



Psorijaza je česta hronična rekurentna eritemoskvamozna dermatoza koja se karakteriše T limfocitima posredovanom inflamatornom reakcijom i posljedičnom epidermalnom hiperproliferacijom. Smatra se da je frekvencija obolijevanja u opštoj populaciji između 1 i 3% u zapadnoj Evropi i SAD. Postoje velike varijacije u incidenciji među različitim etničkim grupama i na različitim geografskim prostorima.

Obolijevanje je rjeđe kod osoba sa tamnijom kožom i u tropskim predjelima. Muškarci i žene podjednako često obolijevaju. Može se pojaviti u bilo kom životnom dobu.

Psorijaza je kompleksna multifaktorijalno uslovljena bolest na koju utiču genetske i imunološke komponente. U suštini, psorijatične lezije nastaju ubrzanjem vremena izmjene (turnover time) epidermalnih ćelija sa normalnih 23-28 dana na 3-5 dana. Patogeneza ovog oboljenja nije u potpunosti razjašnjena. Smatra se da i genetski faktori i faktori iz okoline imaju uticaja u nastanku psorijaze. Radi se o poligenskom nasljeđivanju sa varijabilnom penetracijom. U tom smislu mogu se razlikovati dva tipa psorijaze: tip I sa nastankom prije 40. godine života, pozitivnom porodičnom anamnezom i asocijacijom sa HLA-Cw6, -B13, -B57, -DR7 i tip II koji se javlja poslije 40. godine i nema HLA asocijaciju. Međutim, nesumnjiv je uticaj i faktora iz okoline,

kao što su streptokokne infekcije, određeni lijekovi (ACE inhibitori, beta blokatori, antimalarici, neki oralni kontraceptivi i dr.), alkoholizam, stres. Svi oni mogu uticati na tok bolesti, dužinu trajanja i kliničku sliku.

U svojoj osnovi psorijaza je inflamatorno kožno oboljenje, sa reaktivnom abnormalnom epidermalnom diferencijacijom i hiperproliferacijom. Savremena istraživanja ukazuju na to da su inflamatorni mehanizmi imunološki posredovani i najvjerojatnije započeti T limfocitima u dermisu.

Najšire je prihvaćena sljedeća klasifikacija psorijaze:

- Psorijaza kože

Nepustularne

- Psoriasis vulgaris

1. hronična stabilna plak psorijaza
2. gutatna psorijaza
3. inverzna psorijaza

- psorijaza dlanova i tabana
- porijatična eritrodermija

Pustularna psorijaza

1. Psoriasis pustulosa palmo-plantaris (Barber–Königsbeck).
2. Acrodermatitis continua suppurativa (Hallopeau)
3. Psoriasis pustulosa generalisata (von Zumbusch).

- Psorijaza noktiju
- Psorijatični artritis

Klinička slika

Klinička slika zavisi od tipa psorijaze. Osnovne promjene su jasno ograničeni plakovi i papule prekrivene bjeličastim skvamama.

Za *hroničnu stacionarnu plak psorijazu* je tipično da male papule postepeno konfluiraju i povećavaju se formirajući velike, iregularne jasno ograničene plakove. Ove promjene su tipično prekrivene bjeličastim skvamama. Predilekciona mjesta su koljena, laktovi, sakralni predio, kapilicijum, retroaurikularni prostori. Ukoliko se ne liječe, ovakvi plakovi mogu ostati nepromijenjeni više mjeseci, pa čak i godina.

Gutatna psorijaza se ispoljava u vidu egzantema u roku od 2 do 3 nedjelje. Obično se u početku pojave sitne makule i papule, koje se postepeno povećavaju do plakova veličine 1-2 cm u promjeru, sa bjeličastim skvamama, koje mogu i da nedostaju. Promjene se tipično javljaju na trupu, a znatno rjeđe na ekstremitetima i licu. Većina pacijenata su djeca i mlađe osobe, a promjene se tipično javljaju poslije streptokoknih infekcija gornjih respiratornih puteva.

Inverzna psorijaza se tipično javlja na fleksornim površinama, kao što su pazuha, prepone, ispod grudi kod žena, a tipična mjesta (kao što su laktovi i koljena) su pošteđena. Karakteriše se crvenim, inflamiranim plakovima, često maceriranim i sa fisurama, a skvame nedostaju.

Obično je potrebna manje agresivna terapija.

Psorijaza dlanova i tabana je veliki dijagnostički problem ukoliko nema drugih promjena.

Psorijatična eritrodermija podrazumijeva zahvatanje praktično cijele površine kože (> 90%), Može se razviti naglo od gutatne forme ili nakon dugotrajnog oblika psorijaze, poslije suviše agresivne terapije ili naglog prekida terapije. Ispoljava se u vidu difuznog generalizovanog eritema, svraba i fine mekinjaste deskvamacije. Često je praćena poremećajem opšteg stanja u vidu jeze, groznice, dehidracije, hipoproteinemije, zbog zahvatanja velike površine kože. Diferencijalna dijagnoza prema eritordermijama drugih etioloških uzroka često je veoma teška.

Psoriasis pustulosa palmo-plantaris (Barber–Königsbeck) predstavlja oblik pustulozne psorijaze kod kojeg se brojne pustule javljaju na dlanovima i tabanima. Diferencijalna dijagnoza prema drugima palmo-plantarnim pustulozama često je teška i zato je neophodno tražiti tipične psorijatične promjene na drugim mjestima.

Acrodermatitis continua suppurativa (Hallopeau) - kod ovog oblika pustulozne psorijaze pustule su ograničene na vrhove prstiju, uključujući ležišta nokta. Nije redak ni gubitak noktiju.

Psoriasis pustulosa generalisata (von Zumbusch) predstavlja jedan od najtežih oblika psorijaze. Karakteriše se difuznom pojavom pustula uz veoma teško opšte stanje, sa groznicom, povišenom temperaturom i ježom.

Psorijaza izazvana lijekovima - lijekovi su česti okidači za nastanak psorijaze, prije svega β -blokatori, ACE inhibitori, antimalarici, imunomodulatori (interferon, imiquimod), soli litijuma.

Za psorijazu noktiju tipične su punktiformne promjene na površini nokta, pojava tzv. „uljne mrlje” na ležištu nokta i, u težim slučajevima, potpuna destrukcija nokatne ploče, što se naziva onihodistrofija i oniholiza.

Psorijatični artritis zahvata približno 3-5% oboljelih od psorijaze. Obično zahvata male zglobove šaka i stopala, a rjeđe i velike zglobove. Javlja se ukočenost, bolovi i progresivno oštećenje zglobova.

Promjene na oralnoj sluznici kod oboljelih od psorijaze veoma su rijetke. Mogu sa javiti

promjene na jeziku u vidu lingua geographica. Ostale promjene se mogu javiti na usnama, bukalnoj sluzokoži, gingivama, obično u vidu malih bjeličastih papula. Promjene nisu tipične i ispravna dijagnoza se postavlja samo na osnovu prisustva odgovarajućih promjena na koži. Dijagnoza psorijaze obično se postavlja na osnovu anamneze, kliničke slike, bez većih problema. Značajni su klinički fenomeni: stearinske svijeće, voštane mrlje, Auspitzov i Koebnerov fenomen. Ponekad (u nejasnim slučajevima) potrebno je uzimanje biopsije promjene.

Praktično svi biohemijski nalazi su u granicama referentnih vrijednosti. Od značaja je određivanje reumatskih faktora radi evaluacije prirode artritisa (kod psorijatičnog artritisa reumatski faktori su negativni). Nivo mokraćne kiseline u serumu može biti povećan kod oboljelih od psorijaze.

Diferencijalno dijagnostički dolaze u obzir tinea, kontaktni dermatitis, numularni ekcem, sekundarni sifilis i, naročito, seboroični dermatitis.

Liječenje psorijaze je veoma kompleksno. Izbor odgovarajuće terapije mora biti prilagođen polu, uzrastu bolesnika, socijalnom statusu, kao i mogućnosti bolesnika da primjenjuje lokalnu terapiju.

- Lokalna terapija

Salicilna kiselina u koncentraciji 5% predstavlja koristan keratolitik. Njena primjena pospešuje sve ostale lokalne terapijske mjere. Na dlanovima i tabanima mogu se koristiti koncentracije do 20%. Antralin (0,5-2%) smanjuje nivo ćelijske proliferacije. Predstavlja jedan od osnovnih preparata koji se koriste u lokalnoj terapiji. Ako dospije na zdravu, kožu, izaziva jaku iritaciju te zahtijeva dobru obuku pacijenata za primjenu. Analogi vitamina D - najčešće calcipotriol i tacalcitol. Primjenjuju se na malim površinama kod blage do umjerene psorijaze. Efikasnost im je slična kao kod srednje potentnih kortikosteroida, uz manje neželjenih efekata. Ukoliko se primjenjuju na veće površine, mogu remetiti metabolizam kalcijuma. Retinoidi - tazaroten je efikasan kod umjereno izražene psorijaze, sa malom mogućnošću izazivanja iritacije.

Drugi retinoidi za lokalnu primjenu koji se često koriste kod drugih dermatoza nisu tako efikasni u terapiji psorijaze. Kortikosteroidi - korisna je njihova primjena na malim površinama, kod promjena u kapilicijumu i kod inverzne psorijaze. Jednostavni su za primjenu i dostupni u mnogo farmakoloških oblika (kreme, masti, losioni).

Kod dugotrajne primjene na velikim površinama može doći do supresije funkcije nadbubrežne žlijezde i kušingoidnog efekta. Najvažniji neželjeni efekat je ireverzibilna atrofija kože. Po prestanku primjene kortikosteroida promjene se javljaju u većem obimu nego što je to ranije bilo izraženo (rebound efekat).

- Fototerapija

Primjena fototerapije je indicirana prije svega kod raširenih oblika psorijaze koji zahvataju velike površine. Slabo reagovanje na lokalnu terapiju je takođe indicirano za primjenu fototerapije. Postoje dva osnovna oblika fototerapije:

UVB zračenje - koriste se UV zraci talasnih dužina 290-320 nm. Često se koristi u kombinaciji sa nekim lokalnim tretmanom (katranski preparati, antralin, lokalni kortikosteroidi, calcipotriol, tazaroten). Ova terapija je dugotrajna, ali efikasna u liječenju blažih do umjerenih oblika. Njen poseban oblik, koji se sve češće primjenjuje u novije vrijeme, jeste uskospektralna UVB fototerapija (Narrow-band UVB), sa posebnim lampama sa emisionim spektrom od 311 nm.

PUVA (Psoralen + UVA) fotohemoterapija - primjenjuje se fotosenzibilizirajući lijek (8-metoksypsoralen) u kombinaciji sa UVA zračenjem (talasne dužine 320-400 nm). PUVA utiče na sintezu DNK, smanjuje ćelijsku proliferaciju i indukuje apoptozu kutanih limfocita, dovodeći tako do lokalne imunosupresije. Koristi se kod bolesnika sa težim oblicima psorijaze i efikasna je kod više od 85% bolesnika. Takođe se može kombinovati sa sistemskom primjenom retinoida.

- Sistemska terapija

Sistemske terapije treba primjenjivati tek ako su lokalna i fototerapija bile neuspješne.

Retinoidi - najefikasniji retinoid u liječenju psorijaze je acitretin. Djeluje na supresiju epidermlane proliferacije i time smanjuje debljinu psorijatičnih lezija. Na taj način retinoidi pospješuju primjenu drugih terapijskih mjera i često se koriste u kombinaciji. Imaju prilično širok spektar neželjenih efekata, uključujući povišenje serumskog holesterola i triglicerida, dovode do suvoće kože i sluznica, dovode do fotosenzitivnosti, imaju teratogeni efekat. Metotrexat je lijek koji se u terapiji psorijaze široko primjenjuje i smatra se jednim od najefikasnijih formi sistemske terapije. Inhibira sintezu DNK u tkivima koja se brzo dijele. Ima dobro dejstvo, kako na psorijazu tako i na psorijatični artritis. Primjenjuje se obično jednom nedjeljno. Ima dosta neželjenih dejstava od kojih je najvažnija hepatotoksičnost. Cyclosporin je veoma efikasan u terapiji psorijaze i dovodi do veoma brzog poboljšanja. Međutim, zbog brojnih i ozbiljnih neželjenih dejstava ne može se rutinski primjenjivati u terapiji psorijaze.