

II. Łuszczyca dziecięca

1. Jak często łuszczyca występuje u dzieci i czym wyróżnia się w przebiegu i obrazie klinicznym u niemowląt i małych dzieci?

Przez wiele lat sądzono, że łuszczyca bardzo rzadko występuje u dzieci, a jej występowanie w okresie noworodkowym i niemowlęcym uznawano za kazuistykę. Łuszczyca dziecięca dwa razy częściej występuje u dziewcząt niż u chłopców, a częstość jej występowania zwiększa się wraz z wiekiem dziecka i kształtuje się następująco:

- w 20-37% przypadków zaczyna się przed 20. r.ż.,
- w 27% przypadków zaczyna się przed 15. r.ż.,
- w 10% przypadków ujawnia się przed 10. r.ż.,
- w 6,5% przypadków ujawnia się przed 5. r.ż.,
- u 2% obserwowano łuszczycę tuż po urodzeniu lub przed 2. r.ż.



Ryc. II.2. Łuszczyca zwykła – grudki i tarczki pokryte łuską na tułowiu u 9-miesięcznego chłopczyka.



Ryc. II.1. Łuszczyca zwykła – tarczki łuszczycowe na skórze głowy i tułowia u 9-miesięcznego chłopczyka.



Ryc. II.3. Łuszczyca zwykła u 9-miesięcznego chłopczyka. Grudki i tarczki łuszczycowe na skórze pleców.

Należy podkreślić, iż wczesne wystąpienie łuszczycy jest niekorzystnym objawem prognostycznym oraz może poprzedzać ciężki oraz uporczywy przebieg choroby i występowanie ciężkich jej odmian, takich jak łuszczycza stawowa, krostkowa czy erythrodermiczna.

Łuszczycza wieku dziecięcego w większości ma postać wysiewu grudek typu punkcikowatego, kropelkowatego lub pianażkowatego, najczęściej 10-20 dni po przebytych infekcjach bakteryjnych gardła, oskrzeli, zatok obocznych nosa, ucha środkowego, a także po przebyciu grypy, ospy wietrznej, opryszczki czy półpaśca. Wysiewy łuszczycy w tych przypadkach częściej obserwuje się u dzieci leczonych penicylinami półsyntetycznymi lub tetracyklinami, czy otrzymujących pochodne kwasy acetylosalicylowego.

Obraz kliniczny, cechy charakterystyczne i różnicowanie łuszczycy w okresie niemowlęcym przedstawiono w tabeli II.1.

Tabela II.1. Cechy kliniczne i różnicowanie łuszczycy niemowlęcej

Obraz kliniczny	Dobre odgraniczenie wykwitów od otoczenia Rumieniowo-wysiękowy charakter zmian Częstsze występowanie świądu Brak występowania charakterystycznej łuski Symetryczny układ wykwitów
Różnicowanie	Pieluszkowe zapalenie skóry Łojotokowe zapalenie skóry Wyprysk Atopowe zapalenie skóry Wyprzenie mechaniczne, bakteryjne, drożdżakowe <i>Acrodermatitis enteropathica</i>

Uwaga: dla ustalenia rozpoznania często konieczne jest badanie histopatologiczne, chociaż u małych dzieci może nie być diagnostyczne.



Ryc. II.4. Grudki i tarczki łuszczycowe na skórze klatki piersiowej i brzucha u 9-miesięcznego niemowlęcia.

2. Co przemawia za rolą czynników genetycznych w etiopatogenezie łuszczycy i jakie jest ryzyko jej wystąpienia w przypadku choroby któregoś z rodziców?

U około 30% chorych łuszczycza występuje rodzinie, a dziedziczenie określa się jako autosomalne dominujące z ograniczoną penetracją genu. Za potwierdzeniem udziału czynników genetycznych przemawiają badania przedstawione w tabeli II.2.

Tabela II.2. Uwarunkowania genetyczne łuszczycy

Związek z układem genów HLA klasy I (CD8) oraz klasy II (DR7)

Wykryto dotychczas 14 *loci* genów podatności na łuszczycę

Loci łuszczycowe mogą nakładać się z *loci* dla innych zapalnych chorób, np. choroby Leśniowskiego-Crohna

U bliźniąt dwujajowych łuszczycza współwystępuje w 15-20% przypadków, zaś u bliźniąt jednojajowych w 65-70% przypadków