

# Ψωρίαση: ο πονοκέφαλος του δερματολόγου και του ασθενούς

Αντώνης Βαρελιτζίδης

*Ομοσ. Καθηγητής Δερματολογίας,  
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών*



εν υπάρχει πιο πολυπρόσωπη δερματοπάθεια από την ψωρίαση. Όποια παράμετρο κι αν εξετάσουμε, θα εντυπωσιαστούμε από τον πολυμορφισμό και τον αιρετικό της χαρακτήρα: η ποικιλία των κλινικών μορφών, η έκταση των βλαβών, η πορεία και η πρόγνωση της νόσου, καθώς και η μη προβλέψιμη επίδραση της θεραπείας καθιστούν τη συχνή αυτή δερματοπάθεια πραγματικό πονοκέφαλο τόσο για τον ασθενή όσο και για τον γιατρό.

Η ψωρίαση **ορίζεται** ως συνήθης, χρόνια, καλοήθης, ερυθματολεπιδώδης δερματοπάθεια και χαρακτηρίζεται από αυξημένο πολλαπλασιασμό των επιδερμικών κυττάρων. Συχνά προσβάλλει τα νύχια και τις αρθρώσεις.

Η **αιτιολογία** της ψωρίασης παραμένει ακόμη άγνωστη. Σημαντικό ρόλο παίζει η γενετική προδιάθεση, όπως διαπιστώνεται από ορισμένες παρατηρήσεις:

- ▶ Το 1/3 των ασθενών έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό
- ▶ Διαπιστώνεται μεγάλη συχνότητα σε μονοζυγωτικούς διδύμους (65-75%)

- ▶ Υπάρχει μεγάλη συσχέτιση με μείζονα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA (CW6, B13, B17, Bw 57, DR 7)

Ο τύπος της κληρονομικότητας δεν ακολουθεί τους κανόνες του Mendel. Έτσι, ένας γονιός με ψωρίαση έχει πιθανότητα 25% να αποκτήσει παιδί με τη νόσο. Αν και οι δύο γονείς πάσχουν, η πιθανότητα για το παιδί ανέρχεται στο 60%. Η γενετική μεταβίβαση είναι γονιδιακή (γονίδια στα χρωμοσώματα 4,6 και 17). Για την εκδήλωση της νόσου είναι απαραίτητη η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως:

- ▶ Τραύμα –μηχανικό, φυσικό, χημικό– μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση της ψωριασικής βλάβης (φαινόμενο Koebner ή ισομορφικό φαινόμενο)
- ▶ Λοιμώξεις από κόκκους HIV κ.ά.
- ▶ Φάρμακα (λίθιο, β-αδρενεργικοί αναστολείς, αναστολείς διαύλων ασβεστίου, αυθελανοσοιακά, ιντερφερόνη)
- ▶ Ορμονικοί παράγοντες (εφηβεία, εμμηνόπαυση)
- ▶ Εποχιακοί παράγοντες (χειμώνας, υγρό και ψυχρό κλίμα)
- ▶ Ψυχογενείς παράγοντες (στρες)

Η παθογένεια της νόσου δεν είναι ξεκάθαρη. Επιγραμματικά μπορεί να λεχθεί ότι η δημιουργία των δερματικών βλαβών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ενός πλέγματος γενετικών, βιοχημικών και κυρίως ανοσολογικών μηχανισμών. Σημαντική είναι η συμμετοχή της κυτταρικής ανοσίας με την ενεργοποίηση των T-λεμφοκυττάρων από ορισμένα αντιγόνα ή αυτοαντιγόνα.

Η ψωρίαση προσβάλλει το 2% περίπου του πληθυσμού της Ευρώπης και της Β. Αμερικής. Η επίπτωση είναι ίση στα δύο φύλα. Η ηλικία έναρξης είναι συχνότερη μεταξύ 20 και 40 ετών, αλλά δεν είναι σπάνια η εμφάνιση στην τρίτη ηλικία και σε παιδιά ή βρέφη. Η εμφάνιση στην παιδική ηλικία υποδηλώνει συνήθως δυσμενέστερη πρόγνωση και φτωχότερο αποτέλεσμα της θεραπευτικής προσπάθειας (εικ. 1).

Όπως προαναφέρθηκε, η ψωρίαση παρουσιάζει μεγάλο πολυμορφισμό. Οι κυριότερες **κλινικές μορφές** είναι:

- ▶ Κοινή ή κατά πλάκας ψωρίαση



Εικόνα 1

- ▶ Σταγονοειδής
- ▶ Φλυκταινώδης
- ▶ Ερυθροδερμική
- ▶ Αρθροπαθητική

**Κοινή ή κατά πλάκας ψωρίαση:** Χαρακτηρίζεται από την παρουσία πλακών ερυθρών, διθημένων, που καλύπτονται από αργυρόχροα λέπια. Είναι ποικίλου μεγέθους και αφορίζονται σαφώς από το περίξ υγιές δέρμα (εικ. 2). Πολλές συνενώνονται και σχηματίζουν μεγάλες πλάκες που καλύπτουν ευρεία επιφάνεια του σώματος. Ένα σημαντικό κλινικό σημείο είναι το φαινόμενο του Koebner ή ισομορφικό φαινόμενο, που συνίσταται στην εμφάνιση ψωριακής βλάβης σε κλινικώς υγιές δέρμα, κατόπιν έστω και ελαφρού φυσικού ή χημικού τραυματισμού.

Η ψωρίαση παρουσιάζει ιδιάζοντα χαρακτηριστικά όταν εντοπίζεται σε ορισμένες περιοχές, υφίστανται δηλαδή **ιδιαίτεροι εντοπισμοί:**

- ▶ Τριχωτό κεφαλής: Πολύ συχνή εντόπιση της νόσου που χαρακτηρίζεται από έντονες ερυθματολεπιδώδεις πλάκες επεκτεινόμενες στο δέρμα του μετώπου, τις οπισθοωτιαίες χώρες και το πρόσωπο (εικ. 3).
- ▶ Πτυχές μηρογεννητικές, υπομαστικές μασχαλιαίες και μεσογλουτιαία αύλακα. Παρουσιάζεται έντονη ερυθρότητα, χωρίς λέπια και συχνά επώδυνες διαβρώσεις (εικ. 4).



Εικόνα 2



Εικόνα 3



Εικόνα 4



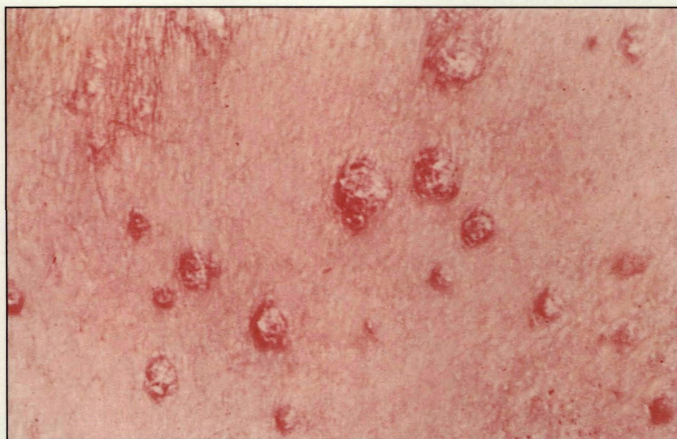
Εικόνα 5

- ▮ Νύχια: Προσβάλλονται σε ποσοστό 25-50% των ασθενών. Μπορεί να είναι η μόνη εκδήλωση της νόσου ή να συνοδεύει δερματικές αλλοιώσεις. Οι συνηθέστερες βλάβες είναι τα βοθρία, δηλαδή τα σικτά εντυμπώματα στην επιφάνεια του νυχιού, η ονυχόλυση που προκύπτει από την αποκόλληση του νυχιού από την κοίτη του (εικ. 5), η υπονύχια υπερκεράτωση, η φλεγμονή και η δυστροφία (εικ. 6).

**Σταγονοειδής ψωρίαση:** Είναι συχνότερη σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες, εμφανίζεται συνήθως 2-4 εβδομάδες μετά από λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού με β' αιμολυτικό στρεπτόκοκκο. Μπορεί να υποχωρήσει πλήρως σε λίγους μήνες ή μεταπίπτει σταδιακά σε χρόνια κακή ψωρίαση. Χαρακτηρίζεται



Εικόνα 6



Εικόνα 7

από μικρές σταγονοειδείς βλατίδες που εντοπίζονται κυρίως στον κορμό. Παρομοιάζονται με σταγόνες βροχής (εικ.7).

**Φλυκταινώδης ψωρίαση:** Οφείλεται σε αθρόα άθροισα στην επιδερμίδα πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων που δημιουργούν φλυκταινίδια. Διακρίνεται στην εντοπισμένη ψωρίαση παλαμών-πελμάτων και στη γενικευμένη φλυκταινώδη ψωρίαση.

- ▶ Η φλυκταινώδης ψωρίαση παλαμών-πελμάτων χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση φλυκταινιδίων με άσπιο πυώδες υγρό, που αποξηραίνονται και σχηματίζουν κηρίνοφαιες βλατίδες. Παρόμοιες βλάβες εμφανίζονται και στα πέλματα, αρχικά στις καμάρες, επεκτεινόμενες βαθμιαία σε όλο το πέλμα. Προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες και είναι επίμονη με συχνές υποτροπές (εικ. 8).
- ▶ Η γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση (R von Zumbush) χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση μυριάδων φλυκταινιδίων επί εκτεταμένων ερυθρηματώδων πλάκων (εικ. 9). Στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε κακή θεραπευτική αγωγή, όπως απότομη διακοπή συστηματικώς χορηγουμένων κορτικοστεροειδών ή ερεθιστική τοπική αγωγή. Ενίοτε, προκαλείται από την κύηση είτε από φάρμακα όπως το λίθιο, τα αντισυλληπτικά κ.ά. Η κατάσταση συνοδεύεται από υψηλό πυρετό, έντονο αίσθημα καύσου και άλγους και συστηματικές διαταραχές -αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές ανω-



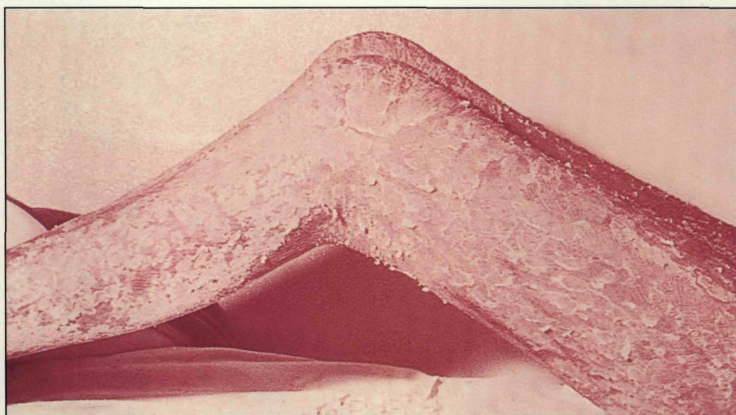
Εικόνα 8

μαλίες, καρδιακή ανεπάρκεια, ηπατική δυσλειτουργία και οξεία σωληναριακή νέκρωση των νεφρών. Παλαιότερα υπήρχε μεγάλη θνησιμότητα. Σήμερα με την έγκαιρη, κατάλληλη αγωγή, η πρόγνωση έχει βελτιωθεί σημαντικά.

*Ερυθροδερμική ψωρίαση:* Αποτελεί σοβαρή μορφή της νόσου και χαρακτηρίζεται από καθολική φλεγμονή του δέρματος. Μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά χωρίς προηγούμενο ιστορικό ψωρίασης, ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα, ή να ακολουθήσει κακή θεραπευτική αγωγή, όπως αναφέρθηκε στην παραπάνω μορφή. Το εξάνθημα παρουσιάζει έντονη ερυθρότητα και ποικίλου βαθμού



Εικόνα 9



Εικόνα 10

απολέπιση από μεγάλες εκτάσεις του σώματος (εικ. 10). Συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα όπως πυρετός, ρίγος, κακουχία και διαταραχές της θερμορύθμισης, οδηγώντας την υποθερμία ή υπερθερμία ανάλογα με τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Η αγγειοδιαστολή προκαλεί αύξηση της ροής του αίματος στην περιφέρεια, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή κάμψη σε βεβαρημένα άτομα. Επιπλέον, η απώλεια μεγάλων ποσοτήτων λευκωμάτων και σιδήρου από την εκτεταμένη απολέπιση ενδέχεται να προκαλέσει υποπρωτεϊναιμία και αναιμία. Παλαιότερα η πρόγνωση ήταν βαριά. Σήμερα, η ορθή τοπική και συστηματική αγωγή καθώς και η αντιμετώπιση των συστηματικών διαταραχών σώζει τη μέγιστη πλειονότητα των ασθενών.

*Αρθροπαθητική ψωρίαση:* Το 5-8% των πασχόντων από ψωρίαση εμφανίζουν αρθροπάθεια, σπάνια πριν από την ηλικία των 20 ετών. Το 10% των περιπτώσεων πάσχει από αρθροπάθεια χωρίς δερματικές αλλοιώσεις. Υπάρχουν διάφορες κλινικές μορφές ψωριασικής αρθρίτιδας για τη διάγνωση και θεραπεία των οποίων πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ ρευματολόγου και δερματολόγου.

Όσον αφορά την **πορεία** και την **πρόγνωση** της νόσου, αναφέρουμε χαρακτηριστικά τη ρήση του Hebra, το 1868, ενός από τα «ιερά τέρατα» της Δερματολογίας: «Είναι αδύνατο να προβλέψει κανείς πόσο χρόνο θα διαρκέσει η νόσος του ασθενούς, αν θα έχει υποτροπές και για πόσο διάστημα θα



είναι ελεύθερος από την ψωρίαση». Ύστερα από ενάμιση αιώνα η νόσος παραμένει το ίδιο απρόβλεπτη όπως τότε. Οι υποτροπές εμφανίζονται σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα. Η ύφεση μπορεί να διαρκέσει από λίγες εβδομάδες έως μερικά χρόνια.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι σημαντικές, ενώ επηρεάζουν αρνητικά και την ποιότητα της ζωής. Πολλοί ασθενείς δεν κολυμπούν για να μη φανεί το σώμα τους ή έχουν πρόβλημα στις σεξουαλικές σχέσεις, ιδίως αν υπάρχει εντόπιση στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Η προσβολή του προσώπου δημιουργεί τεράστιο ψυχολογικό πρόβλημα στις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες του ασθενούς. Κατά κανόνα οι ψωριασικοί κατατρύχονται από το αίσθημα του λεπρού, δηλαδή το σύνδρομο της κοινωνικής απόρριψης. Η ρήση του Rothman είναι χαρακτηριστική: «Πολλές δερματοπάθειες δεν σκοτώνουν αλλά καταστρέφουν τη ζωή».

Ως προς τη **θεραπευτική αντιμετώπιση**, τώρα, και δεδομένου του πολυμορφισμού της νόσου και της ιδιαιτερότητας του κάθε ασθενούς, αναγκαίο είναι ο χειρισμός της θεραπείας να γίνεται από έμπειρο δερματολόγο, ο οποίος θα επιλέξει το σχήμα με βάση ορισμένους παράγοντες – ηλικία του ασθενούς, κλινική μορφή της ψωρίασης, εντόπιση και έκταση του εξανθήματος, επίδραση προηγούμενης αγωγής και βεβαίως κλινική πείρα του θεράποντος ιατρού.

Σήμερα διαθέτουμε σημαντική ποικιλία τοπικών και συστηματικών φαρμάκων και μεθόδων (πιν. 1). Στον πίνακα 2 εκτίθενται οι γενικές αρχές που διέπουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου.

Με τον συνδυασμό των διαφόρων φαρμάκων και μεθόδων καθώς και με την εκ περιτροπής θεραπεία (rotation therapy), δηλαδή την ανά διαστήματα αλλαγή της αγωγής ώστε να μειώνονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες ενός εκάστου φαρμάκου, μπορούμε να πετύχουμε, όχι βέβαια την ίαση, αλλά τον ικανοποιητικό έλεγχο της νόσου. Έτσι οι ασθενείς, με όσο το δυνατόν καθαρό δέρμα, μπορούν να ανταποκρίνονται απρόσκοπτα στις κοινωνικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις και να διάγουν μια φυσιολογική ζωή.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1**

*Τοπική και συστηματική θεραπεία ψωρίασης*

▸ Τοπική	- Ανθραλίνη - Κορτικοστεροειδή - Ανάλογα βιταμίνης D - Ταζαροτέν - Κερατολυτικά
▸ Φωτοθεραπεία	- Υπεριώδεις ακτίνες B (290-320 nm) - Υπεριώδεις ακτίνες B «στενού φάσματος» (311 nm) - Φωτοχημειοθεραπεία (PUVA=Psoralens+UVA)
▸ Συστηματική	- Μεθοτρεξάτη - Ρετινοειδή - Κυκλοσπορίνη - Υδροξυουρία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2**

*Γενικές αρχές στη θεραπεία της ψωρίασης*

▸ Κοινή ψωρίαση σταθερή, μικρής έκτασης	- Πίσσα - Ανθραλίνη - Καλσιποτριόλη - Ταζαροτέν - Κορτικοστεροειδή
▸ Κοινή ψωρίαση μέτριας έκτασης ή εκτεταμένη σταγονοειδής	Τοπική θεραπεία + - Φωτοθεραπεία (UVB) ή Φωτοχημειοθεραπεία (PUVA)
▸ Ψωρίαση φλυκταινώδης, ερυθροδερμική, αρθροπαθητική	Συστηματική θεραπεία: - Μεθοτρεξάτη - Ασπρεσίνη - Ασπρεσίνη + (PUVA) - Κυκλοσπορίνη