

Łuszczyca błony śluzowej jamy ustnej i narządów płciowych

* Anna Bronikowska-Kolasa¹, Dorota Wojnowska², Adam Borzęcki³, Leszek Wdowiak¹, Grażyna Chodorowska, Janusz Urban², Ewa Krochmalska⁴

¹ z Katedry i Zakładu Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Leszek Wdowiak

² z Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik Kliniki: prof. nadzw. dr hab. n. med. Grażyna Chodorowska

³ z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej "Med-Laser"

⁴ z Katedry i Zakładu Ortopedii Szczękowej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Anna Komorowska

ORAL AND GENITAL PSORIASIS

Summary

Psoriasis is a common chronic inflammatory skin disorder. Psoriasis of the genitalia occurs in all age groups from infancy to old age. Oral lesions are reported to be rare, but the existence of this type of psoriasis in the absence of skin lesions is controversial. Patients with cutaneous psoriasis rarely present with oral involvement, that's way the clinicians should be aware that oral lesions may occur. Diagnosis is dependent on a thorough clinical examination, a biopsy of the oral lesions and history of cutaneous psoriasis.

Key words: aral psoriasis, genital psoriasis, diagnosis, treatment

Łuszczyca jest przewlekłą, nawrotową, zapalną, grudek-złuszczającą dermatozą, w której stwierdza się zwiększoną proliferację keratynocytów. Należy do najczęstszych chorób skóry, na którą zapada od 1,5 do 3% populacji. Występuje z jednakową częstością u obojga płci. Stwierdza się ją u wszystkich ras, jest częsta na subkontynencie indyjskim, rzadko spotykana u Amerykanów rasy czarnej i mieszkańców Karaibów. U Indian Ameryki Łacińskiej, Japończyków, Chińczyków i Eskimosów prawie nie występuje (12). Łuszczyca może ujawnić się w każdym wieku, najczęściej rozpoczyna się u osób, które nie ukończyły 40. roku życia. U 30% pacjentów łuszczyca występuje rodzinnie. Na podstawie przebiegu choroby wyróżnia się 2 typy łuszczycy:

- typ I (młodzieńczy) - związany z dziedziczeniem autosomalnym dominującym i obecnością antygenu HLA Cw6. Ten typ choroby ma cięższy i bardziej nawrotowy przebieg, charakteryzuje się skłonnością do erythrodermii. Zmiany łuszczycowe często zajmują rozległą powierzchnię skóry, nie obserwuje się natomiast łuszczycy krostkowej. Choroba najczęściej ujawnia się u młodych dorosłych osób, przed 30 rokiem życia, występuje u innych członków rodziny.

- typ II (dorosłych) o łagodnym przebiegu, rzadko występujący rodzinnie, ujawnia się po 40. roku życia. Najwięcej przypadków notuje się u osób między 50. a 60. rokiem życia (18).

Czynniki wywołujące chorobę można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne. Do tych pierwszych należą:

- czynniki mechaniczne - urazy,
- biologiczne - infekcje bakteryjne, grzybicze, wirusowe,
- fizyczne - np. oparzenia słoneczne,
- chemiczne - np. alkohol, nikotyna,
- leki - β -bloker, sole litu, preparaty antyarytmiczne, pochodne kwasu salicylowego, indometacyna, progesteron, nagłe odstawienie systemowych kortykosteroidów.

Czynniki wewnętrzne odpowiedzialnymi za wywołanie lub zaostrzenie choroby są predyspozycje genetyczne, spadek odporności, a także choroby współistniejące np.: choroby wątroby, nadciśnienie tętnicze, zawał mięśnia sercowego, cukrzyca (18, 21). Podkreśla się istotną rolę stresu w patogenezie łuszczycy.

Cechami charakterystycznymi w obrazie mikroskopowym łuszczycy są: nadmierna proliferacja naskórka, nasilona angiogeneza warstwy brodawkowatej skóry oraz nacieki zapalne skóry złożone z granulocytów, limfocytów T i monocytów. Charakterystyczne kilkukrotne przyspieszenie wzrostu naskórka związane jest z przyspieszeniem proliferacji komórek warstwy podstawnej naskórka, skróconym okresem podziału i szybszą przemianą keratynocytów. Konsekwencją tego

stanu jest parakeratoza, czyli obecność resztkowych jąder w warstwie rogowej. Wydłużeniu ulegają pętle nacyniowe w brodawkach skóry, tworzą się tzw. *squirting papillae*. Przez powstałe w ścianach naczyń krwionośnych ubytki, komórki zapalne przedostają się do skóry właściwej i naskórka.

W wyniku wędrowki komórek zapalnych do naskórka, tworzą się ich skupiska w warstwie rogowej (mikroropnie Munro).

Cytokiny odpowiedzialne za pobudzenie keratynocytów to przede wszystkim IL-1, IL-6, IL-8, TNF- α , a także IL-2 i INF- γ . W ostatnich latach podkreśla się również rolę aktywacji dopełniacza. W warstwie rogowej naskórka łuszczycowego stwierdzono obecność przeciwciał skierowanych przeciwko korneocytom. Przeciwciała te w normalnych warunkach obecne są w krążeniu, w łuszczycy zaś przechodzą do naskórka i wiążą się z antygenami warstwy rogowej. Zjawiska immunologiczne stwierdzono wokoło 90% przypadków łuszczycy.

Zgodnie z consensusem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego z 2000 roku przyjęto następujący podział łuszczycy, uwzględniający nasilenie choroby i postaci kliniczne:

1. Łuszczyca zwyczajna (*psoriasis vulgaris*):
 - mało - i średnio nasilona (wysiewna, zadawniona),
 - rozległa (*chronic plaque psoriasis*),
 - erythrodermiczna (*erythrodermia psoriatica*).
2. Łuszczyca krostkowa (*psoriasis pustulosa*):
 - ograniczona dłoni i stóp (*p.p. palmo-plantaris*),
 - ograniczona rozsiana (*p.p. disseminata*),
 - uogólniona typu von Zumbusch (*p.p. generalisata*).
3. Łuszczyca stawowa (*psoriasis arthropatica*).
4. Łuszczyca paznokci (*psoriasis unguium*) (10).

Oprócz wyżej wymienionego podziału łuszczycy niektórzy autorzy wyróżniają również odmianę wysiękową (*psoriasis exsudativa*), zlokalizowaną najczęściej w okolicy fałdów i zgięć stawowych skóry (17).

W obrazie klinicznym łuszczycy zwykłej najczęściej występującymi wykwitami są nawracające płasko-wyniosłe grudki lub tarczki barwy czerwono-brunatnej, ostro odgraniczone od otaczającej skóry, pokryte srebrzystą łuską. Charakterystycznymi miejscami występowania zmian skórnych są łokcie, kolana, okolica krzyżowa, skóra owłosiona głowy, wyprostne powierzchnie kończyn (20).

ŁUSZCZYCA BŁON ŚLUZOWYCH

W przeciwieństwie do skóry, zajęcie błon śluzowych w przebiegu łuszczycy jest spotykane sporadycznie. Wytłumaczenie wiąże się z sugerowanym przez niektórych badaczy prawidłowym cyklem dojrzewania keratynocytów nabłonka jamy ustnej. Prawdopodobnie wyjaśnia to niezbyt częste pojawianie się zmian na śluzówce jamy ustnej pacjentów z łuszczycą skóry (7). Problemy diagnostyczne wynikają także z trudności w różnicowaniu histopatologicznym zmian śluzówkowych w łuszczycy z innymi zapalnymi chorobami błon śluzowych. Obecnie przyjmuje się, że kluczowym elementem diagnozy jest, poza obrazem klinicznym, stwierdzenie charakterystycznego obrazu mikroskopowego (23,33). Wykwity łuszczycowe na błonie śluzowej jamy ustnej pojawiają się częściej w szczególnych postaciach

łuszczycy, zwłaszcza w uogólnionej łuszczycy krostkowej (33). Wykazano częstsze współistnienie łuszczycy krostkowej i języka geograficznego, mogącego reprezentować śluzówkową postać łuszczycy (7). To przypuszczenie opiera się na niemal identycznym obrazie histopatologicznym wycinków pobranych z ognisk łuszczycy krostkowej i języka; w obu tych przypadkach obecne są krosty utworzone z granulocytów obojętnochołnych zlokalizowane wewnątrz naskórkowo.

Łuszczyca błony śluzowej jamy ustnej może mieć zróżnicowany obraz kliniczny. Zmiany łuszczycowe występują jako ostro odgraniczone białawe blaszki różnej wielkości, o brzegach uniesionych ponad otoczenie, albo też jako plackowate, ciemnoczerwone powierzchnie pokryte szarobiałym nalotem. Rzadziej występują zmiany rumieniowe oraz "nadżerki", które w istocie są postacią zanikową (7). Wykwity mogą być krótkotrwałe, wędrujące. Zlokalizowane są najczęściej na grzbiecie języka, błonie śluzowej policzka, na wargach, rzadko na podniebieniu (24).

Obraz histopatologiczny jest podobny do łuszczycy skóry. Obserwuje się wydłużenie soplí naskórkowych, akantozę, parakeratozę nabłonka. Przerosły i akantotyczny nabłonek daje białawe wykwity w obrazie makroskopowym. Jedną z najbardziej charakterystycznych cech obrazu mikroskopowego łuszczycy błon śluzowych jamy ustnej jest przenikanie granulocytów obojętnochołnych do górnych warstw nabłonka i tworzące się w ten sposób mikroropnie Munro. Niewystępowanie warstwy rogowej na śluzówkach jamy ustnej wyjaśnia odmienny obraz łuszczycy błon śluzowych od łuszczycy skóry (7, 19).

Pierwszy opis łuszczycy w jamie ustnej potwierdzonej badaniem histopatologicznym, pochodzi z roku 1903 i należy do Oppenheima (7, 10, 27, 33). Do obecnych czasów udokumentowano w literaturze anglojęzycznej około 70 przypadków zmian o charakterze łuszczycy błony śluzowej jamy ustnej potwierdzonych klinicznie i histopatologicznie (30, 33). Opisywane są różnego rodzaju wykwity, takie jak: delikatne, prześwitujące blaszki, ogniska obrączkowate, plamy oraz rozległe rumienie (3, 30). W piśmiennictwie opisywano również nietypowe manifestacje łuszczycy błony śluzowej jamy ustnej: pęcherzyki, owrzodzenia, zm. zanikowe, a nawet w jednym przypadku krosty (33).

Van der Waal i Pindborg wyróżnili cztery postacie zmian na błonach śluzowych jamy ustnej:

1. okrągłe lub owalne ogniska, barwy żółtawobiałej lub szarej, dobrze odgraniczone od otoczenia,
2. grudki o układzie obrączkowatym lub koronkowym, barwy białej, współistniejące ze zmianami skórnymi,
3. rozległy rumień obejmujący błonę śluzową jamy ustnej i język, współistniejący z zaostrzeniem łuszczycy skóry,
4. język geograficzny (31).

Nieco innego podziału łuszczycy jamy ustnej dokonali Younai i Phelan (33). Na podstawie obszernego przeglądu literatury na temat łuszczycy śluzówek jamy ustnej opracowali podział w oparciu o makroskopowy obraz zmian na wykwity:

- białawe,
- rumieniowate,
- mieszane.

Rozpoznanie łuszczycy błony śluzowej jamy ustnej jest bardziej przekonujące, kiedy kliniczne objawy współistnieją z analogicznymi wykwitami na skórze. Wykwity na śluzówkach są histologicznie zgodne z obrazem łuszczycy pospolitej. Niemniej jednak istnieją pojedyncze doniesienia o przypadkach odosobnionych zmian na błonach śluzowych u pacjentów bez równoczesnych zmian łuszczycowych na skórze. Według Younai opisano ośmiu takich pacjentów (33).

CZERWIEŃ WARGOWA

Łuszczycza czerwieni warg może mieć zróżnicowany obraz kliniczny. Ogniska rumieniowo-złuszczające mogą zajmować skórę wokół ust i przekraczać granicę czerwieni wargowej do powierzchni błony śluzowej. Zwykle występują łącznie z podobnymi zmianami na skórze, zwłaszcza twarz, stąd nie przedstawiają trudności rozpoznawczych. Czerwień wargi, najczęściej dolnej, staje się zgrubiała oraz pokrywa się nawarstwioną łuską barwy białoszarej. Po jej usunięciu występuje objaw punkcikowatego krwawienia. Zmianom klinicznym towarzyszy przykre uczucie suchości oraz napięcia skóry. Niekiedy tworzą się bolesne pęknięcia naskórka. Zmiany powstają, nasilają się, ustępują i nawracają równolegle do przebiegu łuszczycy skóry (22).

Zapalenie złuszczające czerwieni wargowej (*cheilitis exfoliativa*) to kolejna jednostka chorobowa, częściej dotycząca mężczyzn, która może współistnieć z łuszczycą pospolitą lub z uogólnioną łuszczycą krostkową. Jest to przewlekły stan zapalny warg, którego najważniejszym objawem jest uporczywe złuszczenie czerwieni warg. Wargi dolna jest zwykle obrzęknięta, czerwień sucha, jaskrawoczerwona, pokryta drobnymi, silnie przylegającymi do podłoża szarymi łuskami. Mogą tworzyć się także bolesne pęknięcia. Opisanym zmianom towarzyszy silna bolesność podczas jedzenia. W różnicowaniu należy uwzględnić: niedobór ryboflawiny (wit. B₂), toczek rumieniowaty, złuszczenie się czerwieni wargowej pod wpływem przewlekłej ekspozycji na słońce lub palenia tytoniu. Leczenie tego stanu jest trudne, obserwowano poprawę po doustnym podaniu roztworu Lugola (3 x dziennie 5-10 kropli), miejscowym stosowaniu kortykosteroidów, maści obojętnych celem natłuszczenia czerwieni wargowej, a także po doustnym podawaniu witaminy B₂ (18).

Zapalenie kącików ust (*perleché*) ze stanem zapalnym, rumieniem, złuszczeniem w kącikach ust było także opisywane u pacjentów z łuszczycą (7). Istotą choroby jest tworzenie się w kącikach ust pęknięć lub sączących nadżerek o nacieczonych brzegach, na powierzchni nadżerek mogą tworzyć się liszajcowate strupy. Leczenie miejscowe polega na stosowaniu łagodnych środków odkażających, emolientów, ewentualnie miejscowych antybiotyków w przypadku nadkażenia bakteryjnego. Interesujące jest że opisywane przypadki częstszego występowania tych zmian u pacjentów z łuszczycą dotyczyły chorych w wieku poniżej 35 roku życia, niezależnie od zwiótczenia mięśni twarzy (7).

BŁONA ŚLUZOWA JAMY USTNEJ

Język geograficzny (lingua geografica, rumień wędrujący języka,

benign migratory glossitis)

Obserwuje się występowanie *lingua geografica* z innymi schorzeniami, takimi jak: cukrzyca, zespół Reitera, niedokrwistość, zaburzenia psychiatryczne. Język geograficzny może być jedną z postaci łuszczycy, występuje on według różnych źródeł od 5 do 10% przypadków (7, 11,26,34), a także u około 1-2% zdrowej populacji (5, 7, 26). Obraz chorobowy polega na tworzeniu się różowych lub czerwonych, wyraźnie odgraniczonych ognisk różnej wielkości. W wyniku złuszczenia się i zaniku brodawek nitkowatych, brodawki grzybowate stają się bardziej widoczne. Powierzchnia plam jest sucha. Brzegi rumieniowych wykwitów często są nieco uniesione, zmiany białe lub żółtawe powstają wskutek nagromadzenia zapalnych i złuszczonych nabłonków. Pojedyncze wykwity, łącząc się ze sobą, tworzą niekiedy festonowate figury. Opisane zmiany wędrują po całej powierzchni grzbietowej języka, zmieniając umiejscowienie w ciągu kilkunastu godzin. Zmiany mogą pojawiać się nagle, nawracać. Trwają od kilku tygodni do kilku lat. Możliwe jest występowanie rodzinne. Zwykle zmiany są skąpoobjawowe, przeważnie nie dają dolegliwości subiektywnych. Czasem może wystąpić bolesność i pieczenie, zwłaszcza przy spożywaniu ostrych lub silnie słodzonych pokarmów, alkoholu lub w czasie palenia tytoniu. W obrazie histopatologicznym charakterystyczne jest występowanie krosty śródskórkowej Kogoya (7). Język geograficzny nie zawsze wymaga leczenia. W razie bólu należy wykluczyć drożdżycę, unikać ostrych pokarmów i zachować dokładną higienę jamy ustnej (7, 18, 24).

Badania 104 pacjentów z łuszczycą krostkową przeprowadzone przez Bakera i Ryana potwierdzają hipotezę o wyższej częstości występowania języka geograficznego u pacjentów z łuszczycą krostkową (*psoriasis pustulosa*), niż u chorych cierpiących na inne postacie łuszczycy (4). Podobne wyniki uzyskał Casper i wsp. w 1998 roku. Stwierdził on, że język geograficzny jest jednym z objawów łuszczycy krostkowej (9).

Język mosznowy (lingua scrotalis, język szczelinowaty, fissured tongue, lingua plicata)

Jest to głębokie pobruzdowanie powierzchni języka, z obecnością charakterystycznej bruzdy w linii środkowej, od której odchodzą boczne odgałęzienia. Wykazano związek występowania języka szczelinowatego z łuszczycą, akromegalią, a także zespołem Downa oraz zespołem Melkersona-Rosenthala (11, 34). Leczenie nie jest konieczne.

Daneshpazhooh i wsp. przebadali śluzówki jamy ustnej u 200 pacjentów z różnymi odmianami łuszczycy. Ogółem zmiany na błonie śluzowej języka stwierdzili u 43,5% pacjentów, z tego częstsze występowanie języka szczelinowatego u chorych z łuszczycą u 33% chorych w porównaniu z grupą kontrolną 9,5%. Język geograficzny występował odpowiednio u 14% chorych i 6% zdrowych badanych osób (11). Nieco inne wyniki otrzymał Zargari. Z obserwacji autora 306 pacjentów z łuszczycą wynika, że zmiany na błonie śluzowej języka występowały ogółem u 15,4% pacjentów, z tego język szczelinowaty u 8,2% chorych, a język geograficzny u 5,6% badanych. U 5 pacjentów obecne były obie

odmiany, co stanowiło 1,6%. Stwierdził on, że język geograficzny jest częstszy u pacjentów z łuszczycą o wczesnym początku i może być wykładnikiem nasienia choroby (34).

Obrączkowate blaszki na podłożu rumieniowym i zmiany o charakterze zanikowym to objawy wędrującego zapalenia jamy ustnej (*stomatitis migrans*, *stomatitis areata migrans*). W przypadku tej jednostki chorobowej najczęściej zajęta jest błona śluzowa policzków, następnie podniebienie twarde i miękkie, niezwykle rzadko błona śluzowa dziąseł. Te wędrujące zmiany, niezależnie od lokalizacji, posiadają identyczne cechy histopatologiczne, w tym charakterystyczny obraz krosty wewnątrzskórkowej (7).

W badaniach Morris i wsp. przeprowadzonych na grupie 200 pacjentów z łuszczycą wykazano, że wędrujące zapalenie jamy ustnej zaobserwowano u 5,4% chorych w stosunku do 1 % osób zdrowych z grupy kontrolnej. Natomiast język geograficzny był obecny u 10,3% pacjentów z łuszczycą, a w grupie kontrolnej u 2,5%. W badanej populacji nie wykazano związku pomiędzy współistnieniem *stomatitis areata migrans* i *benign migratory glossitis*, a nasileniem zmian chorobowych łuszczycy. Autorzy uważają jednak, iż są to specyficzne manifestacje łuszczycy jamy ustnej i występują znacznie częściej, niż dotychczas opisywano (25).

PODNEBIENIE TWARDE I MIĘKKIE

W piśmiennictwie opisywane są przypadki łuszczycy błony śluzowej jamy ustnej, zlokalizowanej na podniebieniu twardym. Robinson i wsp. opisali przypadek pacjenta z typowymi wykwitami łuszczycowymi oraz zmianami na błonie śluzowej żołądka i na podniebieniu twardym (grudkami na rumieniowym podłożu). W badaniu histopatologicznym wycinka z błony śluzowej podniebienia potwierdzono łuszczycę (28). Nieco inne, rzadko spotykane zmiany podniebienia twardego w przebiegu łuszczycy opisane zostały w 2000 roku przez Richardsona. U pacjenta, u którego rozpoznano łuszczycę skóry owłosionej głowy i łokci, po 3 tygodniach od postawienia rozpoznania wystąpiły wykwity o charakterze liniowym, serpentynowym, koncentrycznym i łukowatym barwy czerwonej, na dolnej połowie podniebienia miękkiego (27). W różnicowaniu zaleca się wykluczenie innych jednostek chorobowych, takich jak: drożdżycza jamy ustnej, zespół Reitera, rumień wędrujący. W celu potwierdzenia rozpoznania należy pobrać wycinek do badania histopatologicznego. Wykonanie badania mikologicznego pozwoli wykluczyć kandydozę jamy ustnej. W przypadku osób noszących protezę szczęki górnej, możliwa jest nadwrażliwość na materiały użyte do jej wykonania. Pomocne w różnicowaniu mogą okazać się testy płatkowe.

Innym zjawiskiem, występującym u pacjentów z łuszczycą, jest lipidofilia podniebienna. Jest to opisane w 1963 roku przez Michałowskiego i Chibowską zjawisko odkładania się lipidów na podniebieniu miękkim. Klinicznie jest to plama złogowa, barwy żółcistożółtej, oprócz podniebienia miękkiego obejmująca łuki podniebienne. Stan określany mianem prelipidofilii makroskopowo wyraża się jako niepełna plama złogowa, o mniej wyraźnej barwie i

odgraniczeniu.

W 1969 roku przeprowadzono badania nad występowaniem lipidofilii i prelipidofilii w przebiegu łuszczycy. Zaobserwowano, że objaw prelipidofilii u osób młodych świadczy o zaburzeniach gospodarki tłuszczowej, natomiast lipidofilia u osób po 60. roku życia to wynik zaburzeń tłuszczowych związanych z wiekiem (23).

W leczeniu łuszczycy zlokalizowanej na błonie śluzowej podniebienia skuteczne okazują się kortykosteroidy stosowane miejscowo np. 0,025% acetonid fluocinolonu w kremie (26, 30, 33).

Dosyć często wykwity są skąpoobjawowe, nie powodują dolegliwości subiektywnych i nie wymagają leczenia.

ŁUSZCZYCA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Odmianą, rzadko spotykaną lokalizacją wykwitów łuszczycowych, jest okolica narządów płciowych.

Łuszczyca narządów płciowych występuje we wszystkich grupach wiekowych, zarówno u niemowląt jak i u osób dorosłych. Badania epidemiologiczne pokazują, że ta odmiana łuszczycy dotyczy częściej mężczyzn niż kobiet (w różnych opracowaniach liczba ta wynosi od 1/4 do 1/2 przypadków) (13).

Czynnikami zaostrzającymi łuszczycę narządów płciowych są urazy powstające pod wpływem:

- ciasnych ubrań ocierających skórę,
- środków antykoncepcyjnych: prezerwatyw, substancji plemnikobójczych,
- podpasek, wkładek higienicznych, tamponów,
- szorstkiego papieru toaletowego,
- stosunków płciowych.

ŁUSZCZYCA NARZĄDÓW PŁCIOWYCH U DZIECI

Częstość występowania zmian łuszczycowych w okolicy narządów płciowych u dzieci to ok. 9%, z tego czterokrotnie częściej stwierdza się łuszczycę tej okolicy u dzieci powyżej 2. rż. W wieku niemowlęcym choroba może przybierać obraz nawracającego, trudnego do leczenia pieluszkowego zapalenia skóry, określanego jako napkin psoriasis lub łuszczycopodobne pieluszkowe zapalenie skóry Jadassohna (14, 32).

Zmiany skórne występują w postaci zlewających się, żywoczerwonych ognisk rumieniowo - złuszczających, dobrze odgraniczonych od otoczenia, z widocznymi grudkami na obwodzie. Powierzchnia zmian często jest gładka i lśniąca. Może dochodzić do wtórnych infekcji drożdżakowych w okolicy pachwin.

Poza zmianami łuszczycopodobnymi, obserwuje się również występowanie wykwitów sugerujących klinicznie wyprysk lub łojotokowe zapalenie skóry (32).

Według publikacji Wolskiej i Langnera rozpoznanie łuszczycy u dzieci można sugerować, gdy występują charakterystyczne wykwity w miejscach typowych dla łuszczycy. Biopsja pobrana w okresie niemowlęcym lub u małych dzieci może być mało charakterystyczna.

U starszych dzieci występują symetryczne blaszki, barwy czerwonej, dobrze odgraniczone od otoczenia. Często nie są pokryte łuską, współistnieje świąd. Oprócz narządów płciowych (łuszczycowe zapalenie sromu, łuszczycowe zapalenie żołądka) wykwity mogą

zajmować okolice wżgórka łonowego, odbytu, szczeliny pośladkowej. W postawieniu właściwego rozpoznania może być pomocny wywiad w kierunku pieluszkowego zapalenia skóry, ciemieniuchy, obecności punkci-kowatych wgłębień płytek paznokciowych, zmian łuszczycowych zlokalizowanych w okolicach zauszných i na skórze owłosionej głowy (15, 32). Diagnostyka różnicowa obejmuje łojotokowe zapalenie skóry, AZS, *acrodermatitis enteropatica*. Należy również brać pod uwagę wykorzystywanie seksualne i masturbację.

ŁUSZCZYCA OKOLICY NARZĄDÓW PŁCIOWYCH U OSÓB DOROSŁYCH

Łuszczycą jest jedną z najczęstszych dermatoz zajmujących męskie narządy płciowe. Może występować w dwóch odmianach. W pierwszej z nich wykwyty chorobowe występują jako dobrze odgraniczone, jasne, czerwone i gładkie tj. nie pokryte łuską blaszki, w okolicach fałdów pachwinowych oraz bruzdy międzypośladkowej. Blaszki są jednorodnie rumieniowe, z towarzyszącym wysiękiem. Mogą obejmować także doły pachowe i podkolanowe, skórę owłosioną głowy i pępek (32). W odróżnieniu od innych lokalizacji ta postać znana jako łuszczycą odwrócona (*psoriasis inversa*) może powodować świąd (16).

W drugim typie łuszczycy narządów płciowych zajęte jest prącie. Żołądz prącia może być jedynym miejscem lokalizacji zmian łuszczycowych, nie stwierdza się zmian w innych okolicach. Wykwyty łuszczycowe mają postać dyskretnie widocznych, cienkich, czerwonych, nacieczonych blaszek, o błyszczącej powierzchni, pokrytych delikatną łuską. Są one dobrze odgraniczone od otoczenia.

Zmiany chorobowe u mężczyzn obrzezanych mają charakter żywoczerwonych, dobrze odgraniczonych wykwitów pokrytych łuską, zlokalizowanych na żołądzi i koronie żołądzi.

U chorych nieobrzezanych najczęściej pod napletkiem i w części proksymalnej żołądzi widoczne są dobrze odgraniczone, gładkie blaszki (8). Powstawanie wykwitów może być spowodowane przez uraz. Nie występuje świąd ani pieczenie skóry. Należy pamiętać o pobraniu materiału do badania w kierunku grzybicy lub drożdżycy, ponieważ czasami mogą współistnieć infekcje grzybicze. Obecność typowych wykwitów łuszczycowych w okolicach łokci, kolan, oraz skóry owłosionej głowy, pomaga ustalić rozpoznanie.

U kobiet łuszczycą może zajmować narządy płciowe, wżgórek łonowy, okolice okołoodbytniczą do szczeliny międzypośladkowej oraz pachwiny. Często zajęte są wargi sromowe większe, natomiast nie obserwuje się zmian łuszczycowych na wargach mniejszych. (29). Charakterystyczna dla łuszczycy sucha, srebrzysta łuska zazwyczaj nie występuje, ze względu na wzmożoną wilgotność tej okolicy ciała i macerację naskórka. Na wargach sromowych większych wykwyty mają charakter łososiowo-różowych blaszek lub rumieni, zwykle ostro oddzielonych od skóry niezmięionej. W obrębie wykwitów mogą powstawać pęknięcia, co powoduje wtórne zakażenia bakteryjne lub drożdżakowe.

Dolegliwości subiektywne zazwyczaj nie występują, czasem może pojawiać się silny świąd, związany jest on jednak ze współistniejącymi zakażeniami. Łuszczycą w okolicy odbytu manifestuje się silnym świądem, którego przyczyną mogą być współistniejące infekcje bakteryjne, drożdżakowe, pasożytnicze (owsiki), a także żyłaki odbytu (charakterystyczne jest krwawienie, ból przy oddawaniu stolca, dokuczliwa suchość i świąd odbytu). Obecność wymienionych czynników może skomplikować leczenie, a nawet spowodować pogorszenie łuszczycy. Wskazane jest zatem badanie *per rectum*, wykonanie posiewu i badania mikologicznego, badanie kału na obecność jaj pasożytów.

Opisano 2 przypadki wieloletniej łuszczycy sromu, następstwem której były zmiany zanikowe warg sromowych mniejszych, imitujące liszaj twardzinowy (1). W przedstawionych przypadkach zmiany były długotrwałe, wykazywały znaczną oporność na leczenie miejscowe i ogólne. Różnicowanie z liszajem twardzinowym było możliwe jedynie na podstawie biopsji. W obrazie histopatologicznym ognisk łuszczycy okolicy narządów płciowych obecna jest spongioza, a hiperkeratoza i akantozą jest mniej nasiloną niż w innych okolicach ciała (1).

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

W różnicowaniu łuszczycy błony śluzowej jamy ustnej należy brać pod uwagę następujące jednostki chorobowe: liszaj płaski, leukoplakię, zespół Reitera, kiłę, toczeń rumieniowaty, pemfigoid i pęcherzycę. Dodatkowo należy wykluczyć zakażenie drożdżakowe błon śluzowych. Należy rozważyć także czynniki wywołujące zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, takie jak: nałogowe palenie papierosów, nieprawidłowo dopasowane protezy uszkadzające błonę śluzową, nawykowe nadgryzanie błony śluzowej policzka. W różnicowaniu pomocne są: wywiad, badanie histopatologiczne, hodowla mikologiczna, oraz markery chorób układowych.

W różnicowaniu łuszczycy narządów płciowych u mężczyzn należy wziąć pod uwagę liszaj płaski, plamczakomórkowe zapalenie napletka Zooną, chorobę Bowena, *bowenoid papulosis*, drożdżycę, zespół Reitera (5).

Przetrwale blaszki zlokalizowane na żołądzi prącia, nieodpowiadające na leczenie, mogą sugerować raka kolczystokomórkowego *in situ* (16).

LECZENIE ŁUSZCZYCY BŁONY ŚLUZOWEJ JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Zazwyczaj zmiany na śluzówkach jamy ustnej w przebiegu łuszczycy są skąpoobjawowe i przejściowe. Większość pacjentów zgłasza się do dermatologa celem leczenia wykwitów skórnych, często zapominając o współistniejących równocześnie zmianach na błonie śluzowej jamy ustnej. Postępowanie lecznicze powinno obejmować usunięcie czynników drażniących (jak np. źle dopasowanych protez) lub infekcyjnych (zakażenia drożdżakowe), co zapobiega wystąpieniu objawu

Koebnera i przerywa stymulację antygenową. Należy zwrócić uwagę pacjentów na utrzymywanie odpowiedniej higieny jamy ustnej, usuwanie osadu nazębnego, leczenie protetyczne, ekstrakcję zbyt ostrych lub złamanych zębów.

W leczeniu miejscowym stosuje się środki działające przeciwbólowo i znieczulająco jak lidokaina lub difenhydramina, łagodne pasty do zębów i środki osłaniające błonę śluzową jamy ustnej, wodorotlenek magnezu i glinu (np. Maalox). Zaleca się płukanie jamy ustnej roztworami alkalinizującymi. Zastosowanie w leczeniu znajdują także kortykosteroidy w postaci kremu, aplikowane bezpośrednio na zmiany chorobowe (7, 30, 33) np. 0,025% acetonid fiucinolonu w kremie (26, 30, 33).

Dość często wykwyty są skąpoobjawowe, nie powodują dolegliwości subiektywnych i nie wymagają leczenia.

LECZENIE ŁUSZCZYCY NARZĄDÓW PŁCIOWYCH U DZIECI

Postępowanie lecznicze obejmuje stosowanie miejscowe preparatów kortykosteroidowych o słabej sile działania np. 1 % maści hydrokortyzonowej, ze względu na znaczne wchłanianie preparatów w tej okolicy skóry i potencjalne działania niepożądane. Istnieją doniesienia o skuteczności miejscowo stosowanego pimekrolimusu (*Elidel*) w postaci 1 % kremu, w leczeniu łuszczycy żołądki prącia (2, 32). Pimekrolimus i takrolimus redukują stan zapalny, nie powodując zaników skóry. Mogą podrażniać skórę okolic płciowych, zwłaszcza w początkowej fazie leczenia, jednak pieczenie lub uczucie ciepła szybko ustępuje.

LECZENIE ŁUSZCZYCY NARZĄDÓW PŁCIOWYCH U DOROSŁYCH

Obejmuje stosowanie miejscowo kortykosteroidów o słabej sile działania np. 2,5% kremu z hydrokortyzonem. Preparaty silniej działające są przeciwwskazane ze względu na ryzyko zaników skóry oraz niebezpieczeństwo zbyt dużego wchłaniania leku. Wskazana jest terapia skojarzona tzn. połączenie leczenia kortykosteroidami z analogami witaminy D3 w postaci kremu, takimi jak kalcypotriol (*Daivonex*) czy takalcytol (*Curatoderm*). Przemijające podrażnienie skóry jest najczęstszym skutkiem ubocznym pochodnych witaminy D3 (8). Jeśli istnieje podejrzenie współistniejących zakażeń, należy dołączyć miejscowe leki przeciwbakteryjne oraz przeciwgrzybicze. Retinoidy miejscowe (tazaroten, *Zorac*) nie są polecane, ponieważ użycie ich w okolicach narządów płciowych wiąże się z dużym ryzykiem podrażnienia skóry.

Fototerapia, metoda skuteczna i często stosowana w leczeniu łuszczycy, może być zalecana w łuszczycy narządów płciowych, jednak ostrożnie i w znacznie niższych dawkach, celem uniknięcia oparzenia skóry. Amerykańska Akademia Dermatologii zaleca mężczy-

znom podczas naświetlań UV, zwłaszcza PUVA, ochronę moszny i prącia, z powodu prawdopodobieństwa wzrostu ryzyka nowotworów skóry.

Oprócz właściwego leczenia bardzo ważna jest odpowiednia pielęgnacja skóry. Pacjenci powinni dokładnie osuszać skórę po kąpieli, nie wycierać jej szorstkim ręcznikiem. Zaleca się używanie wazeliny, co pozwala zabezpieczyć okolice narządów płciowych przed maceracją. Wskazane jest noszenie luźnej, bawełnianej bielizny. Kobiety powinny nosić pończochy zamiast rajstop. W okresach zaostrzenia zmian chorobowych należy zalecać pacjentom wstrzemięźliwość seksualną.

PODSUMOWANIE

Łuszczyca błony śluzowej jamy ustnej występuje częściej u pacjentów z ostrą odmianą łuszczycy, przede wszystkim w uogólnionej łuszczycy krótkowej, przy czym najczęstszą manifestacją łuszczycy śluzówek jest język geograficzny. W przypadkach izolowanych zmian w jamie ustnej ważne jest wykluczenie innych stanów o etiologii zapalnej. Podstawę rozpoznania stanowi biopsja ze zmian na śluzówce i ocena histopatologiczna, ponieważ obraz kliniczny nie jest wystarczająco charakterystyczny. W codziennej praktyce lekarskiej niewskazane jest pobieranie biopsji z błony śluzowej jamy ustnej, przy braku objawowych zmian klinicznych. Łuszczyca błon śluzowych nie jest zjawiskiem częstym, ale oglądanie śluzówek podczas badania umożliwia wykrywanie zmian nie powodujących objawów subiektywnych. U pacjentów z trudnymi diagnostycznie zmianami w jamie ustnej badanie skóry uwidaczniające objawy sugerujące łuszczycę, może doprowadzić do postawienia trafnego rozpoznania.

Łuszczyca jest chorobą, która w znaczący sposób wpływa na jakość życia pacjentów. Zlokalizowana w okolicy narządów płciowych powoduje pogorszenie również jakości życia seksualnego chorych, co zgłasza aż 40% chorych. Częściowo można to wytłumaczyć współistniejącymi objawami, takimi jak świąd, ból, podrażnienie skóry narządów płciowych, przewlekły charakter zmian, a także trudnościami terapeutycznymi. Ogromną rolę odgrywają także czynniki emocjonalne, towarzyszące łuszczycy: zaniepokojenie, skłębienie, brak samoakceptacji, prowadzące dość często do zaburzenia obrazu własnego ciała, obniżenie nastroju i depresji. Rozwiązywanie problemów związanych z łuszczycą obejmuje postępowanie lecznicze mające na celu złagodzenie objawów klinicznych i emocjonalnych. Pacjenci powinni wiedzieć o tym, że depresja jest chorobą możliwą do wyleczenia. Nie powinni obwiniać się za swoją chorobę. Należy poinformować pacjentów, ich rodziny i partnerów, że łuszczyca nie jest chorobą zakaźną i nie jest przenoszona drogą płciową. Bardzo ważna jest rozmowa i wsparcie emocjonalne ze strony partnera. Pomocy, a także informacji na temat tej dość często występującej choroby skóry pacjenci mogą oczekiwać uczestnicząc w spotkaniach Stowarzyszenia Chorych na Łuszczycę.