

Łuszczyca a menopauza

Część I. Wpływ łuszczycy na jakość życia u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym

Psoriasis and menopause

Part I. Impact of psoriasis on quality of life in women in peri- and postmenopausal age

Marta Makara-Studzińska¹, Aldona Pietrzak², Katarzyna Sosnowska³, Karolina Kowalczyk²,
Bartłomiej Wawrzycki², Tomasz Paszkowski⁴, Grażyna Chodorowska²

¹Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;
kierownik Pracowni: dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Grażyna Chodorowska

³Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Andrzej Czernikiewicz

⁴III Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Tomasz Paszkowski

Przeгляд Menopauzalny 2012; 5: 388–391

Streszczenie

Niniejszy artykuł stanowi przegląd piśmiennictwa medycznego na temat wpływu przewlekłej choroby skóry, jaką jest łuszczyca, na jakość życia u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym. W badaniach poświęconych tej kwestii pojawia się coraz więcej doniesień dotyczących istnienia zależności pomiędzy zaawansowaniem zmian skórnych a stanem psychicznym pacjentek w okresie klimakterium. Autorzy publikacji podkreślają zasadność holistycznego spojrzenia na pacjenta z uwzględnieniem jego potrzeb zarówno na poziomie biologicznym, jak i psychologicznym. Wszystkie te kwestie wydają się bowiem istotne dla poprawy jakości życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym ze współwystępującą łuszczycą.

Słowa kluczowe: łuszczyca, jakość życia, menopauza.

Summary

This article is a review of medical literature on the effects of chronic skin disease that is psoriasis on the quality of life in women in peri- and postmenopausal age. In studies on this issue there is a growing literature about the existence of the relationship between the severity of skin lesions and mental state of women during menopause. Authors emphasize the legitimacy of a holistic approach to the patient, taking into account their needs at both the biological and psychological levels. All these issues seem to be vital for improving the quality of life in perimenopausal women with co-occurring psoriasis.

Key words: psoriasis, quality of life, menopause.

Wstęp

Łuszczyca jest przewlekłą chorobą skóry, jak dotąd nieuleczalną, i mimo że nie zagraża bezpośrednio życiu dotkniętych nią osób, to w znacznym stopniu wpływa na jego jakość, powodując liczne ograniczenia w co-

dziennym funkcjonowaniu. Występowanie łuszczycy wśród rasy kaukaskiej szacuje się na 1,5–3% ogólnej populacji, aczkolwiek w Niemczech odnotowano jej występowanie na poziomie 6,5% [1].

W przebiegu menopauzy dochodzi do licznych zmian hormonalnych, które modulują przebieg łuszczy-

Adres do korespondencji:

Marta Makara-Studzińska, Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin, tel. +48 81 718 65 92, e-mail: mmakara@go2.pl

cy, wpływając na jakość życia kobiet w tym okresie. Dolegliwości związane z klimakterium, tj. uderzenia gorąca, bóle głowy, zaburzenia snu czy depresja dodatkowo ingerują w samopoczucie, zdrowie i kondycję fizyczną kobiet dotkniętych przewlektą dermatozą [2]. W okresie menopauzy obserwuje się spadek estrogenów, co może być czynnikiem wpływającym na wystąpienie łuszczycy bądź też zaostrzenie wysiewów wykwitów u pacjentek już wcześniej chorujących na łuszczycę.

Prawdopodobne jest, że zmniejszone stężenie estrogenów prowadzi do niewystarczającego hamowania Th1-zależnej odpowiedzi komórkowej, która odgrywa wiodącą rolę w patogenezie łuszczycy [3].

Wymiar psychologiczny tym bardziej nabiera znaczenia, w im większym stopniu choroba oddziałuje na relacje z innymi, przekreśla plany chorego czy uniemożliwia realizację ważnych potrzeb.

Zmiany hormonalne w przebiegu menopauzy a nasilenie objawów łuszczycy

W ciągu swojego życia kobiety doświadczają wielu zmian hormonalnych, które są wynikiem menstruacji, zażywania doustnych tabletek antykoncepcyjnych czy leków wspomagających płodność, stosowania hormonalnej terapii zastępczej, ciąży, laktacji czy menopauzy.

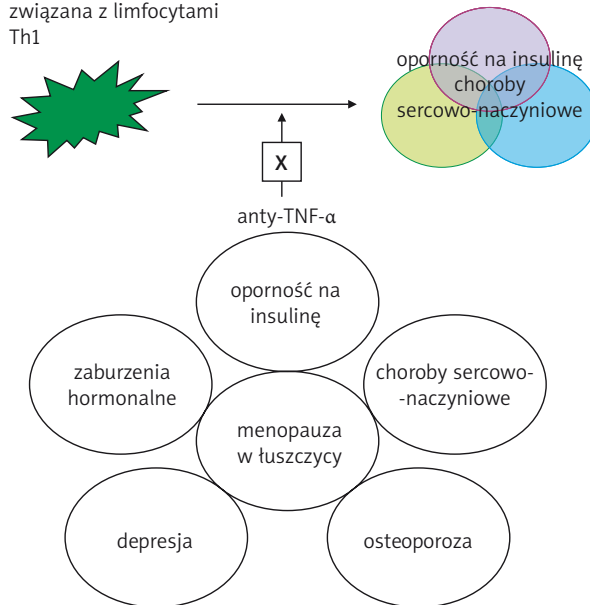
Wpływ tych zjawisk na przebieg łuszczycy oceniali w swoim badaniu Mowad i wsp. [4]. Wykazali oni, że u 48% badanych kobiet menopauza wiązała się z nasileniem objawów łuszczycy. W 50% przypadków kobiety nie stwierdzały żadnych zmian, a 2% pacjentek obserwowało poprawę stanu zdrowia. Zdaniem respondentek zastosowane w tym czasie leczenie dermatozy nie wiązało się z obserwowalnymi zmianami [4].

U większości chorych łuszczycą rozwija się w trzeciej dekadzie życia, ale drugi szczyt zachorowania obserwowany jest u osób ok. 55. roku życia. W 1994 r. Swanbeck i wsp. opublikowali dane epidemiologiczne dotyczące 5197 rodzin dotkniętych łuszczycą. Wyniki tego badania pokazały, że ok. 55. roku życia łuszczycą rozwija się najczęściej u kobiet [5].

Rezultaty badania Mowad i wsp. [4] potwierdziły tę hipotezę. Analiza stratyfikowana pokazała, że poprawa lub pogorszenie stanu zdrowia nie były zależne od wieku pacjentek, typu łuszczycy czy ciężkości choroby. Ponadto typ menopauzy (naturalny lub chirurgiczny) nie wpływał na obserwowane zmiany. Większość pacjentek podczas hormonalnej terapii zastępczej nie doświadczała znaczących zmian w przebiegu łuszczycy. Chociaż większość kobiet biorących udział w badaniu (78%) nie widziała związku między początkiem łuszczycy a zmianami hormonalnymi, to w grupie 27% pacjentek, które zauważyły taki związek, najczęściej wymieniana była menopauza [4].

Stwierdzono, że u kobiet w 5. i 6. dekadzie życia wzrasta znacząco zachorowalność na łuszczycę, osiąga-

przewlekle zapalenie
wydzielanie cytokin prozapalnych i immunopatologia związana z limfocytami Th1



Ryc. 1. Stany chorobowe współistniejące z łuszczycą. Górna część ryciny jest repliką ryciny autorstwa prof. dr. Enno Christophersa (Christophers E. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006; 20 (Suppl. 2): 52–5) [28] i została wykorzystana za jego osobistą zgodą

jąc wskaźnik 90,7 na 100 000 [6]. Należałoby wiązać te zmiany z menopauzą oraz okresem pomenopauzalnym. Istnieje szereg pośrednich dowodów na wpływ hormonów płciowych na przebieg łuszczycy. Ich intensyfikacja zależy od fazy cyklu menstruacyjnego; w ciąży mogą one wzmacniać czy też zmniejszać objawy lub nawet prowadzić do ich całkowitej regresji. Tak więc należy się spodziewać, że u kobiet z łuszczycą poziomy hormonów płciowych będą ulegać zmianom. W niektórych przypadkach pierwsze objawy łuszczycy występują na początku menstruacji, ciąży, hormonalnej terapii antykoncepcyjnej czy menopauzy [7].

Nasilenie objawów łuszczycy w okresie menopauzy niesie za sobą poważne konsekwencje, ingerując w psychiczne, psychologiczne i społeczne funkcjonowanie w stopniu porównywalnym do takich chorób, jak nowotwór, zapalenie stawów, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzyca czy depresja. Nasilony świąd koreluje z występowaniem zaburzeń snu, bólami głowy i obniżeniem aktywności seksualnej [8, 9].

W związku z tym lekarze, którzy opiekują się pacjentkami w okresie okotomenopauzalnym chorującymi na łuszczycę, powinni pamiętać o wpływie przewlekłej choroby skóry na jakość życia. Uwzględnić należy zwłaszcza zwiększone ryzyko rozwinięcia się objawów depresyjnych, co może doprowadzić do dramatycznych następstw w postaci udanych prób samobójczych [10].

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w łuszczycy

Liczne badania donoszą, że łuszczycyca bardzo często współwystępuje z licznymi zaburzeniami psychicznymi, głównie z depresją [11].

Ponadto w okresie menopauzy zmiany hormonalne wiążą się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń afektywnych. Kobiety są dwa razy częściej hospitalizowane z powodu depresji niż mężczyźni, a najwięcej zachorowań i hospitalizacji przypada na okres menopauzy [12, 13].

Nie pozostaje to bez wpływu na obniżenie jakości życia, a u kobiet dodatkowo obciążonych przewlekłą dermatozą, jaką jest łuszczycyca, stanowi kolejne źródło przewlekłych napięć, potęgując niekorzystne emocjonalne i psychologiczne skutki choroby. Do objawów związanych z niedoborem estrogenów należą m.in. dobowe wahania nastroju, bezsenność, niepokój, nadmierna wrażliwość, niechęć do pracy oraz trudności w koncentracji uwagi [14].

Parafianowicz i wsp. wykazali, że zaburzenia psychiczne u pacjentów chorujących na łuszczycę występują 4 razy częściej niż u pacjentów z innymi dermatozami. W tym badaniu kryteria dla dużej depresji spełniło 46,8% pacjentów z łuszczycą, 28,1% manifestowało objawy zwiększonego ryzyka zachowań samobójczych, a 21,8% miało objawy fobii społecznej. Ogółem zaburzenia psychiczne stwierdzono u 64% pacjentów ambulatoryjnych z rozpoznaną łuszczycą. Autorzy badania wysunęli wniosek, że należy monitorować stan psychiczny osób chorych na łuszczycę ze szczególną uwagą ze względu na duże ryzyko wystąpienia m.in. depresji [11].

W innym badaniu Hawro i wsp. dowiedli, że u chorych z łuszczycą zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć, wykształcenie czy stan cywilny nie miały związku z nasileniem lęku i depresji, natomiast wraz z wiekiem nasila się zarówno lęk, jak i depresja. W związku z tym tworzenie grup wsparcia dla pacjentów z łuszczycą może przyczynić się do obniżenia odczuwanego przez nich lęku oraz depresyjnych zaburzeń nastroju, a opieką należy objąć szczególnie osoby starsze, w tym kobiety po okresie menopauzy [15].

Sampogna i wsp. podjęli się oceny wpływu łuszczycy na codzienne funkcjonowanie kobiet i mężczyzn powyżej 65. roku życia. Autorzy wykazali, iż kobiety w porównaniu z mężczyznami w większym stopniu odczuwały obniżenie jakości życia związane z towarzyszącą chorobą skóry [16].

Menopauza jako źródło dodatkowego stresu u kobiet z łuszczycą

Badania przeprowadzone w ciągu ostatnich lat dowodzą, że hormony płciowe żeńskie znacząco wpływają na

biologiczne i immunologiczne zmiany w skórze. W związku z tym menopauza, podobnie jak okres ciąży czy menstruacji, moduluje naturalny przebieg łuszczycy [3].

W okresie okotomenopauzalnym wysoki poziom odczuwanego stresu oraz obecność intensywnych objawów menopauzalnych zwiększa ryzyko wystąpienia obniżonego nastroju [17].

Kobiety chorujące na łuszczycę, która stanowi dodatkowe wtórne źródło stresu, są w tym trudnym okresie swojego życia w jeszcze większej mierze narażone na obniżenie jego jakości. Przewlekły stres w łuszczycy może współistnieć z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi, dystymią lub stać się przyczyną obniżenia aktywności seksualnej [18, 19].

Pojawienie się zmian skórnych w przebiegu łuszczycy często może być poprzedzone trudnymi wydarzeniami w życiu danej osoby. Według Magin i wsp. nie samo wystąpienie i liczba negatywnych wydarzeń życiowych, lecz sposób ich percepcji i radzenia sobie ze stresem może mieć związek z wysiewami łuszczycy [20].

W związku z tym u kobiet w okresie menopauzy, które borykają się z chorobą skóry, wskazane byłoby leczenie psychoterapeutyczne pomagające zminimalizować stres, a równocześnie zmniejszyć możliwość kolejnych nawrotów łuszczycy, co w znaczący sposób wpłynęłoby na poprawę jakości życia. Ograniczenie się bowiem do leczenia farmakologicznego i zaniedbanie oddziaływań psychospołecznych oraz psychoterapeutycznych wtórnie może prowadzić do niezadowolających efektów leczenia [21].

Steuden i wsp. donoszą, że psychoterapia pacjentów z łuszczycą powinna zmierzać w kierunku uzyskania stabilnego i satysfakcjonującego statusu psychospołecznego pomimo przewlekłej i stygmatyzującej choroby skóry. Ponadto pomocne w połączeniu ze standardową terapią może być tworzenie grup wsparcia, skupiających się m.in. na redukowaniu społecznego wycofania i izolacji oraz wzmacnianiu mechanizmów radzenia sobie z chorobą [22].

Zdaniem Kossakowskiej i wsp. osoby z łuszczycą dużo bardziej intensywnie kontrolują swoje negatywne emocje: uczucie lęku, gniewu czy depresyjny nastrój, w związku z czym psychologiczne wsparcie oraz psychoterapia powinny stanowić istotną część leczenia [23].

Russo i wsp. oceniali pacjentów z łuszczycą w kontekście wpływu dermatozy na jakość życia. Wykazali, że 89% chorych odczuwało wstyd i zażenowanie z powodu swojego wyglądu, 58% przeżywało stany lękowe, 42% doświadczało braku pewności siebie, a u 24% rozwinęła się depresja [8].

Inne liczne badania również skupiają się na ocenie stresu związanego z obecnością łuszczycy, zwłaszcza w kontekście doznawanych dolegliwości fizycznych, odczuwania negatywnych emocji, przeżywania przykrych doświadczeń w sytuacjach społecznych czy utrudnień w pracy zawodowej [24, 25].

Podsumowanie

W dzisiejszych czasach coraz częściej badacze zwracają uwagę na tak ważne zagadnienie, jakim jest jakość życia pacjenta. Ciekawość ta wynika z potrzeby wielowymiarowej oceny stanu zdrowia i proponowanej formy leczenia. Jakość życia związaną ze zdrowiem można rozpatrywać jako postawę wielowymiarową, reprezentującą rezultat wspólnego działania wszystkich fizjologicznych, psychologicznych i społecznych czynników wpływających na zdrowie [26].

Podsumowując – łuszczyca stanowi nie tylko problem zdrowotny, czyli zaburzenie biologicznego funkcjonowania organizmu, ale ma także dla chorego wymiar psychologiczny. Jednocześnie znajomość problematyki z zakresu schorzeń psychodermatologicznych, zwłaszcza w kontekście diagnostyki i leczenia specyficznych grup pacjentów, w tym kobiet w okresie menopauzy, wciąż jest niewystarczająca [27]. Autorzy przytoczonych publikacji na ogół zgodni są co do tego, że menopauza jako trudny okres przejściowy w życiu kobiety sama w sobie wpływa na pogorszenie jakości życia, a współwystępowanie łuszczyca jest źródłem dodatkowych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu.

Piśmiennictwo

- Nevitt GJ, Hutchinson PE. Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. *Br J Dermatol* 1996; 135: 533-7.
- Wilczak M, Mojs E, Samulak D. Wpływ operacji ginekologicznych na stopień zaburzeń snu oraz emocji u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym. *Prz Menopauz* 2011; 15: 393-9.
- Kanda N, Watanabe S. Regulatory roles of sex hormones in cutaneous biology and immunology. *J Dermatol Sci* 2005; 38: 1-7.
- Mowad CM, Margolis DJ, Halpern AC, et al. Hormonal influences on women with psoriasis. *Cutis* 1998; 61: 257-60.
- Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, Wahlström J. A population genetic study of psoriasis. *Br J Dermatol* 1994; 151: 32-9.
- Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, et al. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 394-401.
- Pietrzak A, Lecewicz-Toruń B, Jakimiuk A. Lipid and hormone profile in psoriatic females. *Ann Univ Mariae Curie Skłodowska Med* 2002; 57: 478-83.
- Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol* 2004; 45: 155-9.
- Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2008; 159 Suppl. 2: 2-9.
- Korabel H, Dudek D, Jaworek A. Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. *Przegl Lek* 2008; 65: 244-8.
- Parafianowicz K, Sicińska J, Moran A i wsp. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w łuszczycy: doniesienia wstępne. *Psychiatr Pol* 2010; 44: 119-26.
- Baldwin DS, Hirschfeld RMA. Depresja. *Via Medica*, Gdańsk 2001.
- Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*, Warszawa 1999; 65.
- Rogulski S, Lipińska-Szałek A. Zachowania samobójcze i depresja u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Nowa Med* 1998; 15: 10-5.
- Hawro T, Miniszewska J, Chodkiewicz J i wsp. Lęk i depresja a wsparcie społeczne u chorych na łuszczycę. *Przegl Lek* 2007; 64: 568-71.
- Sampogna F, Tabolli S, Mastroeni S, et al. Quality of life impairment and psychological distress in elderly patients with psoriasis. *Dermatology* 2007; 215: 341-7.
- Bielawska-Batorowicz E. Stres, objawy i przekonania dotyczące menopauzy a obniżony nastrój u kobiet w wieku 45–55 lat. Próba weryfikacji zmodyfikowanego psychospołecznego modelu depresji w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz* 2006; 10: 68-74.
- Schmid-Ott G, Burchard R, Niederauer HH, et al. Stigmatization and quality of life of patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Hautartz* 2003; 54: 852-7.
- Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol* 1997; 36: 259-62.
- Magin P, Adams J, Heading G, et al. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med* 2009; 14: 150-61.
- Ogłodek E, Araszkiwicz A, Placek W. Stygmatyzacja osób chorych na łuszczycę. *Zdr Publ* 2009; 119: 335-7.
- Steuden S, Janowski K. Schorzenia psychodermatologiczne. *Przegl Dermatol* 2002; 3: 175-83.
- Kossakowska MM, Cieścińska C, Jaszewska J, Placek WJ. Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24: 429-33.
- Gupta MA, Gupta MK. The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Derm Venerol* 1995; 75: 240-3.
- Rapp SR, Cottrell CA, Leary MR. Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *Br J Dermatol* 2001; 145: 610-6.
- Skrzypulec V, Drosdzol A, Ferensowicz J, Nowosielski K. Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Ginekol Prakt* 2003; 11: 26-34.
- Jafferany M, Vander Stoep A, Dumitrescu A, Hornung RL. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *Int J Dermatol* 2010; 49: 784-9.
- Christophers E. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20 (Suppl. 2): 52-5.