

VULGARNA PSORIJAZA – prikaz pacijenta

PSORIASIS VULGARIS – case report

Svjetlana Grga Jordan¹, Hrvoje Vuković²

Sažetak

Psorijaza je kronično recidivirajuća upalna bolest kože od koje boluje 2-3% svjetskog pučanstva (oko 125 milijuna ljudi). Karakterizirana je pojavom ograničenih upalnih, crvenkastih, oštro ograničenih žarišta različite veličine, prekrivenih srebrenkasto – bjelkastim ljuskama na predilekcijskim mjestima (koljena, laktovi, šake, stopala, vlasište). Osim kože gotovo redovito su zahvaćeni i nokti. Na temelju kliničke slike razlikujemo dva oblika psorijaze, pustuloznu (oko 20%) i plak psorijazu (psoriasis vulgaris), koja je mnogo češća (oko 80%), a preko 90% ima kronični tijek što zahtijeva kontinuirano praćenje. Cilj liječenja individualan, kako bi se poboljšalo psihičko i fizičko stanje bolesnika koje izrazito utječe na kvalitetu života i na radnu sposobnost. U ovom radu je prikazana uloga liječnika obiteljske medicine u kontinuiranom praćenju ovih bolesnika.

Ključne riječi: psorijaza, dijagnoza, liječenje, obiteljska medicina

Summary

Psoriasis is a chronic relapsing inflammatory skin disease that affects approximately 2-3% of the population (about 125 million patients worldwide). It is characterized by the appearance of reddish, sharply limited inflammatory foci of different sizes, covered with silvery scales, at predilection sites (knees, elbows, hands, feet, scalp). In addition to skin the nails are almost

always affected. Based on clinical features two forms of psoriasis are distinguished, pustular and plaque (psoriasis vulgaris). Around 80% of those patients are suffering from the plaque variety, and more than 90% have a chronic course that requires regular and continuous monitoring. The goal of treatment is individualized in order to improve the patient's mental and physical condition, her/his quality of life, and working ability. This paper describes the family physicians' role in the long-term management of those patients.

Keywords: psoriasis, diagnosis, treatment, family medicine

Uvod

Psorijaza je hiperproliferacija epidermalnih keratinocita u kombinaciji s upalom epidermisa i dermisa¹. Promjene su oštro ograničene od okolne zdrave kože, pojavljuju se postupno, te se povlače i vraćaju. Mogu se javiti spontano s pojavom ili nestankom poticajnih čimbenika². Bolest nastaje međudjelovanjem genetskih i okolišnih čimbenika (stres, trauma, infekcije, lijekovi)¹, a osim kože zahvaća i zglobove, te brojne sustave u vidu komorbiditeta, poput hipertenzije, dijabetesa i kardiovaskularnih bolesti. Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke slike, anamnestičkih podataka te Auspitzovog fenomena točkastog krvarenja. Samo je u rijetkim slučajevima potrebno uraditi biopsiju kože. Liječi se emolijensima, analogima vitamina D, retinoidima, katranom, antralinom, lokalno kortikosteroidima, a

¹Svjetlana Grga Jordan, specijalizantica obiteljske medicine, Dom zdravlja Zadarske županije - Amb. Ražanac

²Hrvoje Vuković, specijalist obiteljske medicine, Specijalistička ordinacija opće medicine, Zadar

kad je teška i metotreksatom, biologicima ili imunosupresivima. Povoljan utjecaj sunčeva svjetla na kožu bolesnika s vulgarnom psorijazom poznat je odavno. U terapijske svrhe koristi se UVA i UVB svjetlo. Fototerapija se može koristiti samostalno, ali i u kombinaciji s vanjskim fotosenzibilizatorom (fotokemoterapija-PUVA). Otprilike 30-40% bolesnika boluje od psoriatičnog artritisa.

Prikaz slučaja

Pacijent od 36 godina starosti javlja se u ambulantu obiteljske medicine zbog pogoršanja simptoma psorijaze uz širenje psorijatičnih morfi po rukama i nogama. Iz obiteljske anamneze doznajem da je otac imao hipertenziju, a majka dijabetes. U bližoj obitelji nema slučajeva psorijaze. Psorijazu ima od djetinjstva. Kao dijete imao je česte upale grla pa je u šestoj godini tonzilektomiran. Nakon toga su se po prvi puta pojavile psorijatične promjene na na laktovima i koljenima. Povremeno je koristio kortikosteroidne kreme. Smetnje se smanje kada je ljeti izložen suncu i moru. Inače zdrav, ne uzima nikakvu drugu terapiju. Zadnji puta pregledan prije šest godina i tada je liječen prvi puta UVB fototerapijom uz lokalne kortikosteroide. Oženjen, otac dvoje malodobne djece. Sa suprugom i djecom živi u stanu za kojeg otplaćuju poveliki kredit. Radi kao pomorac, te mu najteže pada odvajanje od obitelji. U zadnjih par godina stalno ga opterećuje osjećaj neizvjesnosti, opterećen je lošom financijskom situacijom i napetim odnosima u braku. Malo se druži s prijateljima, jer na brodu bude po šest mjeseci. Teško mu se prilagoditi u normalnu životnu kolotečinu. A kad se i prilagodi, mora se vratiti na brod, i tako iz godine u godinu. Puši do kutiju cigareta dnevno, alkohol pije prigodno. Sada dolazi jer ima osjećaj da su se promjene na koži izrazito proširile. Arterijski tlak bio je 130/80 mm Hg, težina 78 kg, visina 185 cm, ITM 22,8 kg/m². Na vlasištu tjemena vidljiva su okrugla eritematozna žarišta. Na obje podlaktice i laktovima vidljiva su eritematozna žarišta minimalne infiltracije sa sitnom skvamom na površini. Na

nogama uključujući i koljena vidljiva su isto tako brojna eritematoskvamozna žarišta, promjera od manje kovanice do velikih ploča koja prekrivaju prednju stranu potkoljenica.

Bolesniku savjetujem da ode na kontrolni pregled dermatologa, koji nije obavio u zadnjih šest godina. Nije bio oduševljen mojom preporukom jer je smatrao da je to gubitak vremena. Ordinirala sam mu lokalno kortikosteroidne preparate, kombinaciju belobase i betametazona i upozorila ga da s obzirom na raširenost promjena to nije dovoljna terapija za regresiju simptoma. U razgovoru sam spomenula da postoje i noviji, ponekad vrlo uspješni lijekovi. Zadnje što je kod njega provedeno bila je UVB fototerapija. Također sam porazgovarala o njegovim životnim teškoćama, obitelji i poslu. Nakon sedam dana se vraća po uputnicu s odlukom da ipak pokuša noviju terapiju kako sam mu ja savjetovala. Nakon pregleda dermatologa donosi nalaz u kojem mu je preporučeno acitretin u dozi od 25 mg jednom dnevno, lokalno mometazon i losion betametazon/salicilna kiselina. Nakon dva mjeseca dolazi na kontrolu. Bio je izrazito zadovoljan poboljšanjem promjena na koži koje su se velikim dijelom ublažile ili čak povukle. Bolje se osjeća i psihički. Za dva mjeseca dolazi opet na kontrolu; promjene su se skoro u potpunosti povukle, vidljive tek blage hiperpigmentacije uz dvije eritematozne promjene na potkoljenicama. U svakom njegovom dolasku na kontrolni pregled imala sam priliku posvetiti mu malo više vremena, razgovarati o problemima koji ga tište i pružati mu podršku. Pacijent je kod prvog pregleda dermatologu imao PASI SCORE 19,2, a nakon 6 mjeseci 2,6. Ovim vrijednostima je izraženo izrazito poboljšanje postojećeg zdravstvenog stanja.

Rasprava

Psorijaza je rijetko opasna po život, ali nepovoljno djeluje na bolesnika. Mnogi od njih mijenjaju sliku o sebi, 10% ih zbog bolesti želi umrijeti, a čak 6% pomišlja na samoubojstvo¹. Uz sklonost psihičkim poremećajima poput anksioznosti i depresije psorijatičari češće obolijevaju od limfoma.

Učestalost Crohnove bolesti je u njih do 7,5 puta veća u odnosu na zdravu populaciju, a imaju i povećan rizik za razvoj pretilosti, dijabetesa, hipertenzije, srčane insuficijencije i infarkta miokarda, koji je 3 puta češći nego u općoj populaciji¹. Procjena težine bolesti važan je čimbenik u određivanju ispravne terapije, kao i u praćenju učinkovitosti liječenja, što se provodi pokazateljima poput PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), BSA (*Body Surface Area*) i DLQI (*Dermatological Quality of Life Index*)². PASI opisuje površinu zahvaćene kože psorijatičnim promjenama te stupanj eritema, infiltracije i ljuškanja psorijatičnih lezija. PASI 50, 75 ili 90 označava 50%, 75%, odnosno 90% poboljšanje u odnosu na početni PASI. BSA metoda dlana određuje postotak zahvaćenosti površine kože tijela psorijatičkim promjenama: glava i vrat 10 dlanova (10%), gornji ekstremiteti 20 dlanova (20%), donji udovi 40% i trup 30%. DLQI skala pokazuje utjecaj psorijaze na svakodnevni fizički, socijalni i psihički život. Kroz 10 pitanja procjenjuje se koliko je problem s kožom utjecao na pacijentov život zadnjih tjedan dana². PASI<10, BSA<10 i DLQI>10 opisuju srednje tešku do tešku psorijazu i lošu kvalitetu života¹. Obiteljska anamneza je često pozitivna, ukazujući na genetičku sastavnicu^{2,3}. Početak bolesti moguć je u svakoj životnoj dobi, od ranog djetinjstva do duboke starosti⁴. Diferencijalno dijagnostički u obzir dolaze seboroični dermatitis, dermatofitoze, kožni lupus erythematosus, ekcem, lichen planus, pityriasis rosea, planocelularni karcinom, lichen simplex chronicus i sekundarni stadij sifilisa⁵. Prije provođenja terapije bolesnike treba upoznati s potrebnim pretragama i s osobitostima liječenja. U ovom slučaju potrebna je pretraga transaminaza i triglicerida jer je retinoid acitretin potencijalno hepatotoksičan. Retinoidi imaju jako protupalno i antiproliferacijsko, ali i teratogeno djelovanje. Žene koje bi se liječile ovim lijekovima ne smiju zanijeti bar dvije godine. Bitno je da liječnik obiteljske medicine pacijentu objasni glavne osobine propisanog lijeka, njegovog djelovanja i mogućih nuspojava, na opasnosti dugotrajnog i nekontroliranog korištenja, te da uporno potiče suradljivost⁶.

Zaključak

Oko 6-8% konzultacija u ordinaciji obiteljske medicine odnosi se na bolesti kože. U Hrvatskoj od psorijaze boluje oko 1,6% stanovnika, stoga je ona i važan javno zdravstveni problem. Kod bolesnika je izražen osjećaj stigmatiziranosti, što nepovoljno utječe na kvalitetu života i na radnu sposobnost. Bitno je da liječnik obiteljske medicine uzme iscrpnu anamnezu te da promatra psorijatičara i njegovu bolest kao posljedicu zajedničkog djelovanja bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika. Razgovor i povjerenje između bolesnika i obiteljskog liječnika od osobite je važnosti. Treba rasvijetliti značaj psorijaze i pružiti jasne informacije o dostupnim načinima liječenja, čime se bolesnike dodatno motivira na suradnju. Jednako je važna podrška u suočavanju s anksioznošću, stresom, sramom ili osjećajem krivnje odnosno manje vrijednosti.

Literatura

1. Kaštelan M, Puizina-Ivić N, Čeović R, Jukić Z, Bulat V, Simonić E i sur. Smjernice Hrvatskog dermatovenerološkog društva za dijagnostiku i liječenje vulgarne psorijaze. Zagreb: Hrvatsko dermatovenerološko društvo Hrvatskog liječničkog Zbora; 2013.
2. Ivančević Ž i sur, ur. MSD priručnik dijagnostike i terapije. 2. hrv.izd. Split: Placebo; 2010.
3. Dobrić I, i sur. Dermatovenerologija. Zagreb: Grafoplast; 1994.
4. Čeović R. Psorijaza. Dostupno na: <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16081/Psorijaza.html>
5. Basta-Juzbašić A i sur. Dermatovenerologija. Udžbenik i atlas s više od 1200 slika u boji. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
6. Ožvačić Adžić Z, Soldo D. Najčešće bolesti kože u obiteljskoj medicini. U: Katić M, Švab I i sur. Obiteljska medicina. Sveučilišni udžbenik. Zagreb: Alfa; 2013. Str. 132-40.
7. Kupetsky EA, Keller M. Psoriasis vulgaris. An evidence-based guide for primary care. J Am Board Fam Med. 2013;26:787-801.