

Dermatozy ciążowe w gabinecie lekarza POZ

Pregnancy dermatoses in the GP's surgery

lek. Piotr Kapica¹, lek. Agnieszka Honisz², lek. Katarzyna Adamczyk-Sitko^{3,4}, lek. Aleksandra Frątczak^{3,4}, prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło^{3,4}

¹ Oddział Dermatologiczny, Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie

Ordynator Oddziału: lek. Barbara Kucharczyk

² Oddział Wewnętrzny, II Wojewódzki Szpital Specjalny nr 3 w Rybniku

Ordynator Oddziału: lek. Joanna Pyszczek

³ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Lekarz kierujący Oddziałem: prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

^{3,4} Katedra i Klinika Dermatologii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny

Słowa kluczowe: dermatozy ciężarnych, atopowe wykwity ciążowe, polimorficzne wykwity ciążowe, pemfigoid ciężarnych, ciążowa cholestaza wewnątrzwątrobowa.

Keywords: pregnancy dermatoses, atopic eruptions of pregnancy (AEP), polymorphic eruptions of pregnancy (PEP), gestational pemphigoid (PG), intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP).

■ **Streszczenie:** Ciąża jest szczególnym okresem w życiu każdej kobiety. W tym czasie przyszłe mamy doświadczają szeregu zmian adaptacyjnych mających charakter hormonalny, immunologiczny i metaboliczny. Wszystkie one mają istotny wpływ na cały organizm, w tym także na największy ludzki organ, jakim jest skóra. Różne zmiany dermatologiczne w mniejszym lub większym stopniu dotyczą wtedy niemal wszystkich kobiet. Większość z nich jest zupełnie naturalna w czasie ciąży i nie stanowi zagrożenia dla matki i dziecka, a po porodzie ulega w różnym stopniu wycofaniu. Liczne dermatozy powstałe przed ciążą mogą w jej trakcie ulegać poprawie, ale też znacznemu zaostrzeniu. Pomimo swojego fizjologicznego charakteru, w tym okresie mogą pojawiać się także pewne specyficzne jednostki chorobowe, które stwarzają zagrożenie dla prawidłowego przebiegu ciąży. Znajomość ich charakterystyki jest kluczowa dla specjalistów ginekologii, dermatologii oraz medycyny rodzinnej. Umożliwia ona jak najszybszą diagnostykę oraz prawidłowe leczenie, dając szansę na szczęśliwe urodzenie zdrowego dziecka.

■ **Abstract:** Pregnancy constitutes a specific period in the life of a woman. During the said period, expectant mothers may experience many adaptive changes of hormonal, immunological and metabolic nature. All these significantly affect the whole body, including the biggest human organ, i.e. the skin. Various dermatologic changes may be experienced, to a lesser or greater extent, by almost all pregnant women. The majority of these changes are completely natural during pregnancy and they do not pose any threat for a mother or a child, disappearing after delivery to a varying degree. Numerous dermatoses occurring before pregnancy may either alleviate or exacerbate during the pregnancy period. Despite their physiological character, certain specific medical conditions may appear during the said period, which may pose threat to normal course of pregnancy. Knowledge of their characteristics is crucial for specialists in gynaecology, dermatology and family medicine. It enables the fastest diagnostics and correct treatment, providing opportunity to give birth to a healthy child.

■ Wprowadzenie

W czasie ciąży w organizmie przyszłej mamy zachodzi szereg zmian, mających na celu zapewnienie właściwego wzrostu i rozwoju płodu oraz przygotowania do okresu porodu. W tym

czasie liczne modyfikacje o charakterze hormonalnym, immunologicznym i metabolicznym u blisko 90% kobiet doprowadzają także do wystąpienia zmian na skórze. Kluczową kwestią podczas badania dermatologicz-

nego ciężarnej jest właściwa ocena i klasyfikacja zmian skórnych jako stanu fizjologicznego lub wykwitów patologicznych różnych dermatoz przebiegających w okresie ciąży. Kobiety ciężarne mogą doświadczyć szeregu schorzeń dermatologicznych o różnej częstości występowania. Niektóre choroby skóry nie zmieniają swojego przebiegu podczas ciąży, jednak znaczna część ulega istotnym modyfikacjom. Jako możliwą przyczynę uważa się zmiany dotyczące immunologii – zmniejszenia odporności typu komórkowego z następczą mniejszą produkcją niektórych cytokin (interleukiny 2, 12, TNF- α) oraz wzrostu odporności typu humoralnego i większego wydzielania interleukin 4 i 10 [1,2,3].

Stan skóry ciężarnych chorujących na łuszczycę zwykle wyraźnie poprawia się, jednak nawet u kilkunastu procent pacjentek może dojść do nasilenia dolegliwości. Istnieją pojedyncze doniesienia o możliwym wpływie łuszczycy na zwiększenie ryzyka porodu przedwczesnego oraz niską masę urodzeniową noworodka, ale brak jednoznacznych dowodów, czy istotniejszego wpływu nie niosą jednak inne współistniejące czynniki ryzyka. Bardzo rzadką, ostrą postacią łuszczycy krostkowej uogólnionej, pojawiającą się zazwyczaj w drugiej połowie ciąży lub w okresie poporodowym, jest liszajec opryszczkowy. W fałdach, a następnie na całym ciele pojawia się nasilony rumień, na podłożu którego tworzą się jałowe krosty. Wykwitom skórnym towarzyszą gorączka i dreszcze, pacjentki zgłaszają ogólne złe samopoczucie i osłabienie. Istnieje prawdopodobieństwo rozwoju objawów niedoczynności przytarczyc, a nawet zapalenia otrzewnej, niewydolności nerek i obwodowej neuropatii. W leczeniu bardzo istotna jest stała współpraca lekarzy specjalistów, ze zwalczaniem niedoborów elektrolitowych i białkowych oraz monitorowaniem stanu ogólnego. Podstawę terapii dermatologicznej stanowią kortykosterydy podawane ogólnie, aby utrzymać wysiewy

zmian pod kontrolą (zwykle dawki 60-80 mg prednizonu). Jako leczenie drugiego rzutu stosowana jest cyklosporyna, jednak najważniejsze rozważania w terapii dotyczą ewentualnego wcześniejszego zakończenia ciąży. W skrajnych przypadkach choroba może prowadzić do śmierci matki albo obumarcia płodu [4,5,6].

Wśród dermatoz z dominacją cytokin Th2 jak np. toczeń rumieniowaty, w ciąży dochodzi zazwyczaj do pogorszenia stanu klinicznego, z jego wyraźną poprawą po porodzie. Przeciwciała tocznia przedostając się przez łożysko mogą rozwijać noworodkowy toczeń rumieniowaty, który oprócz przejściowych, obrączkowatych zmian skórnych zwiększa ryzyko zaburzeń przewodzenia mięśnia sercowego. Leczenie tocznia w czasie ciąży jest dużym wyzwaniem, ponieważ żaden ze stosowanych leków nie jest zupełnie bezpieczny. Zaleca się kontynuację przyjmowanych przed ciążą leków przeciwmalarycznych celem zmniejszenia ryzyka ostrego rzutu choroby. Ponadto w zaostrzeniach stosuje się terapię pulsową glikokortykosteroidami, immunoglobuliny dożylnie oraz plazmaferezę [4,7].

W ciąży przebieg trądziku pospolitego ulega w zdecydowanej większości poprawie, jednak istnieją przypadki gwałtownego pogorszenia wymagające konsekwentnej terapii. Preferowaną formą postępowania, gdy nasilenie zmian nie jest zbyt duże, jest leczenie miejscowe. Powszechnie stosowane są erytromycyna, klindamycyna, nadtlenek benzoilu oraz kwas azelainowy. Należące do kategorii B wg Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (FDA) erytromycyna oraz klindamycyna wykazują silne działanie przeciwbakteryjne i przeciwzapalne, jednak z racji narastającej lekooporności ich stosowanie w monoterapii nie jest zalecane. To negatywne zjawisko znacznie zmniejsza się w przypadku połączenia antybiotykoterapii miejscowej z nadtlenkiem benzoilu. Kwas azelainowy z powodu braku reakcji fototoksycz-

nych i fotoalergicznym w trakcie leczenia oraz korzystnego wpływu na przebarwienia pozapalne również znajduje zastosowanie w przypadku łagodniejszych postaci trądziku pospolitego. W tym okresie wszelkie pochodne witaminy A są przeciwwskazane zarówno w leczeniu miejscowym, jak i ogólnym [8].

■ Zmiany fizjologiczne

Dla ciąży bardzo charakterystycznym i najwcześniej pojawiającym się objawem dermatologicznym jest **zmienione zabarwienie skóry**. Ze względu na podwyższone poziomy niektórych hormonów, jak estrogen, progesteron i hormon stymulujący melanocyty (MSH), dochodzi do charakterystycznej hiperpigmentacji. Dotyka ona brodawki sutkowe, wargi sromowe mniejsze oraz kresę białą (noszącą w tym czasie nazwę kresy czarnej). Podobne zmiany widoczne są również w okolicach narażonych na regularne pocieranie, np. pachach, pachwinach, wewnętrznej powierzchni ud. Zwiększona wrażliwość skóry na promieniowanie ultrafioletowe prowadzi do ciemnienia oraz powstawania nowych piegów i znamion barwnikowych, a także **ostudy ciężarnych** (melasma, potocznie nazywana „maską ciążową”). Ma ona charakter nieregularnych, rozlanych plam od żółtawego do ciemnobrązowego zabarwienia, obejmujących zazwyczaj symetrycznie okolice czoła, policzków oraz ust. Do jej wystąpienia predysponuje ciemny fototyp skóry, predyspozycje genetyczne oraz częste ekspozycje na światło słoneczne. Jedyłą metodą ograniczenia jej powstawania oraz dalszego pogłębiania jest stosowanie kremów z filtrem UV o wysokich wartościach ochronnych. Zmiany mają tendencję do wycofywania się do roku po porodzie, ale w przypadkach utrzymywania się, zasadne jest rozważenie terapii kwasem azelainowym oraz pochodnymi hydrochinonu [4,9].

Najbardziej problematycznymi zmianami skórnymi pojawiającymi się w okresie ciąży

są **rozstępy**, które występują nawet u 80-90% kobiet, szczególnie młodszych o znacznym przyroście masy ciała. Są one wynikiem mechanicznego rozciągnięcia skóry, zwiększonej retencji wody, a także zmian metabolicznych zachodzących w tkance łącznej. Poprzez prostopadły układ do sił rozciągania, najczęściej występują w miejscach największego rozciągnięcia powłok ciała (brzuch, piersi, uda). W początkowym etapie występują pod postacią czerwonych, płaskich linii, a z czasem przybierają białą barwę z cechami atrofii i zapadnięcia wobec otaczającej skóry. Po porodzie w terapii stosuje się usuwanie chirurgiczne, laseroterapię oraz mniej skuteczną miejscową tretynoinę [1,10].

Okres ciąży sprzyja pojawianiu się **zmian o podłożu naczyniowym**. Często występuje rumień dłoni i pajęczki naczyniowe, które zwykle są zauważalne na twarzy, szyi oraz ramionach. W znacznej większości przypadków wykazywane po porodzie mają tendencję do stopniowego zaniku, jednak zmiany o charakterze teleangiektazji i drobnych naczynek mają trwały charakter. Częstymi dolegliwościami są także żyłaki kończyn dolnych i krocza, których powstawaniu sprzyja ucisk powiększonej macicy na naczynia żyłne i limfatyczne, a także wpływ czynników hormonalnych na zwiotczenie ścian naczyń [1,4].

Widoczne zmiany u kobiet ciężarnych dotyczą także **przydatków skóry**. Pod wpływem estrogenów dochodzi do wydłużenia fazy wzrostu włosa (anagenu), co skutkuje ich mniejszym wypadaniem, a w niektórych przypadkach okresu okołoporodowego nawet hirsutyzmem. Najczęściej przed upływem trzech miesięcy po porodzie następuje zsynchronizowane przejście do fazy wypadania włosów (telogenu), który to okres może trwać nawet do około roku. To proces w pełni fizjologiczny i niewymagający leczenia. Powierzchnia paznokci w okresie ciąży może stać się matowa z obecnością charakterystycznego prążkowania oraz

wzrostem zapadalności na grzybicę jej dystalnej części. Paznokcie rosną szybciej, często pojawia się ich zwiększona kruchość oraz rozwarstwianie płytek. Typowym zjawiskiem jest nadmierne pocenie z powodu powiększenia i zwiększonej aktywności gruczołów ekrynowych, natomiast wydzielanie gruczołów apokrynowych jest zmniejszone [11,12].

Zmiany hormonalne w okresie ciąży wywołują **przebudowę błony śluzowej jamy ustnej**. Jej przerost, rozpulchnienie oraz proliferacja kapilar skutkują znaczną skłonnością do stanów zapalnych dziąseł dotykających nawet 80% ciężarnych. W kilku procentach mogą one współistnieć z nadziąślakiem ciężarnych, zwanym inaczej guzem ciężarnych lub ziarniniakiem ropotwórczym. To zazwyczaj szybko rosnąca, niebolesna, ale często krwawiąca zmiana, która histologicznie posiada utkanie ziarniniaka naczyniowego. Mniejsze guzy ciężarnych zazwyczaj zanikają samoistnie po porodzie, natomiast większe mogą prowadzić do przemieszczenia zębów i zaniku podłoża kostnego. Najczęściej usuwa się je dopiero po zakończeniu ciąży, ponieważ ich wcześniejsze wycięcie sprzyja nawrotom, jednak duże nadziąsłaki, które powodują zaburzenia zgryzu, utrudnione żucie i połykanie, powinny być usuwane w ciąży [4,13].

■ **Dermatozy specyficzne dla kobiet ciężarnych**

Wśród licznych jednostek chorobowych mogących wystąpić w okresie ciąży, na szczególne wyróżnienie zasługują dermatozy specyficzne dla kobiet ciężarnych. Ich klasyfikacja w ostatnim czasie ulegała znacznym zmianom, a obecna istnieje od 2006 r. po wnikliwym, retrospektywnym badaniu obejmującym choroby skóry występujące u ponad 500 ciężarnych [14]. Wyróżniono wtedy cztery specyficzne dermatozy ciążyowe:

- atopowe wykwity ciążowe
- polimorficzne wykwity ciążowe

- pemfigoid ciężarnych
- ciążową cholestazę wewnątrzwątrobową.

Atopowe wykwity ciążowe

Są obecnie jedną grupą schorzeń, która obejmowała wcześniej odrębne jednostki chorobowe. W powstającej w 2006 r. klasyfikacji Ambros-Rudolf i współpracownicy zaliczyli do niej swędzące ciążowe zapalenie mieszków włosowych, świerzbiczkę ciężarnych oraz atopowe zapalenie skóry ciężarnych. Wynikało to najprawdopodobniej z podobnego, atopowego tła wszystkich tych jednostek chorobowych i przesunięcia w ciąży układu immunologicznego w kierunku odpowiedzi związanej z limfocytami Th2, co skutkuje zaburzeniami pracy układu odpornościowego. Nie ma specyficznych testów potwierdzenia dla atopowych wykwitów ciążowych. Jedynie u części pacjentek można stwierdzić zwiększone stężenie przeciwciał IgE w surowicy [1,14].

Swędzące zapalenie mieszków ciężarnych jest najrzadszym atopowym schorzeniem przebiegającym ze świądem u kobiet w ciąży, o częstości około 1:3000 ciąż. Etiologia nie jest do końca znana i nie wykazano jego związku z zaburzeniami hormonalnymi występującymi u ciężarnych. Rozpoznanie stawiane jest na podstawie obrazu klinicznego. Dermatologicznie zmiany na skórze mają postać swędzących rumieniowych grudek i krost o przymieszkowej lokalizacji, powstających zazwyczaj w II i III trymestrze ciąży. Początkowo wykwity zauważalne są na tułowi, następnie pojawiając się na kończynach górnych i dolnych. Często są one mylone z trądzikiem pospolitym oraz zapaleniem mieszków włosowych. Leczenie jest w pełni objawowe. Zalecane jest unikanie tarcia skóry, intensywne stosowanie emolientów i miejscowych sterydów o średniej mocy. Choroba nie stanowi zagrożenia dla matki i płodu oraz nie wykazuje tendencji do nawrotów w kolejnych ciążach [1,15].

Świerzbiczka ciężarnych to jednostka chorobowa występująca z częstością około 1:300-1:450 ciąż, o początku około 25.-30. tygodnia ciąży i nie do końca ustalonej etiologii. Charakter wykwitów to drobne, rumieniowe, silnie swędzące grudki pojawiające się na wyprostnych częściach kończyn i rzadziej na tułowi. Silny świąd może skutkować lichenifikacją, impetiginizacją, a w ostateczności nawet bliznami (jako skutek ciągłego rozdrapywania zmian). W terapii stosuje się miejscowe sterydy, leki miejscowe z mentolem, doustne leki przeciwhistaminowe (loratydyna i cetyryzyna z kategorią B wg FDA wśród leków II generacji), zimne kąpiele. Choroba nie wiąże się z ryzykiem dla matki oraz rozwijającego się dziecka, ustępuje krótko po porodzie, pozostawiając przebarwienia i nie wykazuje tendencji do nawrotów w kolejnych ciążach [4,16].

Atopowe zapalenie skóry ciężarnych ma postać zaostrzenia (około 20% przypadków) lub pierwszego wystąpienia objawów chorobowych na skórze (blisko 80% chorych). Przez wielu autorów uznawane jest za najczęstsza

dermatozę ciążową z towarzyszącym świądem. Jej początek zazwyczaj ma miejsce w I trymestrze ciąży, a większość przypadków rozwija się przed III trymestrem. Nowo powstałe zmiany w 2/3 przypadków mają typowy obraz rumieniowych zmian wypryskowych, o charakterystycznych lokalizacjach dla dorosłych (twarz, kark, dekolt, powierzchownie zgęściowe kończyn). U pozostałej części chorych rozsiane zmiany guzkowe mogą sugerować objawy świerzbiączki guzkowej. U większości chorych występują inne objawy atopii, ze szczególnym uwzględnieniem suchości skóry. Nie istnieje ryzyko dla prawidłowego przebiegu ciąży, jednak często dochodzi do nawrotów chorobowych w kolejnych ciążach. W leczeniu podstawę stanowi intensywne stosowanie emolientów oraz miejscowych preparatów steroidowych w okresach zaostrzeń. Pomocna może być także fototerapia UVB 311 nm [1,4,17].

Polimorficzne osutki ciężarnych

Są dość częstym zaburzeniem, z około jednym przypadkiem na 160-200 ciąż, o nie do końca wyjaśnionej etiologii. Czynnikiem ryzyka cho-

Cyfrowa zmiana w ewidencji odpadów

Od nowego roku najważniejszą zmianą w działalności przedsiębiorców jest sposób prowadzenia ewidencji odpadów. Z dniem 1 stycznia 2020 roku ten sektor gospodarki przeszedł na działalność w formie elektronicznej – w związku z tym ewidencja odpadów jest prowadzona za pośrednictwem indywidualnego konta w BDO.

Zapisy znowelizowanej ustawy o odpadach kładą nacisk na likwidację zbiorczych kart przekazania odpadów oraz na dokonywanie wpisów w karcie ewidencji odpadów na bieżąco. Przedsiębiorcy powinni zwrócić uwagę, że kartę przekazania odpadów sporządza posiadacz odpadów, który przekazuje odpady do transportującego, a transportujący do przejmującego. Cała "ścieżka" przekazywanego odpadu będzie zarejestrowana w BDO. Rejestr podmiotów w BDO jest ogólnie dostępny. Przedsiębiorcy otrzymują numer rejestrowy, dzięki temu każdy może sprawdzić, w jakim zakresie dany podmiot prowadzi działalność dotyczącą gospodarki odpadami oraz jakie posiada związane z nią decyzje. To szczególnie istotne, gdy np. ktoś chce sprawdzić nowego kontrahenta. Warto dodać, że organy inspekcji ochrony środowiska będą miały stały dostęp do BDO.

Baza danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO) jest systemem informatycznym, utworzonym na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach. Integralną częścią BDO jest Rejestr podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami, który został uruchomiony 24 stycznia 2018 r.

Kto musi się zarejestrować?

Firmy wprowadzające na rynek produkty w opakowaniach, opony, oleje smarowe, pojazdy, baterie lub akumulatory, sprzęt elektryczny i elektroniczny, producenci, importery i wewnątrzspółnotowi nabywcy opakowań. Niektóre formy jednoosobowej działalności gospodarczej – np. gabinety stomatologiczne, gabinety weterynaryjne czy podmioty wytwarzające odpady niebezpieczne.

Wejdź na stronę www.bdo.mos.gov.pl i dowiedz się więcej.



roby są cięższe bliźniacze oraz nadmierny przyrost masy ciała, stąd sugestie inicjacji procesu chorobowego przez nadmierne rozciąganie skóry. Naderwane włókna kolagenu mogą wyzwać reakcję alergiczną w postaci polimorficznych wykwitów z towarzyszącym silnym świądem. Zmiany pojawiają się u pierworódek po raz pierwszy w III trymestrze ciąży, z możliwym jednak rozwojem dermatozy nawet w okresie połogu. U wszystkich pacjentek obserwowane są drobne, swędzące grudki otoczone białą obwódką, którym u około 50% chorych towarzyszą zlewne ogniska rumieniowo-obrzękowe. Charakterystycznymi cechami dla tej dermatozy są: bardzo częste współwystępowanie rozstępów oraz brak objawów chorobowych w okolicy pępka.

W badaniach laboratoryjnych nie stwierdza się odchyień. Terapia ukierunkowana jest na zmniejszenie dolegliwości świądowych oraz ograniczenie powstawania nowych wykwitów. Stosowane są miejscowe emolienty, preparaty glikokortykosteroidowe oraz w razie bardzo silnego świądu leki przeciwhistaminowe (loratadyna i ceteryzyna). W razie silnego uogólnienia wykwitów można rozważyć krótkotrwałą steroidoterapię ogólną, będącą postępowaniem bezpiecznym, ale rzadko potrzebnym. Rokowanie jest dobre, zazwyczaj zmiany ustępują kilka tygodni po porodzie i nie nawracają w kolejnych ciążach [4,18,19].

Pemfigoid ciężarnych

Pemfigoid ciężarnych jest rzadkim schorzeniem, o częstości występowania ok. 1:50 000 do 1:60 000 ciąż. Objawy tej autoimmunologicznej choroby zazwyczaj zaczynają się pomiędzy 12.-24. tygodniem ciąży u wieloródek. Przyczyna nie jest do końca znana, jednak podejmowane obserwacje wskazują na łożysko jako narząd inicjujący. Istnieje także związek z antygenami zgodności tkankowej HLA-DR3 i HLA-DR4. Pojawienie się wykwitów chorobowych zwykle nawet na wiele tygodni po-

przedzają objawy pogorszenia samopoczucia, nudności, ogólnego rozbicia, gorączki. Intensywny świąd oraz pieczenie skóry wyprzedzają wystąpienie osutki. Zwykle pojawia się ona na brzuchu w okolicy pępka pod postacią swędzących grudek oraz bąbli pokrzywkowych. Następnie na rumieniowej podstawie tworzą się drobne pęcherzyki i duże pęcherze o dobrze napiętych pokrywach. Zmiany rozprzestrzeniają się na ciele, pozostawiając najczęściej twarz, błony śluzowe, dłonie i podszwy wolnymi od zmian.

Choroba niesie ze sobą zwiększone ryzyko porodu przedwczesnego oraz wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrostu płodu, a ryzyko rośnie wraz z wcześniejszym pojawieniem się pemfigoidu. U kilkunastu procent noworodków po porodzie rozwijają się przejściowe pęcherze, jako skutek przechodzenia przeciwciał przez łożysko. Rozpoznanie stawiane jest na podstawie obrazu klinicznego oraz bezpośredniego badania immunofluorescencyjnego (*direct immunofluorescence*, DIF) ze złożami składowej dopełniacza C3 na granicy skórno-naskórkowej. Pomocny w diagnostyce oraz monitorowaniu skuteczności leczenia jest także test immunoenzymatyczny ELISA wykrywający specyficzne przeciwciała przeciwko domenom kolagenu XVII (BP180).

Terapia pemfigoidu ciężarnych uzależniona jest od nasilenia procesu chorobowego. Stosowane są kremy z bardzo silnymi glikokortykosteroidami (głównie propionian klobetazolu), doustne leki przeciwhistaminowe (cetyryzyna i loratadyna). W przypadku nieskuteczności zasadne jest użycie prednizonu w dawce 20-40 mg ze stopniowym obniżaniem dawki. Choroba może nawracać w kolejnych ciążach, a jej objawy mogą występować znacznie wcześniej [1,4,20].

Ciążowa cholestaza wewnątrzwątrobowa

Schorzenie dotyka około 0,02% do 2,4% ciąż w Europie, z około 5-krotnym wzrostem częstości występowania w przypadku ciąż mno-

gich. Etiologia nie jest do końca poznana i najprawdopodobniej jest kombinacją czynników genetycznych, środowiskowych oraz hormonalnych. Objawy chorobowe pod postacią ostrego świądu zaczynają się zazwyczaj na przełomie II i III trymestru ciąży, początkowo na dłoniowych powierzchniach rąk i podeszwach stóp, a z czasem dochodzi do ich uogólnienia. Istotną informacją jest fakt, że chorobie nie towarzyszą żadne pierwotne wykwity skórne, a drapanie z powodu świądu prowadzi do przeczosów i guzków, które w obrazie klinicznym przypominają świerzbłączkę guzkową. Choroba trwa do końca ciąży, a objawy świądu są najbardziej dokuczliwe nocą.

Rozpoznanie stawiane jest na podstawie podwyższonego stężenia kwasów żółciowych w surowicy ($>10 \mu\text{mol/l}$), które w skrajnych przypadkach mogą wzrastać nawet 100-krotnie. Żółtaczka nie jest najistotniejszym objawem ciążyowej cholestazy wewnątrzwątrobowej i rozwija się w około 10% przypadków. Przebieg choroby zwykle nie prowadzi do przewlekłego uszkodzenia wątroby, jednak zwiększone zatrzymywanie przez płód soli kwasów żółciowych zwiększa ryzyko porodu przedwczesnego (ok. 44%) oraz zgonów wewnątrzmacicznych (ok. 2 %). Wzrost zagrożenia dla przebiegu ciąży nie wydaje się ściśle związanym z nasileniem dolegliwości u matki, ale widoczna jest korelacja z wysokim stężeniem kwasów żółciowych, szczególnie $> 40 \text{ mmol/l}$.

W leczeniu lekiem pierwszego rzutu jest kwas ursodeoksycholowy w dawce 15 mg/kg m.c./24 h. To jedyny preparat, który zarówno działa przeciwświądowo, jak i wpływa korzystnie na wątrobę matki oraz rozwój płodu. Inne stosowane w tym schorzeniu leki to S-adenozyl-L-metionina, fenobarbital, a w najcięższych przypadkach można zastosować plazmaferezę. Objawy choroby utrzymują się do czasu porodu, z następczym stop-

niowym ustępowaniem świądu i normalizacją parametrów laboratoryjnych do kilku tygodni [1,4,21].

Wnioski

Lekarz badający ciężarną pacjentkę może spodziewać się na jej ciele rozmaitych wykwitów skórnych. Większość zmian dermatologicznych w ciąży nie ma związku z ryzykiem jej nieprawidłowego przebiegu, jednak za niektórymi z nich mogą kryć się istotne klinicznie schorzenia skutkujące nie tylko obniżeniem jakości życia, ale także ryzykiem dla zdrowia i życia matki oraz jej nienarodzonego dziecka. Na szczęście właściwe leczenie dermatoz ciążyowych cechuje się wysoką skutecznością oraz bezpieczeństwem. Należy podkreślić znaczenie interdyscyplinarnej współpracy szeregu specjalistów w zakresie leczenia dermatoz ciążyowych, które znacznie zwiększa szanse urodzenia zdrowego noworodka.

Autor korespondujący:
lek. Piotr Kapica
piotrekapica@wp.pl



Nadesłano: 09.07.2019; Copyright© Medyk Sp. z o.o.

Piśmiennictwo:

- Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M.: Dermatologia Braun-Falco; Czelej. Lublin 2017;1181- 1190.
- Rita V. Vora, Rajat Gupta, Malay J. Mehta et al.: Pregnancy and Skin J Family Med Prim Care. 2014 3(4): 318-324.
- Mor G., Cardenas I.: The Immune System in Pregnancy: A Unique Complexity Am J Reprod Immunol.2010 Jun; 63(6): 425-433.
- Reich A., Heisig M.,Szczęch J.: Dermatocy ciężarnych PZWL 2018
- Bangsgaard N., Rørbye C., Skov L.: Treating Psoriasis During Pregnancy: Safety and Efficacy of Treatments Am J Clin Dermatol. 2015 Oct;16(5):389-98
- Kondo RN, Araújo FM, Pereira AM, Lopes VC, Martins LM: Pustular psoriasis of pregnancy (Impetigo herpetiformis) An Bras Dermatol. 2013 Nov -Dec; 88(6 Suppl 1): 186-189.
- Andreoli L., Crisafulli F, Tincani A.: Pregnancy and reproductive aspects of systemic lupus erythematosus. Curr Opin Rheumatol. 2017 Sep;29(5):473-479
- Chien AL., Qi J., Rainer B., Sachs DL., Helfrich YR.: Treatment of Acne in Pregnancy. J Am Board Fam Med. 2016 Mar-Apr;29(2):254-62.
- Bieber AK., Martires K., Stein JA., Grant-Kels JM., Driscoll MS., Pomeranz MK.: Pigmentation and Pregnancy: Knowing What Is Normal. Obstet Gynecol. 2017 Jan;129(1):168-173.
- Farahnik B., Park K., Kroumpouzou G., Murasef J.: Striae gravidarum: Risk factors, prevention and management Int J Womens Dermatol. 2017 Jun; 3(2): 77-85.

Całość piśmiennictwa dostępna na stronie:
www.gabinetprywatny.pl