

POSSIBILITĂȚI ACTUALE DE PREVENIRE ȘI CONTROL A PSORIAZISULUI

I. MARIUS*

Cluj-Napoca

Rezumat

Obiectiv: Elaborarea unor principii generale pentru prevenirea și controlul psoriazisului.

Material și metodă: Datele din literatura de specialitate din perioada 1990-2007 care au fost sintetizate într-o strategie implicând trei niveluri de prevenție: primară, secundară și terțiară.

Rezultate. Măsuri de prevenție primară: reducerea fumatului, consumului de alcool, prevenirea obezității, diabetului zaharat, bolilor cardio-vasculare, infecțiilor.

Măsuri de prevenție secundară și terțiară: interzicerea fumatului, alcoolului, tratamentelor cu beta blocante, antiinflamatoarele nesteroidice, corticoterapia ș.a, combaterea obezității, bolilor cardio-vasculare, infecțiilor, investigații periodice (glicemia, exudatul faringian, teste HIV, determinarea TA), internarea obligatorie a cazurilor grave.

Cuvinte cheie: psoriazis, prevenție, control.

Summary

Objective: To work out some general principles for the prevention and control psoriasis.

Material and methods: The data from the medicale literature of period 1990-2007 which were sintetised in a strategy that implies 3 levels of prevention: primary, secondary and tertiary.

Results: The means for the primary prevention: to reduce the smoking, alcohol consumption, etc, to prevent the obesity, diabetes mellitus, cardiovascular diseases, infections. **The means for the secondary and tertiary prevention:** to prohibit the smoking, alcohol consumption, therapy with beta blockers, general corticotherapy, to combat the cardiovascular diseases, obesity, diabetes mellitus, infection etc, and to investigate for glicemy, HIV, arterial hypertension etc.

Key words: psoriasis, prevention, control.

DermatoVenerol. (Buc.), 52: 113-118

Introducere

Psoriazisul este o dermatoză cu evoluție cronică, cu o incidență și prevalență relative ridicate, importantă pentru sănătatea publică, datorită impactului social, economic și medical. Atât etiologia necunoscută cât și lipsa unui tratament care să conducă la vindecarea definitivă a bolii, au reprezentat principalele obstacole pentru aplicarea unor măsuri eficiente de prevenire și control al psoriazisului. În pofida acestei situații, se poate considera că din punct de vedere epidemiologic, dar și clinic, s-au acumulat destul de multe informații care să permită

elaborarea unor principii generale privind prevenția afecțiunii (13, 48).

Material și metodă

În cele ce urmează voi încerca pe baza datelor actuale din literatura de specialitate să punctez mai multe posibile măsuri de prevenire și control a psoriazisului, care ar putea fi incluse într-un viitor program național de sănătate pe această temă. Strategia propusă se desfășoară la trei nivele: prevenție primară, secundară și terțiară (3, 5, 9).

* Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca.

Rezultate

1. Prevenția primară

Are ca obiectiv prevenirea apariției cazurilor noi de psoriazis în populația generală, deci a reducerii incidenței afecțiunii, prin eliminarea factorilor de risc și promovarea factorilor de protecție, în principal prin măsuri sociale, economice și educative.

Unele măsuri se adresează populației generale, iar altele grupurilor populaționale la risc crescut pentru psoriazis.

1.1. Măsuri de prevenție primară adresate populației generale

- Reducerea fumatului în populația generală (30, 31, 37).
- Scăderea consumului de alcool (31, 34, 36).
- Promovarea unei alimentații echilibrate, bogate în vitamine (14, 34).
- Măsuri de prevenire a obezității, bolilor cardio-vasculare și a infecțiilor faringo-amigdalene (45, 46).

1.2. Măsuri de prevenție primară adresate grupurilor populaționale la risc crescut pentru psoriazis

Ca și grupuri populaționale identificate ca prezentând un risc crescut pentru psoriazis, sunt persoanele cu istoric familial de psoriazis (6, 8, 10, 22) și cele cu grupa sanguină B III (23), iar în mod secundar se mai pot considera, marii fumători și consumatori de alcool, persoanele obeze și pacenții cu cardiopatii ischemice (48).

Principalele măsuri care se adresează acestor grupuri populaționale sunt:

- Interzicerea fumatului (36, 37).
- Interzicerea consumului de alcool (22, 48).
- Locuri de muncă și activități care nu expun la traumatisme sau un grad ridicat de stres (42, 51).
- Alimentație igienică, echilibrată, bogată în fructe și vegetale cu conținut vitaminic ridicat în special beta caroten (34).
- Prevenirea și tratamentul prompt al infecțiilor, în special a celor faringo-amigdalene sau amigdalectomie în cazul recidivelor frecvente (1, 4, 45, 50).
- Prevenirea și combaterea obezității (48).
- Prevenirea bolilor cardio-vasculare (52, 53).

- În măsura posibilităților, excluderea din schema terapeutică a medicamentelor beta-blocante, în cazul pacienților cu boli cardio-vasculare (6, 17).
- Reducerea consumului de antiinflamatoare nesteroidice (21, 48).
- Cure vitaminice repetate.
- Încurajarea curelor helio-marine cu expunerea gradată la soare, dar nu excesivă (21).
- Sfatul genetic adresat persoanelor cu istoric familial de psoriazis (7, 8)).
- Difuzarea informațiilor referitoare la psoriazis în rândul acestor grupuri populaționale

2. Prevenția secundară

Are drept scop depistarea precoce a bolii, tratamentul prompt, controlarea evoluției, scurtarea perioadelor eruptive, mărirea perioadelor de remisie, evitarea cronicizării, complicațiilor și formelor grave, aceste măsuri determinând scăderea prevalenței (3, 5, 9).

Principalele măsuri propuse sunt:

- Prezentarea promptă a pacienților în serviciile dermatologice la apariția primelor leziuni cutanate, fie în cazul primului puseu, fie în caz de recidivă.
- Înființarea unor centre de zi pentru tratamentul psoriazisului, pentru formele de gravitate medie, ca veriga intermediară între cabinetul de dermatologie din ambulatoriul de specialitate, pentru formele ușoare și secția de dermatologie pentru formele grave.
- Începerea precoce a tratamentului sub supravegherea medicului specialist dermatolog.
- Evitarea automedicației și a tratamentelor neomologate.
- Dispensarizarea pacienților.
- Interzicerea fumatului și consumului de alcool (1, 22, 36, 48).
- Locuri de muncă care nu expun la traumatisme sau un grad ridicat de stres. (34, 42).
- Alimentație igienică, echilibrată, hipocalorică și hipoglucidică, bogată în vitamine (31, 34).
- Prevenirea și tratamentul prompt al infecțiilor în general și a celor faringoamigdalene în special sau amigdalectomie în cazul recidivelor frecvente (1, 2, 4, 45, 50).

- Prevenirea și combaterea obezității (17, 20, 48).
- Prevenirea și tratamentul bolilor cardio-vasculare (15, 17, 40, 53).
- Excluderea pe cât posibil a tratamentului cu beta blocante (21).
- Reducerea consumului de antiinflamatoare nesteroidice (6, 21).
- Evitarea coricoterapiei generale (48).
- Cure vitaminice repetate (34).
- Cure helio-marine cu expunere gradată la soare dar nu excesivă, de preferință în stațiuni balneo-climaterice de profil. Modificări legislative prin care să se acorde acestor pacienți concedii de odihnă prelungite, subvenții pentru sejururi terapeutice balneo-climaterice, precum și gratuitate pentru toate tipurile de tratamente (6, 11, 21).
- Examinările de laborator periodice pentru depistarea precoce a diabetului zaharat, hepatopatiilor cronice, bolilor cardio-vasculare oclusive, infecțiilor amigdalene, infecției HIV, altor infecții, candidozelor digestive și tratamentul prompt al acestora (17, 18, 20, 45).
- Sfatul genetic (10).
- Difuzarea informațiilor referitoare la psoriazis în rândul acestor grupuri populaționale.
- Înființarea unor Fundații și / sau Asociații ale bolnavilor de psoriazis.

3. Prevenția terțiară

Se adresează și se aplică individual pacienților cu psoriazis și are ca scop evitarea handicapurilor și a incapacităților complete, recuperarea medicală, socială și profesională, precum și asigurarea unei cât mai bune calități a vieții (3, 5, 11).

Pentru atingerea acestor obiective se pot propune următoarele măsuri:

- Spitalizarea obligatorie a cazurilor grave.
- Depistarea și tratamentul interdisciplinar prompt al complicațiilor: dezechilibre hidro-electrolitice, diabet zaharat, hepatopatii cronice, cancere viscerale, infecții (4, 22, 31, 53, 54).
- Amigdalectomie pentru cazurile cu amigdalite cronice sau recidivante (22).

- Tratamentul sub supravegherea medicului specialist dermatolog.
- Evitarea automedicației și a tratamentelor neomologate.
- Dispensarizarea pacienților și control periodic.
- Interzicerea fumatului și consumului de alcool (20, 22, 32, 36).
- Locuri de muncă fără noxe profesionale.
- Reducerea programului de muncă sau pensionarea de boală.
- Evitarea traumatismelor și a stresului (6, 52).
- Alimentație igienică, echilibrată, hipocalorică și hipoglucidică, bogat în vitamine (32, 34).
- Prevenirea și tratamentul prompt al infecțiilor în general și a celor faringo-amigdalene în special (17, 25, 28).
- Prevenirea și combaterea obezității (17, 20).
- Prevenirea și tratamentul bolilor cardio-vasculare (15, 17, 40).
- Excluderea pe cât posibil a tratamentelor cu bete blocante.
- Reducerea consumului de antiinflamatoare nesteroidice.
- Evitarea corticoterapiei generale.
- Cure vitaminice repetate (32).
- Cure helio-marine constante, cu expunere la soare gradată dar nu excesivă (11).
- Examinări de laborator periodice pentru depistarea precoce a diabetului zaharat, hepatopatiilor cronice, colecistopatiilor, cancerelor viscerale, infecțiilor amigdalene, infecției HIV, candidozelor digestive și tratamentul prompt al acestora (17, 18, 43, 44, 53, 54).

Discuții

Această încercare de a sintetiza măsuri de prevenire a psoriazisului pare la o primă vedere hazardată. Totuși dacă luăm în considerare numeroasele studii efectuate în special după anul 1990, observăm că s-au evidențiat mai mulți factori de risc, dar și de protecție, confirmând implicarea lor în producerea bolii. Astfel se sugerează că cel mai important factor de risc este predispoziția genetică și / sau istoricul familial de psoriazis (8, 10). Există și factori externi, recunoscuți astăzi ca fiind implicați în apariția dermatozei, cum sunt fumatul (20, 21, 36), consumul de alcool (37) sau diferite infecții, în

special cele streptococice (1, 2, 4, 33), însă importanța lor epidermiologică trebuie apreciată în funcție de frecvența lor în populația generală. Astfel un anumit factor chiar dacă conferă un risc relativ mare, însă dacă are o prevalență mică în populație, implicarea epidermiologică generală este redusă, în schimb un factor care prezintă un risc relativ mai scăzut, dacă este foarte răspândit în populație, va avea o importanță epidermiologică mare. Ca urmare pentru prima categorie de factori de risc, măsurile preventive cele mai eficiente vor fi cele adresate persoanelor aflate la risc crescut, în timp ce pentru a doua categorie de factori de risc, sunt cele adresate populației generale. Pe de altă parte psoriazisul fiind o afecțiune multifactorială, factorii de risc și de protecție implicați, în realitate pot interacționa între ei, teoretic în trei moduri și anume prin potențarea efectului reducerea sau chiar anularea riscului sau printr-o interacțiune indiferentă, adică fără să existe o influență reciprocă. Din păcate în literatura de specialitate nu există studii epidermiologice privind modul de interacțiune a factorilor de risc în psoriazis. Totuși este posibil ca factorii de risc externi să potențeze riscul reprezentat de predispoziția genetică pentru psoriazis, fiind astfel justificată de exemplu recomandarea făcută persoanelor cu istoricul familial de psoriazis să nu fumeze, să nu consume alcool sau să-și echilibreze greutatea corporală.

În privința prevenției secundare și terțiare, măsurile se aplică individual celor care au deja psoriazis, vizând factorii care pot agrava boala sau de a preveni și trata complicațiile (5). Studiile au demonstrat că psoriazisul se asociază cu unele boli sistemice cum sunt bolile cardio-vasculare oclusive, diabetul zaharat, obezitatea etc (17). Nu este clar dacă aceste afecțiuni sunt preexistente, jucând un rol etiologic sau apar ulterior, reprezentând complicații ale psoriazisului. Însă este important a investiga bolnavii cu psoriazis pentru a surprinde existența acestor afecțiuni și a le trata prompt.

Bibliografie

- 1 Akiyama T., Seishima M., Watanabe H. – The relationships of onset and exacerbation of pustulosis to smoking and focal infection. *Jour of Derm.* 1995, 22: 930-4.
- 2 Anelt FC, Riveille JD, Duvic M. – Psoriasis and psoriatic associated with human immunodeficiency virus infection. *Rheum. Diseases Clin of North America.* 1991, 17:59-78.
- 3 Azoicăi D. – Ancheta epidermiologica în practica medicală. Ed. Polirom. Iași, 1998, 11-121.
- 4 Batenjev I, Butina R, Potoocnik M. – Subclinical microbial infection in patients with cronic plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl.* 2000, 211: 17-8.
- 5 Beaglehole, Bonit R, Kjellstrom. – Bazele epidermiologiei. Ed. All, 1997, 43-121; 133-163: 177-186.
- 6 Christophers E, Mrowietz U. – Psoriasis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB, et al., editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 15 th ed., New-York; McGraw-Hill, Vol 1 1999: 495-518.
- 7 Duffy DL, Spelman LS, Martin NG. – Psoriasis in Australia twins. *Jour of the Am AC of Dermatology.* 29: 428-34, 1993.
- 8 Enerback C, Martinsson T, Inerot A. – Significantly early age at onset for the HLA-Cw 6-positive than for the Cw 6-negative psoriatic sibling. *Jr of Investigative Dermatology.* 1997, 109: 695-6.
- 9 Enăchescu D, Marcu MG. – Sănătate publică și management sanitar. Ed All, Bucuresti, 1994, 39-97.
- 10 Elder JT, Nair RP, Voorhees JJ. – Epidermiology and the genetics of psoriasis. *J. of Investigative Dermatology.* 1994, 102(6): 248-78.
- 11 Fintzi AF, Benelli C. – A clinical survey of psoriasis in Italy: 1 st. AISP Reoprt. Interdisciplinary Association for the study of psoriasis. *Jr of the European Academy of Dermatology and Venereol.* 1998, 10: 125-9.
- 12 Favre M, Majewsky S, Noszczyk B, Pura A. – Antibodies to human papillomavirus type 5 are generated in epidermal repair processes. *J. Invest. Dermatol.* 2000, 114:403-7.
- 13 Gerald G, Duvic K, Duvic M. – Epidermiology of Psoriasis: clinical issues. *The Journ of Investigative Derm.* 1994, 102:14-18.
- 14 Garrows JS. – Nutrition. În: Holland WW, Detels R, Knox G, editors. *Oxford Textbook of Public Health*, Vol I. *Oxford Medical Publications*, 1991: 83-94.
- 15 Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB et al. – Risk of myocardial infarction in patiens with psoriasis. *JAMA.* 2006, 296:1735-41.
- 16 Harari M, Shani J. – Demographic evaluation of successful antipsoriatic climatotherapy at the Dead Sea. *Intern. Journ. Of Derm.* 1997, 36: 304-8.
- 17 Henseler T, Christophers E. – Disease concomitance in Psoriasis. *Jour of the Am Acad of Derm.* 1995, 32:982-6.

- 18 Howel D, Fischbacher CM, Bhopal RS, Gray J, Metcalf JV, James OF. – An exploratory population-based case-control study of primary biliary cirrhosis. *Hepatology*. 200, 31: 1055-60.
- 19 Henseler T. – The genetics of psoriasis. *Jour. of the Am Ac of Derm*. 37: 1-11, 1997.
- 20 Herron MD, Hinckley M, Hoffman MS. et al. – Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management *Arch Dermatol*. 2005, 141: 1527-34.
- 21 Iftene M, Gorgan V, Iftene F. – Factori de risc asociați psoriazisului. *Dermato-Vener*. 2001, 3: 217-24.
- 22 Iftene M, Iftene F, Gorgan V. – Psoriazisul: relația cu istoricul familial, factorii constituționali, comportamentali și digestivi. *Dermato-Vener*. 2003, 3: 177-85.
- 23 Iftene M, Iftene F, Gorgan V. – Psoriazisul și grupele sanguine. *Dermato-Vener*. 2004, 2: 111-15.
- 24 Ikaheimo I, Tiilikainen A, Kavonen J, Silvennoinen-Kassinen S. – HLA risk haplotype Cw6, DR7, DQA1*O 201 and HLA-Cw6 with reference to the clinical picture of psoriasis vulgaris. *Arch Dermatol Res*. 1996; 288: 363-365.
- 25 Jifcu M. – Ponderea diversilor factori etiologici în declanșarea Psoriazisului în determinismul formei clinice și a extinderii. *Rev Derm-Vener*. 1991, 2: 12-7.
- 26 Jenicek M, Cleroux R, editors *Epidermiologie*. 3 e tirage, Montreal; Edisem Inc.; 1984: 300.
- 27 Krueger GG, Duvic M. – Epidemiology of Psoriasis: clinical issues. *Jour of Invest Derm*. 1994, 145-85.
- 28 Kirby B, Al-Jiffri O, Cooper RJ, Corbitt G, et al. – Invetigations of cytomegalovirus and human herpes virues 6 and 7 as possible causative antigens in psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2000, 80: 404-6.
- 29 Knapp GR, Miller III MC. – Clinical Epidermiology and Biostatistics. Williams & Williams, Baltimore, 1992:31-291.
- 30 Mills CM, Srivastava ED, Harvey IM. – Smoking habits in Psoriasis: a case- control study. *Br. Jour. of Derm*. 1992, 127:18-21.
31. Michaelson G, Gerden B, Hagforsen E, Nilson B, Phil-Lundin I, Kraaz W, Hjelmquist G, Loof L. – Psoriasis patient with antibodies to gliadin can be improved by a gluten-free diet. *Br J Dermatol* 2000, 142: 5-7.
32. Naldi L, Parazzini F, Brevi A. – Family history, Smoking habits, alcohol consumption and risk of Psoriasis. *Br. Jour. of Derm*. 1992, 27: 212-7.
33. Naldi L, Peli L, Parazzini F. – Family history of psoriazis, stressful life events and recent infectious disease are risc factors for a first episode of guttate psoriasis: results of a case-controlle study. *J Am. Acad dermat*. 44: 433-8, 2001.
34. Naldi L, Parrazzini F, Peli L. – Dietry factors and the risk of psoriasis. Results of an Italian case-control study. *Br. Jour. of Derm*. 1996, 134: 101-6.
35. Ohkawara A, Yasuda H, Kobayashi H. – generalized pustular psoriasis in Japan: two distinct groups formed by differences in symptoms and genetic background. *Acta Derm.-Vener*. 1996, 76: 68-71.
36. Poikolaine K, Reunala T, Karvonen J. – Alcohol intake: a risk factor for psoriasis in young and middle aged men. *Br. Med. Jour*. 1994, 300: 780-3.
37. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J. – Smoking, alcohol and life events related to psoriasis among women. *Br. Jour. of Derm*. 1994, 130: 473-7.
38. Picardi A, Abeni D. – Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom*. 2001, 70: 118-36.
39. Park BS, Youn JI. – Factors influencing psoriasis: an analysis based upon the extent of involvement and clinical type. *Jour of Derm*. 1998, 25: 97-102, 1998.
40. Rocha-Pereira P, Santos-Silva A, Rebelo I, Figueiredo A. – Dislipidemia and oxidative stress in mild and in severe psoriasis as a risk for cardiovascular disease. *Clin Chim Acta*. 2001, 303: 33-9.
41. Stern RS. – Epidemiology of psoriasis. *Dermatologic clinics*. 1995, 13: 717-22.
42. Schmid-Ott G, Jaeger B, Adamek C, Koch H, Lamprecht F, Kapp A, Werfel T. – Levels of circulating CD8(+) T lymphocytes, natural killer cells, and eosinophils increase upon acute psychosocial stress in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2001, 107: 171-7.
43. Scarpa R, manguso F. – Microscopic inflammatory changes in colon of patients with both active psoriasis and psoriatic arthritis without bowel symptoms. 2000, 27: 1241-6.
44. Thumboo J, Uramoto K, Shbeeb MI, Crowson CS, Gibson LE, Michet CJ et al. – Risk factors for the development of psoriatic arthritis: a population based nested case-control study. *Jr. of Rheumatology*. 2001, 14: 341-9.
45. Telfer HR, Chalmers RJ, Whale K. – The rol of Streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. *Arch. of Derm*. 1992, 128: 39-42.
46. Tagami H, – Triggering factors. *Clinics in Dermatology*. 1997, 15: 677-85.
47. Vessey MP, Painter R, Powell J. – Skin disorders in relation to oral contraception and other factors, including age, social class, smoching and body mass index. Findings in a large cohort study. *Br. J. Dermatol*. 2000, 143: 815-20.

48. Williams HC, Strachan DP. – The Challenge of Dermato-Epidemiology CRC Press. New-York, 1997: 13-22.
49. Wardrop P, Weller R, Marais J. et al. – Tonsillitis and chronic psoriasis. *Clinical Otolaryngology*. 23: 67-8, 1998.
50. Weitzul S, Duvic M. – HIV-related psoriasis and Reiter's syndrom Seminars in cutaneous Medicine and Surgery. 1997, 16: 213-8.
51. Waldman A, Gilhar A, Duck L, Berdicevsky I. – Incidence of candida in psoriasis - a study on the fungal flora of psoriatic patients. *Mycosis*. 2001, 44: 77-81.
52. Weigl BA. – The significance of stress hormones (glucocorticoides, catecholamines) for eruptions and spontaneous remission phase in psoriasis. *Int. J. Dermatol*. 2000, 39: 678-88.
53. Wakee M, Thio HB, Prens EB et al. – Unfavorable cardiovascular risk profiles in untreated and treated psoriasis patients. *Atherosclerosis*. 2007, 190: 1-9.
54. Yamamoto T, Katayama I, Nishioka K. – psoriasis and hepatitis C virus. *Acta Dermato-Vener*. 1995, 75: 482-3.
55. Yasuda H, Kobayashi A. – A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Japanese Jour of Derm*. 1990, 100: 1167-71.