

PSORIAZIS

Doc. ș.m., conferențiar universitar
L. GUGULAN

- Psoriazisul este o afecțiune cutanată cronică caracterizată prin leziuni papuloase bine delimitate, acoperite de scoame tipice, pluristratificate, ușor detașabile ce sunt rezultatul unui proces de parakeratoză.
- Este o afecțiune patogenică și multifactorială, la expresia fenotipică a senomului alterat contribuind factori multipli (genetici și de mediu). S-a dovedit că gena pentru psoriazis este localizată pe a 6-a pereche cromozomică, purtătoare a genelor sistemului de histocompatibilitate majoră (HLA). Bolnavii de psoriazis aparțin în special grupelor HLA-B17, CW6, DR7, B13.
- S-a constatat că la psoriazici HLA-17 se întâlnește la 22-48% din cazuri, față de 4-9% martori, iar în cazurile de psoriazis familial frecvența genei este între 46 și 67%. Deci pentru a apărea boala este necesar ca gena patologică a acestei boli să se cupleze cu un anumit antigen histocompatibilitate majoră.

Factorii ce condiționează incidența

În afară de factorul ereditar la apariția puseului intervin o serie de factori declanșanți:

- traumatismele locale (grataj, frecătură, ciupituri, vaccinări intervenții chirurgicale, scarificări, arsuri,, tatuiaj etc.
- infecții ale căilor respiratorii superioare pot constitui factorul declanșant în special la copii
- infecții cu Candida
- unele medicamente pot declanșa puseu: Clorochin, betablocantele
- asocierea cu diabetul și obezitatea
- diverse perioade fiziologice ale femeii: menstra, , nașterea, menopauză, sau o pot ameliora, așa cum se întâmplă în sarcină
- factori psihici

Clasificarea

1. Psoriazisul vulgar
2. Psoriazisul exudativ
 - psoriazis eritrodermic
 - psoriazis pustulos Zibusch
 - psoriazis pustulos Barber
 - artrita psoriazică

Psoriazisul vulgar

- Leziunile de psoriazis vulgar pot afecta: pielea glabră, pielea păroasă a scalpului, fanerele și uneori mucoasele.
- Psoriazisul pielii glabre. Leziunile au următoarele trăsături definitorii:
 - - sunt eritematoase . Eritemul produs de vascularizația și de fluxul sanguin crescute la nivel subepidermic. Acestea pot fi obiectivate prin gratarea metodică a scuamelor, la desprinderea ultimului strat se detașează o peliculă fină (forța terminală) apoi se produce o mică hemoragie punctiformă datorită deschiderii mănunchiului de capilare din vârful papilelor dermice (semnul Auspitz sau "zona sângerândă");
 - - sunt acoperite de scuame sidetii, groase, lamelare, ușor detașabile.



Acestea sunt rezultatul hiperproliferării epidermului și a keratinizării sale incomplete. Gratarea scuamelor produce dâre albicioase, pulverulente, datorită pătrunderii aerului între straturile scuamelor (semnul spermanțetului);

- sunt foarte bine delimitate și supradenivelate, expresie a hipertrofiei papilelor dermice și a epidermului.

Forma și dimensiunile leziunilor sunt variabile. Din acest punct de vedere, psoriazisul poate fi: a) ”în picătură (gutat) – cu leziuni mici; b) numular – cu plăci rotund-ovalare; c) în placarde, d) inelar/girat – cu centrul clar, e) figurat-geografic- plăci cu contur policiclic.

În practică este util să facem distincția între următoarele forme: psoriazis eruptiv: apar brusc leziuni multiple, de obicei sub forma gutată, este mai frecvent la copii și tineri, urmând unei infecții a tractului respirator superior cu streptococ B-hemolitic. Poate fi produs și prin arsură solară ca răspuns izomorfic la injuria produsă de UV;

- psoriazis stabil, sub diferite denumiri: rupioid, clefantin, ostreacen. Caracterizat prin plăci persistente de dimensiuni relativ mari, infiltrate, acoperite de scuame groase hiperkeratozice;

- psoriazis instabil – o formă de boală fluafuantă, cu evoluție imprevizibilă (ex. Transformarea formei cronice stabile într-o formă pustuloasă sau eritrodermică).

Psoriazisul scalpului. Poate îmbrăca aspect de plăci eritemato-scuamoase circumscrise sau poate fi difuz, cu afectarea întregii calote. Leziunile sunt de obicei net limitul de interlinia păroasă. Părul este în demn microscopic, dar microscopic s-au constatat anomalii ale tijeii. Psoriazisul eritrodermic este asociat cu alopecie difuză.

Psoriazisul mucoaselor. Afectarea mucoasei este mai rară în psoriazisul vulgar față de cel pustulos. Se manifestă prin leziuni circinate și inelare localizate pe gland sau în cavitatea bucală (limbă, palat).

Evoluție și prognostic. Psoriazisul este o boală cronică cu evoluție imprevizibilă, dar care rareori amenință viața. Se descriu ameliorări spontane și exacerbări fără cauză aparentă. La majoritatea bolnavilor boala afectează câteva regiuni topografice. Erupțiile gutate au un prognostic mai bun decât celelalte forme și prezintă remisiuni mai lungi după tratament.

Psoriazisul eritrodermic

Este definit ca psoriazisul care afectează tegumentele în totalitatea lor.

Eritrodermizarea se poate produce:

- a) prin transformarea lentă sau bruscă a unui psoriazis cronic într-unul eritrodermic, spontan sau secundar unei boli sistemice (infecția acută, virală, bacteriană, episod de alergie medicamentoasă);
- b) de novo, ca prima manifestare a bolii (rareori);
- c) prin inducția iatrogenă datorită utilizării intempestivo și/sau greșite a tratamentului topic (psoriazis eritrodermizat). Bolnavul este febril, cu stare generală variabil alterată. Tegumentele sunt în totalitate eritematoase, scuamoase, infiltrate și uneori exudative. Asociat apar modificări unghiale severe și alopecie difuză. Pacienții pot prezenta limfadenopatie dermopatică și prurit intens.

Evoluția

Evoluția este prelungită cu recăderi frecvente.

Eritrodermia are următoarele consecințe:

- a) datorită vasodilatației generalizate se pierde căldura în exces, ceea ce determină afectarea termoreglării și hipodermie
- b) fluxul sanguin cutanat crescut suprasolicită cordul și poate precipita o insuficiență cardiacă congestivă
- c) pierderea crescută de lichide printr-un epiderm a cărui funcție de barieră este profund alterată, conduce la dezechilibre hidro-electrolitice
- d) descuamarea masivă determină pierderi importante de proteine (peste 50 g/zi) și fier, cu hipoproteinemie și anemie.
- e) absorbția topicilor este mult crescută datorită afectării barierei epidermice. Din aceste psoriazisul eritrodermic este considerat o urgență medicală.

Psoriazisul pustulos

- Acest termen este folosit pentru formele de psoriazis în care apar pustule macroscopice. Substratul lor histopatologic îl reprezintă acumulările de neutrofile în epiderm (pustula spongiformă Kogoj). Psoriazisul pustulos este subîmpărțit în: psoriazis pustulos localizat (limitat la palme și plante, are evoluție cronică) și psoriazis pustulos generalizat (afectează întreg corpul, evoluția este subacută/acută și poate amenința viața).
- Psoriazisul pustulos palmoplantar cronic este o afecțiune caracterizată prin prezența de plăci eritemato-scuamoase acoperite de pustule.



Manifestări clinice.

Este o afecțiune a adulților, întâlnită mai ales la femei. Se caracterizează prin plăci eritemato-scuamoase burate de pustule de 2-5 mm, de culoare gălbuie (cele recente) sau maronile (cele mai vechi). Leziunile uscate se pot exfolia. Pustulile sunt prezente în toate stadiile de evoluție.

Diagnostic diferențial: dermatomicoze, dermatita de contact, eczema palmoplantară suprainfectată.

Prognostic. Evoluează cronic și este relativ rebel la tratament. Se remite uneori spontan la schimbarea mediului.

➤ ***Psoriazisul pustulos generalizat acut (Zumbusch).***

Din punct de vedere al modului de apariție se disting:

- a) psoriazis vulgar tipic, cu debut precoce, care se transformă în psoriazis pustulos ca urmare a opririi corticoterapiei sistemice sau intervenției altor factori declanșatori externi;
- b) psoriazis cu debut tardiv, cu localizare acrală sau flexară, care se transformă în psoriazis pustulos generalizat.

Psoriazisul artropatic (artrita psoriazică)

Este o formă de psoriazis cutanat sau unghial asociat cu o artrită seronegativă periferică sau a coloanei vertebrale.

Afectează aproximativ 7% dintre pacienții cu psoriazis.

Distribuția pe sexe este egală.

Manifestări clinice. La majoritatea bolnavilor cu artrită psoriazică leziunile cutanate le preced pe cele articulare.

Uneori debutul cutanat și articular are loc simultan și foarte rar, manifestările articulare apar primele.

- Leziunile cutanate pot avea orice localizare și orice formă clinică. Aproximativ $\frac{3}{4}$ dintre pacienți au modificări unghiale dintre tipurile descrise anterior.
- Primele manifestări articulare constau în artralгии și redoare articulară, care dispăre la mobilizare la fel ca în artrita reumatoidă. Este posibil să apară revărsat sinovial și semne inflamatorii locale.

Tabloul clinic

al artritei psoriazice este variat și au existat diverse încercări de clasificare a manifestărilor clinice. Cea mai utilă dintre acestea este cea propusă de Moel și Wright:

a) artrita oligoarticulară simetrică. Este cea mai frecvent întâlnită (70%). Se caracterizează prin modificări ale articulațiilor interfalangiene și sinovită (degete "în cârnăcior"). În acest grup sunt încadrate și formele monoarticulare;

- b) artrita simetrică, seronegativă, dificil de diferențial clinic de artrita reumatoidă (15% din cazuri);
- c) artrita localizată predominant sau excesiv la articulațiile interfalangiene distale (5% din cazuri). Se însoțește de modificări unghiale severe;
- d) artrită mutilantă, formă rară (5%) , caracterizată prin osteoliză severă, care conduce la telescoparea degetelor cu scurtarea acestora;
- e) artrită axială (5%) manifestată prin spondilită sau sacroileită, modificările coloanei vertebrale.

