

## Analiza dermatoz leczonych w oddziale dermatologii u chorych w podeszłym wieku

### *Analysis of dermatoses treated at the dermatological ward in elderly patients*

Mariola Pawlaczyk, Ewa Żukowska

Zakład Profilaktyki Chorób Skóry Katedry Biologii i Ochrony Środowiska Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

#### Streszczenie

**Wstęp.** Proces starzenia skóry, podobnie jak innych narządów, predysponuje do rozwoju wielu chorób. Objawia się to zwiększeniem częstości występowania dermatoz w populacji osób starszych. **Cel.** Celem pracy była analiza przyczyn hospitalizacji pacjentów w wieku podeszłym w oddziale dermatologicznym. **Materiał i metoda.** Badaniem objęto 287 chorych w wieku od 65 do 94 lata (średnia wieku  $74,5 \pm 6,3$  lata), w tym 181 kobiet i 106 mężczyzn. Zebrano dane z oddziałowych historii chorób za lata 2004-2007. Analizie poddano prawie co 4-tego hospitalizowanego w tym okresie chorego (23,6%). Wśród przyczyn hospitalizacji wyróżniono te, które rozpoznano u minimum 5% chorych. **Wyniki.** Najczęściej, u 34,9% pacjentów przyczyną przyjęcia do oddziału były owrzodzenia podudzi. Z powodu wyprysku i łuszczycy hospitalizowanych było odpowiednio 15% i 10,8% chorych. W analizowanym materiale tylko wyjątkowo hospitalizowani byli pacjenci z powodu rumieni, półpaśca, chorób tkanki łącznej, zapalenia naczyń czy skórnych reakcji polekowych. Wśród analizowanych kobiet częściej stwierdzono owrzodzenia kończyn dolnych jako przyczynę hospitalizacji ( $p < 0,0001$ ), a wśród mężczyzn - łuszczycę ( $p < 0,001$ ). **Wnioski.** Konieczna jest współpraca lekarzy pierwszego kontaktu i dermatologów dla zapewnienia prawidłowego procesu diagnostycznego i terapeutycznego uwzględniającego wymogi chorych w wieku podeszłym. *Geriatrics 2011; 5: 94-98.*

*Słowa kluczowe: choroby skóry, wiek podeszły, hospitalizacje*

#### Abstract

**Introduction.** Skin aging process may predispose the skin to the development of various disorders as it is with other body organs. It results in higher prevalence of dermatoses in elderly population. **Aim.** The aim of the study was to analyze the reasons of hospitalization at the dermatological ward in elderly patients. **Material and method.** The study group consisted of 287 patients aged from 65 to 94 years (mean age  $74,5 \pm 6,3$  years) including 181 women and 106 men. The data from medical history coming from years 2004-2007 was processing and nearly every fourth patient hospitalized during this period of time was analyzed. We selected dermatoses diagnosed in more than 5% of patients. **Results.** The most common reason of the admission to the dermatological ward were leg ulcers presented in 34,9% patients. Eczema and psoriasis were diagnosed in 15% and 10,8% of patients, respectively. Erythema, zoster, connective tissue diseases, vasculitis and adverse drug reactions were rarely observed. Females were more commonly hospitalized due to leg ulcers whereas males - due to psoriasis. **Conclusion.** The adequate cooperation between family doctors and dermatologists is important for the proper diagnostic process and therapy considering elderly needs. *Geriatrics 2011; 5: 94-98.*

*Keywords: skin diseases, elderly, hospitalizations*

## Wstęp

Skóra, podobnie jak wszystkie inne narządy i tkanki organizmu, podlega procesowi starzenia w konsekwencji działania zarówno czynników wewnątrzpochodnych, jak i zewnątrzpochodnych. Można znaleźć wiele analogii pomiędzy starzeniem się skóry i starzeniem innych narządów. Przede wszystkim samo starzenie nie powoduje chorób, ale jest czynnikiem zwiększającym ryzyko występowania patologii, takich jak: upadki, nietrzymanie moczu, depresja, otępienie [1].

Starzenie skóry jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi wielu dermatoz [2]. Objawia się to zwiększeniem ich częstości w populacji osób starszych [3]. Przykładem może być upośledzenie układu immunologicznego skóry będące jednym z czynników ryzyka rozwoju raków skóry oraz chorób autoimmunologicznych [4]. Co więcej, jedną z typowych konsekwencji procesu starzenia skóry jest nadmierna skłonność do przesuszania. W przypadku wystąpienia dodatkowych czynników środowiskowych prowadzi to do rozwoju nadmiernej suchości skóry określanej jako *xerosis* i stąd chorzy starsi często skarżą się na świąd [5]. Generalnie, ocenia się, że co 14 wizyta u lekarza w populacji osób starszych związana jest z chorobą skóry [6].

Bez względu na wiek, zmiany skórne mogą odzwierciedlać procesy chorobowe zachodzące w innych narządach. Mogą też mieć związek z pobieranymi lekami. Nietrudno więc sobie wyobrazić, że u pacjenta w podeszłym wieku z wielochorobowością i wielolekowością potencjalnie częściej mogą rozwinąć się choroby skóry [7,8].

Powstanie dermatoz typowych dla wieku starszego związane jest z zaburzeniami naczyniowymi oraz ze skórnymi manifestacjami procesów autoimmunologicznych i zakażeń wirusowych. Obejmuje też dermatozy zapalne. Są to więc przede wszystkim różne odmiany wyprysku, pęcherzowe choroby autoimmunologiczne (np. pemfigoid - pemfigoid czy różne odmiany pęcherzyc), zastoinowe zapalenie skóry, odleżyny i trądzik różowaty, liszaj twardzinowy, półpasiec oraz skórne manifestacje niepożądanych działań leków [4,6,8].

Celem pracy była analiza przyczyn hospitalizacji pacjentów w wieku podeszłym w oddziale dermatologicznym dla zobrazowania najczęstszych w starości problemów skórnych niemożliwych do leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

## Materiał i metoda

Dokonano retrospektywnej analizy przyczyn hospitalizacji w Oddziale Dermatologicznym ZOZ MSWiA im. Prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu, chorych w wieku podeszłym - z wyróżnieniem płci oraz okresów starości (wczesna starość - 65-74 lata oraz późna starość - co najmniej ukończone 75 lat). Zebrano dane z oddziałowych historii chorób za lata 2004-2007. Analizie poddano prawie co czwarte go hospitalizowanego w tym okresie chorego (23,6%).

W badanej grupie było 287 chorych w wieku od 65 do 94 lata (średnia wieku  $74,5 \pm 6,3$  lata), w tym 181 kobiet i 106 mężczyzn.

Wśród przyczyn hospitalizacji wyróżniono te, które rozpoznano u minimum 5% chorych. Były to: łuszczyca, pokrzywka, wyprysk, owrzodzenia kończyn dolnych, zapalenia tkanki podskórnej (w tym róża) oraz zakrzepowe zapalenie żył. Pozostałe jednostki chorobowe zebrano jako inne.

### Analiza statystyczna

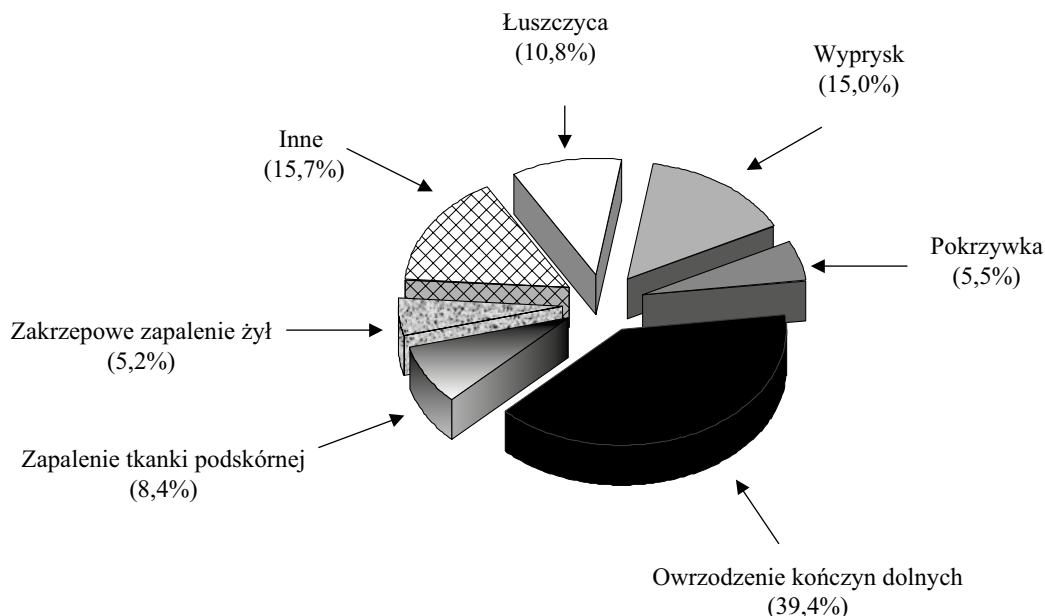
Średnią wieku w analizowanych grupach porównano przy pomocy testu Manna-Whitney'a wobec braku normalności rozkładu danych. Liczebność grup pozytywnych pod względem rozpatrywanego parametru (płeć, obecność analizowanych dermatoz) porównano testem Fischera. Przyjęto za istotne statystycznie wartości  $p < 0,05$ .

## Wyniki

W młodszej grupie wiekowej znalazły się 152 osoby (53,0%). W analizowanej grupie kobiety były starsze od mężczyzn (średnia wieku: odpowiednio -  $75,3 \pm 6,6$  vs.  $73,3 \pm 6,0$  -  $p < 0,01$ ) - dominowały w starszej grupie wiekowej ( $p < 0,02$ ).

Częstość hospitalizacji z powodu wyróżnionych chorób skóry przedstawiono na rycinie 1 (rycina 1). Wśród 31 przypadków łuszczycy zdecydowaną większość stanowiła łuszczyca plackowata. Jedynie u 2 osób stwierdzono łuszczycowe zapalenie stawów; w jednym przypadku przyczyną hospitalizacji była łuszczyca krostkowa uogólniona.

Wśród 43 chorych z wypryskiem tylko u 4 stwierdzono podłoże alergiczne. Jeśli chodzi o lokalizację zmian, to w połowie przypadków, u 23 osób, występowały zmiany rozsiane na tułowiu i kończynach; przy czym u jednego chorego rozpoznano erytrodermię.



Rycina 1. Charakterystyka rozpoznai będących przyczyną hospitalizacji 287 analizowanych chorych w oddziale dermatologicznym w latach 2004-2007.

W przypadku zmian zlokalizowanych najczęściej, bo u 14 chorych, obserwowano wyprysk podudzi.

U 16 chorych z pokrzywką, w 4 przypadkach przebiegała ona z towarzyszącym obrzękiem Quincke'go. W 2 przypadkach stwierdzono pokrzywkę ostrą.

W grupie 103 chorych na owrzodzenia kończyn dolnych zdecydowanie dominowały owrzodzenia o podłożu niewydolności naczyń żylnych kończyn dolnych. Tylko w 5 przypadkach za owrzodzenia odpowiadała niewydolność krążenia tętniczego, przy czym u jednego chorego z powodu niedokrwienia wykonano wcześniej amputację podudzia drugiej kończyny. Dodatkowo, u 3 chorych stwierdzono stopę cukrzycową. W 11 przypadkach owrzodzeniom podudzi towarzyszył wyprysk podudzi.

Wśród zapaleń tkanki podskórnej (24) dominowały te o etiologii paciorkowcowej; różę rozpoznano w 18 przypadkach.

W analizowanym materiale tylko wyjątkowo hospitalizowani byli pacjenci z powodu rumieni (4) i półpaśca (5) czy chorób tkanki łącznej (4 - twardzina układowa, 1 - toczeń przewlekły skórny) oraz zapalenia naczyń (6). Skórne reakcje polekowe były przyczyną hospitalizacji 5 pacjentów.

W młodszej grupie wiekowej istotnie częściej przyczyną hospitalizacji była łuszczyca ( $p < 0,01$ ) z dominacją choroby u mężczyzn oraz pokrzywka ( $p < 0,001$ ),

a w starszej części - owrzodzenia kończyn dolnych ( $p < 0,01$ ) z wyraźną przewagą kobiet. Szczegółowe zestawienie przyczyn hospitalizacji z wyróżnieniem płci przedstawiono w tabeli 1.

Wśród analizowanych kobiet częściej stwierdzono owrzodzenia kończyn dolnych jako przyczynę hospitalizacji ( $p < 0,0001$ ), a wśród mężczyzn - łuszczycę ( $p < 0,001$ ). Hospitalizacje z powodu pozostałych analizowanych dermatoz nie miały związku z płcią. Szczegółowe zestawienie przyczyn hospitalizacji z wyróżnieniem grup wiekowych przedstawiono w tabeli 1.

## Dyskusja

Jedną z najczęstszych chorób skóry u pacjentów starszych jest zastoinowe zapalenie skóry (*stasis dermatitis*), które klinicznie manifestuje się nawracającymi obrzękami oraz objawami niewydolności naczyń żylnych w postaci zasinienia czy rumienia dystalnych odcinków kończyn dolnych. Nielezione lub źle leczone zmiany mogą prowadzić do wystąpienia przebarwień, plamicy i w konsekwencji owrzodzeń podudzi [5,9]. Właśnie owrzodzenia podudzi były wśród analizowanych chorych najczęstszą przyczyną hospitalizacji. Niepowikłane owrzodzeniami zastoinowe zapalenie skóry jest bowiem leczone najczęściej w warunkach

Tabela 1. Liczba najczęściej rozpoznawanych dermatoz wśród starszych chorych hospitalizowanych w oddziale dermatologicznym w latach 2004-2007 z wyróżnieniem płci oraz grup wiekowych (analizę statystyczną wykonana porównując dane dla kobiet i mężczyzn oraz niezależnie dla młodszej i starszej grupy wiekowej)

W tabeli nie wyróżniono rozpatrywanej w pracy kategorii „inne rozpoznania”.

Choroba	Kobiety n=181 (100%)	Mężczyźni n=106 (100%)	Wiek: 65-74 lata n=152 (100%)	Wiek: 75 lat i więcej n=135 (100%)
Łuszczyca	10 (5,5%)	21(19,8%) <i>p&lt;0,001</i>	26 (17,1%)	5 (3,7%) <i>p&lt;0,01</i>
Wyprysk	29 (16,0%)	14 (13,2%)	22 (14,4%)	21 (15,6%)
Pokrzywka	9 (5,0%)	7 (6,6%)	15 (9,9%)	1 (0,7%) <i>p&lt;0,001</i>
Owrzodzenie kończyn dolnych	80 (44,2%)	23 (21,7%) <i>p&lt;0,0001</i>	48 (31,6%)	65 (48,1%) <i>p&lt;0,01</i>
Zapalenie tkanki podskórnej	17 (9,4%)	7 (6,6%)	11 (7,2%)	13 (9,6%)
Zakrzepowe zapalenie żył	9 (5,0%)	6 (5,7%)	5 (3,3%)	10 (7,4%)

ambulatoryjnych [3].

Drugą co do częstości przyczyną hospitalizacji był wyprysk. Jedynie pojedyncze przypadki wyprysku o podłożu alergicznym potwierdzają dane z piśmiennictwa o roli czynników środowiskowych (np. niewłaściwa higiena, suchość otoczenia) w etiopatogenezie rozwoju wyprysku kontaktowego u osób starszych [10]. Fakt, iż w połowie przypadków wyprysk miał charakter rozsiany wydaje się przemawiać za tym, że zmiany ograniczone leczone są w warunkach poradnianych.

Częstą przyczyną hospitalizacji (ponad 10%) była łuszczyca. Łuszczyca jako choroba przewlekła sprawia znaczne problemy terapeutyczne. Szczególnie pacjenci w wieku podeszłym nie radzą sobie z codziennym stosowaniem preparatów miejscowych. Z kolei stosowanie leków ogólnych, które wiąże się z całym szeregiem działań ubocznych skłania również do wprowadzania takiego leczenia w warunkach szpitalnych ze względu na możliwość monitorowania tych działań.

Stosunkowo rzadko przyczyną hospitalizacji były choroby autoimmunologiczne oraz infekcje wirusowe. Diagnostyka autoimmunologicznych chorób skóry z reguły wymaga wdrożenia procedur dostępnych w wyspecjalizowanych jednostkach klinicznych [4,11]. Półpasiec natomiast o typowym przebiegu leczony jest skutecznie ambulatoryjnie w większości przypadków przez lekarzy pierwszego kontaktu.

Zwraca uwagę brak odleżyn jako przyczyn hospitalizacji. Odleżyny traktować należy jako powikłania przewlekłego przebywania w łóżku u ciężko chorych niesprawnych osób starszych [1], stąd są one hospitalizowane w innych oddziałach. Zawansowane stopnie

odleżyn pojawiające się w warunkach domowych będące wskazaniem do hospitalizacji trafiają na ogół do ośrodków chirurgicznych wyspecjalizowanych w leczeniu tego typu zmian.

Ciekawy wydaje się fakt zróżnicowania przyczyn hospitalizacji zarówno ze względu na płeć, jak i na wiek chorych. Według danych literaturowych występowanie łuszczycy nie ma związku z płcią. Częstsza hospitalizacja mężczyzn z powodu tej dermatozy może wynikać z braku samodyscypliny w leczeniu. Z kolei częściej występująca u kobiet niewydolność naczyń żylnych kończyn dolnych sprawia, że są one częściej leczone w warunkach szpitalnych z powodu owrzodzeń podudzi [12].

Jednocześnie przewaga kobiet wśród chorych starszych wyjaśnia częstsze występowanie owrzodzeń kończyn dolnych w tej populacji, a łuszczycy w młodszej, gdzie dominują mężczyźni.

Danych dotyczących występowania poszczególnych chorób skóry w starości w populacji polskiej nie ma. Nie ma również danych odnośnie ich leczenia. Według danych literaturowych, także na świecie diagnostyka i leczenie dermatoz wydaje się nie być optymalne [6,12]. Problem poprawić by mogła współpraca pomiędzy dermatologami i lekarzami pierwszego kontaktu przede wszystkim w zakresie różnicowa pomiędzy zmianami związanymi ze starzeniem skóry stanowiącymi jedynie problem estetyczny, a tymi dermatozami, które wymagają bardziej szczegółowej diagnostyki i wdrożenia leczenia uwzględniającego wymogi skóry w wieku starszym.

Adres do korespondencji:

Mariola Pawlaczyk

Zakład Profilaktyki Chorób Skóry

Katedry Biologii i Ochrony Środowiska

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu

ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań

☎ (+48) 601 74-76-70

✉ mariolapawlaczyk@o2.pl

### **Konflikt interesów / Conflict of interest**

Brak/None

### **Piśmiennictwo**

1. Clinical associations of the aging process. In: Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB (red.). *Essentials of clinical geriatrics*. New York: McGraw-Hill; 1998. pp. 3-18.
2. Grove GL. Physiologic changes in older skin. *Clin Geriatr Med* 1989;5:115-25.
3. Carter DM, Balin AK. Dermatological aspects of aging skin. *Med Clin North Am* 1983;67:531-43.
4. Loo WJ, Burrows NP. Management of autoimmune skin disorders in the elderly. *Drugs Aging* 2004;21:767-77.
5. Thaipisuttikul Y. Pruritic skin diseases in the elderly. *J Dermatol* 1998;25:153-7.
6. Liao YH, Chen KH, Tseng MP, Sun CC. Pattern of skin diseases in geriatric patients in Taiwan: a 7-year survey from outpatient clinic to a university medical center. *Dermatology* 2001;203:308-13.
7. Matus-Vliegen EMH. Old age, malnutrition, and pressure sores: an ill-fated alliance. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:355-60.
8. Kleinsmith DM, Perricone NV. Common skin problems in the elderly. *Dermatol Clin* 1986;4:485-99.
9. Baeke JL. Hospital-acquired pressure ulcers: an epidemic. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:945-6.
10. Piaserico S, Larese F, Recchia GP, et al. Allergic contact sensitivity in elderly patients. *Aging Clin Exp Res* 2004;16:221-5.
11. Mutasim DF. Autoimmune bullous dermatoses in the elderly: diagnosis and management. *Drugs Aging* 2003;20:663-81.
12. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implication of aging skin. *Cutaneous disorders in the elderly. Am J Clin Dermatol* 2009;10:73-86.