



Świąd u osób w podeszłym wieku

Adam Reich^a, Sonja Ständer^b, Jacek C. Szepietowski^a

STRESZCZENIE

Świąd to nieprzyjemne odczucie wywołujące potrzebę drapania. Jest najczęstszym objawem w dermatologii, wiele chorób skóry oraz schorzeń ogólnoustrojowych może przebiegać ze świądem. Świąd może być także powodowany licznymi lekami. Chociaż wciąż nie ma dokładnych danych epidemiologicznych o częstości świądu wśród osób w podeszłym wieku, to powszechnie uznaje się, że osoby te często cierpią z powodu świądu, a ten problem pozostaje dużym wyzwaniem dla klinicystów. Osoby w podeszłym wieku często chorują na wiele schorzeń, co znacząco utrudnia ustalenie dokładnej etiologii świądu oraz ogranicza możliwości leczenia przeciwświądowego. Ograniczenie sprawności psychicznej i fizycznej może utrudniać precyzyjną ocenę nasilenia świądu i negatywnie wpływać na właściwe stosowanie, często złożonego leczenia przeciwświądowego. Biorąc również pod uwagę mnogość potencjalnych przyczyn świądu, każdy pacjent ze świądem musi być traktowany indywidualnie, zarówno pod względem badań diagnostycznych, jak i wdrażanej terapii przeciwświądowej.

Wprowadzenie

Świąd definiowany jest jako nieprzyjemne odczucie prowadzące do drapania.¹ Jest to najczęstszy objaw w dermatologii, który zarówno może towarzyszyć zmianom skórnym, jak i dotyczyć skóry niezmięnionej chorobowo. Świąd może być traktowany jako ostry (trwający krócej niż 6 tygodni) lub przewlekły (trwający dłużej niż 6 tygodni).¹ Może być ograniczony lub uogólniony. Świąd może wystąpić w przebiegu wielu chorób skóry i schorzeń ogólnoustrojowych (tab. 1, 2), a jego patomechanizm często jest zupełnie odmienny w poszczególnych jednostkach chorobowych. W niniejszym artykule autorzy podsumowali obecny stan wiedzy na temat problemu świądu w populacji osób w podeszłym wieku, mając nadzieję, że zachęci to lekarzy i badaczy do poświęcenia większej uwagi temu niezwykle istotnemu zagadnieniu, gdyż wszelkie nowe obserwacje są w tym względzie bardzo pożądane.

Klasyfikacja świądu

International Forum for the Study on Itch (IFSI) zaproponowało nową, dwustopniową klasyfikację świądu.¹ Klasyfikacja IFSI opiera się na dwóch wcześniejszych klasyfikacjach świądu,^{2,3} ale dodatkowo wprowadza istotne elementy obecnego rozumienia zjawiska świądu. Klasyfikacja IFSI dzieli pacjentów ze świądem na trzy grupy: osoby ze świądem w obrębie skóry pierwotnie zmienionej chorobowo (grupa I), osoby ze świądem dotyczącym skóry niezmięnionej chorobowo (grupa II) oraz osoby, u których obserwuje się zmiany skórne wtórne do drapania (grupa III). Ponadto klasyfikacja wyróżnia sześć kategorii uwzględniających patomechanizm świądu: świąd skórny, ogólnoustrojowy, neurologiczny, psychogeny, o mieszanej etiologii oraz o nieustalonej etiologii (tzw. świąd inny). Ogólnie rzecz biorąc, osoby z grupy I należą do kategorii chorujących na świąd skórny. Najważniejsze choroby

^aKatedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul. Chalubińskiego 1, 50-368 Wrocław

^bNeurodermatology and Competence Center Pruritus, Department of Dermatology, University Hospital Münster, Von-Esmarch Strasse 58, D-48149 Münster, Niemcy

Adres do korespondencji:
Tel. +48-71-3270941,
e-mail: jacek.szepietowski@am.wroc.pl
(J.C. Szepietowski)

Clinics in Dermatology
2011; 29: 15-23

Dermatologia po
Dyplomie 2012;3(4):39-50

**Tabela 1. Choroby skóry przebiegające ze świądem u osób w podeszłym wieku**

Kseroza (suchość skóry)
Choroby zapalne skóry
Wyprysk (wszystkie odmiany)
Dyshydrotyczne zapalenie skóry
Odczyny polekowe
Pokrzywka
Choroby rumieniowo-grudkowo-złuszczające
Łojotokowe zapalenie skóry
Łuszczyca
Krostkowica dłoni i stóp
Liszaj płaski
Łupież czerwony mieszkowy
Choroba Dariera
Choroba Haileya-Haileya
Choroba Grovera
Polimorficzne osutki świetlne
Autoimmunologiczne choroby pęcherzowe
Pemfigoid pęcherzowy
Nabyte pęcherzowe oddzielanie się naskórka
Opryszczkowe zapalenie skóry
Pęcherzyca zwykła (rzadko)
Autoimmunologiczne choroby tkanki łącznej
Zapalenie skórno-mięśniowe
Twardzina układowa
Zespół Sjögrena
Zakażenia i infestacje skóry
Opryszczka zwykła
Półpasiec
Grzybice skóry
Wyprzenie drożdżakowe
Zapalenie mieszków włosowych indukowane <i>Malassezia</i> sp.
Choroba Ofuji
Świerzb
Wszawica
Zespół larwy wędrującej skórnej
Odczyny na ukąszenia przez owady i inne stawonogi
Trądzik różowaty
Mastocytoza
Chłoniaki skóry
Ziarniniak grzybiasty
Zespół Sezary'ego

skóry przebiegające ze świądem, które mogą wystąpić u osób w podeszłym wieku, wymieniono w tabeli 1.

Pierwotne zmiany skórne mogą być czasami mylone ze zmianami wtórnymi, spowodowanymi drapaniem. Mogą to być takie wykwity, jak przeczosy, strupy, liczenifikacja, grudki czy guzki, a ich pojawienie się jest

związane z przewlekłym drapaniem, pocieraniem czy szczypaniem skóry. Zmiany te mogą ustępować z pozostawieniem odbarwień, przebarwień lub zanikowych blizn. Pacjenci ze świądem skórnym mogą być czasami zaliczani do grupy III, jednak zmiany skórne wtórne do drapania często mogą pojawiać się wśród pacjentów należących początkowo do grupy II (świąd dotyczący skóry niezmięnionej chorobowo), w których dolegliwości trwają dostatecznie długo (zazwyczaj kilka miesięcy lub lat) i cechują się odpowiednio dużym nasileniem.

Osoby należące do grupy II i III mogą cierpieć z powodu świądu ogólnoustrojowego, neurologicznego lub psychogenego. Świąd ogólnoustrojowy (systemowy) definiowany jest jako wynikający ze współistnienia choroby innego narządu niż skóry, np. choroby wątroby, nerek czy krwi. Ten rodzaj świądu należy różnicować ze świądem neurologicznym, który jest związany z uszkodzeniem układu nerwowego (świąd neuropatyczny) lub nieuszkodzającym oddziaływaniem na układ nerwowy, tak jak w przypadku świądu indukowanego podaniem opioidów (świąd neurogeny). Choroby układowe wraz ze schorzeniami neurologicznymi, którym może towarzyszyć świąd, wymieniono w tabeli 2.

Świąd psychogeny, określane także terminem świądu somatyzacyjnego, stanowi odrębną kategorię i może towarzyszyć wielu zaburzeniom psychicznym. Niedawno zaproponowano także kryteria diagnostyczne świądu psychogenego w przypadku nieobecności współwystępującego zaburzenia psychicznego (tab. 3).^{4,3}

Czasami u danego pacjenta stwierdza się kilka chorób mogących powodować świąd. W takiej sytuacji rozpoznawany jest świąd o mieszanej etiologii. Zdarza się także, że nie udaje się ustalić etiologii świądu i tacy pacjenci traktowani są jak osoby cierpiące na świąd „inny”. Niejednokrotnie w toku dalszej obserwacji pacjenta możliwe jest ustalenie przyczyny świądu w okresie późniejszym, co skutkuje przemianowaniem kategorii świądu.¹

Świąd polekowy

Ponieważ wiele osób w podeszłym wieku cierpi na różne schorzenia przewlekłe, często zażywają wiele leków. Zaobserwowano, że liczne leki mogą powodować świąd skóry.⁶ Chociaż świąd polekowy (świąd dotyczący skóry niezmięnionej chorobowo) nie stanowi odrębnej kategorii według klasyfikacji IFSI i w większości zaliczany jest do świądu ogólnoustrojowego, to takie powikłanie powinno być brane pod uwagę w przypadku diagnozowania chorych ze świądem przewlekłym. Często zdarza

się, że świąd nie jest powodowany chorobą układową czy neurologiczną, ale związany ze stosowanymi z ich powodu lekami.

Najważniejsze leki mogące powodować świąd skóry wymieniono w tabeli 4. Patogeneza świądu polekowego jest zależna od powodującego go leku. Świąd ostry może być wtórny do osutki polekowej, natomiast w przypadku świądu przewlekłego postuluje się inne podłoże, m.in. uszkodzenie wątroby przebiegające z cholestazą, nadmierną suchością skóry, odkładanie się leku lub jego metabolitów w skórze, działanie fototoksyczne czy zaburzenia neurologiczne. Często zdarza się także, że patomechanizm świądu polekowego pozostaje niewyjaśniony.

Świąd polekowy może być zlokalizowany lub uogólniony; może pojawić się już po pierwszej dawce lub wystąpić dopiero po kilku tygodniach, a nawet miesiącach od rozpoczęcia terapii.⁷⁻⁹ Świąd może ustąpić w krótkim czasie po odstawieniu leku,¹⁰ lub może utrzymywać się przez kilka miesięcy lub nawet lat od zaprzestania terapii.¹¹⁻¹³ W przypadku niektórych leków opisano ścisły związek czasowy z pojawieniem się świądu i w takich sytuacjach zaprzestanie leczenia powoduje szybkie ustąpienie świądu. Zazwyczaj taki świąd trwa krócej niż 6 tygodni, a tym samym spełnia kryterium świądu ostrego. W przypadku innych leków, z uwagi na odmienny patomechanizm, świąd trwa znacznie dłużej po przerwaniu leczenia, np. w przypadku świądu indukowanego skrobią hydroksyetylowaną świąd jest powodowany odkładaniem się leku we włóknach nerwowych i ustępuje dopiero po rozkładzie zmagazynowanej substancji. Ten rodzaj świądu powinien być uznawany za przewlekły, gdyż trwa dłużej niż 6 tygodni.⁶

Mechanizm powodowania świądu przez leki w wielu przypadkach pozostaje niewyjaśniony. Leczenie świądu polekowego w takim przypadku jest bardzo trudne i wiąże się z decyzją o przerwaniu dotychczasowego leczenia lub jego zmianie. Zgodnie z doświadczeniem autorów, aby stwierdzić, czy dany lek wiąże się z występowaniem przewlekłego świądu, należy go odstawić na przynajmniej 6 tygodni.

Epidemiologia świądu u osób w podeszłym wieku

Świąd jest często stwierdzanym objawem wśród osób w podeszłym wieku, definiowanych jako więcej niż 65 lat. Warto podkreślić, że w piśmiennictwie wprowadzono nawet określenie świądu starczego lub świądu Willana do opisu przewlekłego świądu o nieznanym

Tabela 2. Choroby narządowe, którym może towarzyszyć świąd uogólniony

Choroby wątroby
Pierwotna marskość żółciowa wątroby
Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych
Cholestaza pozawątrobową
Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C
Choroby nerek
Przewlekła niewydolność nerek
Choroby hematologiczne
Czerwieńca prawdziwa
Choroba Hodgkina
Chłoniaki nieziarnicze
Białaczki
Szpiczak mnogi
Niedobór żelaza
Zespół hipereozynofilowy
Zespoły mielodysplastyczne
Choroby endokrynologiczne
Nadczynność tarczycy
Niedoczynność tarczycy
Nadczynność przytarczyc
Cukrzyca
Choroby neurologiczne (świąd neuropatyczny)
Urazy/guzy mózgu (często świąd jednostronny)
Stwardnienie rozsiane
Neuropatia cienkich włókien
Choroby nowotworowe
Guzy łite (świąd paraneoplastyczny)
Zespół rakowiaka
Choroby zakaźne
Zakażenie HIV/AIDS
Zakażenia pasożytnicze

etiologii u osób w podeszłym wieku.^{14,15} Mimo częstego występowania problem świądu starczego nie został jednak dotychczas zbyt dobrze poznany. Nadal nie jest jasne, czy należy go traktować jako odrębną jednostkę chorobową, czy też jest to określenie odnoszące się do przewlekłego świądu, który nie został odpowiednio zdiagnozowany. Niezależnie od tego, cierpienie osób w podeszłym wieku odczuwających przewlekły świąd stanowi coraz pilniejsze wyzwanie z uwagi na zmieniającą się sytuację demograficzną.¹⁶

Częstość przewlekłego świądu w populacji osób w podeszłym wieku nie została do tej pory dokładnie określona. Dostępnych jest zaledwie kilka badań na ten temat przeprowadzonych z udziałem małych grup chorych lub obciążonych znacznymi ograniczeniami metodologicznymi.¹⁶ W badaniu oceniającym retro-

**Tabela 3. Kryteria diagnostyczne świądu psychogenego^a**

Kryteria	Definicja
Obligatoryjne (muszą być spełnione wszystkie)	Świąd zlokalizowany lub uogólniony bez pierwotnych zmian skórnych Świąd trwający dłużej niż 6 tygodni Brak somatycznej przyczyny świądu
Fakultatywne (muszą być obecne przynajmniej 3)	Związek czasowy pojawienia się świądu z jednym lub kilkoma przeżyciami, które mogły wiązać się z konsekwencjami psychologicznymi Zmiana nasilenia świądu w zależności od stresu Zmiana nasilenia świądu w nocy Nasilanie świądu w okresie odpoczynku lub braku aktywności Związek ze schorzeniami psychicznymi Świąd zmniejszający się w wyniku zastosowania leków psychotropowych Świąd zmniejszający się pod wpływem psychoterapii

^aOpracowano na podstawie 4. pozycji piśmiennictwa.

spektywnie grupę 4000 osób w wieku powyżej 65 lat stwierdzono, że świąd był odpowiedzialny za 11,5% skierowań na oddział dermatologiczny, stanowiąc trzecią co do częstości przyczynę hospitalizacji.¹⁷ W grupie najstarszych badanych (w wieku >85 lat) odsetek ten był jeszcze wyższy i wyniósł 19,5. U wielu innych osób uczestniczących w badaniu stwierdzano choroby skóry często przebiegające ze świądem, np. wyprysk, i dlatego rzeczywista częstość świądu w badanej populacji jest trudna do oceny.¹⁷ Z drugiej strony duży odsetek pacjentów kierowanych do leczenia szpitalnego z powodu świądu w tej grupie wiekowej wskazuje na wagę problemu, jakim jest świąd starczy. W innym badaniu¹⁸ wśród 1556 pacjentów przebywających w domu opieki świąd skóry i choroby powiązane ze świądem stwierdzono u około dwóch trzecich badanych. Z kolei w badaniu w grupie 68 chorych w wieku 50-91 lat świąd był najczęstszą zgłaszaną dolegliwością dotyczącą skóry, odpowiadając za 29% wszystkich zgłaszanych dolegliwości oraz dwie z trzech dolegliwości określonych jako o dużym nasileniu.

Patofizjologia skóry starczej

Proces starzenia się skóry jest związany z nakładaniem się wpływu upływu czasu oraz działania czynników środowiskowych.²⁰ Proces ten jest zależny zarówno od czynników wewnątrzpochodnych (uwarunkowań hormonalnych, biologicznych i genetycznych), jak i zewnątrzpochodnych (takich jak akumulowanie się przez całe życie działania promieniowania ultrafioletowego, zanieczyszczeń czy nikotyny).²¹⁻²³ Proces starzenia się skóry charakteryzuje się zanikiem naskórka i skóry właściwej związanym z utratą kolagenu, zwyrodnieniem sieci włókien elastycznych i utratą uwodnienia. Typowe dla starzenia się skóry są postępująca utrata funkcji i strukturalnej spójności, co powoduje upośledzenie odpowiedzi immunologicznej i funkcji barierowej skóry, zaburzenia nacyniowe, zachwianie równowagi metabolizmu wolnych rodników tlenowych i składników macierzy pozakomórkowej.^{24,25} W ten sposób mechanizmy molekularne, które ochraniają i bronią skórę przed szkodliwym działaniem czynników zewnątrzpochodnych, ulegają osłabieniu wraz z długością życia. Ponadto, poza naturalnym procesem starzenia się skóry, zwiększone ryzyko wystąpienia jej chorób i świądu w grupie osób w podeszłym wieku wiąże się z częstymi chorobami współistniejącymi, ograniczeniem ruchliwości i powikłaniami stosowanych leków. Klinicznie skóra starcza charakteryzuje się zanikiem, zmarszczkami, zwiększoną podatnością na urazy, zaburzeniami barwnikowymi, częstszym występowaniem łagodnych i złośliwych zmian nowotworowych oraz zwiększoną tendencją do kserozy.^{26,27} Wszystkie powyższe elementy współuczestniczą w większej podatności osób starszych na pojawienie się świądu i problemów skórnych.

Świąd u osób w podeszłym wieku często wiąże się z nadmierną suchością skóry.^{15,20,28} Nasiloną suchość skóry zazwyczaj przybiera postać wyprysku z pęknięciami skóry (asteatotic dermatitis) z towarzyszącym drobnopłatowym złuszczeniem, które jest wynikiem utraty naturalnie nawilżających wolnych kwasów tłuszczowych w warstwie rogowej naskórka.^{20,29} Typowe dla tej jednostki chorobowej są powierzchowne, wieloboczne pęknięcia, opisane pierwotnie jako eczema craquelé.²⁰

Ocena świądu

Bardzo złożona i wieloczynnikowa patogeneza świądu powoduje, że ustalenie jego przyczyny jest dużym wyzwaniem dla każdego lekarza zajmującego się pacjentami ze świądem. Dlatego każdy chory uskarżający się

na świąd powinien być traktowany indywidualnie, gdyż świąd może być objawem wielu, często całkowicie odmiennych chorób, przebiegających z różnym rokowaniem. Terapia przeciwświądowa może być tylko wtedy skuteczna, jeżeli możliwe jest ustalenie schorzenia leżącego u podłoża świądu.³⁰

Każdy pacjent ze świądem powinien być poddany dokładnemu badaniu podmiotowemu i przedmiotowemu, w tym ocenie dermatologicznej. Wywiad dotyczący epizodów świądu powinien rozpocząć się od pytań o początek objawu, jego lokalizacji, zmienności dobowej oraz czynników poprawiających i zaostrzających świąd.²⁰ Nagły początek jest nietypowy dla świądu spowodowanego schorzeniami ogólnoustrojowymi, natomiast jest częściej stwierdzany w przypadku odczynów polekowych, zakażeń pasożytniczych i wyprysku kontaktowego.¹⁵ Nasilenie świądu po skorzystaniu z prysznicza jest typowe dla wyprysku z pęknięciami skóry, ale może być także obserwowane w świądzie wodnym towarzyszącemu czerwienicy prawdziwej. Nasilenie się w nocy notuje się w niemal wszystkich odmianach świądu, ale jest szczególnie charakterystyczne dla świerzbu. Wywiad chorobowy powinien zawierać także dane na temat zmian skórnych, współwystępujących chorób, wszystkich stosowanych leków, obecności świądu u najbliższych członków rodziny, odbytych podróży oraz potencjalnych alergenów w domu oraz w miejscach, w których pacjent przebywa na co dzień.

Nasilenie świądu ocenia się za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS), która jest metodą często stosowaną z uwagi na jej prostotę. Pacjent wskazuje nasilenie odczuwanego świądu na 10-cm osi, wiedząc, że początek osi oznacza brak świądu (0), natomiast jej koniec – najsilniejszy świąd, jaki pacjent jest w stanie sobie wyobrazić (10).^{31,32} Mimo że jest to dobrze opracowana i prosta metoda oceny nasilenia świądu, niektórym starszym osobom, zwłaszcza z zaburzeniami poznawczymi, może sprawiać trudność. W takich przypadkach właściwsze może być zastosowanie 5-punktowej skali werbalnej (0 – brak świądu, 1 – łagodny świąd, 2 – średnio nasilony świąd, 3 – silny świąd, 4 – bardzo silny świąd).

W trakcie badania fizykalnego należy poszukiwać wszelkich śladów osutek na skórze. Ważne jest także badanie palpacyjne węzłów chłonnych, tarczycy i brzucha. Dokładna ocena włosów i paznokci może dostarczyć cennych wskazówek o chorobach układowych. Jeśli nie stwierdza się żadnych pierwotnych zmian skórnych, zaleca się wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych wymienionych w tabeli 5. W zależno-

Tabela 4. Lista leków mogących powodować świąd^a

Grupa leków	Przykłady
Leki przeciwnadciśnieniowe	Inhibitory konwertazy angiotensyny Antagoniści receptorów angiotensyny II (sartany) Antagoniści receptorów β -adrenergicznych Antagoniści kanałów wapniowych Metylodopa Syldenafil
Leki przeciwarytmiczne	Amiodaron
Leki przeciwkrzepliwe	Tyklopidyna Heparyny drobnocząsteczkowe
Leki przeciwcukrzycowe	Biguanidy Pochodne sulfonilomocznika
Leki hipotensyjne	Statyny
Antybiotyki i chemioterapeutyki	Penicyliny Cefalosporyny Makrolidy Karbapenemy Monobaktamy Chinolony Tetracykliny Linkozamidy Streptogramina Metronidazol Ryfampicyna Tiamfenikol Trimetoprim/sulfametoksazol Leki przeciwmalaryczne
Leki psychotropowe	Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny Neuroleptyki
Leki przeciwpadaczkowe	Karbamazepina, fosfenytoina, okskarbazepina, fenytoina, topiramet
Cytostatyki	Chlorambucyl Paklitaksel Tamoksyfen
Cytokiny, czynniki wzrostu, przeciwciała monoklonalne	Czynnik pobudzający kolonie granulocytów i makrofagów Interleukina 2 Matuzumab Lapatinib
Preparaty osoczozastępcze	Hydroksyetylowana skrobia
Inne	Leki tyreostatyczne Niesteroidowe leki przeciwzapalne Kortykosteroidy Hormony płciowe Opioidy Inhibitory oksydazy ksantynowej

^aOpracowano na podstawie 6. pozycji piśmiennictwa.

**Tabela 5. Podstawowy zestaw badań laboratoryjnych wykonywanych u osób ze świądem, u których nie stwierdza się pierwotnych zmian skórnych**

Morfologia krwi z rozmazem
Stężenie białka C-reaktywnego w surowicy lub odczyn opadania krwinek czerwonych
Stężenie żelaza w surowicy (w przypadku stwierdzenia niedokrwistości)
Stężenie mocznika i kreatyniny w surowicy
Ocena czynności wątroby (oznaczenie stężenia całkowitego bilirubiny, wolnej bilirubiny, aktywności aminotrasferaz i fosfatazy alkalicznej)
Stężenie glukozy w surowicy
Ocena funkcji tarczycy (TSH, fT3, fT4)
Badanie kału na obecność pasożytów

ści od uzyskanych wyników badań może być wskazane przeprowadzenia bardziej szczegółowej diagnostyki laboratoryjnej.^{20,30}

Przegląd leczenia przeciwświądowego

Leczenie świądu składa się z ogólnych metod terapii przeciwświądowej oraz leczenia celowanego.³³ W trakcie leczenia każdy pacjent powinien zostać poinstruowany o konieczności noszenia lekkiej, przewiewnej odzieży, unikania gorących kąpiei, alkoholu i ostro przyprawionych potraw, utrzymywania właściwej wilgotności pomieszczeń, w których przebywa, oraz unikania kontaktu z wełną i futrami zwierzęcymi. Niezależnie od przyczyny świądu, nadmierna suchość skóry nasila każdy jego rodzaj. Dlatego chorzy powinni regularnie nawilżać skórę – zaleca się dwukrotne w ciągu dnia stosowanie emolientu. Obecnie dostępnych jest wiele różnych emolientów – wśród nich najwłaściwszymi wydają się preparaty zawierające 5-10% mocznika lub umożliwiające regenerację lipidów naskórka. Pacjent powinien mieć możliwość wypróbowania kilku z nich, aby mógł wybrać preparat, który mu najbardziej odpowiada. Pomocne w zmniejszeniu suchości skóry mogą być również kąpiele olejowe z wykorzystaniem olei naturalnych i mineralnych. Ponadto, świąd ograniczony może być skutecznie zmniejszony za pomocą zimnych, wilgotnych kompresów. Krótkie obcięcie paznokci u pacjentów z silnym świądem może zapobiec przeczodom oraz pozostałym zmianom skórnym będącym następstwem drapania.

Leczenie miejscowe

PREPARATY CHŁODZĄCE

Niektóre substancje, np. mentol, mogą zmniejszać nasilenie świądu, wywołując uczucie zimna przez aktywację receptorów niskiej temperatury w skórze. Najważniejszymi ograniczeniami w stosowaniu mentolu jest jego krótki czas działania nieprzekraczający 30 minut oraz potencjalne działanie drażniące. Obecnie duże nadzieje wiąże się z nowymi substancjami (np. icilina), które powodują długo trwające uczucie ochłodzenia skóry.

LEKI ZNIECZULAJĄCE

Do najpowszechniej stosowanych miejscowych leków znieczulających należą preparaty zawierające benzokainę i lidokainę. Mogą być pomocne w terapii świądu zlokalizowanego, zwłaszcza neuropatycznego. Niestety, mogą powodować alergiczne kontaktowe zapalenie skóry oraz działania niepożądane ze strony układu krążenia, jeśli są aplikowane w zbyt dużej ilości lub zbyt często.³³ Innym związkiem o słabym działaniu znieczulającym jest 3% polidokanol. Był on stosowany w leczeniu świądu towarzyszącego łuszczycy, atopowemu zapaleniu skóry oraz różnym postaciom wyprysku, a także w świądzie mocznicowym.^{34,35}

LEKI PRZECIWHISTAMINOWE

5% doksepina (w Polsce lek nie jest dostępny – przyp. tłum.) jest skuteczna w atopowym zapaleniu skóry oraz w wyprysku kontaktowym i mikrobowym.³⁶⁻³⁸ Lek powinien być aplikowany na maksymalnie 10% powierzchni ciała. Całkowita dawka dobową nie powinna przekraczać 3 gramów. Działanie przeciwświądowe jest obserwowane po około 15 minutach od aplikacji. Nie poleca się stosowania innych miejscowych leków przeciwhistaminowych z uwagi na ograniczoną skuteczność oraz możliwość wywołania alergii kontaktowej.

KAPSAICYNA

Kapsaicyna zawdzięcza działanie przeciwświądowe desensytyzacji czuciowych włókien nerwowych, powodując w ten sposób zahamowanie przekaźnictwa bodźców świądowych i piekącego bólu. Aplikacja kapsaicyny wiąże się z uczuciem pieczenia w pierwszych kilku dniach stosowania leku. Aby temu zapobiec, początkowo zaleca się kapsaicynę w stężeniu 0,025%, a następnie stopniowe zwiększanie stężenia do 0,1%.



Wykazano skuteczność kapsaicyny w leczeniu *notalgia paresthetica* (zlokalizowany świąd pleców w okolicy łopatki), świerzbiączki guzkowej oraz w świądzie mocznicowym.^{33,39,40}

KORTYKOSTEROIDY

Miejscowe kortykosteroidy mają ograniczone zastosowanie w leczeniu świądu. Mogą być skuteczne jedynie w zapalnych chorobach skóry przez zmniejszenie zapalenia i, w następstwie, świądu.^{2,33}

INHIBITORY KALCYNEURYNY

Inhibitory kalcyneuryny (pimekrolimus, takrolimus) działają silnie przeciwświądowo w atopowym zapaleniu skóry. Chociaż początkowo informowano o ich skuteczności w innych chorobach przebiegających ze świądem, nie potwierdzono tego w badaniach kontrolowanych.^{41,42}

ENDOKANABINOIDY

Endokanabinoidy, np. anandamid czy N-palmitoiletanoloamina, są nową, obiecującą grupą związków aktywujących receptory kannabinoidowe w skórze. W badaniach bez grupy kontrolnej substancje te były skuteczne w leczeniu świądu w atopowym zapaleniu skóry, przewlekłej niewydolności nerek, świerzbiączce guzkowej oraz świądzie odbytu.⁴³⁻⁴⁶

Leczenie ogólnoustrojowe

LEKI PRZECIWHISTAMINOWE

Najszerzej stosowaną grupą leków o działaniu przeciwświądowym są leki przeciwhistaminowe będące leczeniem z wyboru w świądzie histaminozależnym, np. w pokrzywce czy mastocytozie.⁴⁷ Zaleca się stosowanie nowszych leków o mniejszej lipofilności, gdyż słabiej przenikają do ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i rzadziej powodują działania niepożądane. Skuteczność leków przeciwhistaminowych w innych odmianach świądu jest kwestionowana. Jeśli są potrzebne, zazwyczaj stosuje się leki pierwszej generacji z uwagi na ich działanie sedatywne, które może być pomocne u pacjentów ze świądem.^{2,33}

AGONIŚCI/ANTAGONIŚCI RECEPTORÓW OPIOIDOWYCH

W badaniach nad patogenezą świądu stwierdzono, że agoniści receptorów μ -opiodowych uczestniczą w przekazywaniu bodźców świądowych w OUN.⁹

Dlatego zaczęto stosować nalokson i naltrekson, leki blokujące receptory μ -opiodowe, w terapii różnych odmian uporczywego świądu. Z powodzeniem stosowano je w świądzie mocznicowym, świądzie cholestatycznym, świerzbiączce guzkowej oraz w świądzie indukowanym opioidami.^{9,48,49} Leczenie można rozpocząć doustną monoterapią naltreksonem (25-150 mg/24 h) lub podaniem dożylnym naloksonu (0,02 μ g/kg/min) z następowym doustnym leczeniem naltreksonem.

Do ustąpienia świądu może również prowadzić aktywacja innych receptorów opiodowych, mianowicie receptorów κ -opiodowych. Nalfurafina, selektywny agonista receptorów κ -opiodowych, została niedawno zarejestrowana w Japonii do leczenia świądu mocznicowego.⁵⁰ Obecnie lek ten jest także testowany w innych wskazaniach, np. w atopowym zapaleniu skóry.

ONDANSETRON

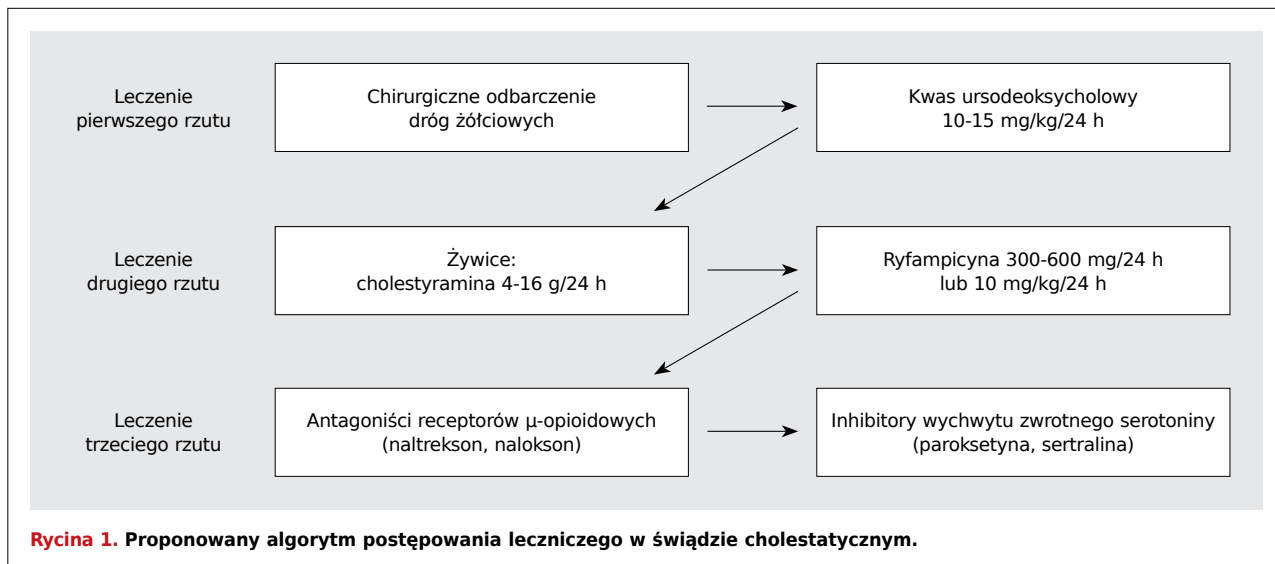
Ondansetron jest antagonistą receptora 3 serotoniny i może być skuteczny w świądzie indukowanym opioidami.^{9,51} Niektóre dane wskazywały na jego potencjalną skuteczność w świądzie cholestatycznym, ale w badaniach kontrolowanych nie potwierdzono tych obserwacji.

CHOLESTYRAMINA

Żywiec, takie jak cholestyramina, mogą być pomocne w świądzie związanym z cholestazą. Dawka optymalna wynosi 12 g, jednak dłuższe stosowanie tego leku może prowadzić do niedoboru witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Leczeniu cholestyraminą często towarzyszą nudności, wzdęcia i zaparcia, co ogranicza jej szerokie stosowanie.

GABAPENTYNA I PREGABALINA

Gabapentyna i pregabalina to leki przeciwpadaczkowe hamujące przekaźnictwo nerwowe. Oba leki były z powodzeniem stosowane w świądzie neuropatycznym (świądzie popółpaścowym, świądzie ramiennopromieniowym) oraz w ciężkim świądzie towarzyszącym przewlekłej niewydolności nerek, cholestazie i w świądzie pooperacyjnym. Dawka początkowa gabapentyny wynosi 300 mg/24 h i może być stopniowo zwiększana (o około 300 mg co trzeci dzień) do najskuteczniejszej dawki (dawka maksymalna wynosi 2400 mg/24 h).⁵²⁻⁵⁵ Pregabalina początkowo jest stosowana w dawce 50-75 mg, która może być zwiększana do 300 mg/24 h.



Rycina 1. Proponowany algorytm postępowania leczniczego w świądzie cholestatycznym.

LEKI PRZECIWDEPRESYJNE

Działanie przeciwświądowe obserwowano także w przypadku leków przeciwdepresyjnych, zwłaszcza inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, takich jak paroksetyna i fluwoksamina. Ustąpienie świądu stwierdzono w przypadku czerwienicy prawdziwej, świądu paraneoplastycznego, świądu cholestatycznego oraz w świerzbiączce guzkowej.^{56,57} Leki przeciwdepresyjne są zazwyczaj rekomendowane jako leczenie drugiego lub trzeciego rzutu.

APREPITANT

Aprepitant jest doustnym antagonistą receptora neurokininowego 1 hamującym działanie substancji P i zarejestrowany do leczenia nudności i wymiotów podczas terapii przeciwnowotworowej. Ostatnie doniesienia wskazują, że aprepitant może być skuteczny w leczeniu świądu przewlekłego.⁵⁸ Z uwagi na wysoki koszt oraz brak badań kontrolowanych, lek ten nie powinien być obecnie zalecany w terapii świądu.

Inne metody leczenia

FOTOTERAPIA

Fototerapia UVB jest leczeniem z wyboru świądu mocznicowego, a może być także pomocna w świądzie cholestatycznym i w świądzie związanym z zakażeniem HIV. Fototerapia UVB zmniejsza liczbę komórek tucznych i wolnych zakończeń nerwowych w skórze.⁵⁹

Leczenie psoralenami i UVA (PUVA) również może być skuteczne, zwłaszcza w chorobach skóry przebiegających ze świądem, takich jak łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, ziarniniak grzybiasty czy liszaj płaski. PUVA była także skuteczna w świądzie towarzyszącym czerwienicy prawdziwej oraz w świądzie wodnym.

PSYCHOTERAPIA

Psychoterapia jest pomocna w leczeniu świądu psychogenego. Była także stosowana wśród chorych na atopowe zapalenie skóry (w celu leczenia epizodów świądu związanych ze stresem emocjonalnym) oraz u osób z zadrapaniami neurotycznymi.

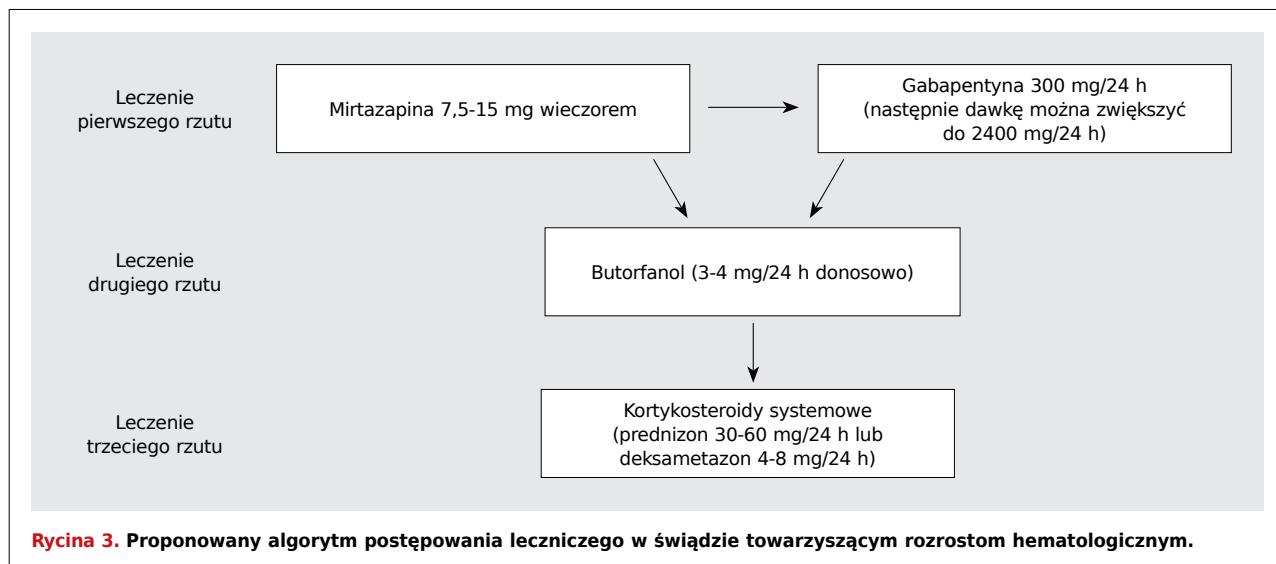
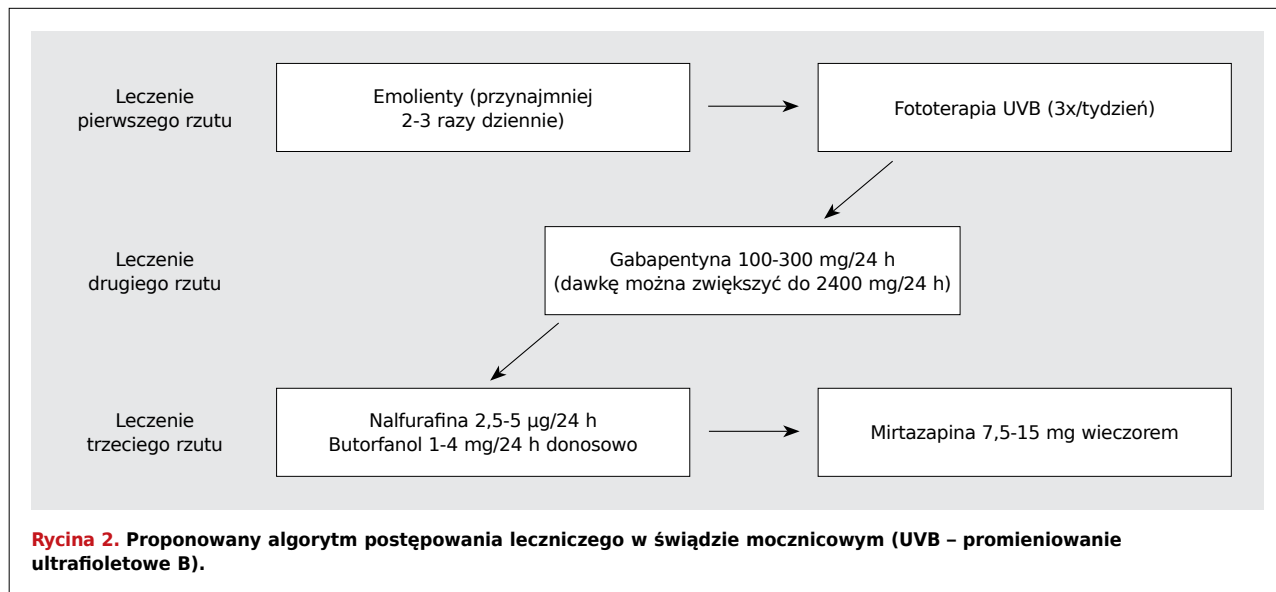
AKUPUNKTURA

Akupunktura, zarówno klasyczna, jak i elektroakupunktura, może przynosić pewną korzyść chorym ze świądem. Skuteczność akupunktury udowodniono u pacjentów ze świądem mocznicowym.⁶⁰

Postępowanie w sytuacjach szczególnych

Świąd jest częstą dolegliwością u chorych z cholestazą. Proponowany algorytm leczenia świądu cholestatycznego przedstawiono na rycinie 1. Rycina 2 przedstawia schemat leczenia świądu mocznicowego, innej częściej postaci świądu przewlekłego.

Świąd związany z niedoczynnością tarczycy uwarunkowany jest nadmierną suchością skóry. Dlatego,



poza odpowiednią suplementacją hormonów tarczycy, ten rodzaj świądu odpowiada także na leczenie emolientami.⁶¹ W nadczynności tarczycy świąd z reguły ustępuje w chwili przywrócenia właściwej czynności tarczycy. Świąd związany z niedoborem żelaza zazwyczaj odpowiada na suplementację żelaza. Małe dawki kwasu acetylosalicylowego (300 mg raz lub dwa razy dziennie) mogą powodować zmniejszenie świądu w czerwienicy prawdziwej. Można również spróbować leczenia paroksetyną. Leczenie świądu towarzy-

szącego rozrostom hematologicznym przedstawiono na rycinie 3. Wśród pacjentów z guzami litymi leczenie świądu należy rozpocząć od paroksetyny lub mirtazapiny, lub od obydwu tych leków jednocześnie.

Świąd u osób zakażonych HIV często jest związany z chorobami współistniejącymi i leczenie przyczynowe tych schorzeń powinno być wdrożone w pierwszej kolejności. W przypadku świądu bezpośrednio indukowanego zakażeniem HIV, ulgę może przynieść podanie indometacyny (25 mg/24 h).² Pewną po-



prawę obserwowano także po zastosowaniu terapii UVB lub talidomidu (100 mg/24 h). Zlokalizowany świąd neuropatyczny może ulec złagodzeniu w wyniku zastosowania miejscowych leków znieczulających lub kapsaicyny; w przypadku uogólnionego świądu uwarunkowanego uszkodzeniem układu nerwowego w pierwszej kolejności należy zastosować leki neuroleptyczne (gabapentynę, pregabalinę, karbamazepinę).

Podsumowanie

Osoby w podeszłym wieku często skarżą się na świąd, który może być uwarunkowany wieloma ogólnoustrojowymi lub neurologicznymi chorobami skóry, bądź mieć tło psychogenne. Współistnienie wielu schorzeń wśród osób starszych często utrudnia ustalenie przyczyny świądu oraz powoduje, że terapia tego objawu może być bardzo trudna. Ponadto ograniczenie sprawności psychicznej i ruchowej może utrudniać właściwą ocenę nasilenia świądu i ujemnie wpływać na właściwe stosowanie, często złożonej, terapii przeciwświądowej. Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe aspekty świądu i podeszłego wieku, należy podkreślić, że każdy chory na świąd starczy musi być poddany dokładnemu badaniu, zarówno postępowanie diagnostyczne, jak i lecznicze powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

© 2011 Elsevier Inc. All rights reserved. Reprinted from *Clinics in Dermatology* (2011) 29, 15-23 Adam Reich, MD, Sonja Ständer, MD, PhD, Jacek C. Szepietowski, MD, PhD Pruritus in the elderly with permission from Elsevier.

Piśmiennictwo

1. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol* 2007;87:291-4.
2. Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, et al. Itch: scratching more than the surface. *QJM* 2003;96:7-26.
3. Bernhard JD. Itch and pruritus: what are they, and how should itches be classified? *Dermatol Ther* 2005;18:288-91.
4. Misery L, Alexandre S, Dutray S, et al. Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group. *Acta Derm Venereol* 2007;87:341-4.
5. Misery L, Wallengren DJ, Weisshaar E, Zalewska A. Validation of diagnosis criteria of functional itch disorder or psychogenic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2008;88:503-4.
6. Reich A, Ständer S, Szepietowski JC. Drug-induced pruritus: a review. *Acta Derm Venereol* 2009;89:236-44.
7. Ständer S, Streit M, Darsow U, et al. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei chronischem Pruritus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006;4:350-70.
8. Shirin H, Schapiro JM, Arber N, Pinkhas J, Sidi Y, Salomon F. Erythromycin base-induced rash and liver function disturbances. *Ann Pharmacother* 1992;26:1522-3.
9. Reich A, Szepietowski JC. Opioid-induced pruritus: an update. *Clin Exp Dermatol* 2010;35:2-6.
10. Odeh M, Oliven A. Verapamil-associated liver injury. *Harefuah* 1998;134:36-7.
11. Kowdley KV, Keeffe EB, Fawaz KA. Prolonged cholestasis due to trimethoprim sulfamethoxazole. *Gastroenterology* 1992;102:2148-50.
12. Larrey D, Amouyal G, Pessayre D, et al. Amitriptyline-induced prolonged cholestasis. *Gastroenterology* 1988;94:200-3.
13. Metzke D, Reimann S, Szépfalusi Z, Bohle B, Kraft D, Luger TA. Persistent pruritus after hydroxyethyl starch infusion therapy: a result of long-term storage in cutaneous nerves. *Br J Dermatol* 1997;136:553-9.
14. Bernhard JD. Phantom itch, pseudophantom itch, and senile pruritus. *Int J Dermatol* 1992;31:856-7.
15. Ward JR, Bernhard JD. Willan's itch and other causes of pruritus in the elderly. *Int J Dermatol* 2005;44:267-73.
16. Weisshaar E, Dalgard F. Epidemiology of itch: adding to the burden of skin morbidity. *Acta Derm Venereol* 2009;89:339-50.
17. Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Oztas P, Hayran M, Alli N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol* 2006;45:672-6.
18. Norman RA. Xerosis and pruritus in the elderly: recognition and management. *Dermatol Ther* 2003;16:254-9.
19. Beauregard S, Gilchrist BA. A survey of skin problems and skin care regimens in the elderly. *Arch Dermatol* 1987;123:1638-43.
20. Grundmann SA, Ständer S. Evaluation of chronic pruritus in older patients. *Aging Health* 2010;6:53-66.
21. Fisher GJ, Wang ZQ, Datta SC, Varani J, Kang S, Voorhees JJ. Pathophysiology of premature skin aging induced by ultraviolet light. *N Engl J Med* 1997;337:1419-28.
22. Landau M. Exogenous factors in skin aging. *Curr Probl Dermatol* 2007;35:1-13.
23. Uitto J. The role of elastin and collagen in cutaneous aging: intrinsic aging versus photoexposure. *J Drugs Dermatol* 2008;7(2 suppl):s12-9.
24. Jenkins G. Molecular mechanisms of skin ageing. *Mech Ageing Dev* 2002;123:801-10.
25. Farage MA, Miller KW, Elsner P, Maibach HI. Functional and physiological characteristics of the aging skin. *Aging Clin Exp Res* 2008;20:195-200.
26. Waller JM, Maibach HI. Age and skin structure and function, a quantitative approach (I): blood flow, pH, thickness, and ultrasound echogenicity. *Skin Res Technol* 2005;11:221-35.
27. Waller JM, Maibach HI. Age and skin structure and function, a quantitative approach (II): protein, glycosaminoglycan, water, and lipid content and structure. *Skin Res Technol* 2006;12:145-54.
28. Thaipisuttikul Y. Pruritic skin diseases in the elderly. *J Dermatol* 1998;25:153-7.
29. Akimoto K, Yoshikawa N, Higaki Y, Kawashima M, Imokawa G. Quantitative analysis of stratum corneum lipids in xerosis and asteatotic eczema. *J Dermatol* 1993;20:1-6.
30. Szepietowski JC, Reich A. Evaluation of pruritus. *Epocrates Online*. Available at: <https://online.epocrates.com/u/2911612/Evaluation-of-pruritus>. Last updated: Feb 6, 2009.
31. Reich A, Heisig M, Szepietowski JC. Visual Analogue Scale as a validated assessment of pruritus intensity. *Acta Derm Venereol* 2009;89:688.
32. PhanNQ, Ständer S. Assessment of pruritus intensity: correlation between visual analogue scale, numeric rating scale and verbal rating scale in patients with chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2009;89:713.
33. Szepietowski J, Reich A. Pruritus: pathomechanism, clinics, treatment. Poznan: Termedia Publishing House; 2010.
34. Wąsik F, Szepietowski J, Szepietowski T, Weyde W. Relief of uraemic pruritus after balneological therapy with a bath oil containing polidocanol (Balneum Hermal Plus). An open clinical study. *J Dermatol Treat* 1996;7:231-3.
35. Freitag G, Hoppner T. Results of a postmarketing drug monitoring survey with a polidocanol-urea preparation for dry, itching skin. *Current Med Res Opin* 1997;13:529-37.



36. Drake LA, Fallon JD, Sober A. Relief of pruritus in patients with atopic dermatitis after treatment with topical doxepin cream. The Doxepin Study Group. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:613-6.
37. Drake LA, Millikan LE. The antipruritic effect of 5% doxepin cream in patients with eczematous dermatitis. Doxepin Study Group. *Arch Dermatol* 1995;131:1403-8.
38. Smith PF, Corelli RL. Doxepin in the management of pruritus associated with allergic cutaneous reactions. *Ann Pharmacother* 1997;31:633-5.
39. Wallengren J, Klinker M. Successful treatment of notalgia paresthetica with topical capsaicin: vehicle-controlled, double-blind, crossover study. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:287-9.
40. Ständer S, Luger T, Metzger D. Treatment of prurigo nodularis with topical capsaicin. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:471-8.
41. Pauli-Magnus C, Klumpp S, Altscher DM, Kuhlmann U, Mettang T. Short-term efficacy of tacrolimus ointment in severe uremic pruritus. *Perit Dial Int* 2000;20:802-3.
42. Duque MI, Yosipovitch G, Fleischer Jr AB, Willard J, Freedman BI. Lack of efficacy of tacrolimus ointment 0.1% for treatment of hemodialysis-related pruritus: a randomized, double-blind, vehicle-controlled study. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:519-21.
43. Szepletowski JC, Reich A, Szepletowski T. Emollients with endocannabinoids in the treatment of uraemic pruritus: discussion of the therapeutic options. *Ther Apher Dial* 2005;9:277-9.
44. Ständer S, Reinhardt HW, Luger TA. Topical cannabinoid agonists. An effective new possibility for treating chronic pruritus. *Hautarzt* 2006;57:801-7.
45. Eberlein B, Eicke C, Reinhardt HW, Ring J. Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing N-palmitoylethanolamine (ATOPA study). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:73-82.
46. Kupczyk P, Reich A, Szepletowski JC. Cannabinoid system in the skin —a possible target for future therapies in dermatology. *Exp Dermatol* 2009;18:669-79.
47. Kobza Black A. H1 antagonists in the management of the itch in urticarias. *Skin Pharmacol* 1992;5:21-4.
48. Metzger D, Reimann S, Beissert S, Luger T. Efficacy and safety of naltrexone, an oral opiate receptor antagonist, in the treatment of pruritus in internal and dermatological diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:533-9.
49. Bergasa NV, Talbot TL, Alling DW, et al. A controlled trial of naloxone infusions for the pruritus of chronic cholestasis. *Gastroenterology* 1992;102:544-9.
50. Kumagai H, Ebata T, Takamori K, Muramatsu T, Nakamoto H, Suzuki H. Effect of a novel kappa-receptor agonist, nalfurafine hydrochloride, on severe itch in 337 haemodialysis patients: a Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:1251-7.
51. Schworer H, Ramadori G. Treatment of pruritus: a new indication for serotonin type 3 receptor antagonists. *Clin Invest* 1993;71:659-62.
52. Loosemore MP, Bordeaux JS, Bernhard JD. Gabapentin treatment for notalgia paresthetica, a common isolated peripheral sensory neuropathy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:1440-1.
53. Sheen MJ, Ho ST, Lee CH, Tsung YC, Chang FL. Preoperative gabapentin prevents intrathecal morphine-induced pruritus after orthopedic surgery. *Anesth Analg* 2008;106:1868-72.
54. Razeghi E, Eskandari D, Ganji MR, Meysamie AP, Togha M, Khashayar P. Gabapentin and uremic pruritus in hemodialysis patients. *Ren Fail* 2009;31:85-90.
55. Goutos I, Eldardiri M, Khan AA, Dziewulski P, Richardson PM. Comparative evaluation of antipruritic protocols in acute burns. The emerging value of gabapentin in the treatment of burns pruritus. *J Burn Care Res* 2010;31:57-63.
56. Shaw RJ, Dayal S, Good J, Bruckner AL, Joshi SV. Psychiatric medications for the treatment of pruritus. *Psychosom Med* 2007;69:970-8.
57. Ständer S, Böckenholt B, Schürmeyer-Horst F, et al. Treatment of chronic pruritus with the selective serotonin re-uptake inhibitors paroxetine and fluvoxamine: results of an open-labelled, two-arm proof-of-concept study. *Acta Derm Venereol* 2009;89:45-51.
58. Ständer S, Siepmann D, Luger TA. Targeting the neurokinin receptor 1 as a new antipruritic strategy: results of a case series with aprepitant. *Acta Derm Venereol* 2009;89:717.
59. Szepletowski JC, Morita A, Tsuji T. Ultraviolet B induces mast cell apoptosis: a hypothetical mechanism of ultraviolet B treatment for uraemic pruritus. *Med Hypotheses* 2002;58:167-70.
60. Gao H, Zhang W, Wang Y. Acupuncture treatment for 34 cases of uremic cutaneous pruritus. *J Tradit Chin Med* 2002;22:29-30.
61. Lonsdale-Eccles A, Carmichael AJ. Treatment of pruritus associated with systemic disorders in the elderly: a review of the role of new therapies. *Drugs Aging* 2003;20:197-208.



KOMENTARZ

**Dr hab. n. med. Adam Reich**

Katedra i Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii Akademii
Medycznej we Wrocławiu

Świąd to jeden z najczęstszych objawów chorób skóry, schorzeń ogólnoustrojowych i neurologicznych, a w populacji osób w podeszłym wieku występuje on zdecydowanie częściej niż w innych grupach wiekowych. Takie osoby są szczególnie podatne na wystąpienie świądu z uwagi na zmniejszone uwodnienie skóry, utratę kolagenu, zaburzenia odpowiedzi immunologicznej w skórze oraz gorsze funkcjonowanie skóry jako bariery. W omawianym artykule przedstawiliśmy aktualny stan wiedzy na temat szeroko pojętej patogenezy, diagnostyki i leczenia świądu u osób w podeszłym wieku na podstawie aktualnego piśmiennictwa oraz własnego wieloletniego doświadczenia klinicznego. Warto jednak podkreślić, że mimo częstego występowania świądu u osób w podeszłym wieku badań poświęconych świądowi starczemu jest niewiele, a wiedza na jego temat pozostaje w dużej mierze niepełna. Również większość zaleceń terapeutycznych opiera się na obserwacjach szerokiej grupy pacjentów w różnym przedziale wiekowym, brak natomiast badań oceniających bezpieczeństwo i skuteczność danego leczenia przeciwświądowego u chorych po 65 r.ż. Dlatego poszczególne terapie przeciwświądowe, zwłaszcza ogólnoustrojowe, powinny być stosowane z ostrożnością. Początkowo warto stosować mniejsze dawki leków niż powszechnie zalecane z uwagi na zwolniony metabolizm leków i częste zjawisko polipragmatyzacji wśród starszych osób, a tym samym zwiększone ryzyko działań niepożądanych leków. Dopiero przy dobrej tolerancji małych dawek poszczególne leki można stosować w pełnej dawce terapeutycznej. Dotyczy to zwłaszcza leków o działaniu ośrodkowym, m.in. leków przeciwdepresyjnych, antagonistów receptorów opioidowych czy leków przeciwpadaczkowych.

Należy także podkreślić, że świąd starczy, według większości badaczy i klinicystów zajmujących się aktualnie tym problemem, nie stanowi odrębnej jednostki nozologicznej. Niedopuszczalne zatem powinno być stawianie rozpoznania świądu starczego (*pruritus senilis*) i poprzestawanie na tłumaczeniu, że nie udało się ustalić innego podłoża świądu. W każdym przypadku, niezależnie od wieku pacjenta, należy dążyć do ustalenia przyczyny powstania świądu, bo jedynie wtedy możliwe jest wdrożenie odpowiedniego leczenia przyczynowego. Z drugiej strony u osób w podeszłym wieku często współistnieje jednocześnie kilka schorzeń, które mogą być odpowiedzialne za powstanie świądu, lub leki stosowane z ich powodu mogą powodować świąd, co praktycznie uniemożliwia jednoznaczne stwierdzenie, która jednostka chorobowa jest u danego pacjenta odpowiedzialna za podawane przez niego dolegliwości. Jeżeli, mimo wdrożenia odpowiedniego postępowania diagnostycznego, nie ustalono przyczyny świądu, właściwe jest rozpoznanie świądu o nieustalonej etiologii. Takiego chorego należy jednak dalej obserwować, bo niejednokrotnie zdarza się, że po kilku tygodniach czy miesiącach zostaje rozpoznana choroba będąca podłożem podawanej wcześniej dolegliwości. Czasami warto także wykonać biopsję skóry, która klinicznie nie prezentuje żadnych odchyłeń od normy, gdyż może okazać się, że badanie histologiczne dostarczy cennych informacji o patogenezie świądu, np. pozwoli na rozpoznanie T-limfocytowego chłoniaka skóry.

Na koniec serdecznie zapraszam do uważnego przeczytania artykułu poświęconego świądowi u chorych w podeszłym wieku. Mam nadzieję, że zamieszczone tam wskazówki zaowocują poprawą opieki dermatologicznej nad osobami w podeszłym wieku, które cierpią z powodu świądu. Być może nie u wszystkich chorych możliwe będzie uzyskanie pełnego ustąpienia zgłaszanych dolegliwości, ale jedynie uważna obserwacja chorych i dokładna ocena proponowanych zaleceń pozwolą na opracowanie skuteczniejszych i bezpiecznych metod terapii w przyszłości.