnikowe w brodawkach skóry.

Leczenie

W leczeniu łuszczycy skóry owłosionej głowy lekami pierwszego wyboru są leki

miejscowe^[13]. Zastosowanie w terapii znajdują środki keratolityczne zawierające kwas salicylowy, mocznik i kwas mlekowy. Ich celem jest usunięcie nawarstwionych, złuszczonej się warstw naskórka. Kwas salicylowy, dzięki temu, że wykazuje zdolności bakteriostatyczne, przenikające przez warstwę sebum i wnika do głębi mieszków włosowo-łojowych, jest w szczególności polecany osobom z nadmiernym wydzielaniem sebum. Zalecane są również preparaty przeciwzapalne glikokortykosteroidowe, takie jak: hydrokortyzon (płyn, emulsja, lotio), mometazon w postaci płynu lub emulsji, betametazon (płyn, żel), klobetazol (szampon, płyn, pianka), triamcynolon (podanie doogiskowe), które mają właściwości przeciwzapalne, antyproliferacyjne, zmniejszają nasilenie rumienia i łuski oraz działają przeciwświądowo^[2]. Według danych IMS Data View, najczęściej stosowane w leczeniu łuszczycy skóry owłosionej głowy są połączenia glikokortykosteroidu (betametazonudipropionianu z 2% kwasem salicylowym) w postaci płynu na skórę, rzadziej połączenia glikokortykosteroidu z analogiem witaminy D (betametazon z kalcyptriolem) w postaci żelu i inhibitory kalcyneuryny (takrolimus, pimekrolimus) w postaci kremu lub maści. Innymi preparatami zewnętrznymi są retinoidy. W Polsce w leczeniu łuszczycy zarejestrowany jest tazaroten. W przypadku współistnienia łuszczycy i łojotokowego zapalenia skóry owłosionej głowy skutecznymi lekami są leki przeciwgrzybicze, np. ketokonazol, ze względu na działanie przeciwzapalne^[14]. Innymi metodami terapeutycznymi stosowanymi w leczeniu łuszczycy skóry owłosionej głowy są: fototerapia (UVB 311 nm, grzebień UV), fotochemoterapia (PUVA) i laseroterapia laserem ekscymerowym. W przypadku fototerapii skuteczność może być ograniczona z powodu obecności włosów, ograniczonego dostępu do urządzeń oraz

konieczności zgłaszania się pacjentów na zabiegi 2-3 razy tygodniowo^[15]. Laseroterapia laserem ekscymerowym jest skuteczniejsza niż wąskozakresowe UVB oraz, dzięki połączeniu laseroterapii z fototerapią PUVA, można zmniejszyć dawkę kumulacyjną promieniowania ultrafioletowego^[16]. Terapie ogólnoustrojowe, takie jak: metotreksat, acytretyna, cyklosporyna i leki biologiczne, są zarezerwowane do leczenia łuszczycy ciężkiej, nie odpowiadającej na inne metody terapeutyczne.

Pielęgnacja skóry owłosionej głowy

W celu zmniejszenia liczby nawrotów łuszczycy skóry owłosionej głowy istotna jest odpowiednia profilaktyka i pielęgnacja. Obejmuje ona unikanie czynników zaostrzających, dbanie o higienę skóry przez przewlekłe stosowanie preparatów kosmetycznych o właściwościach nawilżających, natłuszczających i keratolitycznych oraz przestrzeganie zdrowej diety. Ważne jest również unikanie drażnienia i drapania skóry, także podczas mycia, aby nie prowokować powstania objawu Koebnera. Wskazana jest pielęgnacja skóry głowy szamponami stworzonymi specjalnie dla osób chorujących na łuszczycę, które w swoim składzie zawierają: kwas salicylowy, kwas mlekowy, mocznik, ichtiol preferowany jasny (*pale sulfonated shale oil*; PSSO), dziegieć (smoła węglowa), papainę i glicerol.

Podsumowanie

Łuszczycy skóry owłosionej głowy jest jedną z postaci łuszczycy zwykłej, która wywiera wyraźny wpływ na jakość życia pacjenta, jego psychikę, poczucie własnej wartości oraz kontakty społeczne. Wynika to z faktu, że zmiany skórne są widoczne w życiu codziennym osoby chorej. Istotne jest zatem szybkie postawienie właściwego

rozpoznania choroby. Tu z pomocą przychodzi trichoskopia oraz prawidłowe leczenie, pozwalające zapobiec tysieniu i ograniczające negatywne następstwa psychospołeczne choroby. Warto dodać, że przewlekły stan zapalny skóry zwiększa również ryzyko rozwoju chorób cywilizacyjnych, w tym zespołu metabolicznego, miażdżycy, udaru mózgu i choroby niedokrwiennej serca. Istotne jest zindywidualizowane podejście do pacjenta i leczenia, edukacja oraz wsparcie nie tylko ze strony lekarza, ale również rodziny i grup wsparcia powstających przy stowarzyszeniach chorych na łuszczycę.

Piśmiennictwo:

1. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT et al. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 62:979-987.
2. Tollefson MM. Diagnosis and management of psoriasis in children. *PediatrClinNorth Am.* 2014;61:261-277.
3. Farber EM, Nall L. Childhood psoriasis. *Cutis.* 1999;64:309-314.
4. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol.* 2007; 25:535-546.
5. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA et al. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol.* 2010;162:633-636.
6. de Jager ME, de Jong EM, van de Kerkhof PC et al. An inpatient comparison of quality of life in psoriasis in childhood and adulthood. *J EurAcad Dermatol Venereol.* 2011;25:828-831.
7. Raychaudhuri SP, Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2000;17:174-178.
8. Papp K, Berth-Jones J, Kragballe K et al. Scalp psoriasis: a review of current topical treatment options. *J EurAcad Dermatol Venereol.* 2007;21:1151-1160.
9. van de Kerkhof PC, Franssen ME. Psoriasis of the scalp. diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol.* 2001;2:159-165.
10. Fan X, Yang S, Sun LD et al. Comparison of clinical features of HLA-Cw*0602-positive and -negative psoriasis patients in a Han Chinese population. *Acta Derm Venereol.* 2007;87:335-340.
11. Thaci D, Daiber W, Boehncke WH et al. Calcipotriol solution for the treatment of scalp psoriasis: evaluation of efficacy, safety and acceptance in 3,396 patients. *Dermatology.* 2001;203:153-156.
12. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A et al. Atlas of trichoscopy. Springer; 2012; 31:379-389.
13. Shah KN. Diagnosis and treatment of pediatric psoriasis: current and future. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14:195-213.
14. Tsuji G, Takahara M, Uchi H et al. Identification of ketoconazole as an AhR-Nrf2 activator in cultured human keratinocytes: the basis of its anti-inflammatory effect. *J Invest Dermatol.* 2012;132:59-68.
15. Ortonne JP, Chimenti S, Luger T et al. Scalp psoriasis: European consensus on grading and treatment algorithm. *J EurAcad Dermatol Venereol.* 2009;23:1435-1444.
16. Gattu S, Rashid RM, Wu JJ. 308-nm excimer laser in psoriasis vulgaris, scalp psoriasis, and palmoplantar psoriasis. *J EurAcad Dermatol Venereol.* 2009;23:36-41.