

lek. Aleksandra Kosmala¹
dr hab. n. med. Agnieszka Osmola-Mańkowska²
prof. dr hab. n. med. Zygmunt Adamski²
prof. dr hab. n. med. Ryszard Żaba¹

¹Zakład Dermatologii i Wenerologii, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Ryszard Żaba

²Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Pracownia Łuszczycy i Nowoczesnych Terapii w Dermatologii

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Zygmunt Adamski

Pielęgnacja skóry owłosionej głowy skłonnej do łuszczycy

Łuszczycą (łac. psoriasis) jest przewlekłą chorobą skóry o charakterze zapalnym oraz nadal nie w pełni wyjaśnionej etiologii. Zaliczana jest do chorób kompleksowych o wieloczynnikowym modelu dziedziczenia, za jej ujawnienie odpowiada więc współdziałanie wielu genów i czynników środowiskowych. Istotą choroby jest zwiększona proliferacja naskórka, co klinicznie objawia się obecnością rumieniowo-żółtawych wykwitów, ustępujących bez pozostawienia śladu. Błazki łuszczycowe wykazują predylekcję do takich lokalizacji jak kolana, łokcie, skóra owłosiona głowy, lecz także bruzda międzypalczkowa i paznokcie.

Po raz pierwszy łuszczycą została opisana w 1798 r. przez twórcę współczesnej dermatologii brytyjskiej – Roberta Willana. Nowa definicja opisuje łuszczycę jako przewlekłą, systemową i zapalną chorobę mediowaną immunologicznie z manifestacją skórą^[1-3].

Etiopatogeneza

Łuszczycą dotyczy około 2% populacji dorosłych Europejczyków oraz 0,7% dzieci^[4-5]. Wśród czynników środowiskowych predisponujących do wystąpienia łuszczycy zalicza się: leki, urazy, infekcje, stresy fizyczne i psychiczne. Infekcje stymulujące ostry wysiew zmian łuszczycowych lub powodujące zao-

strzenie postaci przewlekłej to m. in.: paciorkowcowe zapalenie gardła wywoływane przez paciorkowce β – hemolizujące grupy A, infekcje wywoływane przez drobnoustroje takie jak *Candida albicans*, grzyby drożdżopodobne z rodzaju *Malassezia*, *Pseudomonas* czy *Klebsiella*. Czynniki te mogą powodować także zaostrzenia choroby, co sprawia, że ma ona charakter nawrotowy. Z uwagi na wieloczynnikowy model dziedziczenia łuszczycy, wyróżnia się dwa jej typy: typ I o wczesnym początku choroby (przed 40. rokiem życia) i związkiem z antygenami zgodności tkankowej (zwłaszcza HLA-Cw6) oraz typ II z początkiem po 40. roku życia i mniejszym związkiem z antygenami zgod-

ności tkankowej. Fan i wsp.^[6] wykazali, że u pacjentów rasy kaukaskiej łuszczyca skóry owłosionej głowy występuje statystycznie częściej przy obecności HLA-Cw6. Badania przeprowadzone wśród bliźniąt pokazują, że współczynnik zgodności wystąpienia łuszczycy wynosi około 75% wśród bliźniąt monozygotycznych i około 25% u bliźniąt dzygotycznych. Ryzyko wystąpienia łuszczycy u dziecka, jeśli choruje jedno z rodziców, wynosi 10-20%, jeżeli oboje – ryzyko rośnie do 50%^[2,7].

Duże znaczenie w etiopatogenezie łuszczycy przypisuje się także zaburzeniom immunologicznym związanym ze zwiększoną syntezą cytokin prozapalnych, takich jak TNF- α , IL-12, IL-17 czy IL-23. Proces zapalny w łuszczycy obejmuje interakcje między komórkami śródbłonna, keratynocytami, komórkami dendrytycznymi, monocytami, neutrofilami i różnymi cytokinami^[4,8].

Łuszczyca skóry owłosionej głowy

Najczęstszą postacią łuszczycy jest łuszczyca plackowata, która stanowi 75% wszystkich typów choroby. Postać zlokalizowana może dotyczyć jedynie skóry owłosionej głowy, zmiany lokalizują się wówczas w obrębie linii owłosienia oraz w okolicy potylicznej. Częstość zajęcia skóry owłosionej głowy u pacjentów z łuszczycą wynosi około 80%^[4]. W celu oceny ciężkości łuszczycy plackowatej wskazane jest stosowanie co najmniej trzech wskaźników: PASI (ang. *Psoriasis Area and Severity Index*), BSA (ang. *Body Surface Area*) oraz DLQI (ang. *Dermatology Life Quality Index*). Łuszczyca plackowata o nasileniu umiarkowanym lub dużym występuje, kiedy PASI wynosi > 10 punktów i/lub BSA $> 10\%$. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego leczenie łuszczycy uzależnione jest od ciężkości oraz lokalizacji zmian^[9]. Około 80% pacjentów z łuszczycą cierpi na postać łagodną do umiarkowanej. Zmiany w obrębie skóry

owłosionej głowy zwykle pojawiają się jako pierwsze i utrzymują przez cały okres trwania łuszczycy, dla wielu pacjentów stanowią one najtrudniejszy aspekt choroby. Mimo szerokiej gamy możliwości terapeutycznych i obszernej literatury, łuszczyca skóry owłosionej głowy nadal jest problematyczna w leczeniu^[10].

Łuszczyca skóry owłosionej głowy charakteryzuje się obecnością zapalnych rumieniowych plam i tarczek oraz wykwitów rumieniowo – grudkowych pokrytych srebrzystobiałą łuską, które mogą lokalizować się także w okolicy czoła, uszu i tylnej powierzchni szyi (Ryc. 1-3). Nasilenie zmian łuszczycowych w obrębie skóry owłosionej głowy można ocenić przy użyciu skali *Psoriasis Scalp Severity Index* (PSSI), w której pod uwagę brany jest stopień nasilenia rumienia, nacieku i łuski^[4,11]. Zmianom skórnym może towarzyszyć intensywny świąd lub tysienie. W różnicowaniu choroby pod uwagę najczęściej bierzemy: łojotokowe zapalenie skóry owłosionej głowy oraz grzybicę.

Leczenie skóry owłosionej głowy

Skuteczne leczenie łuszczycy skóry owłosionej głowy obejmuje terapie miejscowe w przypadku choroby o łagodnym lub umiarkowanym zaawansowaniu oraz terapie układowe w przypadku choroby o ciężkim przebiegu lub zmian nawracających. Pomimo szerokiej gamy dostępnych produktów leczniczych, skóra owłosiona głowy stanowi trudny do leczenia obszar^[12]. Obecność włosów ma wpływ na aplikację i przenikanie leków do zmienionej chorobowo skóry, a także zmniejsza stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta. Chorzy często skarżą się na „tłusty efekt” leków w tym obszarze i trudności w usuwaniu produktów leczniczych z włosów. Obecnie leki miejscowe są zalecane jako pierwsza linia leczenia łuszczycy o łagodnym do umiarkowanego nasilenia, ale mogą być także stosowa-



Ryc. 1-3. Łuszczyca skóry owłosionej głowy.

ne jednocześnie z fototerapią, systemowymi lub biologicznymi terapiami dla umiarkowanej do ciężkiej postaci łuszczycy. Zastosowanie w terapii znajdują środki keratolityczne zawierające kwas salicylowy, mocznik i kwas mlekowy. Mają za zadanie usunięcie nawarstwionych i złuszczonej się warstw naskórka. Miejscowe kortykosteroidy z dodatkiem lub bez dodatku analogu witaminy D (kalcypotriolu) stanowią złoty standard w leczeniu łuszczycy skóry owłosionej głowy, działają bowiem przeciwzapalnie, antyproliferacyjnie, zmniejszając nasilenie zmian i działając przeciwświądowo. Do stosowanych przeciwzapalnych preparatów glikokortykosteroidowych zaliczamy: hydrokortyzon (w postaci płynu, emulsji, roztworu), mometazon (w postaci płynu, emulsji, roztworu), betametazon (w postaci płynu, żelu), klobetazol (w postaci płynu, pianki, szamponu), triamcynolon (w postaci iniekcji doogniskowych)^[4]. W leczeniu łuszczycy skóry owłosionej głowy stosowane są także preparaty będące połączeniem glikokortykosteroidu (betametazon propionianu) z 2% kwasem salicylowym w postaci płynu na skórę, inhibitory kalcyneuryny (takrolimus, pimekrolimus) w postaci kremu lub maści oraz retinoidy zewnętrzne (tazaroten). Wspomagająco można zastosować szampony z dziegciem czy roztwory zawierające cygnolinę, jak np. spirytyl cygnolinowy. Kortykosteroidy stosowane w terapii miejscowej łuszczycy należą

do grupy o silnym i bardzo silnym działaniu (III i IV klasa według klasyfikacji europejskiej). Wykazują one największą skuteczność spośród dostępnych leków miejscowych stosowanych w monoterapii, ale ich długotrwałe stosowanie wywołuje działania niepożądane, będące istotnym ograniczeniem w użytkowaniu. Do najczęstszych działań niepożądanych kortykosteroidów miejscowych zalicza się atrofię skóry i tkanki podskórnej, rozstęp, trądzik posterooidowy czy okołoustne zapalenie skóry, ogniska hipopigmentacji, zwiększoną podatność na infekcje bakteryjne, wirusowe czy grzybicze^[3,13].

W leczeniu łuszczycy skóry owłosionej głowy zastosowanie znajduje także fototerapia (UVB 311 nm, grzebień UV), fotochemoterapia (PUVA) i laseroterapia laserem ekscymerowym. Skuteczność tych metod może być jednak ograniczona z powodu obecności włosów oraz ograniczonego dostępu do urządzeń^[4,14].

W przypadku łuszczycy ciężkiej bądź odpornej na inne metody terapeutyczne niezbędne jest włączenie terapii systemowej, takiej jak: metotreksat, acytretyna, cyklosporyna czy leczenie biologiczne^[12].

Pielęgnacja skóry owłosionej głowy

Okolo 80% pacjentów z łuszczyką ma zmiany zlokalizowane w obrębie skóry owłosionej głowy^[15]. Większość z nich do-

świadczą z tego powodu znacznego obniżenia jakości życia. Leczenie i pielęgnacja skóry owłosionej stanowią duże wyzwanie terapeutyczne. Preparaty w postaci szamponów zawierające dziegieć (smołę węglową), kwas salicylowy, kwas mlekowy, mocznik, ichtiol jasny czy glikokortykosteroidy zapewniają pacjentom łatwą, niebrudzącą opcję leczenia, ale nie ma możliwości pozostawienia ich na skórze po zmyciu. Pozostałe preparaty miejscowe posiadają zwykle tłuste podłoże, co wywołuje dyskomfort pacjentów oraz problemy z usunięciem leku z powierzchni włosów, dając efekt włosów tłustych i obciążonych. Czynniki te sprawiają, że pacjenci mniej chętnie sięgają po produkty lecznicze i nie stosują się do zaleceń terapeutycznych. Różnorodne, a czasem niekonwencjonalne podejścia terapeutyczne, nieznaczna skuteczność wielu dostępnych preparatów miejscowych, niedostateczna kontrola działania preparatów miejscowych i wysoki poziom niezadowolenia pacjentów ze stosowanych metod leczenia łuszczycy wskazują na potrzebę poszukiwania nowych, skutecznych i dobrze tolerowanych metod leczenia łuszczycy skóry owłosionej głowy.

Celem zmniejszenia liczby nawrotów zmian łuszczycowych niezbędna jest odpowiednia profilaktyka i pielęgnacja. Do działań profilaktycznych zaliczamy: unikanie czynników zaostrzających wykwity, dbałość o higienę skóry głowy poprzez stosowanie preparatów kosmetycznych o właściwościach nawilżających, natłuszczających i keratolitycznych, a także przestrzeganie zdrowej diety^[4]. Obecnie dostępne są na rynku nowe preparaty do pielęgnacji skóry owłosionej głowy z łuszczycą w formie pianki. Postać pianki, dzięki swej lekkiej i nietłustej konsystencji, może okazać się idealną alternatywą dla leczenia zmian łuszczycowych skóry owłosionej głowy.

Preparaty stosowane do pielęgnacji skóry owłosionej głowy u pacjentów z łuszczycą w fazie zaostrzenia wspomagają regenerację skóry. Produkty te zawierają trzy składniki aktywne: 2% kwas salicylowy o działaniu keratolitycznym, azeloglicynę działającą keratolitycznie, przeciwzapalnie, nawilżająco oraz uelastyczniająco na skórę oraz olej z róży rdzawej o właściwościach regenerujących skórę. Kwas salicylowy wykazuje dodatkowo działanie grzybobójcze, fotoprotekcyjne oraz bakteriostatyczne, przez co jest w szczególności polecany osobom z nadmiernym wydzielaniem sebum. Róża rdzawa znana jest ze swego działania antyoksydacyjnego^[16,17]. Preparaty te stosuje się dwa razy dziennie, rano i wieczorem, mogą być stosowane u dzieci już od 3. roku życia.

W przypadku poprawy stanu dermatologicznego istotnym jest jak najdłuższe utrzymanie fazy remisji. Aby uniknąć działań niepożądanych związanych z przewlekłym stosowaniem miejscowych glikokortykosteroidów, warto polecić pacjentom preparaty do pielęgnacji zawierające składniki roślinne. Na rynku dostępny jest preparat, będący połączeniem siedmiu składników pochodzenia naturalnego. Są to:

- ostropest plamisty – o działaniu przeciwzapalnym i przeciwświądowym,
- wrotycz pospolity – wzmacniający naczyń krwionośne,
- trędownik – działający przeciwobrzętkowo,
- glistnik jaskółcze ziele – o właściwościach zmniejszających proliferację naskórka,
- psianka słodkogórz – o działaniu keratolitycznym,
- olej z lnicznika siewnego – posiadający właściwości nawilżające i ograniczające TEWL (ang. *transepidermal water loss* – przeznaskórkowa utrata wody),
- olej z konopii siewnych – dzięki wysokiej zawartości kwasów omega-6 i omega-3

w proporcjach 3:1 pozwala odbudować barierę lipidową i gwarantuje uzyskanie optymalnego efektu pielęgnacyjnego oraz bezpieczeństwo terapii.

Preparat stosować można kilka razy na dobę, w zależności od potrzeb^[18].

Podsumowanie

Łuszczyca, w tym zmiany w obrębie skóry owłosionej głowy, stanowią przewlekły, nawracający stan zapalny, wywierający istotny wpływ na jakość życia oraz psychikę pacjentów. Widoczność wykwitów skórnych oraz niemożność ich zamaskowania w życiu codziennym znacznie obniża poczucie własnej wartości pacjentów, komfort życia, zaburza kontakty społeczne, mogąc prowadzić do różnego rodzaju zaburzeń psychicznych. Szacuje się, że depresja dotyczy od 24 do 57% pacjentów z łuszczycą, z których 5% podejmuje próbę samobójczą^[19]. Istotne jest zatem skuteczne leczenie zmian skórnych, a następnie właściwa pielęgnacja i utrzymanie stanu remisji jak najdłużej. W zależności od nasilenia i morfologii zmian skórnych dostępnych jest wiele opcji terapeutycznych, stosowanych zarówno w monoterapii, jak i w terapii skojarzonej. Podstawą leczenia zmian łuszczykowych zlokalizowanych w obrębie skóry owłosionej głowy są preparaty miejscowe, jednak z uwagi na obecność włosów ich aplikacja może być utrudniona. Z tego powodu na rynek wprowadzane są nowe produkty w formie pianek i sprayów, które zwiększają skuteczność leczenia poprzez poprawę przylegania preparatu. Istotna jest edukacja pacjenta oraz indywidualne podejście zarówno do chorego, jak i do leczenia i pielęgnacji skóry owłosionej głowy.

Piśmiennictwo:

1. Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolff H. i wsp.: Łuszczyca [w:] Braun-Falco. Dermatologia, W.H.C. Burgdorf, G. Plewig, H. Wolff i wsp. (red.), Wyd. Czelej, Lublin, 2002, tom I, 557 – 578.
2. Kosmala A., Jenerowicz D., Adamski Z.: Przypadek łuszczycy pospolitej u sióstr – domniemana rola czynników genetycznych, zakaźnych oraz stresu w powstawaniu choroby. *Derm. Prakt.* 2016; 8 (3): 53 - 58.
3. Pietrenko W., Osmola – Mańkowska A., Adamski Z.: Terapia miejscowa u chorych na łuszczycę plackowatą. *Aesthetica.* 2016; 6: 26–33.
4. Maj M., Rudnicka L.: Łuszczyca skóry owłosionej głowy. *Aesthetica.* 2016; 4: 60-64.
5. Schäfer T.: Epidemiology of psoriasis: review and the german perspective. *Dermatology* 2006; 212: 327–337.
6. Fan X., Yang S., Sun L.D., Liang Y.H., Gao M., Zhang K.Y. i wsp.: Comparison of clinical features of HLA-Cw*0602-positive and -negative psoriasis patients in a Han Chinese population. *Acta Derm Venereol.* 2007; 87(4): 335-340.
7. Farber E.M., Nall M.L., Watson W.: Natural history of psoriasis in 61 twin pairs. *Arch Dermatol* 1974; 109, 207-211.
8. Malecic N., Young H.: Tacrolimus for the management of psoriasis: clinical utility and place in therapy. *Psoriasis.* 2016; 6: 153-163.
9. Szepietowski J., Adamski Z., Chodorowska G., Kaszuba A., Placek W., Rudnicka L. i wsp.: Leczenie łuszczycy – re-

- komendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część II: łuszczyca umiarkowana do ciężkiej. *Przeegl Dermatol* 2014; 101: 455-472.
10. Papp K., Berth – Jones J., Kragballe K., Wozel G., de la Brassinne M.: Scalp psoriasis: a review of current topical treatment options. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007; 21 (9): 1151 – 1160.
11. Thaci D., Daiber W., Boehncke W.H., Kaufmann R.: Calcipotriol solution for the treatment of scalp psoriasis: evaluation of efficacy, safety and acceptance in 3,396 patients. *Dermatology*. 2001; 203 (2): 153-156.
12. Blakely K., Gooderham M.: Management of scalp psoriasis: current perspectives. *Psoriasis*. 2016; 6: 33-40.
13. Coondoo A., Phiske M., Verma S., Lahiri K.: Side-effects of topical steroids: A long overdue revisit. *Indian Dermatol Online J*. 2014; 5(4): 416-425.
14. Ortonne J., Chimenti S., Luger T., Puig L., Reid F., Trüeb R.M.: Scalp psoriasis: European consensus on grading and treatment algorithm. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009; 23(12): 1435 – 1444.
15. Guenther L.: Current management of scalp psoriasis. *Skin Therapy Lett*. 2015; 20(3): 5-7.
16. Madan R.K., Levitt J.: A review of toxicity from topical salicylic acid preparations. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 70(4): 788-792.
17. Mármol I., Sánchez-de-Diego C., Jiménez-Moreno N., Ancín-Azpilicueta C., Rodríguez-Yoldi M.J.: Therapeutic Applications of Rose Hips from Different Rosa Species. *Int J Mol Sci*. 2017; 18(6). doi: 10.3390/ijms18061137.
18. Ulotka produktów: Epinar złuszczenie i Epinar mniej rogowaceń.
19. Rosińska M., Rzepa T., Szramka-Pawlak B., Żaba R.: Obraz własnego ciała oraz objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. *Psychiatr. Pol*. 2017; 51(6): 1145 – 1152.