

Łuszczyca. Łuszczycowe zapalenie stawów.

Adriana Rakowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ŁUSZCZYCA- DEFINICJA

Zapalna hiperproliferacyjna dermatoza o przewlekłym i nawrotowym przebiegu, charakteryzująca się obecnością rumieniowych wykwitów pokrytych srebrzystą łuską.

EPIDEMIOLOGIA

- ❖ 1-3 % populacji północnoeuropejskiej.
- ❖ Relatywnie rzadkie schorzenie wśród rasy czarnej, żółtej i rdzennie amerykańskiej.
- ❖ W równym stopniu dotyczy mężczyzn i kobiet.

TYP I ŁUSZCZYCY

- ❖ Początek choroby w młodym wieku (przed 40-stym rokiem życia).
- ❖ Silna predyspozycja genetyczna.
- ❖ Częściej współwystępują: łuszczyca paznokci, łuszczycowe zapalenie stawów, łuszczyca krostkowa, zmiany w obrębie twarzy, dodatni objaw Koebnera.
- ❖ Im wcześniejszy początek tym przebieg choroby jest cięższy z częstszymi zaostrzeniami.

TYP II ŁUSZCZYCY

- ❖ Początek choroby zwykle między 40-tym a 60-tym rokiem życia.
- ❖ Statystycznie łagodniejszy przebieg choroby niż w typie I łuszczycy
- ❖ Mniej ewidentna predyspozycja genetyczna.

PATOGENEZA – CZYNNIKI GENETYCZNE

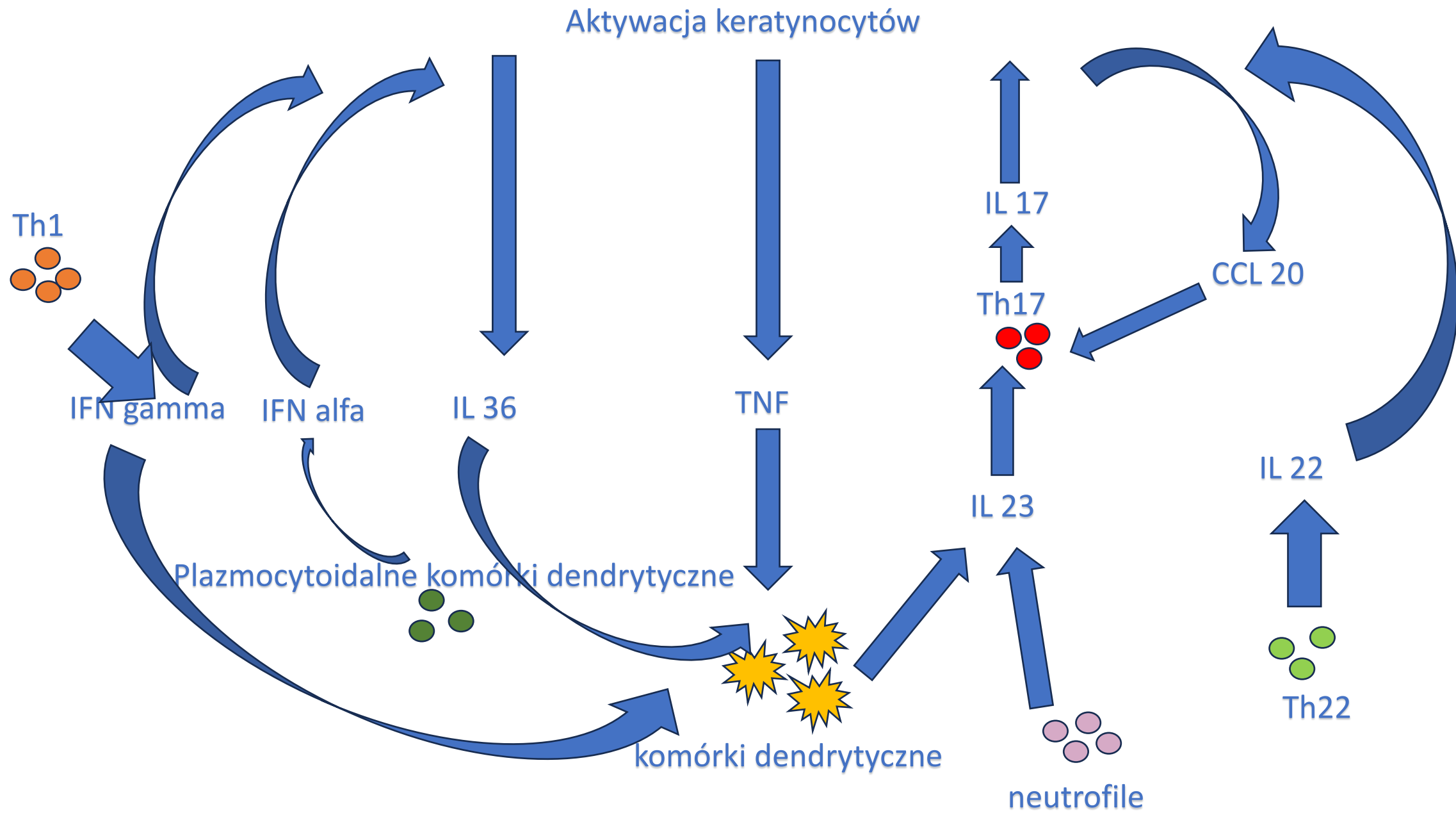
- ❖ W 30 % występowanie rodzinne.
- ❖ 1 rodzic chory na łuszczycę- ryzyko u dziecka 10-20%.
- ❖ 2 rodziców chorych na łuszczycę- ryzyko u dziecka 50-70%.
- ❖ Bliźnięta jednojajowe- ryzyko wystąpienia u drugiego bliźniaka, jeżeli jeden jest chory wynosi 70-90%.

PATOGENEZA – CZYNNIKI GENETYCZNE

- ❖ Dziedziczenie poligenowe.
- ❖ Najczęstsze antygeny układu HLA: HLA-A2, B13, B17, B27, Bw57, Cw6, DR7.

PATOGENEZA – ZJAWISKA IMMUNOLOGICZNE

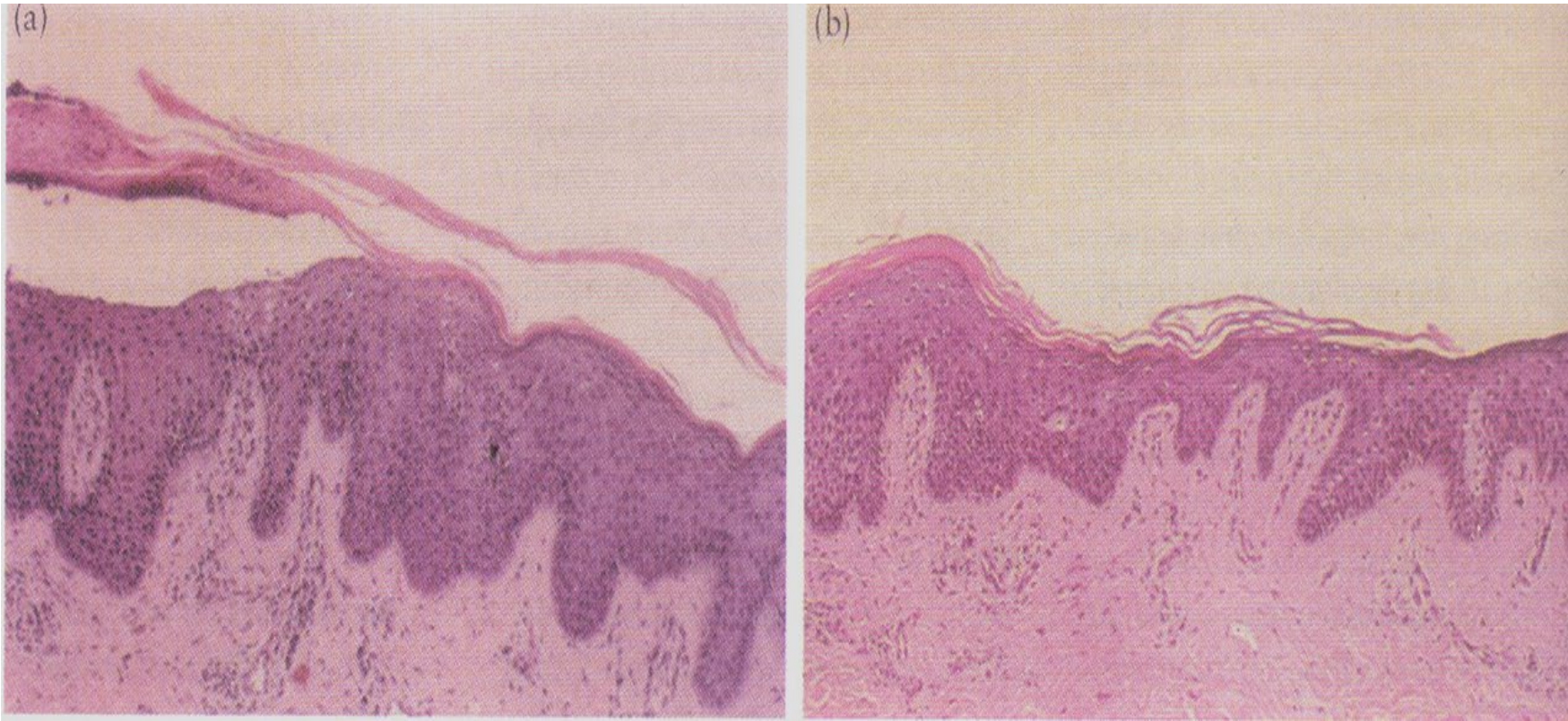
- ❖ Komórki układu immunologicznego kluczowe w patogenezie łuszczycy: TH1, Th 17.
- ❖ Cytokiny układu immunologicznego kluczowe w patogenezie łuszczycy : TNF – alfa, interleukina 17, interleukina 12, interleukina 23.



PATOGENEZA –ZMIANY W NASKÓRKU

- ❖ Objętość naskórka 4-6x większa niż normalnie.
- ❖ Przyspieszone i zaburzone różnicowanie korneocytów.
- ❖ Zwiększona aktywność mitotyczna i synteza DNA.
- ❖ Nieprawidłowa warstwa rogowa (parakeratoza).
- ❖ Skrócony do 3-4 dni czas przejścia korneocytów z warstwy podstawnej do rogowej (norma 28 dni).

- ❖ Parakeratoza.
- ❖ Zanik warstwy ziarnistej naskórka.
- ❖ Mikroropnie Munro, krosty Kogoja.
- ❖ Jednorodne wydłużenie sopl naskórkowych.
- ❖ Wydłużenie brodawek skórnych.



PATOGENEZA- CZYNNIKI PROWOKUJĄCE

- ❖ CZYNNIKI FIZYCZNE: promieniowanie UV i rtg, dermabrazja, zabiegi chirurgiczne, iniekcje, tatuaż, szczepienia, ukłucia owadów, oparzenia.
- ❖ CZYNNIKI CHEMICZNE: oparzenia chemiczne, ekspozycja na czynniki toksyczne.
- ❖ DERMATOZY ZAPALNE: infekcja HSV, ospa wietrzna, półpasiec, trądzik różowaty, kontaktowe zapalenie skóry.

PATOGENEZA- CZYNNIKI PROWOKUJĄCE

- ❖ LEKI: lit, antymalaryczne, betablokery, inhibitory acetylocholiesterazy, NLPZ, cymetydyna, interferony, interleukina, GM-CSF.
- ❖ CZYNNIKI ENDOGENNE: infekcje (infekcja streptokokowa gardła, HIV), ciąża i poród, otyłość.

OBJAWY KLINICZNE

- ❖ WYKWIT PIERWOTNY: czerwona **grudka** pokryta łuską.
- ❖ WYKWITY WTÓRNE: obszary rumieniowo- naciekowe, tzw. **blaszki łuszczykowe**, ostro odgraniczone od otoczenia, pokryte łuską.
- ❖ SPECYFICZNE OBJAWY: objaw świecy stearynowej, objaw Auspitz, objaw Koebnera.

OBJAW KOEBNERA



ŁUSZCZYCA- OBJAWY

- ❖ Świąd podczas progresji
- ❖ Grudki łuszczycowe wokół blaszek łuszczycowych w niestabilnej fazie choroby
- ❖ Poszerzające się blaszki łuszczycowe mają aktywny brzeg
- ❖ Remisja zwykle w centrum blaszek łuszczycowych
- ❖ Zapalne zmiany mogą być lekko tkliwe

ODMIANY KLINICZNE ŁUSZCZYCY:

- ❖ łuszczyca plackowata (80-90%)
- ❖ erythrodermia łuszczycowa
- ❖ łuszczyca dłoniowo – podszwowa
- ❖ łuszczyca krostkowa postać uogólniona
- ❖ łuszczyca krostkowa dłoni i stóp

- ❖ łuszczyca stawowa
- ❖ łuszczyca zadawniona (brudźcowa)
- ❖ łuszczyca odwrócona
- ❖ łuszczyca paznokci
- ❖ łuszczyca owłosionej skóry głowy

ŁUSZCZYCA PLACKOWATA/ ZWYCZAJNA

- ❖ Najbardziej powszechna postać (plackowata, punkcikowata, drobnogrudkowa, pieniążkowata, geograficzna, postać erytrodermiczna)
- ❖ Wykwity: blaszki łuszczycowe.
- ❖ Okolice predysponowane: kolana, łokcie, skóra owłosiona głowy i bruzda międzypośladowa.
- ❖ Przebieg przewlekły, z okresami remisji i zaostrzeń.



RÓŻNICOWANIE: wyprysk łojotokowy, pityriasis lichenoides chronica, liszaj płaski, grzybica skóry gładkiej, łupież różowy Giberta, odmiana łuszczycopodobna podostrego toczenia rumieniowatego .

ŁUSZCZYCA PLACKOWATA/ ZWYCZAJNA

- ❖ Relatywnie symetrycznie rozmieszczone, ostro odgraniczone blaszki łuszczykowe
- ❖ Blaszki mogą występować miesiące/lata w tej samej lokalizacji.

ŁUSZCZYCA WYSIEWNA/ KROPELKOWATA/ DROBNOGRUDKOWA

- ❖ Zmiany chorobowe pojawiają się nagle.
- ❖ Grudki są małe, mają mało łuski.
- ❖ Najczęściej u dzieci.
- ❖ Wysiew często prowokowany infekcją paciorkowcową.



ERYTRODERMIA ŁUSZCZYCOWA

(1-2%)

- ❖ ERYTRODERMIA: zlewnie zaczerwieniona, zmieniona zapalnie skóra (powyżej 90% skóry), często nacieczona.
- ❖ Łuszczyca to 25% wszystkich przypadków erytrodermii.
- ❖ Początek ostry lub powolny
- ❖ OBJAWY OGÓLNE: limfadenopatia, gorączka, utrata wody, białek, leukocytoza.



ERYTRODERMIA



- ❖ RÓŻNICOWANIE: zespół Sezary`ego, łupież czerwony mieszkowy (niewielkie obszary skóry niezmienionej), atopowe zapalenie skóry, łojotokowe zapalenie skóry.
- ❖ ERYTRODERMIA ŁUSZCZYCOWA: zmiany w bruzdzie międzypośladowkowej, zajęcie paznokci, skóry owłosionej głowy.

ŁUSZCZYCA DŁONIOWO – PODESZWOWA

- ❖ OBJAWY KLINICZNE: czerwone, symetryczne, ostro odgraniczone blaszki z mocno przylegającymi żółtawymi łuskami i bolesnymi szczelinami.
- ❖ RÓŻNICOWANIE: wyprysk alergiczny, grzybica stóp, rogowiec dłoniowo-podeszwowy.



ŁUSZCZYCA KROSTKOWA DŁONI I STÓP

- ❖ Częściej kobiety (3:1).
- ❖ Po 50-tym roku życia.
- ❖ Przebieg przewlekły i nawrotowy.
- ❖ Wykwit pierwotny: dobrze napięta krosta.
- ❖ Zmiany pojawiają się wysiewami na dłoniach, podszwach.
- ❖ Nie ma tendencji do rozprzestrzeniania się na grzbiety rąk i stóp.
- ❖ Przebieg przewlekły

- ❖ Czynniki prowokujące: infekcje i stres
- ❖ Palenie papierosów prowokuje zaostrzenia.
- ❖ SAPHO (synovitis, *acne*, *pustulosis*, *hyperostosis* and osteitis).



UOGÓLNIONA ŁUSZCZYCA KROSTKOWA (von Zumbusch)

EPIDEMIOLOGIA:

- ❖ Osoby dorosłe- K:M 1:1
- ❖ Dzieci- K:M 2:3
- ❖ Średni wiek pacjentów dorosłych: 50 r.ż.
- ❖ Średni wiek dzieci: 6 tydzień życia – 10 r.ż.

❖ OBRAZ KLINICZNY: liczne, zlewające się ze sobą krostki usytuowane na rumieniowym podłożu; objaw Nikolskiego.

❖ OBJAWY TOWARZYSZĄCE: gorączka, bóle stawów, hypokalcemia, leukocytoza, przyspieszone OB, niewydolność serca, infekcje.

❖ CZYNNIKI WYWOŁUJĄCE: substancje miejscowo drażniące, ciąża, doustna antykoncepcja, lit, infekcje, nagłe zaprzestanie terapii glikokortykosteroidami





ŁUSZCZYCA OWŁOSIONEJ SKÓRY GŁOWY

- ❖ Jedna z częstszych lokalizacji; zmiany rumieniowo-złuszczające pokryte grubą łuską zlokalizowane są przede wszystkim w linii skroniowej i czołowej owłosienia; typowo przechodzą na skórę gładką na 1-2 cm.
- ❖ Ze względu na dobre unaczynienie włosy nie wypadają.
- ❖ RÓŻNICOWANIE: łojotokowe zapalenie skóry.





ŁUSZCZYCA PAZNOKCI (OKOŁO 50 %)

- ❖ Wiąże się z większym nasileniem zmian skórnych; częściej paznokcie rąk
- ❖ W około 80 % występuje łuszczyca stawowa, najczęściej pod postacią zapalenia stawów międzypaliczkowych dalszych, których stopień destrukcji jest zależny od czasu trwania zmian paznokciowych.
- ❖ RÓŻNICOWANIE: grzybica paznokci, onychogryphoza, zmiany pourazowe płytek paznokciowych.



ŁUSZCZYCA PAZNOKCI- RÓŻNICOWANIE: grzybica paznokci, onychogryphoza, zmiany pourazowe płytek paznokciowych.









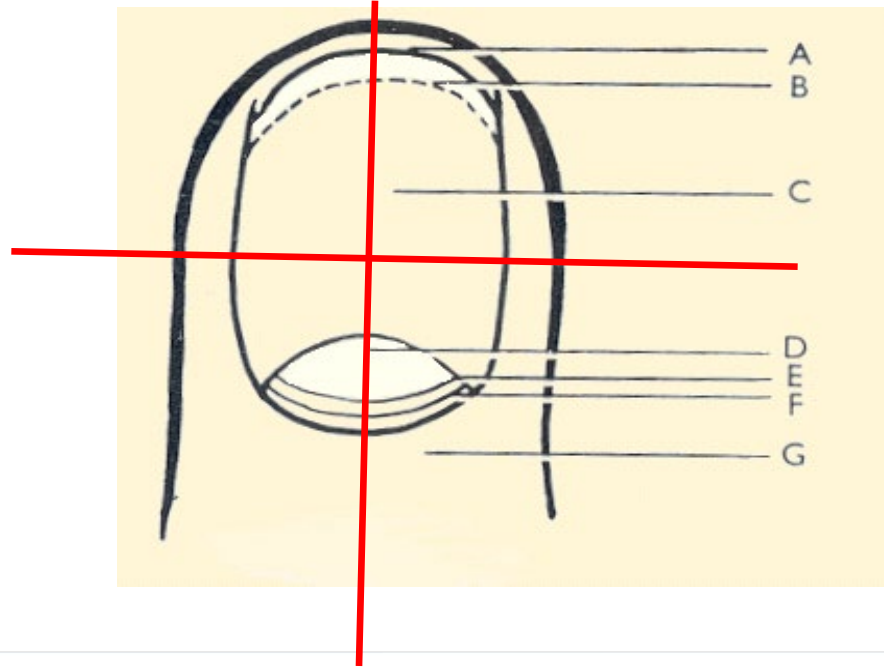
MACIERZ PAZNOKCIA:

- ❖ kruchość płytki paznokciowej
- ❖ **leukonychia**- zmiany w środkowych częściach płytki paznokciowej
- ❖ naparstkowanie płytki paznokciowej- małe grudki łuszczykowe w proksymalnej części macierzy paznokci
- ❖ czerwone plamki w obrębie obłaczka

ŁOŻYSKO PAZNOKCIA

- ❖ objaw plamy olejowej
- ❖ onycholiza
- ❖ hiperkeratoza podpaznokciowa
- ❖ linijne wylewy podpaznokciowe.

NAPSI



- ❖ Oceniane są 4 kwadranty każdego paznokcia.
- ❖ W każdym kwadrancie poszukuje się obecności uszkodzenia macierzy (1 pkt) i łożyska (1 pkt).
- ❖ Punktacja dla 1 paznokcia od 0 do 8.
- ❖ Suma dla wszystkich paznokci rąk maksymalnie 80 pkt).

ŁUSZCZYCA ODWRÓCONA (OKOŁO 5%)

- ❖ **OBJAWY KLINICZNE:** okolice zgięciowe oraz wyprzeniowe; blaszki rumieniowo – naciekowe, bez łuski, koloru czerwonego o błyszczącej powierzchni.
- ❖ **PATOGENEZA:** proces stymulują czynniki mechaniczne oraz ewentualnie infekcyjne (wyprzenia dermatofitowe, drożdżakowe).
- ❖ **RÓŻNICOWANIE:** wyprzenia drożdżakowe, wyprzenia grzybicze.



OCENA NASILENIA ZMIAN SKÓRNYCH W ŁUSZCZYCY - PASI

- ❖ Oceniane są 4 okolice (głowa, tułów, kończyny górne, kończyny dolne) pod kątem rozległości i nasilenia zmian łuszczycowych.
- ❖ Nasilenie zmian: rumień (r), naciek (n), złuszczenie (z); każdy z tych parametrów jest oceniany w skali od 0 do 4.
- ❖ Rozległość zmian jest oceniana w skali od 0 do 6.

Rozległość zmian (rz)

0% zajęcia skóry, punkty: 0

< 10% zajęcia skóry, punkty: 1

10-29% zajęcia skóry, punkty: 2

30-49% zajęcia skóry, punkty: 3

50-69% zajęcia skóry, punkty: 4

70-89% zajęcia skóry, punkty: 5

90-100% zajęcia skóry, punkty: 6

PASI:

Głowa = $(r+n+z) \times rz \times 0,1$

Kończyny górne = $(r+n+z) \times rz \times 0,2$

Tułów = $(r+n+z) \times rz \times 0,3$

Kończyny dolne = $(r+n+z) \times rz \times 0,4$

Suma (max = 72)

ŁUSZCZYCOWE ZAPALENIE STAWÓW

EPIDEMIOLOGIA

- ❖ 30-40% pacjentów z łuszczycą
- ❖ W 70% przypadków zmiany skórne poprzedzają objawy stawowe średnio o 10 lat.
- ❖ W 11-15% przypadków objawy pojawiają się jednocześnie.
- ❖ W 14-21% przypadków uszkodzenie stawów wyprzedza typowe zmiany skórne o kilka lat (10-15lat).

EPIDEMIOLOGIA

- ❖ Mężczyźni chorują częściej; przebieg choroby jest cięższy niż w grupie kobiet.
- ❖ Pacjenci z ciężką postacią łuszczycy są bardziej zagrożeni łuszczycą stawową.
- ❖ Nie występuje prosta korelacja nasilenia zmian skórnych z nasileniem dolegliwości stawowych.

TYPY ŁUSZCZYCY STAWOWEJ WG MOLL`A I WRIHT`A

1. Dominuje zajęcie stawów międzypaliczkowych dalszych.
2. **Arthritis mutilans**- łuszczycowe zapalenie stawów o charakterze zniekształcającym (nasilona osteoliza w obrębie paliczków i kości śródręcza).
3. **Symetryczne zapalenie wielostawowe** przypominające reumatoidalne zapalenie stawów, ale bez obecnego czynnika reumatoidalnego.

TYPY ŁUSZCZYCY STAWOWEJ WG MOLL`A I WRIHT`A

4. **Asymetryczne oligoarthritis** (mniej niż 4 stawy) lub monoarthritis zajmujące stawy międzypaliczkowe dalsze i stawy śródstopia.
5. Dominują objawy asymetrycznej **spondyloartropatii** z/lub bez zajęcia stawów obwodowych.



Zniekształcające zapalenie stawów



OBJAWY KLINICZNE

- ❖ 29 % pacjentów- typ 5 łuszczycowego zapalenia stawów.
- ❖ 71% pacjentów- dominujące objawy ze strony stawów obwodowych.
- ❖ Entezopatie (20-30%)
- ❖ Daktylitis (20-30%)

CASPAR (2005)

Aktywne zapalenie stawów i 3 punkty:

▪ łuszczyca	▪ łuszczyca w chwili badania (2 pkt) ▪ łuszczyca w przeszłości(1 pkt) ▪ dodatni wywiad rodzinny(1 pkt)
▪ łuszczyca paznokci	1 pkt
▪ daktylitis	1pkt
▪ entezopatie i nawarstwienia kostne	1 pkt
▪ ujemny czynnik reumatoidalny	1 pkt

ZWIĄZEK ŁUSZCZYCY Z INNYMI CHOROBYMI

- ❖ Choroba wieńcowa. Ciężka postać łuszczycy jest związana z 3-krotnie większym ryzykiem ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego.
- ❖ Zwiększone ryzyko otyłości, nadciśnienia i cukrzycy.
- ❖ Częściej niealkoholowe stłuszczenie wątroby.
- ❖ Choroba Crohna i łuszczyca- związek z HLA-B27.

LECZENIE ŁUSZCZYCY I ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW

LECZENIE ŁUSZCZYCY

Leczenie miejscowe:

- Miejscowe kortykosteroidy
- Analogi witaminy D
- Retinoidy (tazaroten)
- Preparaty keratolityczne (kwas salicylowy)
- Dziegocie
- Cygnolina

Leczenie ogólne:

- Fototerapia (PUVA/UVB311nm)
- Retinoidy (acytretyna)
- Metotrexat
- Cyklosporyna A
- Apremilast
- Leki biologiczne

ANALOGI WITAMINY D₃

CALCIPOTRIOL, CALCITRIOL, TACALCITOL

Witamina D₃ hamuje proliferację naskórka, normalizuje różnicowanie się komórek naskórka poprzez aktywację transglutaminazy; ten sam mechanizm jest odpowiedzialny za hamowanie niektórych funkcji neutrofili.

MIEJSCOWA KORTYKOSTEROIDOTERAPIA

- ❖ Leczenie z wyboru w łagodnych i umiarkowanie nasilonych przypadkach łuszczycy.
- ❖ Aplikacja raz dziennie; długotrwała remisja może być uzyskana i utrzymana poprzez stosowanie kortykosteroidów 2-3 x w tygodniu
- ❖ Maksymalne dawki: silne kortykosteroidy 50 g/tydzień; kortykosteroidy o średniej sile działania 100 g/tydzień.
- ❖ Tachyfilaksja i nagły nawrót zmian łuszczycowych.

CYGNOLINA

- Znana od 1916.
- Często używana w przeszłości; powoduje ciężkie podrażnienie skóry.
- Działanie anty- hiperproliferacyjne; hamuje proliferację limfocytów T i chemotaksję neutrofili.
- Koncentracja cygnoliny i czas aplikacji są zwiększane stopniowo; nie częściej niż co 3 dni z tego powodu, że rumień jest najbardziej nasilony na 3-4 dzień po aplikacji.

MIEJSCOWE RETINOIDY

- ❖ Tazaroten
- ❖ zmniejsza proliferację naskórka
- ❖ Terapia drugiego rzutu.
- ❖ Największa powierzchnia skóry jaką można leczyć: 10-20%.
- ❖ Działania niepożądane: świąd, pieczenie, podrażnienie, rumień.

KWAS SALICYLOWY

- ❖ 5–10% kwas salicylowy - efekt keratolityczny
- ❖ Na ograniczone powierzchnie można stosować codziennie, na rozległe zmiany 2-3 x w tygodniu

DZIEGCIE

- ❖ Działanie przeciwzapalne i przeciwświądowe.
- ❖ W różnych krajach różne wytyczne co do stosowania.
- ❖ Działanie mutagenne i potencjalnie onkogenne.

INHIBITORY KALCYNEURyny

Zmiany zlokalizowane w zgięciach skóry i na twarzy.

FOTO(CHEMO)TERAPIA

- ❖ Umiarkowane i ciężkie postaci łuszczycy
- ❖ wąskozakresowe UVB (311–313 nm)
- ❖ PUVA
- ❖ Re-PUVA

PRZECIWWSKAZANIA

- ❖ Kumulacyjna dawka >150–200 sesji (PUVA)
 - ❖ Leczenie cyklosporyną A (UVB and PUVA)
 - ❖ Leczenie immunosupresyjne (UVB and PUVA)
 - ❖ Historia nowotworów skóry (UVB and PUVA)
 - ❖ Zespół znamion atypowych (UVB and PUVA)
 - ❖ Padaczka (UVB and PUVA)
-
- ❖ Mężczyźni i kobiety chcące płodzić dzieci (PUVA)
 - ❖ Ciąża i laktacja (PUVA)
 - ❖ Nieprawidłowa funkcja wątroby (PUVA)
 - ❖ Zaćma (PUVA)

METOTREKSAT

- ❖ Dawkowanie tygodniowe; zwykle jako pojedyncza dawka lub 3 dawki co 12 godzin; maksymalna dawka 25 mg/tydzień.
- ❖ Kwas foliowy zmniejsza działania niepożądane, ale także efektywność leczenia.
- ❖ Najważniejsze działania niepożądane: supresja szpiku kostnego, działanie hepatotoksyczne, nadżerki w jamie ustnej, nudności.

CYCLOSPORYNA

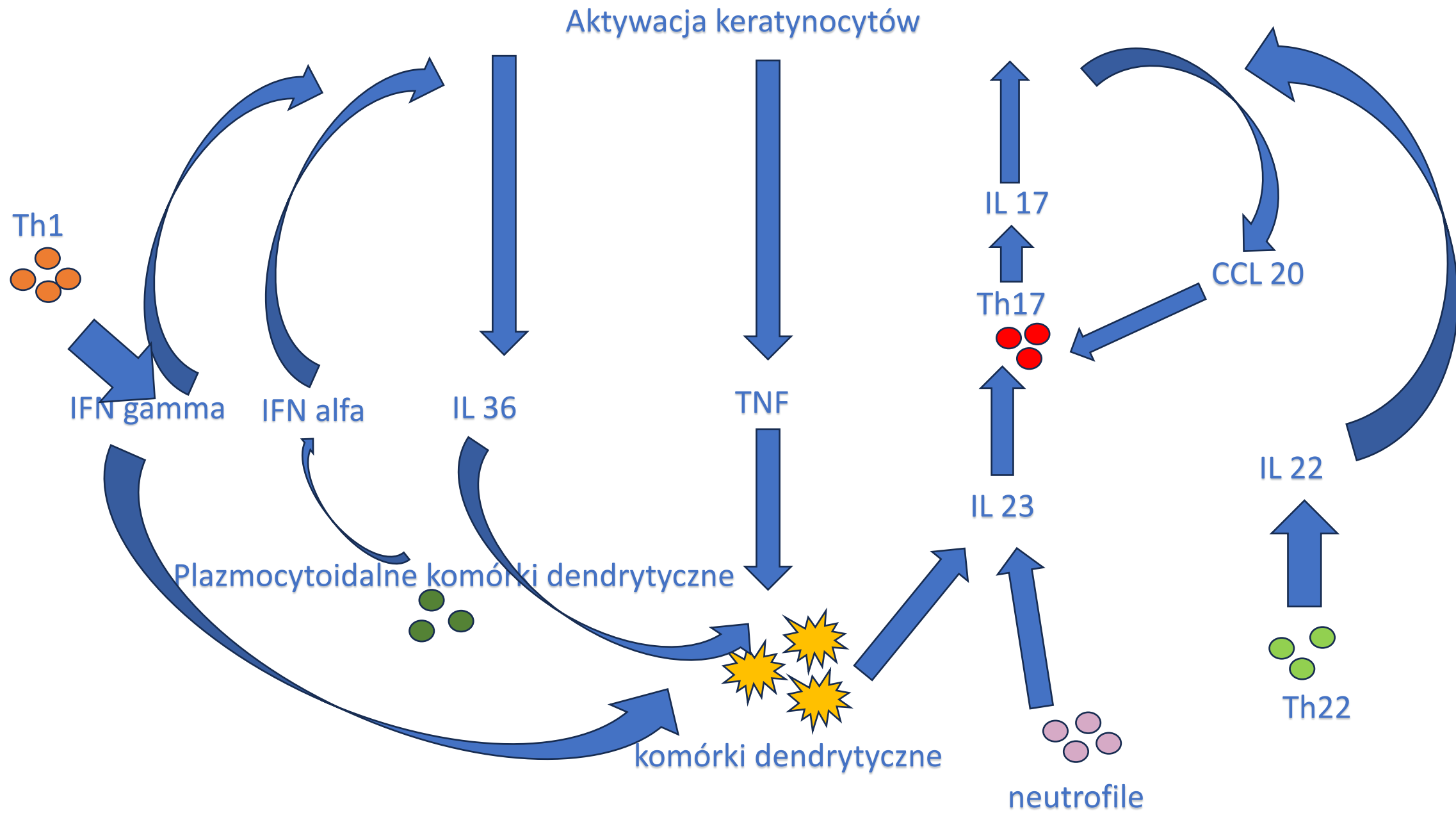
- ❖ Hamuje aktywację limfocytów T.
- ❖ Ze względu na działanie nefrotoksyczne powinno się stosować leczenie przez kilka miesięcy.
- ❖ 3 mg/kg/dobę.
- ❖ Najważniejsze działania niepożądane: nadciśnienie tętnicze, niewydolność nerek, zwiększone ryzyko raków kolczystokomórkowych, hipertrichoza, przerost dziąseł, hiperkalemia, hipomagnezemia, hiperurykemia

RETINOIDY- ACYTRETYNA

- ❖ Z wyboru w erytrodermii łuszczycowej i w łuszczycy krostkowej.
 - ❖ Terapia łączona- analogi witaminy D3, fotochemoterapia.
 - ❖ Maksymalny efekt po 2-3 miesiącach.
-
- ❖ Przeciwwskazania: ciężka niewydolność wątroby, ciąża i laktacja, kobiety w okresie prokreacyjnym, które nie mogą zagwarantować skutecznej antykoncepcji w trakcie leczenia i 2/3 lata po zakończeniu leczenia, hiperlipidemia, hipertriglicerydemia, źle kontrolowana cukrzyca , zapalenie trzustki w wywiadzie, alkoholizm, soczewki kontaktowe

APREMILAST

- ❖ Inhibitor fosfodiesterazy 4 (PDE4)
- ❖ Szerokie spektrum działania przeciwzapalnego- hamuje wydzielanie TNF, IL-12 i IL-23.
- ❖ Nowy lek w leczeniu łuszczycy plackowatej, łuszczycowego zapalenia stawów



LEKI BIOLOGICZNE

- ❖ Inhibitory TNF: infliksymab, etanercept, adalimumab, certolizumab pegol, golimumab
- ❖ Inhibitor interleukiny 12 i 23: ustekinumab
- ❖ Inhibitor interleukiny 23: guselkumab, tildrakizumab, ryzankizumab
- ❖ Inhibitor interleukiny 17: sekukinumab, iksekizumab, brodalumab, bimekizumab,
- ❖ Receptor interleukiny 36: spesolimab (łuszczyca krostkowa)

Małe cząsteczki - inhibitory JAK

❖ Tofacytynib, upadacytynib (łuszczycowe zapalenie stawów)

LEKI BIOLOGICZNE

- ❖ Ciężkie postacię łuszczycy, odporne na standardowe leczenie (programy NFZ).
- ❖ Łuszczycowe zapalenie stawów o ciężkim przebiegu, zwłaszcza postać osiowa.

STANDARDY LECZENIA ŁUSZCZYCY

Cele leczenia:

1. Trwała remisja (jest możliwa do uzyskania u więcej niż 40% pacjentów)
2. Całkowite ustąpienie zmian, o ile to jest możliwe
3. Zminimalizowanie działań niepożądanych
4. Możliwość leczenia podtrzymującego po uzyskaniu poprawy

Uzyskanie w/w celów:

1. Monoterapia
2. Kombinacje terapeutyczne - poprawa efektywności leczenia, zmniejszenie dawek leków a zatem ich toksyczności.
3. Terapia rotacyjna – stosowanie wybranej opcji terapeutycznej przez dłuższy okres czasu (1 rok- 2 lata), a następnie zamiana na lek z innej grupy; minimalizacja objawów toksycznych związanych ze stosowaną terapią i uniknięcie oporności na leczenie.
4. Terapia sekwencyjna – w terapii inicjującej stosowanie leków „silniejszych” (lepsz efekt, większa toksyczność).

Terapia powinna być dobrana w zależności od:

- ❖ odmiany łuszczycy
- ❖ lokalizacji zmian
- ❖ BSA, PASI, DLQI
- ❖ wieku pacjenta
- ❖ odpowiedzi na dotychczas stosowane leczenie
- ❖ dostępności leczenia
- ❖ chorób współistniejących

Leczenie dobierane w zależności od ciężkości choroby:

- ❖ Postaci o ciężkim przebiegu- oporne na dotychczas stosowane leczenie; mają negatywny wpływ na jakość życia pacjenta (PASI>10 i BSE>10).
- ❖ Za ciężką postać uważamy występowanie łuszczycy w następujących lokalizacjach: twarz, dłonie, stopy, szyja, genitalia (nawet jeżeli zajmują mniej niż 5% powierzchni ciała).

STANDARDY LECZENIA ŁUSZCZYCY

ŁUSZCZYCA POSTAĆ

PLACKOWATA/ŁAGODNA

- ❖ Leczenie miejscowe: kortykosteroidy, tazaroten, preparaty witaminy D3, cygnolina, preparaty keratolityczne (kwas salicylowy, mlekowy, mocznik), natłuszczanie.
- ❖ Leczenie ogólne: jeżeli nie ma remisji na leczeniu miejscowym, jeżeli objawy zaburzają normalne funkcjonowanie pacjenta lub mają wpływ na jego zatrudnienie.

STANDARDY LECZENIA ŁUSZCZYCY

ŚREDNIO CIĘŻKIE I CIĘŻKIE POSTACI:

a)Fototerapia (UVB z lub bez doustnych retinoidów, PUVA z lub bez doustnych retinoidów)

b)metotrexat

c)cyklosporyna A

d)acytretyna

f)leki biologiczne

g) Kombinacje w/w

STANDARDY LECZENIA ŁUSZCZYCY

UOGÓNIONA ŁUSZCZYCA KROSTKOWA

- a) hospitalizacja
- b) cyklosporyna A
- c) retinoidy doustne
- d) metotrexat
- e) fototerapia
- f) leki biologiczne
- g) kombinacje w/w

STANDARDY LECZENIA ŁUSZCZYCY

ŁUSZCZYCA WYSIEWNA

- a) fototerapia
- b) antybiotykoterapia
- b) leczenie miejscowe
- c) niekiedy leczenie ogólne

STANDARDY LECZENIA ŁUSZCZYCY

ERYTRODERMIA ŁUSZCZYCOWA

- a) hospitalizacja
- b) leczenie pierwszego rzutu: acytretyna
- c) cyklosporyna A
- d) metotrexat
- e) kombinacje w/w

LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW

- ❖ NLPZ
- ❖ fizykoterapia
- ❖ metotrexat
- ❖ cyklosporyna A
- ❖ sulfasalazyna
- ❖ leflunomid
- ❖ leczenie biologiczne