

ПСОРИАЗИС В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Причини, клинична изява, диагноза и терапевтичен подход



г-р Десислава
Цветанова

Медицински
център „Хера“,
Болница „Здравето“

Отключващи фактори на заболяването могат да бъдат фамилната обремененост, хронични инфекции, стрес, диетата, замлъстяване и др. Често се засяга само кожата. При по-голяма част от децата се наблюдава леко протичане и добро повлияване от локалната терапия^[2,3]. В основата на патогенезата стои хроничното възпаление и повишената пролиферация на кератиноцитите. Ключова роля имат Т-клетките, Лангерхансовите клетки, макрофагите и някои видове цитокини, включително TNF, γ-интерферон, интерлекин IL-12 и IL-23^[4].

Според клиничната си изява псориазисните лезии се откриват най-често по екстензорната повърхност на крайниците (60%) и в областта на скалпа (47% от случаите)^[5]. По вида на обривите се различават – хроничен плакатен псориазис, гутатен – представен от малки по размери папули, инвертен псориазис вулгарис засягащ гънките (аксиларни, ингвинални и др.), пустулозен и еритематозен^[5].

Често пациентите съобщават субективно за пруритус. При кърмачката понякога признак на псориазис е упоритият обрив в областта на

ПСОРИАЗИС ВУЛГАРИС Е ХРОНИЧНА РЕЦИДИВИРАЩА ДЕРМАТОЗА. Може да се изяви във всяка възраст, включително детството и юношеството. По-често се среща при момичетата. Ранното начало се свързва с по-тежко протичане^[1]. Целта на статията е да предостави съвременен поглед върху етиологията, патогенезата, клиничните характеристики, съпътстващите заболявания и мултидисциплинарния подход в лечението на псориазис вулгарис сред пациенти в детска възраст.

седалището и ингвиналните гънки, който продължава въпреки провежданото лечение. Сред по-големите деца може да се наблюдава асимптоматично залющване на кожата на скалпа. При юношите клиничната картина е същата, като при възрастните. Понякога при деца може да се наблюдава феноменът на Коебнер. Той се състои в появата на нови кожни лезии върху незасегнатата преди това кожа, вследствие на механична травма^[6].

Основна характеристика на псориазис вулгарис в детска възраст са еритемни папули и плаки, покрити със сребристо-бели сквами, които конfluират помежду си и създават фигури с неправилни граници, наподобяващи географска карта. При премахване на сквамите се получава

пунктиформено кървене, известно като симптома на Auspitz. Специфика на клиничната картина в детска възраст са по-малките плаки в сравнение с тези при възрастните. Често е трудно да се направи диференциална диагноза със себорейен дерматит^[7]. Сред децата преобладава хроничният плакатен псориазис (75% от случаите), следван от гутатния (15-30% от случаите)^[5]. Особеност на втория вид е внезапна поява на капковидни по форма папули със симетрично разположение по лицето, торса и крайниците. Тези лезии могат да бъдат предшествани от стрептококова инфекция и да преминат в рамките на 3 до 4 седмици. В редки случаи обривите персistirат и се трансформират в тежък псориазис вулгарис^[5]. Наличието на еритемо-сквамозни инфил-

ключови думи:
псориазис
вулгарис,
детска възраст,
терапевтичен
подход

трирани плаки в областите на гънките (аксиларни, ингвинални и други) е по-често в детска възраст и е известно като инвертен псориазис. Засягането на ноктите е по-рядко при децата в сравнение с възрастните, но може да се наблюдава при приблизително 40% от погроставащите пациенти. Най-често срещаните нокътни промени са точковидни депресии и са трудни за лечение^[5,8,9]. Пустулозният псориазис се наблюдава рядко и се представя от асептични пустули. Ако те са генерализирани, при децата е налице повишена телесна температура и често това състояние бива объркано с инфекция. Друга форма е еритродермичният псориазис, който засяга повече от 90% от повърхността на тялото и се среща изключително рядко^[5,7].

По последни проучвания децата, страдащи от псориазис вулгарис, са два пъти по-склонни да развият придружаващи заболявания като затлъстяване, инсулинозависим захарен диабет, ревматоиден артрит, болест на Crohn, системен лупус еритематозус, витилиго, алопеция ареата, екзема, лихен рубер планус и други^[10,11]. Във възрастта между 2-3 год. и 9-12 год. може да се наблюдава и псориазисен артрит. Това състояние се характеризира с болки в ставите на горни и долни крайници^[12]. В по-ранна възраст, особено при момичетата, се наблюдава олигоартрит или дактилит, докато при по-големите деца, предимно момчета, се развива ентезит и засягане на аксиалните стави^[12]. Наблюдават се промени в качеството на живот на пациентите, свързани с поведенчески проблеми, депресия и тревожност. Затова сред погроставащите пациенти е нужна и психологическа подкрепа^[13].

Терапията на псориазис вулгарис е различна в зависимост от възрастта на пациента, вида и площта на засегнатите области. По тази причина за повлияването на заболяването е нужно участието на дерматолози, педиатри и детски ревматолози^[7].

В лечението на псориазис вулгарис на първо място се прилагат локални средства като емолиенти, аналози на витамин Д и кортикостероиди. Те са подходящи при леко до умерено тежко протичане на заболяването^[14]. Аналозите на витамин Д, калципотриен и калцитриол инхибират пролиферацията на кератиноцитите и са безопасни за употреба. Локалните кортикостероиди действат чрез намаляване на еритема и десквамацията, но имат много странични ефекти – атрофия на кожата, стрии, стероидно акне, розацея, периорален дерматит, пурпура, хипертрихоза, промени в пигментацията на кожата и други^[15]. Потискане на хипоталамо-хипофизно-надбъбречната ос се среща по-често при дългосрочно локално лечение с високопотентни кортикостероиди. Рядко може да се наблюдава и забавяне на растежа. При продължителна терапия с локални кортикостероиди е възможно развитието на тахифилаксия. Описани са и случаи на тежък генерализиран пустулозен псориазис след приложение на тези медикаменти върху големи площи от тялото за дълги периоди от време. При деца над 12-годишна възраст се понасят много добре препарати, съдържащи урея^[15].

Втора линия на локално лечение са ретиноидите и кератолитиците. Тазаротенът намалява възпалението и помага за възстановяване на нормалната епидермална пролиферация и диференциация^[16]. Той е ефективен и при лечение на псориазис на

ноктите^[16].

Фототерапия с ултравиолетови А (400 до 315 nm) и В лъчи (315-280 nm) псоралени плюс ултравиолетови А лъчи (PUVA) е алтернативна терапия за деца и се прилага при плакатен или гутатен псориазис, при които е незадоволителен резултатът от локалното лечение. Страничните ефекти включват еритем, развитие на постлезионални хиперпигментации, повишен риск от изява на кожен рак. Във възрастта под 12 години се избягва приложението на псоралени^[17].

При средно тежък до тежък псориазис вулгарис се прилага и системна терапия. Използването на метотрексат при деца и възрастни изисква прием на фолиева киселина, редовно проследяване на пълната кръвна картина и стойностите на чернодробните ензими. Други одобрени препарати са циклоспорин и системните ретиноиди. Циклоспоринът се понася добре от деца и има бърз ефект при тежък, пустулозен и еритродермичен псориазис^[17].

Биологичната терапия се прилага все по-често при погроставащи пациенти. Към момента са одобрени Etanercept (TNF инхибитор) и Adalimumab (TNF инхибитор) за деца на и над 4 години, Ustekinumab (IL-12 и IL-23 антагонист) при пациенти на и над 12 години^[17]. Etanercept е най-често прилаганата биологична терапия в детска възраст, с доказана ефективност при умерен до тежък псориазис^[18]. Проучванията показват, че Etanercept е по-ефективен и безопасен при продължителна употреба в сравнение с метотрексат, циклоспорин и PUVA. Страничните ефекти включват зачервяване на мястото на инжектиране, повишен риск от развитие на инфекции, реактивирани на вируса на хепатит В и наг-

даване на тегло^[19]. Според последни данни Adalimumab е по-ефективен от метотрексат и има подобен профил на безопасност^[20]. Предимството му пред останалите биологични продукти се състои в ефикасността на лечението на псориазисен артрит. Всички TNF-α инхибитори са противопоказани при наличие на туберкулоза и други тежки инфекции^[21]. Не се препоръчва приложението им при установяване на хепатит В, алергия или фамилна обремененост за злокачествено заболяване^[22]. Ustekinumab е ефективен при псориазис вулгарис и псориазисен артрит.

Различният механизъм на действие на това лекарство осигурява алтернативно лечение при неуспешна терапия с TNF инхибитори, но негов недостатък е бавното начало на действие при някои пациенти^[23]. Infliximab се използва в редки случаи, най-вече при деца с тежък пустулозен псориазис^[24]. Certolizumab pegol се прилага само при възрастни пациенти, но се проучват ефикасността и безопасността му сред деца с артрит и болест на Crohn^[25].

Към момента Secukinumab е одобрен за лечение на умерено тежък към тежък псориазис вулгарис при деца над 6-годишна възраст, които са кандидати за системна терапия или фототерапия^[26]. В научната литература е описан случай на 12-годишна пациентка лекувана с Guselkumab, с добро повлияване. Към днешна дата последният продукт е позволен за употреба при деца на и над 12 години^[27]. Публикуван е и клиничен случай на 17-годишно момче, лекувано успешно с Ixekizumab, с много добро повлияване^[28].

В заключение, псориазис вулгарис е заболяване, което се среща и сред пограстващи пациенти. Протичане-

то му е по-леко в сравнение с това при възрастните. С навлизането на новите терапевтични възможности още по-важен е мултидисциплинарният подход в лечението с участието на дерматолози, педиатри и детски ревматолози. ■

Книгопис:

1. Paller AS, Singh R, Cloutier M et al. Prevalence of psoriasis in children and adolescents in the United States: A claims-based analysis. *J Drugs Dermatol*. 2018;17:187–194.
2. Kerkhof PCM, van de Nestlé FO. Psoriasis. In: *Dermatology*. 4th edition. Philadelphia, PA, 2018;138–160.
3. Ran D, Cai M, Zhang X. Genetics of psoriasis: A basis for precision medicine. *Precis Clin Med*. 2019;2:120–130.
4. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int J Mol Sci*. 2019;20.
5. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT et al. Incidence of psoriasis in children: A population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62:979–987.
6. Tkach VY, Voloshynovych MS, Girnyk GY et al. Clinical features and the course of psoriasis in children. *Przegl Dermatol*. 2020;107:476–480.
7. Kliegman RM, Geme JWS, Blum NJ et al. Diseases of the epidermis. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*. Kliegman RM and Geme JWS (eds). Elsevier, Philadelphia, PA, 2020;3501–3510.
8. Uber M, Carvalho VO, Abagge KT et al. Clinical features and nail clippings in 52 children with psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2018;35:202–207.
9. Thomas L, Azad J, Takwale A. Management of nail psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2021;46:3–8.
10. Naria S, Silverberg JL. Autoimmune comorbidities of psoriasis in US adults and children. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83.
11. Thomas J, Parimalam K. Treating pediatric plaque psoriasis: Challenges and solutions. *Pediatric Health Med Ther*. 2016;7:25–38.
12. Caruntu C, Boda D, Dumitrascu G, Constantin C, Neagu M. Proteomics focusing on immune markers in psoriatic arthritis. *Biomark Med*. 2015;9:513–528.
13. Ganemo A, Wahlgren CF, Svensson A. Quality of life and clinical features in Swedish children with psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2011;28:375–379.
14. Mahe E. Childhood psoriasis. *Eur J Dermatol*. 2016;26:537–548.
15. Coondoo A, Phiske M, Verma S et al. Side-effects of topical steroids: A long overdue revisit. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5:416–425.
16. Ogawa E, Sato Y, Minagawa A, Okuyama R. Pathogenesis of psoriasis and development of treatment. *J Dermatol*. 2018;45:264–272.
17. Menter A, Cordoro KM, Davis DMR et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:161–201.
18. Paller AS, Siegfried EC, Pariser DM et al. Long-term safety and efficacy of etanercept in children and adolescents with plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74:280–287.
19. Branisteanu DE, Voicu CM, Cretu A et al. Adverse reactions of biological therapy for psoriasis. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2015;119:38–44.
20. Papp K, Thaçi D, Marcoux D et al. Efficacy and safety of adalimumab every other week versus methotrexate once weekly in children and adolescents with severe chronic plaque psoriasis: A randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet*. 2017;390:40–49.
21. Kholbzyk K, Liskova I, Szegedi A et al. Effectiveness of adalimumab in the treatment of scalp and nail affection in patients with moderate to severe plaque psoriasis in routine clinical practice. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2017;26:11–14.
22. Mocanu M, Toader MP, Rezus E et al. Aspects concerning patient adherence to anti-TNFα therapy in psoriasis: A decade of clinical experience. *Exp Ther Med*. 2019;18:4987–4992.
23. Savage LJ, Wittmann M, McGonagle D, Helliwell PS. Ustekinumab in the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. *Rheumatol Ther*. 2015;2:1–16.
24. Menter MA, Cush JM. Successful treatment of pediatric psoriasis with infliximab. *Pediatr Dermatol*. 2004;21:87–88.
25. UCB Celltech: (2018). The Use of Certolizumab Pegol for Treatment of Active Crohn's Disease in Children and Adolescents (NURTURE). [ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00899678](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00899678).
26. Cosentyx. Prescribing information. Novartis Pharmaceuticals Corp; 2021. Accessed June, 2021.
27. Kim SR, Kibbi N, Craiglow BG. Guselkumab for the treatment of severe refractory psoriasis in a pediatric patient. *JAAD Case Rep*. 2019;12:552–554.
28. Megna, M., Fornaro, L., De Lucia, et al. A case of pediatric psoriasis successfully and rapidly treated with ixekizumab. *Dermatologic Therapy*, 2021;34:1–2.