

## Mój cel terapeutyczny jest zawsze taki sam: chcę mieć zadowolonego pacjenta

Wywiad z prof. Kristianem Reichem z Uniwersytetu w Getyndze, dermatologiem prowadzącym praktykę w Hamburgu (SClIderm Research Institute) oraz Berlinie (Dermatologikum Berlin), który był gościem konferencji „Kontrowersje w Dermatologii” w Zakopanem.

### **Czy z perspektywy Pana praktyki w dobie stosowania leków biologicznych leczenie miejscowe stanowi nadal ważną opcję terapeutyczną?**

Należy pamiętać, że nie ma jednej uniwersalnej terapii dla pacjentów z łuszczycą i że lekarz dermatolog potrzebuje całego „arsenału” terapeutycznego przy wyborze optymalnego leczenia dla swoich pacjentów. W przypadku łuszczycy łagodnej oraz łuszczycy łagodnej do umiarkowanej terapia miejscowa jest podstawą leczenia większości przypadków. Leki biologiczne umożliwiają kontrolę choroby w dłuższym czasie u pacjentów z cięższym przebiegiem łuszczycy. Często jednak mamy potrzebę łączenia terapii ogólnej z terapią miejscową. Tak więc zarówno w monoterapii, jak i w terapii skojarzonej miejscowe leczenie łuszczycy jest dla nas ważne.

### **Jakie są standardy terapii miejscowej w Niemczech?**

Stosujemy glikokortykosteroidy, preparaty keratolityczne i inne leki miejscowe, ale z moich obserwacji w terapii miejscowej przeważa stosowanie połączenia pochodnej witaminy D – kalcypotriolu i glikokortykosteroidu – betametazonu. Według mnie jest to zdecydowanie najczęściej stosowane połączenie, dostępne w postaci maści i żelu. W Niemczech dostępna jest również piana, którą stosuje coraz więcej dermatologów. Połączenie pochodnej witaminy D i glikokortykosteroidu stanowi odpowiednie rozwiązanie dla chorych i przynosi optymalny stosunek korzyści do ryzyka.

### **Czym kieruje się Pan, wybierając dla swojego pacjenta leczenie miejscowe?**

Jak już mówiłem, nie istnieje jedna terapia odpowiednia dla wszystkich pacjentów. Przy wyborze leków miejscowych biorę pod uwagę fenotyp, lokalizację zmian, a także preferencje chorego. W przypadku łuszczycy w okolicy narządów płciowych najprawdopodobniej zastosowałbym inhibitor kalcyneuryny, podobnie na skórę twarzy. U pacjenta z łuszczycą rąk i stóp najprawdopodobniej wybrałbym bardzo silny glikokortykosteroid do stosowania miejscowego. Jednak w przypadku większości zmian na skórze gładkiej lub owłosionej skórze głowy stosuję preparat złożony z kalcypotriolem i betametazonem.



### **Jakie miejsce w Pana praktyce zajmują bardzo silne steroidy?**

Bardzo, bardzo ograniczone. Wiadomo, że są to leki o silnym działaniu, że działają szybko, ale wiadomo również, że mają wiele działań niepożądanych i że stosunek korzyści do ryzyka nie jest wystarczająco dobry w przypadku bardzo silnych steroidów stosowanych na skórę gładką. Jeśli zatem nie mam do czynienia z rzadkimi odmianami łuszczycy, takimi jak łuszczycy rąk i stóp, moim wyborem jest połączenie pochodnej witaminy D i glikokortykosteroidu.

### **Czy mógłby Pan Profesor powiedzieć nam w kilku słowach o celach terapeutycznych w leczeniu miejscowym łuszczycy?**

Mój cel terapeutyczny jest zawsze taki sam: chcę mieć zadowolonego pacjenta, a pacjent będzie zadowolony, jeżeli nie będzie widział zmian na skórze, czyli odpowie bardzo dobrze na leczenie. Jeśli przełożymy to na język kliniczny, mówimy o uzyskaniu całkowitej lub prawie całkowitej redukcji zmian łuszczycowych lub osiągnięciu współczynnika PASI 90 lub całkowitego PASI poniżej 3. Oczekuję tego zarówno od terapii miejscowej, jak i terapii ogólnych.

nej. Dlatego potrzebujemy silnych i dobrze tolerowanych leków miejscowych, o optymalnym stosunku korzyści do ryzyka. Dobrze jest, jeśli dodatkowo możemy zaproponować pacjentowi wygodny schemat stosowania i przyjazną formę kosmetyczną leku.

**Co według Pana jest ważniejsze z punktu widzenia leczenia łuszczycy: szybki efekt terapii czy długotrwała remisja?**

Oba te zagadnienia są ważne. Gdy zgłasza się do mnie pacjent z aktywną łuszczycą, chcę, żeby zobaczył, że leczenie, które mu zaleciłem, działa. Dlatego zależy mi, żeby odpowiedź na leczenie była widoczna już po kilku tygodniach stosowania. Trzeba jednak pamiętać, że łuszczycą jest chorobą przewlekłą i nie ma leku, który pozwala pozbyć się jej na stałe. Istotne jest więc, żeby lek po pierwsze działał stosunkowo szybko, a po drugie mógł być stosowany bezpiecznie w dłuższym czasie.

**Kiedy uznaje Pan, że cel terapii został osiągnięty?**

Gdy mówimy o terapii miejscowej, zazwyczaj pierwsze efekty widoczne są już po jednym, dwóch, trzech lub czterech tygodniach. W przypadku preparatu złożonego zawierającego kalcypotriol i betametazon w formie żelu wiadomo, że terapię podstawową na skórze gładkiej można stosować przez osiem tygodni. Zazwyczaj odpowiedź na leczenie widać dużo

wcześniej. Jeżeli jednak po upływie ośmiu tygodni nie obserwuje się poprawy w nasileniu zmian skórnych, prawdopodobnie powinniśmy zmienić terapię.

**W jakim schemacie stosuje Pan Profesor pochodne witaminy D i glikokortykosteroidy u swoich pacjentów?**

Największym atutem preparatów zawierających kalcypotriol i betametazon jest synergia działania – wiadomo, że pochodne witaminy D i glikokortykosteroidy mają addytywny wpływ na niektóre procesy immunologiczne. Po drugie, na modelach zwierzęcych wykazano, że pochodne witaminy D mogą hamować pewne działania niepożądane występujące przy miejscowym stosowaniu glikokortykosteroidów. Wynika z tego kolejna korzyść, która według mnie jest bardzo istotna, czyli możliwość stosowania długoterminowego kontrolowania łuszczycy tym preparatem. Jak to wygląda w praktyce? W przypadku preparatu w żelu przez pierwsze osiem tygodni zalecam stosowanie leku raz dziennie, następnie przechodzę do etapu stosowania terapii „na żądanie”, co oznacza, że pacjent stosuje leczenie z częstotścią, która umożliwi mu zachowanie kontroli nad chorobą. U wielu moich pacjentów będzie to oznaczać stosowanie leku dwa lub trzy razy w tygodniu.

*Rozmawiała Marta Koblańska*