

# ПСОРИАЗИС В ИНТИМНИТЕ ЗОНИ

## Едно терапевтично предизвикателство



Г. Пехливанов, Н.  
Цекова,  
Д. Серафимова,  
И. Бакарджиев

МУ-София, ККВБ

**Х**ипократ (460-377 пр.Хр.) прилага локално тар и арсен при хора, страдащи от сърбеж. Гален въвежда термина псориазис, а Нebra (1840 г.) разграничава псориазиса от лепра. През 1970 г. се изяснява патогенезата на псориазиса и се въвежда фототерапията и системната терапия (имуносупресори) при лечението. Революционната терапия с биологични средства се въвежда през 1998 г. и оттогава е с несравним успех при лечението на тежък псориазис.

Проучванията върху патофизиологията на псориаатичната болест говедо-

ха до промяна в нейната дефиниция от „заболяване на кожата“ към „Т-клетъчно медирано заболяване“.

Заболеваемостта от псориаатичен артрит (PsA) според различни източници варира от 5.94% до 25%. Псориаатичният артрит има сигнификантна роля за тежестта на заболяването и е важна ролята на дерматолога за ранната му диагностика и интервенция. Необходимо е дерматолозите да откриват PsA чрез подходящ въпросник, които пациентите да попълват (напр. Psoriatic Arthritis Questionnaire, PAQ). Преценката при огледа на пациента обикновено е недостатъчна и трябва да се допълва от подробната анамнеза. PsA може да се появи по всяко време, но пикът е между 20 и 40 години<sup>[9,10]</sup>.

Псориазисът може да се проявява в различни форми, включващ плакатен, гутатен, еритродермичен, пустулозен, инвертен. Според кожните белези и симптоми (лек/умерен/тежък), по степен на разпространение (локализиран/генерализиран) и протичането (остро/хронично). За леки форми се считат тези, при които са засегнати

<3% от кожата повърхност; за умерен 3-10% и за тежък >10%.

За оценка на псориаатичната активност най-често се използват Body Surface Area (BSA) и Psoriasis Area Severity Index (PASI). Индексът Dermatology Life Quality Index (DLQI) се базира на специфичен въпросник. DLQI се използва се за определяне важността на различни кожни заболявания за качеството на живота<sup>[4]</sup>.

### Psoriasis inversa

Тази клинична форма може да се наблюдава на фона на един плакатен псориазис или по-рядко като самостоятелна проява. Засегнати са глутеалната гънка, аксилите, субмамарните, ингвиналните и ретроаурикуларните гънки. Плаките са червени, гладки, блестящи, приличащи на интертриго или кандига инфекция. Повърхността е влажна, на места с мацерирани участъци (Фиг. 1-3).

Появата на инвертния псориазис може да се провокира от инфекция, топлина, по механичен път, като Кьобнеров фе-

Псориазисът е хронично, имуно-медирано кожно заболяване, което засяга 2% от популацията в Европа и 1-2% в САЩ. Разпространението на заболяването варира между различните популации и етнически групи, като общо е по-високо сред бялата раса, по-ниско сред азиатската и африканската популации. Заболяването било познато още на древните гърци – в различни исторически бележки се среща терминът „psora“ (гр. сърбеж).



**фигура 1:**  
Еритемни и мацерирани плаки в ингвиналните гънки



**фигура 2:**  
Еритемни и мацерирани плаки в ингвиналните гънки



**фигура 3:**  
Еритемни и мацерирани плаки перианално

номен.

Гениталната локализация на псориазиса обикновено е част от клиничната картина на Psoriasis inversa. Наблюдава се приблизително в 25% от случаите (Фиг. 4, 5).

Изолираната локализация на псориазиса само върху пениса е изключително рядка (Фиг. 6, 7).

Клиничната диференциална диагноза е трудна и се прави с lichen ruber planus, dermatitis seborrhoides, candida balanitis, balanitis simplex recidivans. Анамнезата насочва към поява на слабоинфилтрирани рецидивиращи плаки върху гланса, често свързани с механично триене и полови контакти. През 2012 г. описахме два такива случая (Bakardzhiev, I., Pehlivanov, G., Kavaklieva, S., Balabanova, M., Gonevski, M., Psoriasis penis – A Two Case Report., WebmedCentral 2012; 3(3): WMC003176).



**фигура 4:**  
Еритемно-сквамозна плака по кожата на пениса



**фигура 5:**  
Еритемно-сквамозна плака по кожата на пениса



**фигура 6, 7:**  
Еритемно-сквамозна плака по кожата на glans penis

## Лечение

При лечението на псориазиса се цели да се подобри и овладее заболяването до такава степен, че да не нарушава качеството на живот на пациента и то да бъде безопасно, лесно и удобно за приложение от страна на пациента.

Прилагат се основно два подхода за лечение на псориазиса според негова-

та тежест: леките форми се лекуват с локални средства, а умереният до тежък псориазис – със системна терапия<sup>[3]</sup>. Спектърът от терапевтични средства както за локална, така и за системна терапия е голям.

## Лечение на лек до умерен псориазис

За много пациенти с лек до умерен псориазис локалната терапия като цяло е достатъчна. Налични са много

таблица 1

Емолиенти	При лечение и поддържаща терапия
Катрани	Излязъл от употреба. Приложение само след внимателно обмисляне на ползите и риска. Може да се използва в комбинация с UVB в изключително упорити случаи.
Дитранол	Подходящ за начално болнично лечение; в комбинация с фототерапия.
<b>Локални ретиноиди</b>	
Локални кортикостероиди	Средно потентни КС; фиксирана комбинация със салицилова к-на; възможна широка комбинация с други средства; повишено внимание към страничните ефекти на КС.
Локални Vit. D аналози	Подходящи за поддържаща терапия; фиксирана комбинация с Betamethasone за начало; възможна широка комбинация с FAEs, фототерапия, СуА.
Vit. D аналог/ кортикостероид	Ефикасността на комбинацията е много висока. Разрешава се специално приложението на комбинацията calcipotriol/betamethasone.
Калций-невринови инхибитори	Само за специални области (лице, гениталии, интертригинозен псориазис).

средства за локална терапия – всяка със своите позитивни и негативни свойства. Изборът на терапия е въпрос на съвместна преценка от пациента и дерматолога (Табл. 1).

гениталии, интертригинозен псориазис). Изборът на препарат да бъде съобразен с локализацията на обрива.

- Катран – в комбинация с UVB в изключително упорити случаи.

## Изводи

- Възможно е умерено приложение на среднопотентни локални КС. Суперпотентните КС да не се прилагат – предизвикват кожна атрофия и стрии.
- Препоръчва се приложението на двукомпонентния calcipotriol/betamethasone за локално лечение на лек до умерен псориазис.
- Vit. D аналози – подходящи за поддържаща терапия; фиксирана комбинация с Betamethasone за начало; възможна широка комбинация с фототерапия и СуА.
- Дитранол – подходящ за начално болнично лечение; в комбинация с фототерапия.
- Калций-невринови инхибитори – само за специални области (лице,

## Лечение на умерен до тежък псориазис

### • Фототерапия

Фототерапията се установи като ефективно средство за умерен към тежък псориазис. Фотохимиотерапията е комбинацията от светлинни вълни и фотосенсибилизатор като псорален (psoralen + UVA – PUVA). Прилагат се три основни типа на PUVA: системна, душ и крем. Широко ретроспективно проучване показва, че няма разлика в ефективността между душ PUVA, системна PUVA или UVB 311 nm<sup>[7]</sup>.

### • Традиционна системна терапия

Съвременните решения по сигур-

ността ограничават по-широкото прилагане на традиционните системни средства. Основно в дерматологичната практика се прилагат следните лекарства:

- **Acitretin** – най-вече се прилага в комбинация с друга терапия и повече за поддържащо лечение, отколкото инициращо. Няма висока ефикасност. Поради тератогенен ефект жените в детородна възраст трябва да прилагат ефективна контрацепция до 2 год. след приложението му.
- **Cyclosporin** – прилага се за резистентни форми на псориазис. От презумпция за сигурност Cyclosporin се прилага в съкратени курсове (обикновено 2-4 месеца; най-много 2 години). Основни нежелани лекарствени реакции са: повишаване на артериалната хипертония, бъбречни увреждания и пик от инфекции.
- **Methotrexate** – широко прилаган в Европа за лечение на псориазис, в дози 5-30 mg/седмица, в различни схеми. Риск от чернодробни увреждания.

### • Биологична терапия

Биологичните средства са съвременни медикаменти, които се произвеждат с методите на генното инженерство. Съдържат животински или човешки протеини. Те подтискат избирателно специфични реакции от имунния отговор. За лечение на псориазиса са изследвани три различни типа молекули за лечение:

- Рекомбинантни човешки цитокини или растежни фактори
- Моноклонални антители
- Химерни антители

Прилагането на биологичната терапия за лечение на псориазиса започва след 1998 г. с трите TNF $\alpha$  антагонисти: adalimumab, etanercept и infliximab.

Те са препоръчани за лечение на умерен до тежък псориазис, който не отговаря или е контраиндициран за фототерапия или системно лечение<sup>[8]</sup>.

Мениджмънтът на псориазиса е труден. Трябва да се вземат предвид редица фактори, като коморбидността и лекарствените взаимодействия. Някои от лекарствата, използвани за лечението на псориазиса, могат да задълбочат специфично коморбидни състояния (напр. acitretin може да повиши нивото на серумните липиди, а ciclosporin да повиши кръвното налягане). Подходящият мениджмънт на псориазиса изисква интегриран подход за диагностициране на съпътстващо заболяване, както и превенция и лечение на коморбидността<sup>[1,2]</sup>. ■

#### книгопис:

1. Пехливанов, Г., Бакърджиев, И. Дерматопатология на мъжките гениталии, 2017.
2. Dauden, E., Castañeda S, Suárez C et al. Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103(Suppl.1): 1-64.
3. Dauden, E., Castañeda S, Suárez C et al. Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2013; 27: 1387-1404.
4. Menter A, Gottlieb A, Feldmann SR et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care of treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:826-850.
5. Reich K, Mrowietz U. Treatment goals in psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007; 5: 566-574.
6. Menter A, Korman NJ, Elmets CA et al. American Academy of Dermatology Guidelines of care for the management for psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60:643-659.
7. Nast A, Kopp I, Augustin M et al. German evidence – based guidelines for the treatment of psoriasis vulgaris. *Arch Dermatol Res* 2007;299: 111-138.
8. Karrer S, Ehotzer C, Ackermann G et al. Phototherapy of psoriasis: comparative experience of different phototherapeutic approaches. *Dermatology* 2001; 202: 108-115.
9. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P et al. European S 3 – guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2009;23(Suppl 2):5-70.
10. Alamanos Y, Voulgari PV, Drossos AA. Incidence et prevalence of psoriatic arthritis: a systematic review. *J Rheumatol*, 2008;35:1354-1358.
11. Wiell C, Szkudarek M, Hasselquist M et al. Ultrasonography, magnetic resonance imaging, radiography, and clinical assessment of inflammatory and destructive changes in fingers and toes of patients with psoriatic arthritis. *Arthritis Res Ther* 2007;9: R 119.
12. Thomas P. *Habif., Clinical Dermatology, Second Edition, Mosby, 1990.*