

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU PSORIAZIS

1. Definitie

- Psoriazisul este o dermatoză inflamatorie imuna cronică, care apare pe un teren predispus genetic, frecvent sub acțiunea unor factori declanșatori, caracterizată clinic prin:
- - plăci eritemato-scuamoase, infiltrate, bine delimitate, diseminate, cu localizare predilectă pe zonele extensorii ale membrilor și pe scalp;
- erupția odată apărută evoluează cronic, recurent toată viața; plăcile eruptive se pot remite spontan sau sub tratament.

2. Importanță medico-socială

- prevalență 3% în populația României
- poate apare la orice vârstă cu debut în majoritatea cazurilor la vârsta de maximă activitate, între 20 – 40 ani

3. Criterii de diagnostic

3.1. Semne și simptome clinice esențiale

- plăci eritematoase de dimensiuni și forme variate, bine delimitate, acoperite de scuame albe, abundente, 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
- subiectiv erupția poate fi asimptomatică sau însoțită de prurit de intensitate variabilă
- factori declanșatori ambientali: stres psihic major, abuz de alcool sau/și fumat, boli infecțioase intercurrente febrile (la copii în special angina acută streptococică), traumatisme cutanate (plăgi, arsuri, etc.), iatrogen beta-blocantele, preparatele cu litiu, AINS și pentru 10% din cazuri, expunerea solară (psoriazis fotosensibil).
- Diagnosticul pozitiv este formulat în principal pe baza aspectului clinic.

3.2. Explorări diagnostice

3.2.1. Minimale

- biopsie cutanată

3.2.2. Opțional

- screening infecțios
- radiografii
- teste inflamatorii

3.3. Forme clinice și complicații (unde este cazul)

- 1) Psoriazis vulgar: prezintă numai erupție cutanată tipică
- 2) Psoriazis artropatic: aspect cutanat de psoriazis vulgar la care se asociază una sau mai multe tipuri de determinări articulare
- 3) Psoriazis eritrodermic: reprezintă o formă de psoriazis extins peste 90% din aria corporală.
- 4) Psoriazis pustulos: se manifestă prin pustule sterile dispuse pe plăci eritematoase cu variante clinice generalizate sau localizate

4. Atitudine terapeutică

4.1. Principii generale

Obiective terapeutice:

- remisiunea completă a erupției cutanate pe o perioadă cât mai lungă de timp
- creșterea calității vieții pacientului

4.2. Tratament prespitalicesc

4.2.1. Măsuri generale: educația medicală a pacientului, evitarea factorilor declanșatori, asistență psihologică dacă este necesar

4.2.2. Tratament igieno-dietetic

4.2.3. Tratament medicamentos topic (local): este tratamentul de primă intenție în formele simple de psoriazis vulgar, indicat în ambulatoriu :

- decapante : vaselină salicilată 5 – 10%
- calcipotriol în combinații – primă intenție terapeutică
- calcipotriol (copii, psoriasis inversat, reacții adverse sau intoleranță la cortizonice)
- dermatocorticoizi și / sau combinații
- reductoare (dithranol, gudroane)
- imunomodulatori topici (inhibitori de calcineurină)
- fototerapie: nbUVB, PUVA, re-PUVA
- laserterapie
- climatoterapie
- emoliente

4.3. Tratamentul în spital

4.3.1. Criterii de internare și dirijare

- cazurile noi pentru diagnostic
- cazurile de psoriasis artropatic, eritrodermic, pustulos
- cazuri cu evoluție rebelă

4.3.2. Tratament

- medicația etiologică: nu există
- medicație topică:
 - o decapante : vaselină salicilată 5 – 10%
 - o calcipotriol în combinații – primă intenție terapeutică
 - o calcipotriol (copii, psoriasis inversat, reacții adverse sau intoleranță la cortizonice)
 - o dermatocorticoizi și / sau combinații
 - o reductoare (dithranol, gudroane)
 - o imunomodulatori topici (inhibitori de calcineurină)
 - o emoliente
- medicație sistemică

Notă: terapia sistemică se începe în spital și se continuă sub supravegherea specialistului din ambulatoriu sau a medicului de familie.

- methotrexat: între 10 mg – 25 mg / o dată / săptămână conform indicațiilor medicului specialist dermato-venerolog și sub monitorizarea săptămânală a funcției hematopoietice și a celei hepatice. Interzis la gravide. Nu este recomandabil sub 30 ani.
- retinoizi – acitretin: 0,5 – 1 mg / kg corp / zi. Conform indicațiilor medicului specialist dermato-venerolog și sub monitorizare biologică. Necesită măsuri anticoncepționale la femei în perioadă fertilă pe timpul tratamentului și un an ulterior (risc de teratogenicitate).
- tratamente imunomodulatoare: Ciclosporina A: 5 mg / kg corp / zi până la remisiunea erupției sau maxim 12 săptămâni. Necesită monitorizarea TA și a funcției renale.
- agenți terapeutici biologici (etanercept, infliximab, efalizumab, etc.)
- fototerapie: nbUVB, PUVA, re-PUVA
- laserterapie
- medicație simptomatică: antihistaminice, antidepresive, sedative, etc.

5. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- suspectarea cazurilor noi
- depistarea recidivelor
- dirijarea spre medicul specialist dermato-venerolog a cazurilor care necesită confirmare și stabilirea conduitei terapeutice
- monitorizarea tratamentelor sistemice după externarea bolnavului
- monitorizarea tratamentelor locale conform schemei indicate de medicul specialist dermato-venerolog