13 ŁUSZCZYCA I CHOROBY KRĘGU ŁUSZCZYCY

Iwonna Michalak, Andrzej Kaszuba

Łuszczyca zwykła (ryc. 13.1-13.5)

Syn.: *Psoriasis vulgaris.*

Def.: Przewlekła, zapalna, nawrotowa i niezakaźna choroba skóry, dotycząca około 2-4% populacji. Występuje w każdym wieku, u obu płci, a rozwój zmian chorobowych zależy w dużym stopniu od czynników genetycznych, immunologicznych i środowiskowych. Pomimo licznych badań, etiopatogeneza choroby nie jest do końca poznana.

Choroba przebiega ze zwiększoną, łagodną proliferacją naskórka, która w połączeniu z procesem zapalnym prowadzi do występowania zmian na skórze o różnorodnym nasileniu – od dyskretnych zmian grudkowych do rozległych ognisk plackowatych łuszczycy zwykłej lub krostkowej. U części chorych występują zmiany w układzie kostno-stawowym, które w znacznym stopniu pogarszają

Ryc. 13.1. Łuszczyca zwykła.

Ryc. 13.3. Łuszczyca zwykła.

Ryc. 13.2. Łuszczyca zwykła.

Ryc. 13.4. Łuszczyca zwykła.

Ryc. 13.5. Łuszczyca zwykła.

jakość życia, a niekiedy prowadzą do trwałego inwalidztwa.

Epid.: Jedna z najczęstszych chorób zapalnych skóry, dotyczy 1-3% populacji krajów strefy umiarkowanej. Występuje jednakowo często u obu płci, jedynie łuszczyca stawowa występuje nieco częściej u kobiet. Może ujawnić się w każdym wieku – od wczesnego dzieciństwa po wiek podeszły. Szczyt zachorowań przypada na okres dojrzewania oraz okres między 50. a 60. rokiem życia.

Etiol. i *pat.*: **Rola czynników genetycznych:** u około 30% chorych łuszczyca występuje rodzinnie, a dziedziczenie określa się jako autosomalne dominujące z ograniczoną penetracją. Łuszczyca związana jest z antygenami układu HLA klasy I (CD8) oraz klasy II (DR7), a także z chromosomami 6p21, 17q, 4p. Za potwierdzeniem udziału czynnika genetycznego przemawia współwystępowanie łuszczycy u bliźniąt dwujajowych w 15-20% przypadków, u bliźniąt jednojajowych w 65-70% przypadków. Ryzyko zachorowania na łuszczycę w rodzinie zdrowej wynosi 1-2%, gdy choruje jedno z rodziców – 10-20%, natomiast gdy oboje rodzice są chorzy, ryzyko zachorowania wzrasta do 50-70%. W zależności od przebiegu choroby i związku z układem HLA wyróżnia się dwa podtypy łuszczycy.

- Typ I – wczesny początek – przed 40. rokiem życia, szczyt zachorowań miedzy 18.-22. rokiem życia, związek z antygenami HLA – Cw6, DR7, częste występowanie w rodzinie, częste nawroty i rozległe zmiany skórne.
- Typ II – późny początek – po 40. roku życia, szczyt zachorowań po 55. roku życia, związek z antygenami HLA – Cw2, B27, rzadsze występowanie rodzinne, duży wpływ środowiskowych czynników wyzwalających.

Podstawowe zjawiska zachodzące w łuszczycy: pod wpływem działania różnorodnych czynników wewnątrz- i zewnątrzustrojowych dochodzi do nadmiernej proliferacji i pobudzenia czynnościowego keratynocytów, wzmożonej chemotaksji neutrofilów i limfocytów do naskórka, pobudzenia limfocytów Th1 w odpowiedzi na antygeny, superantygeny, autoantygeny (?), uszkodzenia naskórka przez neutrofile i ich enzymy (mikroropnie), pobudzenia komórek śródbłonka naczyń skóry ułatwiającego migrację komórek do tkanek.

Zjawiska immunologiczne w łuszczycy: obecność aktywowanych limfocytów Th1 (CD4+, CD8+) w naciekach łuszczycowych; uwalnianie cytokin prozapalnych (IL-1, IL-8, IL-12, IL-18, IL-23, TNF, INF, TGF) przez limfocyty, keratynocyt, komórki dendrytyczne, mastocyty, komórki sródbłonka, fibroblasty; pobudzenie limfocytów Th17 i uwalnianie IL-17 oraz IL-22; pobudzenie limfocytów, keratynocytów i procesów angiogenezy pod wpływem cytokin prozapalnych; przedostawanie się prozapalnych cytokin do krążenia i wywoływanie stanu zapalnego w narządach odległych (układ sercowo-naczyniowy).

Czynniki wyzwalające w łuszczycy: we wszystkich postaciach łuszczycy istotną rolę odgrywają wewnątrz- i zewnątrzustrojowe czynniki, które mogą zapoczątkować lub nasilać proces chorobowy oraz wyzwalać kolejne nawroty choroby. Do najczęściej spotykanych czynników wyzwalających należą:

- czynniki fizyczne – iniekcje, szczepienia, oparzenia, ukłucia owadów, rany chirurgiczne, skaleczenia, dermabrazja, zadrapania, tatuaż, promienie UV (w miejscu uszkodzenia skóry pojawiają się w aktywnym okresie choroby typowe wykwity łuszczycowe – objaw Köbnera),
- infekcje – ostre i przewlekłe infekcje paciorkowcowe,
- przewlekłe infekcje bakteryjne i grzybicze,
- dermatozy zapalne – ospa wietrzna, półpasiec, trądzik, łojotokowe zapalenie skóry,
- czynniki hormonalne – okres dojrzewania, menopuza, ciąża, poród,
- stres,
- leki – kortykosteroidy, sole litu, leki przeciwmalaryczne, beta-blokery, NLPZ, inerferon,
- dieta, alkohol, papierosy,
- zaburzenia metaboliczne – mocznica, hipokalcemia (np. w przebiegu dializ),

- HIV/AIDS – u osób zakażonych HIV łuszczyca występuje częściej i ma cięższy przebieg.

Łuszczyca a choroby współistniejące: wśród pacjentów z łuszczycą obserwuje się zwiększoną częstość występowania dysfunkcji układu sercowo-naczyniowego oraz zaburzeń metabolicznych. Związane jest to z następującymi obserwacjami:

- czynniki ryzyka łuszczycy to także czynniki ryzyka chorób serca i zaburzeń metabolicznych – palenie papierosów, nadwaga, stres, dyslipidemia;
- zarówno w łuszczycy, jak i w chorobach układu sercowo-naczyniowego bardzo często obserwuje się wzrost stężenia cholesterolu całkowitego i frakcji LDL oraz spadek stężenia frakcji HDL, wzrost stężenia trójglicerydów, apolipoprotein i wskaźnika ostrej fazy;
- wykazano istotną zależność między wymienionymi parametrami, ryzykiem chorób serca, przedwczesnym rozwojem miażdżycy a nasileniem i czasem trwania zmian łuszczycowych;
- prozapalne cytokiny (TNF, IL-6) wytwarzane w procesie zapalnym w łuszczycy mają niekorzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy, metabolizm glukozy, tłuszczów, kwasu moczowego;
- u chorych z otyłością bardzo liczne adipocyty są znaczącym źródłem prozapalnych cytokin (IL-6).

U chorych z łuszczycą częściej niż w populacji ogólnej obserwuje się chorobę wieńcową i zawał mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię z przyspieszonym rozwojem miażdżycy, zaburzenia metabolizmu glukozy i cukrzycę, otyłość, zakrzepowe zapalenie żył, zatorowość płucną, udar mózgu.

Klin.: Objawy choroby – charakterystyczne dla łuszczycy są płaskowyniosłe grudki barwy czerwonej i czerwonobrunatnej, różnej wielkości, wyraźnie odgarniczone od skóry otaczającej, pokryte białosrebrzystymi łuskami. Przy zdrapywaniu łuski odpadają, tworząc cienkie płatki przypominające zeskrobiny ze świecy, następnie uwidacznia się lśniąca powierzchnia (objaw świecy stearynowej) oraz punkcikowate krwawienie (objaw Auspitza). Cechą charakterystyczną jest także rozwój zmian łuszczycowych w miejscu urazu skóry (objaw Köbnera). W zależności od wielkości wykwitów wyróżnia się:

- łuszczycę punkcikowatą,
- łuszczycę kropelkowatą (drobnogrudkową),
- łuszczycę pieniążkowatą,
- łuszczycę plackowatą,
- łuszczycę geograficzną,
- erytrodermię łuszczycową.

Lokalizacja zmian chorobowych: zmiany skórne mogą zajmować wszystkie okolice ciała, ale najbardziej charakterystyczne miejsca występowania zmian to łokcie i kolana, wyprostne powierzchnie kończyn górnych i dolnych, okolica lędźwiowo-krzyżowa, tułów, ręce i stopy, owłosiona skóra głowy, fałdy skórne, paznokcie. Zmiany mają zwykle symetryczny układ.

Przebieg choroby: łuszczyca charakteryzuje się przewlekłym i nawrotowym przebiegiem. Okresy bezobjawowe – o różnym czasie trwania – występują naprzemiennie z okresami wysiewu zmian skórnych, które pojawiają się najczęściej w okresie wiosny i jesieni, często pod wpływem rozmaitych czynników wyzwalających. Wyróżnia się dwie podstawowe odmiany łuszczycy – łuszczycę zwyczajną i łuszczycę krostkową. Łuszczyca zwyczajna obejmuje rozmaite postaci choroby, różniące się obrazem morfologicznym wykwitów, lokalizacją i przebiegiem choroby. Łuszczyca krostkowa to odmiana, w której przebiegu pojawiają się na skórze krosty, zlokalizowane na podłożu rumieniowym.

Odmiany kliniczne łuszczycy:

1. Łuszczyca drobnogrudkowa (*psoriasis guttata*) – pojawia się najczęściej po infekcji paciorkowcowej u młodych osób; wykwity grudkowe o średnicy poniżej 1 cm, bardzo liczne, rozsiane symetrycznie na skórze całego ciała; zmianom często towarzyszy świąd; bardzo często występuje objaw Köbnera.
2. Łuszczyca plackowata (*plaque psoriasis*) **(ryc. 13.6)** – najczęstsza postać łuszczycy; ogniska chorobowe o średnicy od kilku do kilkunastu centymetrów; wykwity o charakterze nacieczonych ognisk barwy czerwonobrunatnej, pokrytych łuskami; często współistnieją zmiany w obrębie owłosionej skóry głowy i paznokci; przebieg przewlekły z okresami zaostrzeń i remisji.
3. Łuszczyca zwyczajna dłoni i stóp (*psoriasis vulgaris palmo-plantaris*) **(ryc. 13.7 i 13.8)** – zajmuje głównie dłonie i podeszwy; ogniska barwy czerwonej, bardzo nacieczone, ze znacznym zgrubieniem naskórka; w obrębie zmian liczne bolesne pęknięcia; zmiany bardzo oporne na leczenie, w znacznym stopniu