

Abordare diferențiată a psoriazisului în funcție de vârsta pacientului

The differences in the approach to psoriasis based on patient age

Asist. Univ. Dr. Ana Maria Alexandra STĂNESCU, Șef Lucr. Dr. Ioana Veronica GRĂJDEANU, Dr. Ekua Asafoaba APPIAH, Asist. Univ. Dr. Gabriel Cristian BEJAN, Șef Lucr. Dr. Mihaela Adela IANCU, Prof. Dr. Călin GIURCĂNEANU

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Psoriazisul nu mai este o necunoscută, este o boală intens studiată la nivel mondial. Poate să apară la orice vârstă, fiind necesară diferențierea între psoriazisul la copil și psoriazisul la adult. Plecând de la vârsta de debut, care poate determina prognosticul bolii, diferențele imunopatologice, diagnosticul diferențial, până la tratament, toate necesită o abordare diferită și o atenție sporită în cazul copiilor. Fiind o boală mutilantă, calitatea vieții în cazul copiilor devine o provocare foarte grea atât pentru pacient, cât și pentru familia acestuia. Echipa multidisciplinară este o necesitate din cauza posibilelor comorbidități care pot apare și în cazul copiilor. Medicul de familie este primul în contact cu pacientul, urmat de pediatru și dermatolog.

Cuvinte cheie: psoriazis, copil, diagnostic, comorbidități, calitatea vieții, tratament

ABSTRACT

Psoriasis is no longer an unknown disease; it has been studied extensively worldwide. It can affect people of all ages, making it necessary to differentiate between the childhood and adult forms of the disease. Based on the debut age, one can determine the prognosis, the different immunopathologies, differential diagnosis and treatment, thereby requiring a different approach and special attention in childhood psoriasis. Being a mutilating disease, the quality of life of the children become a big challenge for both the patient and their family. The multidisciplinary team is a necessity because of the possible comorbidities that can occur in the case of children. The family doctor is the first point of contact for the patient, followed by a paediatrician and then a dermatologist.

Keywords: psoriasis, childhood, diagnosis, comorbidities, quality of life, treatment

INTRODUCERE

Psoriazisul este o boală cronică, inflamatorie, sistemică, cu afectare cutanată și cu posibilitatea afectării articulare (1).

Este foarte clar că psoriazisul nu poate fi considerat o simplă boală dermatologică, iar abordarea trebuie făcută din punct de vedere multidisciplinar (2). Din echipa multidisciplinară trebuie să facă parte dermatologul, pediatru, medicul de familie, psihologul, iar în funcție de comorbidități, și alte specialități (2).

Debutul poate surveni la orice vârstă; cu cât debutul este la o vârstă mai mică, cu atât prognosticul pe termen lung este mai defavorabil.

Incidența psoriazisului la copil crește o dată cu vârsta indiferent de sexul copilului (3).

Se pare că declanșarea și evoluția psoriazisului pot fi influențate încă din perioada prenatală. Expunerea prenatală a mamei la stres intens, prin pierderea partenerului/soțului sau a unui copil mai mare, crește riscul ca, după naștere, pe parcursul vieții, copilul să dezvolte psoriazis (4).

Adresă de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Ana Maria Alexandra Stănescu, Intrarea Pinului nr. 34, bl. 6, ap. 10, sector 6, București
e-mail: alexandrazotta@yahoo.com

Ca și incidență a tipului de psoriazis la copil, psoriazisul cronic în plăci a fost evidențiat ca fiind cel mai frecvent întâlnit (73,7%), iar zonele cele mai afectate sunt extremitățile (59,9%) și scalpul (46,8%) (3).

Deși procentual diferă, și alte studii au relatat ca având frecvența cea mai mare psoriazisul în plăci (56,8%), cu afectarea scalpului (33,6%), în timp ce psoriazisul gutat a avut o incidență de 12% (5).

Imunopatologia la copii cu psoriazis este prea puțin studiată în comparație cu psoriazisul la adult.

În țesutul din leziunea psoriazică la copil, crește semnificativ interleukina (IL) 22 derivată din CD4+ și CD8+, comparativ cu leziunea psoriazică la adult; de asemenea, nivelul IL-17 este mai scăzut în țesut în cazul copiilor decât la adult, iar celulele regulatorii T nu au creșteri în leziunea psoriazică la copil (6).

Abordarea diagnosticului, comorbidităților și calitatea vieții

În Marea Britanie, ca și la noi, primul impact este cu medicul de familie; de aceea, se ridică problema diagnosticării corecte a psoriazisului la copil. În 22% dintre cazuri a fost diagnosticat inițial ca eczemă, 6% – ca infecție fungică, iar 1,5% – ca dermatită seboreică (7).

Este foarte important diagnosticul corect, iar dacă există suspiciuni asupra diagnosticului în cadrul cabinetului medicului de familie, pacientul trebuie trimis către specialist. O dată pus diagnosticul corect, apare necesitatea urmăririi evoluției și depistarea precoce a comorbidităților asociate psoriazisului la copil.

TABELUL 1. Semne de diagnostic în psoriazis (8)

Semn diagnostic	Descriere
Semnul Kobner	În urma unui traumatism cutanat apar leziunile tipice pentru psoriazis (în general în intervalul 7-14 zile); poate apărea și în alte afecțiuni.
Semnul petei de spermanțet	În urma gratajului, pe leziune apare o dungă albă.
Semnul Auspitz	La îndepărtarea scuamei, pe leziune apare o picătură de sânge.

Comorbiditățile în cazul copiilor cu psoriazis au o frecvență de două ori mai mare decât în restul copiilor, iar cel mai des întâlnite sunt: hiperlipidemia, obezitatea, hipertensiunea, diabetul, artrita reumatoidă și boala Crohn (9).

Prevalența sindromului metabolic în rândul copiilor cu psoriazis este semnificativ mai mare decât în rândul copiilor sănătoși (10).

În studiul recent condus de Awatef K. et al. Se relatează prezența comorbidităților asociate psoriazisului la copil; acestea sunt (în ordinea descrescătoare a incidenței): obezitate abdominală, greutate corporală crescută, sindrom metabolic, dislipidemie, atopie, epilepsie, boala celiacă, vitiligo, alopecia areata și cardiopatie valvulară (11).

Un subiect intens studiat este calitatea vieții la copii cu psoriazis, aceștia având o stimă de sine scăzută și probleme de adaptare în colectivitate, de cele mai multe ori fiind necesară intervenția psihologului.

Pe lângă calitatea vieții pacientului (copilului), un alt factor foarte important, care trebuie luat în considerare, este calitatea vieții părinților copiilor cu psoriazis.

S-a raportat o calitate a vieții alterată la toți părinții care au copii cu psoriazis, exprimată printr-un impact negativ asupra sănătății, stimei de sine, a stării emoționale (cea mai afectată), a funcției familiale și sociale (12).

Probleme terapeutice

Terapia topică, foarte utilizată în psoriazis, poate fi în unele cazuri insuficientă, devenind necesară terapia sistemică.

Fototerapia poate reduce manifestările în dermatita atopică severă și psoriazis la copil; cu toate acestea, ar trebui considerată ca a II-a linie terapeutică, atunci când terapia topică nu are succes (13).

O rată de 75% în reducerea scorului PASI și un răspuns bun la tratament al copiilor cu psoriazis au fost obținute prin utilizarea unor medicamente precum: acitretin, metotrexat și ciclosporină (14).

La adulți, de-a lungul timpului, schemele terapeutice au fost revoluționate prin inhibitorii factorului de necroză tumorală (TNF), anticorpi monoclonali (MABs) etc., însă foarte puține sunt acceptate pentru administrarea pediatrică în psoriazis, deși există date semnificative, adunate de-a lungul timpului, pentru administrarea la copil a acestor medicamente pentru alte afecțiuni ca: artrita idiopatică juvenilă, colita ulcerativă și boala Crohn (15).

Privind din altă perspectivă, terapia anti TNF- α (infliximab, adalimumab, certolizumab), folosită în pediatrie pentru boala inflamatorie intestinală, poate duce în unele cazuri la inducerea sau exacerbarea psoriazisului într-un timp mediu de 11 luni de tratament (16).

Viitorul în terapia psoriazisului poate aparține celulelor stem; efectul acestora în epiderm și

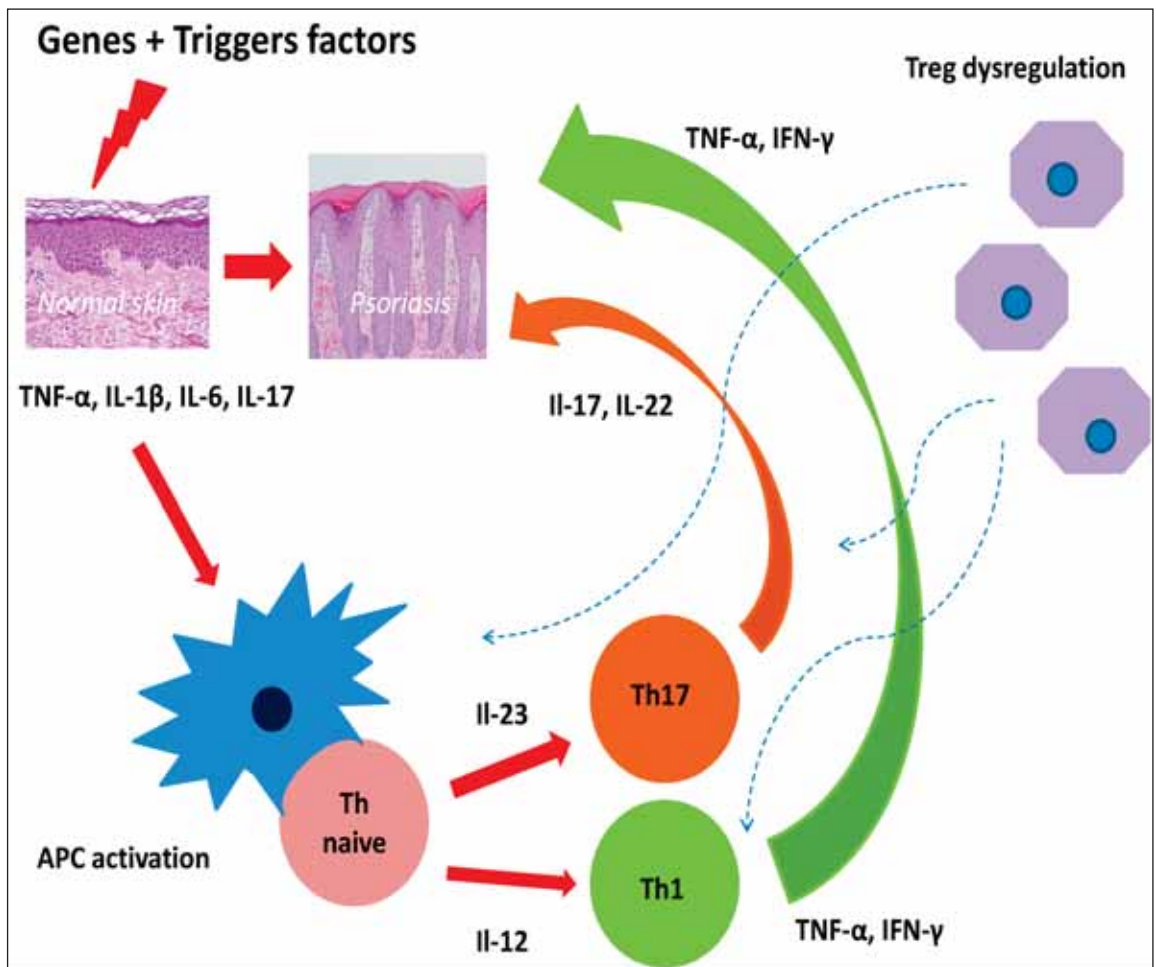


FIGURA 1. Iregularitatea răspunsului inflamator în psoriazis (17)

asupra celulelor T a fost identificat, iar cercetări viitoare vor determina eficacitatea tratării psoriazisului cu celule stem (17).

CONCLUZII

Abordarea psoriazisului din punct de vedere pediatric este diferită față de abordarea la adult.

Echipa multidisciplinară este o necesitate în managementul cazurilor de psoriazis la copil. Mai multe studii sunt necesare pentru a determina toate diferențele între psoriazisul la copil și la adult, iar aceste diferențe pot determina o mai bună conduită terapeutică în viitor.

BIBLIOGRAFIE

1. Stănescu A.M.A., Matei A., Grăjdeanu I.V. et al. Asocierea între psoriazis și sindromul metabolic, corelată cu deficitul vitaminei D în ambele afecțiuni. *Revista Medicală Română*. 2016; LXIII: 81-85. <http://rmj.medica.ro/asocierea-intre-psoriazis-si-sindromul-metabolic-corelata-cu-deficitul-vitaminei-d-in-ambele-afectiuni/>.
2. Stănescu A.M.A., Matei A., Grăjdeanu I.V. et al. Multipli factori de interes în managementul psoriazisului și comorbidităților asociate. *Practica Medicală*. 2016; 11: 49-52. <http://rjmp.com.ro/multipli-factori-de-interes-in-managementul-psoriazisului-si-comorbiditatilor-asociate/>
3. Megha M., Tollefson M.D., Cynthia S., Crowson M.S. et al. Incidence of psoriasis in children: A population-based study. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2010; 6: 979-987 <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.07.029>
4. Liu X., Chen J., Olsen J. et al. Prenatal exposure to maternal bereavement and offspring psoriasis: a Danish nationwide cohort study. *Br J Dermatol*. 2017; 176: 659–666. doi:10.1111/bjd.15224
5. C. Stefanaki, E. Lagogianni, G. Kontochristopoulos et al. Psoriasis in children: a retrospective analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2011; 25: 417-421. doi:10.1111/j.1468-3083.2010.03801.x

6. **Kelly M., Cordoro M.D., MariaHitraya-Low B.S., KeyonTaravati B.S.** Skin-infiltrating, interleukin-22-producing T cells differentiate pediatric psoriasis from adult psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017; 77: 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.05.017>
7. **Lam M.L., Burden-Teh E., Taibjee S.M. et al.** A U.K. multicentre audit of the assessment and management of psoriasis in children. *British Journal of Dermatology*, 2015; 172: 789–792. doi: 10.1111/bjd.13471
8. **Stănescu A.M.A.** Psoriazisul. În: Dumitru Matei. Esențialul în medicina de familie, ediția 3. Editura Amaltea, București, 2016: 384-388.
9. **Augustin M., Glaeske G., Radtke M.A. et al.** Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *British Journal of Dermatology*, 2010; 162: 633–636. doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09593.x
10. **Pietrzak A., Grywalska E., Walankiewicz M. et al.** Psoriasis and metabolic syndrome in children: current data. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2017; 42: 131–136. doi: 10.1111/ced.13014
11. **Kelati A., Baybay H., Najdi A., Zinoune S., Mernissi F.Z.** Pediatric psoriasis: Should we be concerned with comorbidity? Cross-sectional study. *Pediatrics International*. 2017; 59: 923–928. doi:10.1111/ped.13309
12. **Megha M., Tollefson M.D., Dawn M., Finnie M.P.A., Jennifer J. Schoch M.D. et al.** Impact of childhood psoriasis on parents of affected children. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017; 76: 286-289e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.09.014>
13. **Eustace K., Dolman S., Alsharqi A. et al.** Use of Phototherapy in Children. *Pediatr Dermatol*, 2017; 34: 150–155. doi:10.1111/pde.13072
14. **Ergun T., Seckin Gencosmanoglu D., Alpsoy E. et al.** Efficacy, safety and drug survival of conventional agents in pediatric psoriasis: A multicenter, cohort study. *J Dermatol*, 2017; 44: 630–634. doi:10.1111/1346-8138.13713
15. **Rose K., Happle R.** The Effect of Regulation on Pediatric Psoriasis Drug Approvals: The Challenge of the European Union Pediatric Investigation Plans. *Pediatric Dermatology*. 2017; 34: e154–e159. doi: 10.1111/pde.13097
16. **Eickstaedt J.B., Killpack L., Tung J. et al.** Psoriasis and Psoriasiform Eruptions in Pediatric Patients with Inflammatory Bowel Disease Treated with Anti-Tumor Necrosis Factor Alpha Agents. *Pediatr Dermatol*, 2017; 34: 253–260. doi:10.1111/pde.13081
17. **Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Magdalena Krajewska-Włodarczyk, Anna Kruszewska et al.** Stem Cells as Potential Candidates for Psoriasis *Cell-Replacement Therapy*. *Int. J. Mol. Sci.* 2017; 18(10): 2182; doi:10.3390/ijms18102182