



AUTORITATEA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE
„DR. VICTOR BABEȘ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281 – 283, sector 3 Tel: 317.27.27, 317.27.28 Tel/Fax: 317.27.21
web site: www.spitalulbabes.ro e-mail: vbabes@xnet.ro



SPITALUL CLINIC „Dr. V. BABEȘ”

BUCUREȘTI
ȘOS. MIHAI BRAVU Nr. 281

Nr. 1631

Ziua 04 Luna 02 2015

Aprobat Manager

Dr. Emilian Ioan Imbri



GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU PSORIAZIS

1. Introducere

1.1. Definiție

Psoriazisul este o dermatoză inflamatorie cronică, care apare pe un teren predispozant determinat genetic, cu perturbări imunologice, frecvent sub acțiunea unor factori declanșatori de mediu cât și interni, caracterizată prin :

- plăci eritemato-scuamoase bine delimitate, cu localizarea topografică cea mai tipică pe coate, genunchi și scalp;
- erupția odată apărută evoluează cronic recurent toată viața; plăcile eruptive se pot remite spontan sau sub tratament; odată cu înaintarea în vârstă perioadele de remisiune completă se scurtează până la dispariție
- se asociază frecvent cu reumatisme cronice (artropatia psoriazică)

1.2. Importanță medico-socială

- prevalență între 1 – 2% în populația României (estimativ)
- debut în majoritatea cazurilor la vârsta de maximă activitate, între 20 – 40 ani, cu importanta consecințe economice, sociale și psihologice pentru persoanele afectate
- boala are un impact major asupra calității vieții, comparabil cu cel produs de diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, artrită, cancer, depresie

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

- plăci eritematoase de dimensiuni și forme variate, bine delimitate, acoperite de scuame abundente, albe, lamelare, multistratificate, care se detașează cu ușurință spontan sau prin grataj
- topografia : primele erupții apar tipic pe zone de extensie (coate, genunchi, scalp) dar alte erupții pot continua să apară în orice altă zonă corporală, inclusiv marile pliuri, palmo-plantar, rar pe față și excepțional pe mucoasa genitală sau bucală
- subiectiv , erupția poate fi asimptomatică sau însoțită de prurit de la moderat la insuportabil, de la caz la caz
- factori declanșatori / agravanți : stres psihic major, abuz de alcool sau/și fumat, boli infecțioase intercurrente (la copii în special angina acută streptococică), traumatisme cutanate (plăgi, arsuri, etc), factori iatrogeni (beta-blocantele, preparatele cu Litiu, indometacina, etc), infecția HIV / SIDA, agravarea unor boli interne (diabet zaharat, ciroză hepatică, insuficiență cardiacă, etc) și pentru 10% din cazuri expunerea solară (psoriazisul fotoagravabil)

Observație : diagnosticul pozitiv este pus în principal pe baza aspectului clinic

2.2. Explorari diagnostice

2.2.1. Minimale

- VSH, hemoleucograma, glicemie, uree, creatinina, TGO, TGP, acid uric, colesterol, lipide, trigliceride, ASLO

- exudat faringian
- examen sumar de urină
- examen micologic pentru unghiile distrofice

- 2.2.2. Opționale

biopsie cutanată pentru cazurile atipice sau inițiere tratament cu agenți biologici

- în vederea inițierii terapiei biologice de rezervă : teste HIV (SIDA), teste serologice pentru sifilis (VDRL și TPHA), markeri pentru hepatitele cronice cu virus hepatitic B (AgHBs) și virus hepatitic C (Ac anti – HCV), pentru excluderea unei eventuale tuberculoze asociate i.d.r. la PPD și Rx-grafie pulmonară
- pentru psoriazisul artropatic : factorul reumatoid (reacțiile Waaler-Rose și Latex) și Rx-grafii ale articulațiilor afectate

2.3. Forme clinice și complicații

- 1) Psoriazis vulgar : prezintă erupții cutanate tipice
- 2) Psoriazis ungueal : prezintă modificări distrofice ale unghiilor
- 3) Psoriazis artropatic : prezintă aspect cutanat de psoriazis vulgar sau psoriazis pustulos sau psoriazis ungueal la care se asociază una sau mai multe din următoarele forme de artrită :
 - a micilor articulații, de tip poliartrită reumatoidă, în mod constant seronegativă pentru factorul reumatoid;
 - a marilor articulații (umăr, coate, genunchi sau articulațiile sacro-iliace și intervertebrale, ultimele două situații imitând o spondilită anchilopoietică, caracteristică fiind afectarea articulară asimetrică și meteorosensibilitatea)

Observație : psoriazisul artropatic necesită colaborarea terapeutică cu specialistul reumatolog.

- 4) Psoriazis eritrodermic : reprezintă orice formă clinică de psoriazis extins peste 90% din aria corporală, cu posibila alterare a stării generale.
- 5) Psoriazis pustulos : se manifestă prin pete, mai rar plăci eritematoase difuze delimitate cu numeroase pustule sterile pe suprafața lor, pustule cu tendința de agregare. În funcție de extensia cutanată se descriu mai multe variante :
 - acrodermatita continuă Hallopeau – numai la degetele mâinilor
 - palmo-plantar Barber – pe mâini și picioare
 - inelar Bloch-Lapierre – pe trunchi sau membre, cu dispoziție aproximativ inelară
 - generalizat Zumbush – echivalent cu o eritrodermie cu pustule generalizată pe tot corpul, asociată cu alterarea gravă a stării generale

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice : remisiunea sau ameliorarea erupției cutanate pe o perioadă cât mai lungă de timp

Observație : este necesară colaborarea interdisciplinară (reumatologie, interne, psihiatrie, consiliere psihologică, etc) în funcție de particularitățile cazului, de complicațiile psoriazisului și de bolile asociate

3.2. Tratament prespitalicesc / ambulator

- numai la recomandarea medicului specialist dermatolog

3.2.1. Măsurile generale : educația bolnavului, evitarea factorilor declanșatori / agravanți, asistență psihologică dacă este necesar

3.2.2. Tratament medicamentos topic (local) : este tratamentul de primă intenție în formele simple de psoriazis vulgar, aplicat în ambulatoriu conform indicațiilor medicului specialist dermatolog :

- keratolitice : produse salicilate 5 – 10%, cu uree, cu gudroane, etc
- dermatocorticoizi de clasă III; NB: Clobetasolul propionat (DCT clasa IV) poate fi folosit numai ca tratament de atac pe o perioadă limitată de maximum 3 săptămâni și numai la adult; se continuă cu un dermatocorticoid de clasă inferioară, preferabil din grupul celor potenți și cu efecte secundare minime.
- analogi de vitamina D₃ simpli sau în combinație cu dermatocorticoizi
- reductoare : gudroane naturale și sintetice
- inhibitori de calcineurină topici (protopic)
- combinații terapeutice topice (asocieri tipizate ale unora din clasele terapeutice de mai sus)

3.2.3. Fototerapia : PUVA, RE-PUVA, UVB, laser-terapia sau IPL

3.2.4. Terapii asociate în funcție de particularitățile cazului : antibioterapie, antihistaminice, psihotrope

3.3. Criterii de internare și dirijare

- urgențele medicale reprezentate de psoriazisul eritrodermic și de psoriazisul pustulos generalizat
- cazurile cu psoriazis artropatic și cazurile cu psoriazis pustulos
- cazurile noi (prima erupție de psoriazis) complicate
- formele de psoriazis vulgar rezistente la tratamentul topic corect administrat în ambulator
- administrarea de tratament general pentru monitorizarea efectelor adverse potențial grave, inclusiv inițierea terapilor biologice

3.4. Tratamentul în spital

terapie etiologică : nu există

terapie fiziopatogenică :

- **terapia topică :** vezi paragrafele 3.2.2., 3.2.3., și 3.2.4.

- **terapia generală** (se începe în spital și se continuă sub supravegherea medicului de familie sau a specialistului dermatolog din ambulatoriu) : terapia generală este de primă intenție pentru psoriazisul artropatic, eritrodermic și pustulos și de secundă intenție în cazul psoriazisului vulgar rezistent la tratamentul topic corect efectuat cel puțin o lună.

Medicația generală :

- a) **Methotrexat** : între 10 mg – 25 mg / săptămână, cel puțin timp de 4-6 săptămâni, cu monitorizarea funcției hematopoietice și a celei hepatice. Interzis la gravide și în perioada de alăptare.
- b) **Retinoizi** – Acitretin : 0,5 – 2 mg / kg corp / zi, 2 – 4 luni.
Necesită măsuri anticoncepționale la femei în perioada fertilă cu o lună înainte de începerea tratamentului, pe durata tratamentului și un an ulterior, fiind intens teratogen.
- c) **Ciclosporina A** în doză de 2,5 - 5 mg / kg corp / zi până la remisiunea erupției sau maxim 12 săptămâni. Necesită monitorizarea TA (efect hipertensiv) și a funcției renale (efect nefrototoxic).

Observație : se va evita corticoterapia generală în psoriazis deoarece favorizează recidivele și eritrodermizarea)

d) **Fototerapii** : PUVA-terapia (psoraleni plus UVA). Asocierea de acitretin per os zilnic cu PUVA-terapia constituie RE-PUVA. Alte fototerapii : UVB (preferabil cu bandă îngustă), laser-terapia, terapia cu IPL (lumină intens pulsată).

e) **terapii asociate** : antibioterapie, antihistaminice, psihotrope

f) **terapii biologice** : Adalimumab, Infliximab, Etanercept, Ustekinumab – vezi Ghid de tratament cu agenți biologici în psoriazisul vulgar sever

Observație : în cazul pacienților cu psoriazis artropatic, medicul specialist dermato-venerolog este abilitat să indice și să inițieze terapia biologică corespunzătoare.

3.5. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- depistarea cazurilor noi și îndrumarea lor către medicul specialist dermato-venerolog
- depistarea recidivelor și îndrumarea lor către medicul specialist dermato-venerolog
- monitorizarea tratamentelor generale după externarea bolnavului, urmărirea aplicării corecte a tratamentelor locale conform schemei indicate de medicul specialist dermato-venerolog
- consilierea pacienților asupra măsurilor generale cu efect preventiv pentru evoluția bolii.

Intocmit

Prof Dr Simona Georgescu

Medic Primar Dermato-Venerologie

Dr. Simona Roxana Georgescu
Profesor Universitar
Medic primar Dermato-Venerolog
Cod 802786

Director Medical
Dr Simin Aysel Florescu

