



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

PSORIAZIS

Protocol clinic național
(ediția III)

PCN-122

Chișinău, 2022

Aprobat în cadrul ședinței Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 20.05.2022, proces verbal nr.3
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.719
din 21.07.2022 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Psoriazis”

Cuprins

Sumarul recomandărilor	3
Abrevierile folosite în document.....	3
Prefață	4
A. Partea introductivă	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (<i>Codul după CIM</i>)	4
A.3. Utilizatorii.....	4
A.4. Scopurile protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului.....	5
A.6. Data actualizării protocolului	5
A.7. Data revizuirii.....	5
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:	5
A.9. Definițiile folosite în document	6
A.10. Informație epidemiologică.....	6
B. Partea generală.....	7
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	7
B.2. Nivelul consultativ specializat (dermatolog - nivel raional, municipal, republican)	8
B.3. Nivelul de staționar.....	11
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	13
C 1.1.. Algoritmul general de conduită al bolnavilor cu Ps	13
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	14
C.2.1. Clasificarea	14
C.2.2. Factorii de risc	16
C.2.3. Profilaxia.....	16
C.2.3.1. <i>Profilaxia primară</i>	16
C.2.3.2. <i>Profilaxia secundară</i>	16
C.2.4. Screening-ul	17
C.2.5. Conduita pacientului cu Ps.....	17
C.2.5.1. <i>Anamneza</i>	17
C.2.5.2. <i>Examenul fizic</i>	18
C.2.5.3. <i>Investigații paraclinice</i>	19
C.2.5.4. <i>Diagnosticul diferențial</i>	20
C.2.5.5. <i>Criterii de spitalizare</i>	21
C.2.5.6. <i>Tratamentul</i>	21
C.2.5.7. <i>Evoluția și prognosticul</i>	35
C.2.5.8. <i>Supravegherea pacienților</i>	36
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	37
D.1. <i>Instituțiile de asistență medicală primară</i>	37
D.2. <i>Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice</i>	37
D.3. <i>IMSP Dispensarul Municipal Dermatovenerologic și secțiile specializate ale spitalelor raionale și municipale</i>	37
D.4. <i>IMSP Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile</i>	38
E. Indicatori de monitorizare a implementării protocolului	40
Anexa 1 Aprecierea indicelui pasi (psoriasis area and severity index)	41

Anexa 2 Aprecierea indicelui basdai (bath ankylosing spondylitis disease activity index)	42
Anexa 3 Aprecierea indicelui basfi(bath ankylosing spondylitis functional index)	43
Anexa 4 Criteriul de evaluare a severității psoriazisului în funcție de suprafața afectată (regula palmei)	44
Anexa 5 Ghidul pentru pacientul cu psoriazis	45
Anexa 6 Fișa standardizată pentru auditul medical bazat pe criterii în „psoriazis”	49
Bibliografie	51

Sumarul recomandărilor

Psoriazisul fiind o afecțiune a pielii cu implicare articulară, de origine autoimună și cauză necunoscută, cu evoluție cronică progresivă și în unele cazuri cu pronostic rezervat, necesită anumite manopere clinice, paraclinice și diagnostic diferențial de confirmare și evaluare a pacienților pe tot parcursul vieții. În acest context sunt impuse anumite activități din partea personalului medical, venind cu anumite recomandări:

- Este necesar de a spori depistarea cazurilor de psoriazis prin *screening*-ul persoanelor din grupurile de risc, care pot dezvolta această patologie: persoane cu antecedente heredo-colaterale, pacienții cu afecțiuni eritemato-papulo-scuamoase ale pielii, distrofii unghiale și atingeri articulare; cu afecțiuni metabolice (diabet zaharat, sindrom metabolic); maladii autoimune; maladii limfoproliferative; afecțiuni neurologice; traumatisme; stări stresante.
- Examinarea clinică (statutul dermatologic caracteristic) al pacienților cu leziuni eritemato-papulo-scuamoase ale pielii, distrofii unghiale și atingeri articulare.
- În cazurile discutabile este necesar de a recurge la investigațiile paraclinice specifice: examenul histopatologic pentru leziunile cutanate și examenul radiologic pentru atingerile articulare.
- Evaluarea adecvată al rezultatelor investigațiilor paraclinice.
- Evaluarea minuțioasă și individualizată a fiecărui caz nou pentru confirmare: în baza anamnezei, manifestarilor clinice sugestive pentru psoriazis și investigațiilor paraclinice, care confirmă diagnosticul.
- Modularea tratamentului se va face individual în funcție de: vârstă; sex; forma clinică de psoriazis; stadiul maladiei; extinderea leziunilor cutanate; prezența atingerilor articulare; gradul de severitate a maladiei; răspunsul la tratamentul inițiat; complicațiile și reacțiile adverse iatrogene; maladiile asociate; statusul general al pacientului. Este importanta etapizarea conduitei psoriazisului cu inițierea tratamentului topic, asociat ulterior cu fototerapie UVB/UVA, urmat în continuare de antiproliferative sistemice gen metotrexat, acitretin și ciclosporin, treapta finală fiind tratamentul cu biologice, menite să țină în remisiune controlabilă leziunile psoriazice.
- Administrarea tratamentului profilactic pentru prevenirea recurențelor.
- Supravegherea medicală activă (ordin Nr.503 al MS din 27.12.08.):
 - Asigurarea de către dermatolog a dispensarizării bolnavilor cu Ps (conform anexei N1), pentru punere la evidență și efectuarea controlului medical programat, cel puțin o dată în semestru.
 - În cazul atingerilor articulare este necesară evidența la medicul reumatolog.
 - Pentru fiecare pacient dermatologul elaborează planul individual de supraveghere, cu indicarea măsurilor de tratament recomandate, periodicității efectuării investigațiilor de laborator și instrumentale, regimului de muncă și odihnă.
 - În cazul maladiilor asociate este necesară supravegherea medicilor specialiști de alte profiluri: psiho-neurolog, stomatolog, ORL-ist, ginecolog, endocrinolog, etc.
- Controlul profilactic al grupurilor de risc se impune pentru depistarea precoce a cazurilor de psoriazis.

Abrevierile folosite în document

Ps	Psoriazis
AP	Artrita psoriazică
FR	Factor reumatoid

GCS	Glucocorticosteroizi
GCST	Glucocorticosteroizi topici
PASI	Indicele de apreciere al ariei și severității de afectare în psoriazis
BASDAI	Indicele de apreciere al activității bolii în cazul afectării axiale
BASFI	Indicele de apreciere al capacității funcționale în cazul afectării axiale
DEM	Doza eritematoasă minimă
DMARDs	<i>Disease-modifying antirheumatic drugs (medicamente antireumatice modificatoare ale bolii)</i>
UVB	Raze ultraviolete B (cu lungimea de undă 290-320 nm)
UVA	Raze ultraviolete A (cu lungimea de undă 320-400 nm)
PUVA	Terapie cu puvalene + fototerapie UVA
RMP	Reacția de microprecipitare
IMSP SDMC	Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile
IMSP DMDV	Instituția Medico-Sanitară Publică Dispensarul Municipal Dermato-Venerologic
CEMV	Consiliul de expertiză medicală a vitalității

PREFAȚĂ

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind psoriazisul și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Psoriazis

Exemple de diagnostic clinic:

1. Psoriazis vulgar, forma diseminată, stadiul de avansare
2. Psoriazis vulgar, forma circumscrișă a scalpului, stadiul de staționare/regresie
3. Psoriazis exudativ, eritrodermie psoriazică
4. Psoriazis exudativ, artrită psoriazică, forma oligoarticulară asimetrică
5. Psoriazis exudativ, pustulos generalizat Zumbusch
6. Psoriazis exudativ, pustulos palmo-plantar Barber

A.2. Codul bolii (Codul după CIM: L 40- L 40.8)

A.3. Utilizatorii:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie)
- Centrele de sănătate (medici de familie și asistentele medicilor de familie)
- Centrele medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie)
- Secțiunile consultative raionale/municipale/republicane (medici dermatologi, medici reumatologi)
- Secțiunile de dermatologie ale spitalelor raionale, municipale, departamentale și republicane (medici dermatologi, medici reumatologi, medici interniști)
- Centrele de sănătate publică
- Consiliile de expertiză medicală a vitalității
- Instituțiile medicale private
- IMSP DMDV (medici dermatologi)
- Instituțiile și comisiile medicale departamentale
- IMSP SDMC, Clinica Dermatologică USMF „Nicolae Testemițanu”

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști

A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori diagnosticul Ps prin îmbunătățirea calității examinărilor clinice și paraclinice
2. A spori numărul persoanelor din grupul de risc pentru Ps care beneficiază de tratament profilactic în scopul prevenirii recidivelor
3. A spori numărul de pacienți, la care Ps este controlat adecvat în condiții de ambulator
4. A actualiza conduita terapeutică a Ps la diferite nivele de asistență medicală

A.5. Data elaborării protocolului: 2011

A.6. Data actualizării protocolului: 2014, 2022

A.7. Data revizuirii: 2027

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Dr. Gheorghe Mușet, profesor universitar, doctor habilitat în medicină	Profesor universitar, șef catedră Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, președintele Asociației Dermato-Cosmed din RM
Dr. Mircea Bețiu, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, specialist principal al MS în Dermatovenerologie
Dr. Vladislav Gogu, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Leonid Gugulan, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Vasile Sturza, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Boris Nedelciuc, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Iulian Oltu	Director IMSP SDMC
Dr. Petru Bulgac	Director IMSP DMDV
Dr. Iulia Emeț	asistent universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Vasile Țâbârnă	asistent universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Eugen Gorgos	asistent universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Irina Batâr	asistent universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Tatiana Caisîm	asistent universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae

Lista responsabililor /structurilor care au examinat și avizat PCN

Denumirea structurii/instituției	Persoana responsabilă (nume, prenume, funcție)
Comisia științifico-metodică de profil Medicină internă USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Sergiu Matcovschi</i> , dr.hab.șt.med., prof.univ., președinte
Catedra de medicină de laborator USMF „Nicolae Testemițanu”	
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică USMF „Nicolae Testemițanu”	
Catedra de medicină de familie USMF „Nicolae Testemițanu”	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	

A.9. Definițiile folosite în document

Psoriazisul este o afecțiune cutanată inflamatorie și proliferativă multifactorială, genetic determinată cu transmisie poligenică și penetrație variabilă. Se caracterizează prin prezența de leziuni eritemato-papuloase bine delimitate acoperite de scuame lamelare, stratificate, sidefii, localizate electiv pe zonele de extensie ale membrilor și pe pielea scalpului. Are o durată variabilă de evoluție cu perioade de latență și puseuri eruptive succesive eventual pe durata întregii vieți, care prezintă numeroase forme clinice și variante morfologice.

Recomandat – nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.10. Informație epidemiologică

Psoriazisul este o maladie relativ frecventă, cu incidența de 1-3% din toată populația globului și aproximativ 5-6% din totalul bolilor de piele [19, 34]. Afectează în mod egal ambele sexe, având incidență mai crescută la persoanele între 30-60 ani [19, 34]. Cu cât debutul maladiei este mai precoce, cu atât este mai semnificativă importanța factorilor genetici. În cazul când ambii părinți sunt sănătoși șansa dezvoltării psoriazisului la copii nu depășește incidența în populația generală (circa 1-3%), crescând la 20-40% dacă un părinte are Ps și la circa 65% dacă ambii părinți prezintă această patologie [5, 19, 20, 43, 50, 51, 57].

La pacienții cu psoriazis sunt afectate articulațiile în 11 – 30 % din cazuri [13, 36, 43, 56], iar modificările unghiale se întâlnesc la circa 50% din bolnavi [18].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară		
Descriere	Motivele	Pași
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	• Aprecierea probabilității apariției Ps la urmași • Tentativa prevenirii apariției Ps la persoane din grupul de risc	• Consultație specializată în cazul planificării familiei (caseta 8) • Identificarea precoce a grupelor de risc (caseta 6) • Propagarea unui mod de viață sănătos în rândul persoanelor din grupul de risc pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (caseta 7)
1.2. Profilaxia secundară	• Micșorarea numărului de exacerbări a Ps • Maximalizarea longivității remisiunilor • Prevenirea formelor grave de Ps • Prevenirea invalidității	• Monitorizarea medicală activă a bolnavilor de Ps se efectuează de medicul dermatovenerolog conform ordinului Nr.503 al MS din 27.12.08. • Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor bolnave de Ps pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (caseta 7; anexa 4)
1.3. Screening-ul	Depistarea precoce a cazurilor noi de Ps	• Examinarea medicală profilactică a populației (ordin nr. 504 al MS din 25.12.08) • Monitorizarea periodică a persoanelor cu antecedente heredo-colaterale • Monitorizarea periodică a persoanelor cu antecedente clinice suspicioase (caseta 10) • În cazul adresărilor pentru alte patologii
2. Diagnostic		
2.1. Suspectarea diagnosticului de Ps	• Manifestări clinice cutanate suspecte • Manifestări articulare suspecte • Manifestări unghiale suspecte	• Anamneza (casetele 12, 13,14) • Examen fizic (casetele 1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 18) • Examen de laborator (caseta 19) • Diagnostic diferențial (caseta 22)
2.2. Deciderea consultației specialistului	Confirmarea diagnosticului de Ps	Recomandarea consultației specialistului dermatolog pentru a stabili diagnosticul
3. Tratamentul		

3.1. Tratamentul nemedicamentos	• Micșorarea numărului de exacerbări a Ps • Maximalizarea longivității remisiunilor	• Asistența educațională a bolnavului și a familiei acestuia (anexa 4) • Asistența psihologică (la necesitate) • Controlul mediului • Optimizarea condițiilor de lucru
3.2. Tratamentul medicamentos		Se indică de dermatolog cu referire la reumatolog (în caz de artrită severă)
4. Supravegherea	Prevenirea evoluției nefavorabile a Ps	Supravegherea medicală activă este efectuată de dermatolog (ordin Nr.503 al MS din 27.12.08.) (caseta 41)

**B.2. Nivelul consultativ specializat
(dermatolog - nivel raional, municipal, republican)**

Descriere	Motivele	Pași
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	• Aprecierea probabilității apariției Ps la urmași • Tentativa prevenirii apariției Ps la persoane din grupul de risc	• Consultație specializată în cazul planificării familiei (caseta 8) • Identificarea precoce a grupelor de risc (caseta 6) • Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor din grupul de risc pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (caseta 7)
1.2. Profilaxia secundară	Micșorarea numărului de exacerbări a Ps • Maximalizarea longivității remisiunilor • Prevenirea formelor grave de Ps • Prevenirea invalidității	• Dispensarizarea bolnavilor cu Ps • Monitorizarea medicală activă a bolnavilor cu Ps (ordin Nr.503 al MS din 27.12.08) (caseta 41) • Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor bolnave de Ps pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (caseta 7, anexa 4) • Tratament profilactic (caseta 39) • Referire la tratament balneo-sanatorial
1.3. Screening-ul	• Depistarea precoce a cazurilor noi de Ps	Consultația medicului dermatolog și reumatolog în cadrul: • Comisiei medicale de recrutare • Comisiei medicale de expertiză a condițiilor nocive de muncă la diferite întreprinderi

		Alte comisii medicale specializate (caseta 10)
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de Ps	- Anamneza permite suspectarea Ps la persoanele cu antecedente heredo-colaterale și antecedente clinice tipice. - Statutul dermatologic evidențiază prezența manifestărilor clinice tipice. - Examenul de laborator permite suspectarea unor patologii asociate - Examenul radiologic al articulațiilor afectate, permite vizualizarea unor modificări caracteristice artritei psoriazice - Diagnosticul diferențial ajută la stabilirea diagnosticului	- Anamneza (casetele 13, 14) - Examen fizic (casetele 1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 18) - Evaluarea severității bolii (anexa 1,2,3) - Examen de laborator (caseta 20) - Examen imagistic (în caz de artrită) (caseta 21) - Diagnostic diferențial (caseta 22)
2.2. Deciderea consultației specialistului și/sau spitalizării	În cazul dificultăților de diagnostic sau tratament	- Recomandarea consultației specialistului dermatolog-consultant - Reumatolog-consultant /la necesitate/ (vezi PCN -295 Artrita psoriazica la adult) - Consultația altor specialiști la necesitate. - Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 23)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul nemedicamentos	Modificarea stilului de viață permite evitarea acutizărilor și menținerea controlului Ps	- Asistența educațională a bolnavului și a familiei acestuia (anexa 4) - Asistența psihologică (la necesitate) - Controlul mediului
3.2. Tratamentul medicamentos	Resorbția totală sau parțială a erupțiilor cutanate și diminuarea sau dispariția semnelor clinice ale artritei.	Topic (caseta 26): - În stadiul de avansare – preparate decapante, emoliente, glucocorticoizi topici - În stadiul de staționare / regresie - glucocorticoizi topici (în concentrații des-

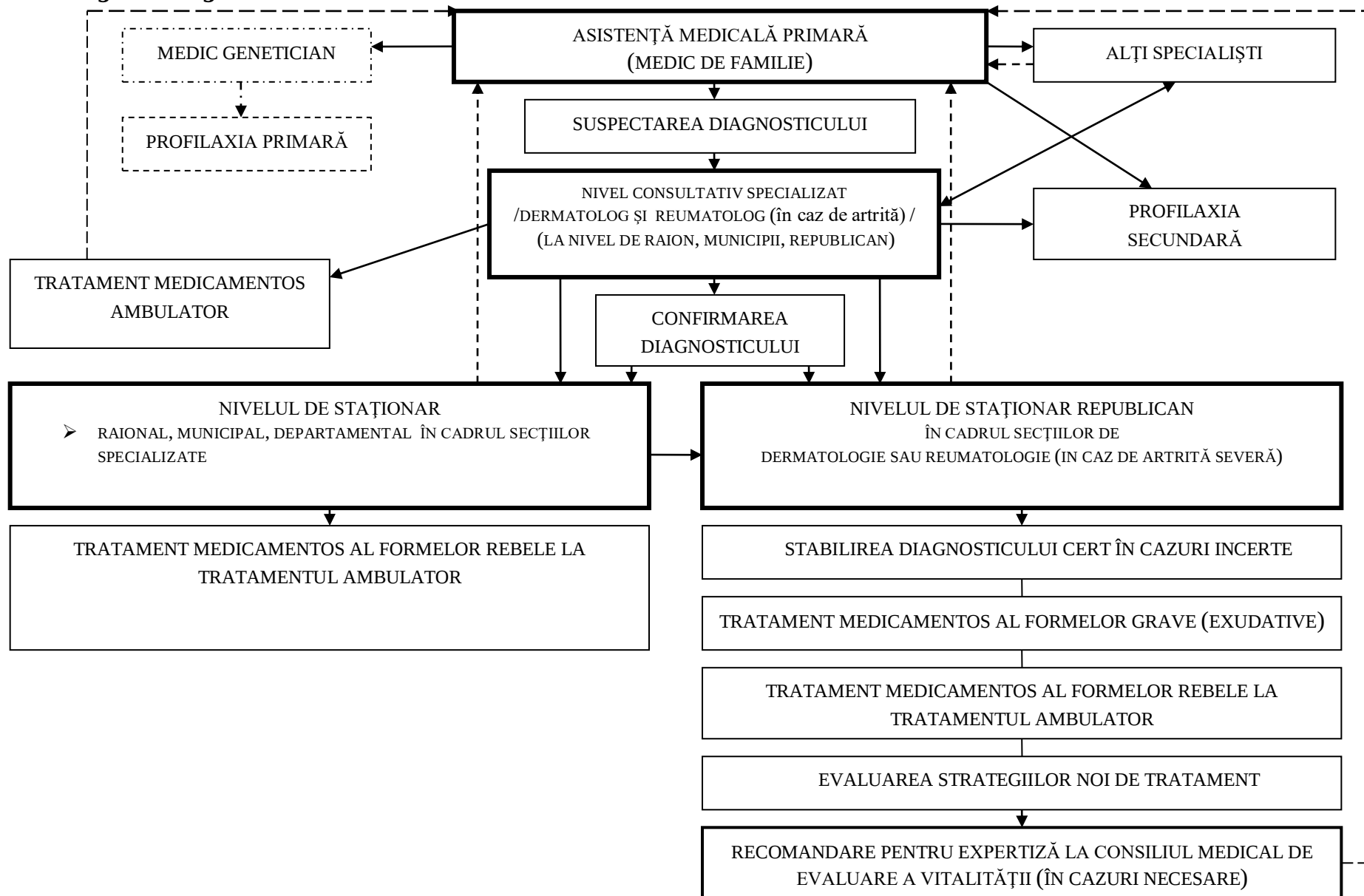
	• Asigurarea unei remisiuni cât mai îndelungate.	crescânde), preparate ale vitaminei D, preparate keratoplastice și reductoare (în concentrații crescânde) General (caseta 25): • Indicație primară ➤ Vitamina A (caseta 27) ➤ Vitamina E (caseta 28) ➤ Vitamine gr. B (caseta 28) ➤ Antiinflamatoare nesteroidiene (în caz de artrită) (caseta 35) ➤ Tratament simptomatic (caseta 29) ➤ Fototerapie (caseta 34) • Tratament de prima treaptă: ➤ Vitamina A (caseta 27) ➤ Tratament de normalizare a reacțiilor oxidative (caseta 28) ➤ Tratament simptomatic (caseta 29) ➤ Preparate care ameliorează microcirculația (caseta 30) ➤ Terapie de imunocorecție neselectivă (caseta 31) ➤ Detoxicație intracorporală (caseta 32) • Tratament de treapta doua: ➤ Fototerapie (caseta 34) • Tratament de treapta treia (cazuri grave): ➤ AINS (în caz de artrită) (caseta 35) ➤ Preparate citostatice și imunosupresive (caseta 36) ➤ Retinoizi aromatici (caseta 27) ➤ Detoxicație extracorporală (caseta 32) • Preluarea și continuarea tratamentului inițiat în staționar (casetele 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33,34,35,36,37,38)
--	--	--

B.3. Nivelul de staționar		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizarea	Conform criteriilor de spitalizare (caseta 23).	- Spitalizarea în secțiile specializate raionale, municipale și departamentale - Spitalizarea în secțiile dermatologie sau reumatologie (în caz de artrită severă) ale instituțiilor republicane.
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de Ps	- Anamneza permite suspectarea Ps la persoanele cu antecedente heredo-colaterale și antecedente clinice tipice. - Examenul fizic și în special cel dermatologic evidențiază prezența manifestărilor clinice tipice. - Examenul de laborator și imagistic ajută confirmarea diagnosticului în cazuri dificile și suspectarea unor patologii asociate. - Evaluarea severității bolii facilitează conduita terapeutică și aprecierea gradului de invaliditate în cazurile respective. - Diagnosticul diferențial ajută la stabilirea diagnosticului.	- Anamneza (casetele 13,14) - Examenul fizic (casetele 1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 18) - Examenul de laborator și imagistic (caseta 21) - Diagnosticul diferențial (caseta 22) - Evaluarea severității bolii (anexele 1, 2, 3)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Resorbția totală sau parțială a erupțiilor cutanate și diminuarea sau dispariția	Topic : În stadiul de avansare – preparate decapante, emoliente, glucocorticoizi topici (caseta 26)

	semnelor clinice ale artritei. • Asigurarea unei remisiuni cât mai îndelungate • Elaborarea strategiilor noi de tratament	• În stadiul de staționare / regresie - glucocorticoizi topici (în concentrații descrescânde), preparate ale vitaminei D, preparate keratoplastice și reductorii (în concentrații crescânde) (caseta 26) General: • Tratament de prima treaptă: ➤ Vitamina A (caseta 27) ➤ Tratament de normalizare a reacțiilor oxidative (caseta 28) ➤ Tratament simptomatic (caseta 29) ➤ Preparare care ameliorează microcirculația (caseta 30) ➤ Terapie de imunocorecție neselectivă (caseta 31) ➤ Detoxicație intracorporală (caseta 32) • Tratament de treapta doua: ➤ Fototerapie (caseta 34) • Tratament de treapta treia (cazuri grave): ➤ AINS (în caz de artrită) (caseta 35) ➤ Preparare citostatice și imunosupresive (caseta 36) ➤ Retinoizi aromatici (caseta 27) ➤ Detoxicație extracorporală (caseta 32) • Tratament de treapta patra (cazurile grave rebele/ cu contraindicații la tratament de linia treia): ➤ Preparare cu molecule mici (caseta 37) ➤ Preparare biologice (caseta 38)
--	---	--

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1.. Algoritmul general de conduită al bolnavilor cu Ps



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea Ps conform Listei tabelare a bolilor ICD- 10 - AM (ultima ediție - 2019) [58]

- **L.40.0 Psoriazis vulgar**
 - Psoriazis numular
 - Psoriazis în placi
- **L.40.1 Psoriazis pustular generalizat**
 - Impetigo herpetiform
 - Boala von Zumbach
- **L.40.2 Acrodermatita continuă**
- **L.40.3 Pustuloza palmară și plantară**
- **L.40.4 Psoriazis în picături**
- **L.40.5 Artropatia psoriazică**
(M07.0- M07.3*, M09.0*)
 - M07.0* [0,4,7,9,] – Artropatia psoriazică interfalangiană distală (L40.5+)
 - M07.1* [0-9] – Artrita mutilantă (L40.5+)
 - M07.2* – Spondilita psoriazică (L40.5+)
 - M07.3* [0-9] – Alte artropatii psoriazice (L40.5+)
 - M09.0* [0-9] – Artrita juvenilă în psoriazis (L40.5+)
- **L.40.8 Alte forme de psoriazis**
 - Psoriazis flexural
- **L.40.9 Psoriazis nespecificat**

Caseta .2 Clasificarea clinică al Ps [11]

- **Ps vulgar:** prezintă numai erupții cutanate papuloase și în dependență de dimensiunea, aspectul sau localizarea erupțiilor îmbracă mai multe forme clinice:
 - **In funcție de aspectul elementelor eruptive**
 - punctat (miliar)
 - gutat (în picături)
 - numular
 - în plăci și placarde
 - figurat
 - **In funcție de aspectul scuamei**
 - rupioid
 - verucos
 - cu scuame foarte fine
 - seboreic
 - eczematiform
 - **În funcție de localizare**
 - **Ps diseminat** - cu erupții simetrice și localizare electivă pe scalp, părțile extensorii ale membrilor, regiunea sacrală.
 - **Ps circumscris (localizat)**
 - Ps al scalpului
 - Ps al feței
 - Ps al pliurilor (inversat)
 - Ps regiunii sacrale
 - Ps palmo-plantar
 - Ps al mucoaselor
 - Ps al unghiilor
- **Ps artropatic** se împarte în următoarele forme clinice:
 - Ps artropatic periferic:
 - oligoartrită asimetrică (articulațiile interfalangiene distale și proximale metacarpofalangiene)

- poliartrită simetrică
- artrita interfalangiană distală (plus afectarea unghială)
- psoriazis artropatic mutilant (asociază osteoliza falangiană)
- Ps artropatic axial:
 - articulațiile intervertebrale (zona coloanei vertebrale și articulația sacro-iliacă)
- **Ps eritrodermic** reprezintă o formă gravă de psoriazis extins la peste 90% din aria corporală.
- **Ps pustulos** se manifestă prin plăci eritemato-papuloase difuz delimitate cu numeroase pustule sterile pe suprafața lor, pustule cu tendința de agregare; în funcție de extensie cutanată se descriu mai multe variante:
 - acrodermatita continuă Hallopeau - numai la degetele mâinilor
 - palmo-plantar Barber - pe palme și plante
 - inelar Bloch-Lapierre – pe trunchi sau membre, cu dispoziție aproximativ anulară
 - generalizat Zumbusch - echivalent cu o eritrodermie cu pustule multiple pe tot corpul

Caseta 3. Stadiile evolutive ale Ps cutanat [11, 17].

- **Stadiul de avansare** – apariția elementelor noi, tendință la extindere și confluență, descumare excentrică (semnul Pilnov), triada psoriazică pozitivă, fenomenul Köbner pozitiv.
- **Stadiul de stare (staționare)** – stoparea apariției elementelor noi și extinderii eruptive, scuamele acoperă toată suprafața papulelor, triada psoriazică pozitivă cu dinamică spre negativare, fenomenul Köbner negativ
- **Stadiul de regresie** – lipsa descumării, aplatizarea și palitatea papulelor cu regresie ulterioară spre hipopigmentare tranzitorie, triada psoriazică și fenomenul Köbner negativ

Caseta 4. Gradele de capacitate funcțională ale articulațiilor în AP (Steinbrocker O., 1949) [14].

CF I- funcție articulară adecvată care nu afectează abilitățile profesionale

CF II- funcție articulară normală, cu excepția durerii și a redorii matinale tranzitorii la nivelul unei sau a mai multor articulații

CF III- mobilitate articulară compromisă care încadrează doar o mică parte dintre ocupațiile casnice și autoservirea

CF IV- infirmitate importantă: bolnavul este imobilizat la pat sau la fotoliu, nu se poate ocupa de propria îngrijire sau o face cu mare dificultate

Caseta 5. Stadiile radiologice de afectare articulară periferică în AP

- **Stadiul I (precoce)**
 1. Absența semnelor radiologice de distrugere a țesutului cartilaginos sau osos
 2. Prezența aspectului de osteoporoză
- **Stadiul II (moderat)**
 1. Osteoporoza cu sau fără leziuni ușoare cartilaginoase sau osoase
 2. Absența deformațiilor cu limitarea posibilă a mobilității
 3. Prezența atrofiei musculare de vecinătate
 4. Leziuni periarticulare, uneori cu entezite sau tendosinovite
- **Stadiul III (sever)**
 1. Distrucții cartilaginoase sau osoase
 2. Deformări axiale, fără sau cu grad minim de anchiloză fibroasă sau osoasă
 3. Atrofie musculară extinsă
 4. Leziuni periarticulare, cu prezența posibilă a entezitelor sau a tendosinovitei
- **Stadiul IV (terminal)**
 1. Distrucția articulară totală (osteoliza, anchiloză fibroasă sau osoasă)
 2. Prezența criteriilor din stadiul III

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 6. Factori de risc în Ps [5, 20, 36, 42].

- Antecedente heredo-colaterale
 - incidența crescută a Ps vulgar la persoane cu HLA-CW 6, CW 7
 - incidența crescută a Ps artropatic la persoane cu HLA –B27, B37
 - incidența crescută a Ps pustulos la persoane cu HLA –DQB1alfa

Caseta 7. Factori declanșatori (trigger) în Ps [2, 3, 4, 40, 52, 54, 55].

- Stări de stres;
- Afecțiuni neurologice;
- Infecții ale căilor respiratorii;
- Acutizarea focarelor de infecție cronică;
- Infecția HIV
- Afecțiuni metabolice (diabet zaharat, tireotxicoza);
- Stări fiziologice soldate cu carențe hormonale (alăptarea, ciclul menstrual, menopauza)
- Administrarea unor medicamente (sărurile de litiu, β-blocante, antimalarice de sinteză ș.a.);
- Intoxicații cu substanțe chimice;
- Traumatisme cutanate frecvente;
- Expunerea solară (Ps fotoaggravabil) în 10 % din cazuri
- Abuz de alcool
- Fumatul

C.2.3. Profilaxia

C.2.3.1. Profilaxia primară

Caseta 8. Profilaxia primară (relativă) în Ps [29].

- Consultație specializată în cazul planificării familiei.
 - Detalierea antecedentelor heredo-colaterale.
 - Structurarea arborelui genealogic.
 - Tipizarea antigenelor de histocompatibilitate.
 - Determinarea polimorfismelor uninucleotidice la nivelul genelor implicate în patogenia psoriazisului, și aume HLA-Cw6, ERAP-1, TYK2, IL12B, IL23R, TRAF3P2, TNIP1, NFKBIZ.[27].
- Identificarea precoce a grupelor de risc.
- Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor din grupul de risc pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (caseta 7).

C.2.3.2. Profilaxia secundară

Caseta 9. Profilaxia secundară în Ps [29].

- Dispensarizarea bolnavilor cu Ps.
- Monitorizarea medicală activă a bolnavilor cu Ps (ordin Nr.503 al MS din 27.12.08.).
- Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor bolnave de Ps pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (caseta 7).
- Prescrierea tratamentului profilactic (caseta 39).
- Oferirea grupei de invaliditate în cadrul consiliului de expertiză medicală de a vitalității.

C.2.4. Screening-ul

Caseta 10. Metodele screening pentru depistarea precoce a Ps.

Examinarea medicală profilactică a populației conform ordinului MS Nr.504 din 25.12.08.

Examinarea medicală specializată în cadrul comisiei de recrutare.

Examinarea medicală specializată în cadrul comisiei medicale de expertiză a condițiilor nocive de muncă la diferite întreprinderi.

Examinarea medicală specializată în cadrul altor comisii (angajarea la lucru, studii etc.).

Examinarea medicală în cazul adresării pentru alte patologii.

Monitorizarea periodică a persoanelor din grupul de risc pentru Ps:

persoane cu antecedente heredo-colaterale,

persoane cu antecedente clinice suspicioase.

C.2.5. Conduita pacientului cu Ps

Caseta 11. Pași obligatorii în conduita pacienților cu Ps.

- Suspectarea și confirmarea diagnosticului de Ps
- Determinarea factorilor predispozanți (de risc) în Ps
- Determinarea factorilor declanșatori „trigger”
- Aprecierea gradului de severitate a maladiei (PASI, BASDAI, BASFI, BASRI etc.) [41].
- Alcătuirea unei scheme individuale de tratament a pacientului
- Monitorizarea evoluției clinice, a eficacității tratamentului, a siguranței tratamentului și aprecierea criteriilor de remisiune
- Dispensarizarea pacienților cu Ps
- Supravegherea pacientului pentru prevenirea recăderilor, agravării evoluției maladiei, prevenirea posibilă sau îndepărtarea invalidității
- Acordarea gradului de invaliditate în cazurile necesare

Caseta 12. Procedurile de diagnostic în Ps [1, 9, 11, 13, 17, 39].

- Anamneza (caseta 13, 14)
- Examenul fizic
 - examen obiectiv general pe organe și sisteme
 - statutul dermatologic (caseta 15)
 - evaluarea sindromului articular (caseta 16, 17, 18)
- Investigațiile de laborator și imagistice (caseta 19, 20, 21)
- Diagnosticul diferențial (caseta 22)

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 13. Recomandări la colectarea datelor anamnestice.

- Evaluarea acuzelor (erupții cutanate, afectarea articulațiilor, afectarea unghiilor, prurit, insomnie etc.)
- Stabilirea caracterului de debut al maladiei/recurenței (acut sau insidios)
- Stabilirea vechimii maladiei
- Aprecierea caracterului sezonier al maladiei
- Circumstanțele de debut/recurențe (factori de risc și/sau factorii „trigger”)
- Maladiile suportate sau asociate
- Anamneza heredo-colaterală
- Terapia urmată

Caseta 14. Recomandări pentru evaluarea factorilor de risc sau declanșatori (trigger) în Ps [44].

- Determinarea antecedentelor heredo-colaterale pro-psoriazice
- Determinarea tulburărilor sistemului nervos
- Determinarea prezenței unor focare de infecție cronică

- Determinarea dereglărilor metabolice posibile
- Determinarea utilizării unor medicamente cu efect declanșator în Ps
- Determinarea deprinderilor vicioase
- Determinarea factorilor nocivi profesionali sau habituali
- Determinarea rolului declanșator al injuriilor mecanice cutanate etc.

C.2.5.2.Examenul fizic

Caseta 15. Datele clinice în Ps cutanat [11, 17, 56, 57].

- Semnele clinice ale **Ps vulgar** sunt prezentate doar de leziuni cutanate de tip papulos:
 - Localizate electiv pe scalp, pe fețele de extensie ale membrelor (la coate și genunchi), regiunea lombo-sacrală
 - Lipsite de senzații subiective sau însoțite de prurit moderat
 - De formă ovală sau rotundă
 - Cu margini bine delimitate
 - Cu tendință la extindere periferică și confluaire;
 - După dimensiuni: miliare, lenticulare, numulare, plăci
 - De culoare roză
 - Acoperite de scuame albe-sidefii, stratificate
 - La raclaful papulelor apar trei fenomene caracteristice (pata de spermanțet, filmul terminal, roua sângărândă)
 - Apariția frecventă a papulelor în zonele cutanate, supuse injuriilor mecanice (fenomenul Köbner)
- Semnele clinice ale **Ps pustulos** sunt prezentate de leziuni cutanate eritemato-papuloase cu pustule sterile pe suprafața lor; în funcție de extensie cutanată, evoluție și pronostic se descriu mai multe variante:
 - Ps generalizat Zumbusch: (formă severă)
 - alterarea stării generale (febră, diaree, convulsii, tetanie etc.)
 - proces generalizat echivalent unei eritrodermii
 - afectarea frecventă a mucoaselor
 - pustule multiple și extinse cu aspect de „lacuri”
 - asocierea frecventă a AP
 - evoluție posibilă spre exitus prin decompensări viscerale (cardiacă, hepato-renală) sau prin complicații septice
 - Ps palmo-plantar Barber
 - localizare exclusiv palmo-plantară
 - buchete de mici pustule profunde pe fundal eritemato-papulos
 - prurit constant și sever
 - *rebel* la tratament
 - Acrodermatita continuă Hallopeau
 - afectarea porțiunii distale ale degetelor la mâini și picioare
 - pustule în „bălți” pe fond eritematos
 - afectarea frecventă a unghiilor
 - evoluție spre generalizare la vârstnici
- **Ps eritrodermic** se caracterizează prin:
 - Proces cutanat generalizat difuz
 - erupții eritemato-papuloase asociate de prurit
 - afectarea frecventă a unghiilor
 - stare generală alterată (febră, frison, astenie etc.)
 - evoluție posibilă spre exitus prin decompensări viscerale (cardiacă, hepato-renală) sau prin complicații septice

Caseta 16. Datele clinice generale în AP

- Artralгии
- Hiperemia articulațiilor
- Tumefierea articulațiilor
- Dereglarea funcției articulare
- Redoare matinală frecventă

Caseta 17. Confirmarea prezenței AP

Criteriile de diagnostic CASPAR (ClASification of Psoriatic ARthritis, International Multicentre Validation of Diagnostic Criteria for Psoriatic Arthritis - Psoriatic Arthritis Consensus 2006) [53].

Criteriile de diagnostic a artropatiei psoriazice – ambele din cele care urmează:

1. Patologie inflamatorie articulară, coloanei vertebrale și tendoanelor cu tumefiere, durere și/sau redoare
2. Acumularea a 3 criterii/puncte sau mai multe din cele 5 grupe care urmează :
 - 1a - **psoriazis a pielii la momentul examinării (confirmat) este egal cu 2 puncte/criterii**
 - 1b - psoriazis în antecedente
 - 1c - antecedente eredo-colaterale familiale în psoriazis de gradul întâi și doi
 - 2 - afectarea psoriazică a unghiilor
 - 3 - factorul reumatoid negativ
 - 4a - dactilita cu tumefierea falangelor (degete sub formă de “cârnaț”)
 - 4b - istoric de dactilită stabilită de reumatolog
 - 5 - manifestările radiologice caracteristice în articulațiile mâinilor și plantelor

Caseta 18. Datele clinice ale AP în dependență de forma clinică [11, 13, 17, 56, 57].

- Artrita oligoarticulară asimetrică (70%)
 - Afectarea asimetrică a articulațiilor interfalangiene distale și proximale ale mâinilor și picioarelor
 - Afectarea articulațiilor metacarpofalangiene
 - Afectarea articulațiilor coxofemorale, cubitale (mai rar)
 - Tendosinovite a mușchilor flexorii
- Artrita interfalangiană distală (5%)
 - Afectarea articulațiilor interfalangiene distale
 - Afectarea unghiilor cu paronihie și tumefierea patului unghial
- Poliartrita simetrică (15%)
 - Afectarea simetrică a articulațiilor radiocarpene, cubitale, talocrurale, metatarsofalangiene, interfalangiene distale și proximale, sacroiliace
 - Tendință spre anchilozare cu deformații
- Artrita mutilantă (5%)
 - Afectarea articulațiilor interfalangiene
 - Osteoliză falangiană cu telescoparea caracteristică a degetelor la mâini, mai rar la picioare
 - Anchiloze și contracturi ale degetelor
- Artrita axială (5%)
 - Spondilită anchilozantă
 - Sacro-ileită unilaterală
 - Afectarea concomitentă a altor articulații

C.2.5.3. Investigații paraclinice

Caseta 19. Investigațiile de laborator în Ps la nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

- Investigații obligatorii:
 - Hemoleucograma, VSH
 - Sumarul urinei

- RMP la sifilis
- Investigații suplimentare (la necesitate)
 - Testele biochimice: bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, glicemia
 - Proteina C-reactiva (În caz de artrită)

Caseta 20. Investigațiile de laborator și imagistice în Ps la nivelul consultativ specializat [11, 57].

- Investigații obligatorii:
 - Hemoleucograma, VSH
 - Sumarul urinei
 - RMP la sifilis
 - Testele biochimice: bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, glicemia
 - Proteina C-reactiva (în caz de artrită)
 - Factor reumatoid /latex test/(în caz de artrită)
 - Examen radiologic al articulațiilor (în caz de artrită)
- Investigații suplimentare:
 - Examen histopatologic al pielii (acantoză, hipogranuloză, hiperkeratoză, parakeratoza, microabcese Monroe, papilomatoză, infiltrat limfocitar dermal).
 - Investigații pentru determinarea factorilor declanșatori în Ps (în cooperare cu medicii specialiști: psiho-neurolog, ORL-ist, stomatolog, internist, endoscopist etc.).
 - Examen micologic al scuamelor
 - Test HIV

Caseta 21. Investigațiile de laborator și imagistice în Ps la nivelul de staționar [1, 11, 56, 57].

- Investigații obligatorii:
 - Hemoleucograma, VSH
 - Sumarul urinei
 - RMP la sifilis
 - Testele biochimice: bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, glicemia
 - Factor reumatoid /latex test și/sau reacția Waaler-Rose/ (în caz de artrită)
 - Proteina C-reactiva (în caz de artrită)
 - Radiografia articulațiilor (în caz de artrită)
 - Aprecierea DEM
- Investigații suplimentare (la necesitate):
 - Examen histopatologic al pielii (**decisiv**)
 - Examen micologic al scuamelor
 - Scintigrafia scheletică
 - Endoscopia articulară
 - Tomografia articulară (**decisiv**)
 - Ecografia abdominală
 - Investigații pentru determinarea factorilor declanșatori în Ps (în cooperare cu medicii specialiști: psiho-neurolog, ORL-ist, stomatolog, internist, endoscopist etc.).
 - Testele biochimice: ureea, creatinina, fosfataza alcalină
 - Markerii virali hepatici (HBsAg, anti-HCV)
 - Imunograma (limfocite T, limfocite B, CIC, clasele imunoglobulinelor)
 - Tipizarea antigenelor de histocompatibilitate
 - Testul HIV

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 22. Diagnosticul diferențial al Ps [11, 56, 57].

Ps vulgar:

- lichen plan
- sifilis secundar (sifilide papuloase psoriaziforme)

- dermatită seboreică
- pitiriazis rozat Gibert
- pitiriazis rubra pilar Devergie
- herpes circinat
- parapsoriasis gutat
- Ps pustulos:
 - eczemă dishidroică
 - eczemă impetiginizată
 - erupții pustuloase în iodide și bromide
 - piodermite
 - tinea pedis et manum
 - pemfigus foliaceu
 - pustuloza subcornească Sneddon-Wilkinson
- Ps eritrodermic:
 - ihtioza lamelară
 - eritrodermia ihtioziformă Brocq
 - T-limfom cutanat (forma eritrodermică)
 - eritrodermia descuamativă Leiner-Moussouss
 - eritrodermie micotică
 - eritrodermie seboreică
 - erupții postmedicamentoase
- Ps artropatic:
 - artrită reumatoidă
 - boala Reiter
 - gută
 - spondilită anchilopoietică
 - artrite de altă origine

C.2.5.5. Criterii de spitalizare

Caseta 23. Criteriile de spitalizare ale pacienților cu Ps

- Stabilirea diagnosticului în cazuri incerte
- Forme severe, inclusiv exudative de Ps
- Evoluția progresivă a bolii fără răspuns adecvat la tratamentul ambulator administrat
- Evaluarea strategiilor noi de tratament
- Recruții
- Conform solicitării pentru CEMV

C.2.5.6. Tratamentul

Caseta 24. Principiile de conduită terapeutică ale pacienților cu Ps

- Terapia depinde de forma clinică, stadiul evolutiv, gradul de extindere al erupțiilor, gradul de afectare al articulațiilor, de vârstă și sexul pacientului
- Se ține cont de contraindicațiile într-o eventuală sarcină la femei și în cazul maladiilor asociate
- Se iau în vedere reacțiile adverse posibile la administrarea unor medicații mai agresive (în cazul formelor grave sau rebele la tratament)
- Se iau în considerație efectele nedorite și reacțiile adverse posibile la administrarea unor medicații experimentale
- Anihilarea precoce a reacțiilor adverse și a efectelor nedorite în cazul tratamentului agresiv sau experimental
- Tratamentul patologiei asociate

Caseta 25 Etapele de tratament în Ps

1. Tratament de prima treaptă în forme ușoare de Ps (caseta 2, anexa 4):

- Tratament topic (caseta 26)
- Tratament sistemic
 - Tratament de normalizare a diferențierii keratinocitare - Vitamina A (caseta 27)
 - Tratament de normalizare a reacțiilor oxidative (caseta 28)
 - Tratament simptomatic (caseta 29)
 - Preparate care ameliorează microcirculația (caseta 30)
 - Terapie de imunocorecție neselectivă (caseta 31)
 - Detoxicație intracorporală (caseta 32)
- Tratament fizioterapeutic (caseta 33)

2. Tratament de treapta doua (asociat la tratamentul de treapta 1):

- Fototerapie (caseta 34)

3. Tratament de treapta treia - în cazuri grave, asociat la tratamentul de treptele 1 și 2 (caseta 2, anexa 4):

- Tratament sistemic
 - AINS (în caz de artrită) (caseta 35)
 - Preparate citostatice și imunosupresive (caseta 36)
 - Tratament de normalizare a diferențierii keratinocitare - Retinoizi aromatici (caseta 27)
 - Detoxicație extracorporală (caseta 32)

4. Tratament de treapta patra în cazurile grave și rebele la terapiile precedente/contraindicații la tratamentul de treapta 3, asociat cu tratamentul de treapta 1(caseta 2, anexa 4) :

- Tratament sistemic
 - Preparate cu molecule mici (caseta 37)
 - Preparate biologice (caseta 38)

Caseta 26. Tratament topic în Ps - se efectuează în funcție de stadiul al Ps, ținând cont de vârsta pacientului, aria de afectare, localizarea leziunilor [11, 29, 56, 57, 8, 30, 31, 28, 47, 10, 32, 35, 23, 7, 46, 25, 22, 15, 48]:

1. Stadiul de avansare

- Decapante și emoliente
 - acid salicilic (unguent 1-3%)
 - uree (loțiune, unguent 5-10%)
- Glucocorticosteroizi topici de potență moderată și înaltă
 - prednisolon acetat (unguent 0,5%).
 - betametason valerat (cremă 0.1%)
 - fluticason propionat (unguent 0,05%)
 - metilprednisolon aceponat (cremă, unguent 0,1%)
 - mometason furoat (cremă, unguent 0,1%, loțiune)
- Glucocorticosteroizi topici de potență foarte înaltă- (pe zone izolate - scalp, palme, plante)
 - clobetasol dipropionat (loțiune, cremă, unguent 0,1%)
- Glucocorticosteroizi topici combinați cu alte preparate
 - betametason dipropionat + acid salicilic
 - diprosalic (loțiune, cremă, unguent);
 - glametazon (unguent)
 - betasal (unguent)
 - mometason furoat + acid salicilic
 - momesalic (unguent)
 - betametason dipropionat + calcipotriol
 - xamiol* (gel capilar)
 - daivobet* (crema, unguent)
- Derivați ai vitaminei D

- Calcitriol - (unguent 5%)
- Calcipotriol* (cremă, unguent 5%)

2. Stadiul staționar

- Decapante și emoliente (vezi mai sus)
- Glucocorticoizi topici (vezi mai sus) în concentrații des-crescânde până la sistare completă,
- Preparate ale vitaminei D (vezi mai sus)
- Keratoplastice și reductoare/remisive (în concentrații crescânde)
 - Derivați antralinici -
 - antralina* (cremă 0,1%-2%)
 - Derivați de gudron
 - gudron de pin (unguent 1-10%; soluții alcoolice 95%)
 - ulei de mesteacăn (loțiuni și creme - 8%)
 - gudron de huilă /coaltar/- (unguent. 2 – 5 – 10%; șamponuri, soluții de baie, săpunuri)
 - ulei de cadum (aplicat limitat pe scalp - 20%)
 - ihtiol (soluție - 2-5%, unguent. - 5-10%)
 - naftalan (unguent - 5-20%)

3. Stadiul de regresie

- Decapante și emoliente
 - uree unguent 5-10%
- Derivați ai vitaminei D (vezi mai sus)
- Keratoplastice și reductoare/remisive (în concentrații crescânde).

Notă: La momentul elaborării PCN preparatul marcat cu* nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor din RM.

Caseta 27. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate care normalizează diferențierea keratinocitară [33,6,37].

- **Vitamina A hidrosolubilă** (retinol acetat) – drajeuri 3300 U /1,32 mg/.
 - Mod de administrare – per oral:
 - doza inițială;
 - doza adulți și copii peste 8 ani 10000-20000 U/zi până la 2 luni;
 - doza copii sub 5 ani 5000-10000 U/zi până la 2 luni.
 - Reacții adverse: hipervitaminoză A, somnolență, cefalee, hiperemia feței, dureri în oasele membrelor inferioare; la copii – hipertensiune intracraniană, hidrocefalie, somnolență, perspirație, leziuni cutanate.
- **Retinoizi aromatici** (derivați ai vitaminei A) - **acitretin** (caps. 10 mg și 25 mg).
 - Mod de administrare – per oral:
 - doza inițială 25-30 mg/zi într-o priză, 2-4 săptămâni;
 - doza terapeutică 0,5-1 mg/kg/ zilnic într-o priză, 2-4 săptămâni;
 - doza de întreținere 25-30 mg/zi într-o priză, 6-8 săptămâni;
 - la copii, doza inițială 0,5 mg/kg/ zi (până la 1 mg/kg/ zi, dar nu mai mult de 35 mg/zi), cea de întreținere, este doza minimă eficientă;
 - Indicații: forme severe de psoriazis, care nu au răspuns la alte tratamente.
 - Reacții adverse: uscăciunea pielii, crăparea buzelor, uscăciunea ochilor și a mucoasei nazale, fotosensibilitate, subțierea firelor de păr, anomalii ale oaselor lungi sau ale vertebrelor (hiperostoză).
 - Contraindicații: este contraindicat la femeile gravide sau le cele care planifică graviditatea. Datorită riscului înalt de anomalii congenitale la făt, o eventuală sarcină poate fi planificată doar peste cel puțin 3 ani după suspendarea tratamentului cu retinoizi;
 - Precauții:
 - în timpul tratamentului și timp de 2 luni după întreruperea acestuia este interzis consumul de alcool;
 - evaluarea pre-tratament include: ALT, AST, fosfataza alcalină, bilirubina; trigliceridele serice și colesterolul; glicemia; creatinina serică; testul la graviditate; R-

grafia coloanei vertebrale;

- evaluarea pe durata tratamentului include: monitorizarea reacțiilor adverse muco-cutanate; dozarea colesterolului, trigliceridelor, enzimelor hepatice (fiecare 2 săptămâni în primele 6 săptămâni și apoi la fiecare 6-12 săptămâni), creatininei serice; R-grafia coloanei vertebrale anual; efectuarea periodică a testului la graviditate.

Nota – administrarea retinoizilor aromatici prevede documentarea minuțioasă cu informațiile din prospect.

Caseta 28. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate care normalizează reacțiile oxidative[11,33].

- **Vitamine din grupul B:**

- **Piridoxină clorhidrat** (vitamina B₆) /soluție injectabilă 5%, 1 ml/.
 - Mod de administrare: intramuscular 2 ml/zi 15-20 zile.
 - Reacții adverse: parestezii, somnolență, scăderea nivelului seric al acidului folic.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la preparat.
- **Ciancobalamină** (vitamina B₁₂) /soluție injectabilă 0,05%, 1 ml/.
 - Mod de administrare: intramuscular peste o zi, 1 ml (500 mkg)/zi 10-15 injecții.
 - Reacții adverse: șoc anafilactic și moarte, edem pulmonar, insuficiență cardiacă, tromboză vasculară periferică, *polycythemia vera*, prurit, exanteme tranzitorii.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la vitamina B₁₂ sau cobalt.
- **Acid nicotinic** (Vitamina B₃) /soluție injectabilă 1%, 1 ml/.
 - Mod de administrare: intramuscular 1-3 ml/zi 10-15 zile.
 - Reacții adverse: reacții alergice și anafilactice, bufeuri de căldură, hiperemia feței și gâtului, cefalee, fibrilație atrială și alte aritmii (tahicardie), hiperglicemie, hiperuricemie și gută, mialgii, greață și vomă, ulcer peptic, icter, xerodermie, prurit.
 - Contraindicații: hemoragii arteriale, glaucom, diabet zaharat (doze mari), gută, hipotensiune arterială, ulcer peptic activ, afecțiuni hepatice, hipersensibilitate la acid nicotinic.
- **Tocoferol acetat** (vitamina E) /capsule 100 mg/.
 - Mod de administrare: per oral, 100-200 mg de trei ori pe zi timp de 20-30 zile.
 - Reacții adverse: reacții alergice; în doze mari diaree, epigastralgie.
 - Contraindicații: hipersensibilitate la preparat.
- **Acid ascorbic** (vitamina C) /soluție injectabilă 5%, 1 ml/.
 - Mod de administrare: intramuscular, 2 ml/zi 15-20 zile.
 - Reacții adverse: reacții alergice cutanate, dozele mari inhibă funcția aparatului insular pancreatic, provoacă hiperuricemie, hiperoxalaturie. În unele cazuri poate provoca greață, vomă, cefalee, diaree, poliurie.
 - Contraindicații: dozele mari sunt contraindicate în hipercoagulabilitatea sângelui, tromboflebite, predispoziție la tromboze, diabet zaharat, diateză urică, unele forme de anemii hemolitice (sideroblastică, drepanocitară, talasemie).
- **Acid tioctic** (Acid -α- lipoic) /comprimate 0,025/.
 - Mod de administrare: per oral, 0,025 de trei ori pe zi timp de 30 zile.
 - Reacții adverse: greață, vomă, cefalee, hipertensiune intracraniană, inhibiția respirației. În unele cazuri – reacții alergice cutanate.
 - Contraindicații: lactația, hipersensibilitate la acidul alfa-lipoic.

Caseta 29. Tratamentul sistemic simptomatic în Ps [11,33].

- **Hiposensibilizante**

- **Tiosulfat de sodiu:** soluție injectabilă în fiole 30%/10 ml; soluție buvabilă 10%.
 - Mod de administrare:
 - intravenos: 10 ml/zi, 10-15 infuzii;
 - per oral, 15 ml de 3 ori/ zi 10-15 zile.
 - Reacții adverse: reacții alergice.

- Contraindicații: hipersensibilitatea la preparat.
- **Clorură de calciu:** soluție injectabilă în fiole 10%/10 ml; soluție buvabilă 10%.
 - Mod de administrare:
 - intravenos: 10 ml/zi, 10-15 infuzii;
 - per oral, 15 ml de 3 ori în zi 10-15 zile.
 - Reacții adverse: la administrarea rapidă i.v. – bufeuri de căldură, tahicardie, hipotensiune arterială.
 - Contraindicații: predispoziția la tromboze, ateroscleroza avansată, fibrilația ventriculară, intoxicație cu digitalia, hiper calciemia, nu se administrează subcutanat și intramuscular.
 - Precauții: Pacienții care se tratează cu glicozide cardiace. În caz de extravazare a soluției injectabile se administrează soluție 1% de procaină și hialuronidază pentru a proteja vena și țesuturile adiacente de necroză; compresele calde sunt utile.
- **Gluconat de calciu:** soluție injectabilă în fiole 5, 10% / 10 ml; comprimate 0,5.
 - Mod de administrare:
 - intravenos, 10 ml/zi, 10-15 infuzii;
 - Intramuscular, 5ml/zi, 10-15 injecții;
 - per oral, 0,5 de 3 ori / zi, 10-15 zile.
 - Reacții adverse: greață, vomă, diaree, bradicardie.
 - Contraindicații: hiper calciemia, hiper calciuria severă, insuficiența renală severă, predispoziția la tromboze, hipersensibilitate la preparat.
 - Precauții: pacienții care se tratează cu glicozide cardiace; pacienților cu hiper calciurie moderată, insuficiență renală moderată sau calculoză renală în antecedente li se va controla nivelul excreției calciului cu urina; în predispoziția la calculoză renală se recomandă consum sporit de lichide.
- **Antihistaminice**
- **Cloropiramină:** soluție injectabilă în fiole 2%/1 ml; comprimate 0,025.
 - Mod de administrare:
 - intramuscular, 2 ml/zi, 5-10 zile;
 - per oral, 0,025 de 2-3 ori / zi, 5-10 zile.
 - Reacții adverse: somnolență, amețeli, hiposalivație, ataxie, tulburări gastro-intestinale.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la preparat, tratamentul cu inhibitori de MAO, sarcina și lactația, glaucomul, ulcerul peptic, hipertrofia de prostată, afecțiuni respiratorii, consum de băuturi alcoolice.
 - Precauții: la copii poate produce excitație, conducerea vehiculelor și munca care cere vigilență.
- **Clemastină:** soluție injectabilă în fiole 1% /2 ml; comprimate 0,001.
 - Mod de administrare:
 - intramuscular, 2 ml/zi, 5-10 zile;
 - per oral, 0,001 de 2-3 ori / zi 5-10 zile.
 - Reacții adverse: somnolență, cefalee, amețeli, hiposalivație, ataxie, tulburări gastro-intestinale.
 - Contraindicații: sarcina (se administrează numai în cazuri excepționale), consum de băuturi alcoolice.
 - Precauții: în glaucom, ulcer peptic stenoizant, hipertrofia de prostată, conducerea vehiculelor și munca care cere vigilență. La vârstnici provoacă amețeli, hipotensiune arterială și sedației.
- **Levocetirizină:** comprimate 0,005.
 - Mod de administrare: per oral, 0,005 1 dată / zi 10 zile.
 - Reacții adverse: uscăciunea gurii, durere de cap, oboseală, somnolență/amețeală, greață, tulburări intestinale etc.
 - Contraindicații: sarcina (se administrează numai în cazuri excepționale), consum de băuturi alcoolice
 - Precauții: în insuficiența hepatică și renală.

- **Anxiolitice**
- **Alprazolam:** comprimate 0,5 mg.
 - Mod de administrare: per oral, 0,25 – 0,5 mg de 3 ori / zi, 10 zile.
 - Reacții adverse: somnolență și amețeli, tulburări vizuale, cefalee, irascibilitate, tremur, dereglări de memorie și coordinare, creșterea tensiunii intracraniene, greață, vomă, icter, creșterea activității transaminazelor hepatice, tulburări ale libidoului și ciclului menstrual.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la benzodiazepine.
 - Precauții: insuficiența hepatică și/sau renală, pacienți predispuși la dependență medicamentoasă, conducerea vehiculelor și munca care cere vigilență, stările depresive și de inhibiție psihomotorie, depresie bipolară și stările cu simptome psihotice, depresiile severe cu tentații suicidale.
- **Sedative**
- **Tinctură de talpa – găștei:** soluție buvabilă.
 - Mod de administrare: per oral, 30 – 50 picături de 3 - 4 ori / zi, 10 zile
 - Precauții: conducerea vehiculelor și munca care cere vigilență.
- **Extract de odolean:** comprimate filmate 20 mg.
 - Mod de administrare: per oral, 1-2 comprimate de 3 ori / zi, 5-10 zile.
 - Reacții adverse: rar reacții de hipersensibilitate.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la valeriană.

Caseta 30. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate care ameliorează microcirculația [11, 33].

- **Pentoxifilină:** comprimate -100 mg, 400 mg; soluție injectabilă în fiole 2%-5 ml /1 ml-20mg/.
 - Mod de administrare:
 - infuzii intravenoase: 5 ml de soluție se dizolvă în 250-500 ml de soluție clorură de sodiu 0,9% sau soluție glucoză 5% (se administrează timp de 90-180 min.); la necesitate doza zilnică se poate mări cu 50-100 mg, până la 300 mg/zi; se recomandă 5-7 perfuzii;
 - per oral, 100-400 mg de 3 ori pe zi, 2-3 săptămâni.
 - Reacții adverse: dureri toracice, aritmii, amețeli, cefalee, greață sau vomă, disconfort gastric.
 - Contraindicații: hemoragie, infarctul miocardic acut, ictus hemoragic cerebral, aritmii severe, forme severe de ateroscleroză, insuficiență renală.
- **Xantinol nicotinat:** comprimate – 150 mg
 - Mod de administrare: per oral, 150 mg de 3 ori pe zi, 2-3 săptămâni.
 - Reacții adverse: bufeuri de căldură, hiperemia feței și altor regiuni ale corpului.
 - Contraindicații: miocardita acută, vicii cardiace decompensate, hemoragii acute.
 - Precauții: graviditatea în primul trimestru.

Caseta 31. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate pentru imunocorecție neselectivă [11,33].

- **Levamisol:** comprimate - 150 mg.
 - Mod de administrare: per oral, 150 mg/zi, 2 zile consecutiv, interval de o săptămână între cure (2-3 cure timp de 2-3 săptămâni).
 - Reacții adverse: greață, vomă, diaree, amețeli, cefalee, insomnie, depresie, leucopenie, agranulocitoză, trombocitopenie, reacții alergice cutanate. Foarte rar ataxie, parestezii și unele efecte psihice. Uneori proteinemie, azotemie, șoc anafilactic, iridociclită, vasculită.
 - Contraindicații: sarcină, lactația, agranulocitoză medicamentoasă în antecedente, hipersensibilitate la preparat.
 - Precauții: pe toată perioada tratamentului sunt contraindicate doze mari de glucocorticosteroizi, citostatice, antiinflamatoare nesteroidiene și consumul de alcool.

Caseta 32. Tratamentul de detoxificare în Ps [11, 33].

- **Detoxificare intracorporală**

- **Clorură de sodiu (soluție izotonică):** soluție perfuzabilă 0,9% / 250 - 500 ml în flacoane.
 - Mod de administrare: perfuzie intravenoasă 250-500 ml, cu viteza 40 – 80 picături/minut, 5- 7 perfuzii peste o zi.
 - Reacții adverse: febră, dureri locale, abcese, necroză tisulară, tromboză sau flebită. la administrarea rapidă hipotensiune arterială, tahicardie, dificultăți respiratorii.
 - Contraindicații: insuficiența cardiacă congestivă, insuficiența circulatorie sau renală, hipoproteinemia.
 - Precauții: la apariția hipotensiunii arteriale sau tahicardiei perfuzia trebuie suspendată.
- **Detoxificare extracorporală**
 - plasmafereză;
 - hemosorbție.

Caseta 33. Tratament fizioterapeutic în PS

- Magnetoterapie.
- Laseroterapie.
- Roentgenterapie superficială.
- Parafino-și ozokeritoterapie.
- Băi hidrosaline.

Caseta 34. Fototerapia în Ps [16, 21, 26, 49].

Fototerapia este recomandată în formele extinse de Ps (>10% din suprafața corpului) cu excepția formelor de vară unde tratamentul respectiv este contraindicat.

- **Climatoterapia (helioterapia)** - de obicei se efectuează pe litoralul maritim. Este utilă în fazele de stare sau regresie a procesului cutanat. Expoziția inițial trebuie să fie scurtă, cu creșterea ulterioară treptată. Durata expozițiilor depinde de fototipul de piele, zona geografică, timpul zilei, sezon, starea vremii etc. Durata recomandată pentru un rezultat evident este de 3 săptămâni. Contraindicațiile includ folosirea alcoolului, folosirea medicamentelor fotosensibilizante (doxaciclina, piroxicamul, grizeofulvina, etc.). Helioterapia este destul de efectivă dar relativ scumpă deoarece duce la pierderea multor zile lucrătoare.
- **UVB - terapia** se consideră mai efektivă în formele gutate de Ps. UVB-terapia se împarte convențional în două tipuri: UVB de bandă lată (TL12) cu lungime de undă 290 - 320 nm, și UVB de bandă îngustă (TL01) cu lungime de undă 309 - 313 nm. Eficacitatea UVB de bandă îngustă este mai mare fiind foarte aproape de eficacitatea PUVA terapiei, totodată având reacții adverse mai minore. Potențarea efectelor curative al UVB-terapiei poate fi căpătată prin asociere cu retinoizii aromatici (Re-UVB).
- **PUVA-terapia**, prevede pe lângă UVA (lungime de undă 320 - 400 nm) administrarea preparatelor fotosensibilizante (psoralene). PUVA - terapia este una din cele mai efective metode de fototerapie, dar care totodată este soldată cu reacții adverse mai majore, în special riscul de apariție a unui cancer cutanat. Combinarea PUVA cu unele remedii (retinoizi / Re-PUVA) este recomandată pentru reducerea cumulației a ultravioletelor și minimalizarea reacțiilor adverse. Alegerea PUVA-terapiei, stabilirea dozelor și frecvenței expozițiilor, asocierea cu alte remedii terapeutice este în competența exclusivă a dermatologului.

Caseta 35. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate antiinflamatoare nesteroidiene [11, 33].

- **Diclofenac:** comprimate – 25 mg; soluție injectabilă 2,5% /3 ml în fiole.
 - Mod de administrare:
 - intramuscular, 75 mg de 2 ori pe zi, 5 zile;
 - per oral, 25 mg de 3 ori pe zi, 2-3 săptămâni.
 - Reacții adverse: greață, epigastralgie, ulcer gastric sau duodenal, hemoragii digestive sau perforații, astenie, insomnie, irascibilitate, vertij, cefalee, bronhospasme, eczeme, reacții

- anafilactice (ca excepție), convulsii.
- Contraindicații: ulcer gastric sau duodenal evolutiv, insuficiența hepatică sau renală severă, hipersensibilitatea la preparat, astm bronșic, urticaria, rinita alergică, sarcina (ultimul trimestru), lactația, copii sub 15 ani sau sub 17 kg masa corporală.
- Interacțiuni: crește toxicitatea pentoxifilinei, metotrexatului, ciclosporinei.
- Precauții: a controla diureza la bolnavi cu insuficiență cardiacă, ciroză hepatică, nefroză cronică.
- **Ibuprofen:** comprimate filmate – 200 mg.
 - Mod de administrare: per oral, 200-400 mg de 3 ori pe zi, 2-3 săptămâni.
 - Reacții adverse: erupții cutanate alergice, acufene, retenție de lichid (creșterea tensiunii arteriale la hipertensivi, oligurie, adaos ponderal), irascibilitate, vertij, cefalee, dureri abdominale și în epigastriu, flatulență, constipație sau diaree, inapetență, pirozis, greață, vomă.
 - Contraindicații: ulcer gastric și duodenal evolutiv sau în antecedente, insuficiența hepatică sau renală, ciroza hepatică, hipersensibilitatea la preparat, astm bronșic, lupus eritematos sistemic, colită hemoragică, hemoragiile hemoroidale, polipii nazali, urticaria, rinita acută, stomatita, bronhospasmul, anemia.
 - Interacțiuni: acidul acetilsalicilic mărește efectele adverse ale preparatului.
- **Piroxicam:** capsule 20 mg.
 - Mod de administrare: per oral, 40-20 mg/zi, 2-3 săptămâni.
 - Reacții adverse: În doze mari sau tratament îndelungat greață, vomă, epigastralgie, anorexie, diaree, amețeli, somnolență, irascibilitate, cefalee, reacții alergice cutanate, tulburări ale funcțiilor renale și hepatice, retenția sodiului în organism și edeme.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la preparat, ulcerul peptic activ sau recurent, sarcină, vârsta sub 14 și peste 65 ani, boli hepatice sau renale, insuficiență cardio-vasculară, astm bronșic.
 - Interacțiuni: crește efectul anticoagulantelor cumarinice, sulfamidelor.
 - Precauții: afecțiunile renale și hepatice, gastrointestinale, hipertensiunea arterială, lupusul eritematos. În tratamentul de durată se recomandă controlul hematologic și biochimic.
- **Nimesulid:** comprimate 100 mg.
 - Mod de administrare: per oral, 100 mg de 2 ori/zi, 2 săptămâni.
 - Reacții adverse: greață, pirozis, epigastralgie, cefalee, vertij, erupții cutanate, reacții alergice cutanate, tulburări ale funcțiilor renale și hepatice, retenția sodiului în organism și edeme.
 - Contraindicații: ulcerul peptic evolutiv sau recurent, insuficiența hepatică severă, insuficiența renală cu *clearance*-ul creatininei sub 30 ml/min, hipersensibilitatea la preparat.
 - Precauții: nu se recomandă în trimestrul III a sarcinii și în perioada de lactație.

Caseta 36. Tratamentul sistemic cu preparate citostatice și imunosupresive în Ps [11,12, 33, 37, 38].

- **Metotrexat** (comprimate – 2,5 mg, 10 mg; soluție injectabilă în fiole 1 ml/ 10 mg).
 - Mod de administrare:
 - per oral – 15-17,5 mg /săptămânal, subdivizat în trei prize cu interval de 8 ore (4-6 cure);
 - intramuscular – 20 mg/ săptămânal (4-6 cure).
 - Contraindicații: reacție alergică la metotrexat, afectare semnificativă a rinichilor, afectare semnificativă hepatică, tulburări ale sistemului de formare a sângelui, infecții severe sau aveți infecții în prezent (cum este tuberculoza și HIV), ulceratii în gură și gât sau ulcer la nivelul stomacului și intestinului; perioada e sarcină sau alăptare.
 - Reacții adverse: are efecte toxice asupra celulelor și asupra altor organe. Alte efecte adverse posibile: anemie, greață, astenie, anorexie, fototoxicitate, diaree, ulceratii la nivelul mucoasei cavității bucale, cefalee, febră și frisoane.

- **Precauții:**
 - doza maximă cumulativă este de 1,5 g;
 - nu poate fi administrat persoanelor care consumă sistematic alcool, pacienților cu afecțiuni hepatice sau renale, cu imunodeficiențe sau cu infecții active;
 - este necesară monitorizarea atentă a funcțiilor renale, hepatice și medulare, uneori fiind necesară biopsia hepatică;

Nota. Paralel se indică 15 mg/zi de acid folic pentru anihilarea reacțiilor adverse.

- **Ciclosporina A** (capsule 50 sau 100 mg; soluție buvabilă 100 mg/1 ml, 50 ml în flacon; soluție injectabilă în fiole 1ml /50 mg).
 - Mod de administrare: per oral sau intramuscular - 2,5-5 mg/kg/zi (se începe cu 3 mg/kg/zi) timp 2-3 luni, se scade apoi cu 0,5 mg/kg /zi la 2 săptămâni până la obținerea remisiunii clinice.
 - Indicații: este recomandat pentru cazurile severe și atunci când alte terapii au eșuat.
 - Reacții adverse:
 - grave- includ afectarea rinichilor, atingerile gastrointestinale și hipertensiunea arterială;
 - alte efecte adverse cuprind hirsutismul și hiperplazia gingivală, ginecomastia la bărbați.
 - Precauții: nu se recomandă asocierea cu preparate antiinflamatoare nesteroidiene.

Nota –administrarea preparatelor citostatice și imunosupresive prevede documentarea minuțioasă cu informațiile din prospect.

Caseta 37 Tratamentul sistemic cu preparate cu molecule mici în Ps [37].

- **Inhibitori de fosfodiesterază**
 - **Apremilast*** (pastile 10/20/30 mg).
 - Indicații: este recomandat pentru cazurile severe de psoriazis cutanat și în artrita psoriazică.
 - Mod de administrare: doza recomandată de apremilast este de 30 mg pe cale orală de 2 ori pe zi, dimineața și seara, cu un interval de aproximativ 12 ore. Este necesară titrarea inițială a dozei, așa cum se arată în tabel. Nu este necesară o re-titrare după titrarea inițială.

Sxema titrării a dozei

1-a zi			a 2-a zi		a 3-a zi		a 4-a zi		a 5-a zi		6-a zi și mai departe	
Dimineața			dimineața	Seara	dimineața	seara	dimineața	Seara	dimineața	seara	Dimineața	seara
10 mg			10 mg	10 mg	10 mg	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg	30 mg	30 mg	30 mg

- Este contraindicat până la 18 ani.
- Reacții adverse -Diaree, greață și vărsături; dereglări psihice, reacții alergice, etc.

Notă: La momentul elaborării PCN preparatul marcat cu* nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor din RM.

Caseta 38 Tratamentul sistemic cu preparate biologice în Ps [24, 37, 38, 45].

- **Inhibitori de TNF-α**
 - **Etanercept***: soluție 25mg sau 50mg/1ml în seringă. [60].
 - Mod de administrare: subcutan două ori pe săptămână, câte 25 mg, sau câte 50 mg/săpt.
 - Reacții adverse:
 - foarte frecvente: infecții; reacții la locul de injectare (incluzând sangerare, invințire, înroșire, mâncărime, durere și tumefiere);
 - frecvente: reacții alergice; febra; mâncărime; anticorpi îndreptați împotriva țesutului normal;
 - mai puțin frecvente: infecții grave (incluzând pneumonia, infecțiile profunde ale pielii, infecții ale încheieturilor, infectarea sângelui și infecții cu diverse localizări); tumefierea localizată a pielii (edem angioneurotic); scăderea numărului de plachete sanguine; papule (zone ridicate de piele, înroșite sau palide, care provoacă adeseori o senzație de mâncărime); psoriazis, erupții trecătoare pe piele; inflamarea sau cicatrizarea plămânilor;

- rare: reacții alergice grave (incluzând tumefieri severe, localizate, ale pielii, și respirație suierătoare); scăderea concomitentă a numărului de plachete sanguine și celule sanguine albe și roșii; tulburări ale sistemului nervos (cu semne și simptome similare cu cele intanite în scleroza multiplă sau în inflamația nervilor oculari sau maduvei spinării); tuberculoza; înrautățirea stării insuficienței cardiace congestive; convulsii; lupus sau sindrom de tip lupus (simptomele pot include erupții persistente pe piele, febra, dureri ale încheieturilor și oboseala); inflamații a vaselor de sange; scăderea numărului de celule sanguine roșii și albe, scăderea numărului de neutrofile (un tip de celule albe sanguine); rezultate crescute la testele hepatice; erupții pe piele care pot duce la apariția de basici și descuamarea severă a pielii;
- foarte rare insuficiența funcției maduvei osoase de a produce celule sanguine de importanță crucială.
- Contraindicații: hipersensibilitatea la etanercept, sepsis, infecții în fazele acute, etc.
- Precauții:
 - reacții alergice, infecții/intervenții chirurgicale, infecții/diabet zaharat, infecții/supraveghere, tuberculoză, hepatitele virale tulburări ale sângelui, tulburări ale sistemului nervos și tulburări oculare, insuficiența cardiacă congestivă, cancer, abuzul de alcool, granulomatoza Wegener, folosirea medicamentelor antidiabetice, vaccinări, boala inflamatorie intestinală, etc;
 - ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea în timpul sarcinii și alăptării.
- Infliximab: pulbere pentru soluție perfuzabilă 100mg în flacon. [64].
 - Mod de administrare - intravenos 5 mg/kg (0,2;6 săptămână), apoi la fiecare 8 săptămâni.
 - Reacții adverse:
 - frecvente (probabilitatea de apariție la mai puțin de 1 din 10 pacienți): durere de cap, amețeli, greata, simptome abdominale, reacții alergice, erupții pe piele, urticarie, infecții virale (de exemplu herpes), infecții respiratorii (răceala, infecții sinuzale, bronșita, pneumonie);
 - mai puțin frecvente (probabilitatea de apariție la mai puțin de 1 din 100 pacienți): depresie, agitație, tulburări ale somnului, afectarea vindecării rănilor, infecții bacteriene (de exemplu, tuberculoza, infecții ale tractului urinar, infecții profunde ale pielii, sepsis), infecții fungice, astm bronșic, funcție hepatică anormală, scăderi ale numărului celulelor sanguine incluzând anemie, agravarea bolii demielinizante a nervilor, activarea bolii autoimune (LES, lupus), agravarea insuficienței cardiace, căderea părului, sângerări, reacții alergice anafilactice, reacții la nivelul locului de injectare;
 - rare (probabilitatea de apariție la mai puțin de 1 din 1000 pacienți): sângerări sau perforații gastro-intestinale, insuficiența circulatorie, scleroza multiplă, limfom.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la infliximab, infecție severă inclusiv tuberculoză, insuficiența cardiacă moderată sau severă.
 - Precauții:
 - folosirea concomitentă a citostaticelor, retinoizilor aromatici, preparatelor imunosupresive;
 - ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea în timpul sarcinii și alăptării.
- Adalimumab: soluție 40mg/0.8 ml în seringă [61].
 - Mod de administrare - subcutan: 1 doză – 80 mg, apoi peste o săptămână câte 40 mg la fiecare 2 săptămâni.
 - Reacții adverse:
 - cele mai frecvente reacții adverse raportate sunt infecțiile (cum sunt rinofaringita, infecții ale tractului respirator superior și sinuzita), reacțiile la locul de injecție (eritem, prurit, hemoragie, durere sau edem), cefalee și durere musculoscheletică;
 - imunosupresie care poate conduce la infecții amenințatoare de viață sau letale

- (inclusiv sepsis, infecții oportuniste și TB), reactivarea hepatitei B (HVB) și variate malignități (leucemie, limfom și limfom hepatosplenic cu celule T (LHsCT));
- reacții grave hematologice, neurologice și autoimune. Acestea includ cazuri rare de pancitopenie, anemie aplastică, evenimente de demielinizare centrală și periferică și cazuri de lupus eritematos sistemic, manifestări asociate lupusului și sindrom Stevens-Johnson.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la adalimumab, tuberculoza activă sau alte infecții grave cum sunt stări septice și infecții oportuniste, insuficiență cardiacă moderată până la severă (clasa III/IV NYHA).
 - Precauții:
 - folosirea concomitentă a citostaticelor, retinoizilor aromatici, preparatelor imunosupresive;
 - ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea în timpul sarcinii și alăptării.
- **Inhibitori IL-12/IL-23**
- Ustecinumab*: soluție 45mg/0.5 ml și 90 mg/1 ml în seringă. [65].
 - Mod de administrare - subcutan câte 45 mg (0; 4; 12 săptămână), apoi la fiecare 3 luni.
 - Reacții adverse:
 - infecții și infestări - frecvente: infecții ale căilor respiratorii superioare, nazofaringită, sinuzită; mai puțin frecvente: celulită, infecții dentare, herpes zoster, infecții ale căilor respiratorii inferioare, infecții virale ale căilor respiratorii superioare, infecții micotice vulvovaginale;
 - tulburări ale sistemului imunitar - mai puțin frecvente: reacții de hipersensibilitate (inclusiv erupție cutanată tranzitorie, urticarie); rare: reacții de hipersensibilitate grave (inclusiv anafilaxie, angioedem);
 - tulburări psihice – depresie;
 - tulburări ale sistemului nervos - frecvente: amețeli, cefalee; mai puțin frecvente: paralizie facială;
 - tulburări respiratorii, toracice și mediastinale - frecvente: durere orofaringeală; mai puțin frecvente: congestie nazală; rare: alveolită alergică, pneumonie eozinofilică; foarte rare: pneumonie organizată;
 - tulburări gastro-intestinale - frecvente: diaree, greață, vărsături;
 - afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat - frecvente: prurit; mai puțin frecvente: psoriazis pustular, exfoliere cutanată, acnee; rare: dermatită exfoliativă, vasculită prin hipersensibilizare;
 - tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv - frecvente: durere de spate, mialgie, artralgie;
 - tulburări generale și la nivelul locului de administrare - frecvente: fatigabilitate, eritem la locul injectării, durere la locul injectării; mai puțin frecvente: reacții la locul administrării (inclusiv hemoragie, hematom, indurație, tumefacție și prurit), astenie.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la ustecinumab, sepsis, infecții în fazele acute, etc.
 - Precauții:
 - poate avea potențialul de a crește riscul infecțiilor și de a reactiva infecțiile latente. la apariția hipotensiunii arteriale sau tahicardiei perfuzia trebuie suspendată;
 - are potențial de a crește riscul de afecțiuni maligne;
 - la reacție anafilactică sau o altă reacție de hipersensibilitate gravă, trebuie instituită o terapie adecvată, iar administrarea medicamentului trebuie întreruptă imediat;
 - se recomandă ca vaccinurile virale sau bacteriene **vii** [cum ar fi vaccinul cu bacilul Calmette-Guérin (BCG)] să nu fie administrate concomitent cu ustecinumab;
 - ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea ustecinumab în timpul sarcinii și alăptării.
 - femeile aflate la vârstă fertilă trebuie să utilizeze metode contraceptive eficiente în timpul tratamentului și până la 15 săptămâni după întreruperea acestuia.

- **Inhibitori IL-17**

- **Secukinumab***: soluție 150mg/1ml in seringă. [59].

- Mod de administrare - subcutan câte 300 mg 1,2,3 și 4 săptămână apoi 300 mg la fiecare 4 săptămâni.

- Reacții adverse:

- infecții și infestări - foarte frecvente: infecții ale căilor respiratorii superioare, herpes oral; frecvente: tinea pedis, candidoză orală, otită externă; mai puțin frecvente: infecții ale căilor respiratorii inferioare; cu frecvență necunoscută: candidoză mucocutanată (inclusiv candidoză esofagiană);
- tulburări hematologice și limfatice - mai puțin frecvente: neutropenie;
- tulburări ale sistemului imunitar - mai puțin frecvente: reacții anafilactice;
- tulburări ale sistemului nervos - frecvente: cefalee;
- tulburări respiratorii, toracice și mediastinale - frecvente: rinoree;
- tulburări gastro-intestinale - frecvente: diaree, greață; mai puțin frecvente: boală intestinală inflamatorie;
- afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat -mai puțin frecvente: urticarie; rare: dermatită exfoliativă, vasculită prin hipersensibilizare;
- tulburări generale și la nivelul locului de administrare - frecvente: fatigabilitate.

- Contraindicații: hipersensibilitatea la secukinumab, sepsis, infecții în fazele acute, etc.

- Precauții:

- poate avea potențialul de a crește riscul infecțiilor și de a reactiva infecțiile latente. la apariția hipotensiunii arteriale sau tahicardiei perfuzia trebuie suspendată;
- secukinumab nu este recomandat la pacienții cu boala inflamatorie intestinală;
- la reacție anafilactică sau o altă reacție de hipersensibilitate gravă, trebuie instituită o terapie adecvată, iar administrarea medicamentului trebuie întreruptă imediat;
- se indica cu precauție persoanelor cu hipersensibilitate la latex;
- se recomandă ca vaccinurile virale sau bacteriene **vii** [cum ar fi vaccinul cu bacilul Calmette-Guérin (BCG)] să nu fie administrate concomitent cu secukinumab;
- în studiile privind psoriazisul, nu au fost evaluate siguranța și eficacitatea secukinumab în combinație cu imunosupresoare, inclusiv biologice, sau fototerapie;
- ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea secukinumab în timpul sarcinii și alăptării.
- femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze metode contraceptive eficace în timpul tratamentului și până la 20 săptămâni după întreruperea acestuia.

- **Ixekizumab***: soluție 80mg/1ml in seringă [67].

- subcutan câte 160 mg în săptămâna 0, apoi 80 mg 2, 4, 6, 8, 10, 12 săptămâni, apoi 80 mg fiecare 4 săptămâni.

- Reacții adverse:

- frecvente (probabilitatea de apariție la mai puțin de 1 din 10 pacienți): infecții ale tractului respirator superior cu simptome cum sunt durere în gât și nas înfundat; reacții la locul de injectare (de exemplu piele roșie, durere); greață; infecții fungice; herpes simplex, muco-cutanat.
- mai puțin frecvente (probabilitatea de apariție la mai puțin de 1 din 100 pacienți): posibilă infecție gravă (febră, simptome asemănătoare gripei, transpirații nocturne, senzație de oboseală și lipsă de aer, piele caldă, roșie și dureroasă, sau o erupție dureroasă cu vezicule pe piele); afte; urticarie; conjunctivită; neutropenie; trombocitopenie; urticarie; angioedema; crampe și dureri abdominale, diaree, pierdere în greutate, scaune cu sânge.
- rare (probabilitatea de apariție la mai puțin de 1 din 1000 pacienți): reacție alergică gravă prezentată de dificultăți de respirație sau de înghițire, tensiune arterială mică, ce poate cauza amețală și o senzație de gol la nivelul capului, umflarea feței, buzelor, limbii sau gâtului, mâncărime severă a pielii, cu o erupție roșie sau papule; sângerări sau perforații gastro-intestinale; insuficiența circulatory; scleroza multiplă; limfom.

- Contraindicații: hipersensibilitatea la ixekizumab, sepsis, infecții în fazele acute, etc.
- Precauții:
 - poate avea potențialul de a crește riscul infecțiilor și de a reactiva infecțiile latente. la apariția hipotensiunii arteriale sau tahicardiei perfuzia trebuie suspendată;
 - secukinumab nu este recomandat la pacienții cu boala inflamatorie intestinală colita ulcerative sau boala Crohn;
 - la reacție anafilactică sau o altă reacție de hipersensibilitate gravă, trebuie instituită o terapie adecvată, iar administrarea medicamentului trebuie întreruptă imediat;
 - în studiile privind psoriazisul, nu au fost evaluate siguranța și eficacitatea ixekizumab în combinație cu imunosupresoare, inclusiv biologice, sau fototerapie;
 - ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea ixekizumab în timpul sarcinii și alăptării.
 - femeile aflate la vârstă fertilă trebuie să utilizeze metode contraceptive eficiente în timpul tratamentului și până la 10 săptămâni după întreruperea acestuia.
- Brodalumab*: soluție 210mg/1.5 ml în seringă [63].
 - subcutan câte 20 mg, săptămâna 0, 1, 2 apoi 20 mg la fiecare 2 săptămâni.
 - Reacții adverse:
 - frecvente (probabilitatea de apariție la mai puțin de 1 din 10 pacienți): infecții ale tractului respirator superior cu simptome cum sunt durere în gât și nas înfundat; reacții la locul de injectare (de exemplu piele roșie, durere); diaree; greață; înroșire, durere, mâncărimi, vânătăie sau sângerare la locul de injectare; oboseală; durere în gură sau în gât; scădere a numărului de celule albe din sânge; infecții fungice la nivelul pielii; tinea, inclusiv pe picioare și inghinal; gripă; dureri de cap; dureri la nivelul articulațiilor; dureri musculare.
 - mai puțin frecvente (probabilitatea de apariție la mai puțin de 1 din 100 pacienți): posibilă infecție gravă (febră, simptome asemănătoare gripei, transpirații nocturne, senzație de oboseală și lipsă de aer, piele caldă, roșie și dureroasă, sau o erupție dureroasă cu vezicule pe piele); candidoză (infecție fungică) la nivelul gurii, gâtului sau în regiunea genitală; scurgeri la nivelul ochilor, cu senzație de mâncărime, înroșire și umflare (conjunctivită).
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la brodalumab, sepsis, infecții în fazele acute, boala Crohn, etc.
 - Precauții:
 - poate avea potențialul de a crește riscul infecțiilor și de a reactiva infecțiile latente. la apariția hipotensiunii arteriale sau tahicardiei perfuzia trebuie suspendată;
 - brodalumab nu este recomandat la pacienții cu boala inflamatorie intestinală colita ulcerative sau boala Crohn;
 - se recomandă ca vaccinurile virale sau bacteriene **vii** [cum ar fi vaccinul cu bacilul Calmette-Guérin (BCG)] să nu fie administrate concomitent cu brodalumab;
 - la reacție anafilactică sau o altă reacție de hipersensibilitate gravă, trebuie instituită o terapie adecvată, iar administrarea medicamentului trebuie întreruptă imediat;
 - în studiile privind psoriazisul, nu au fost evaluate siguranța și eficacitatea brodalumab în combinație cu imunosupresoare, inclusiv biologice, sau fototerapie;
 - ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea brodalumab în timpul sarcinii și alăptării.
 - femeile aflate la vârstă fertilă trebuie să utilizeze metode contraceptive eficiente în timpul tratamentului și până la 12 săptămâni după întreruperea acestuia.
- **Inhibitori IL-23**
- Guselkumab: soluție în seringă 100 mg/1ml [68].
 - subcutan câte 100 mg săptămâna 0, în săptămâna 4 și, ulterior, la intervale de 8 săptămâni.
 - Reacții adverse:
 - foarte frecvente ($\geq 1/10$): infecții ale tractului respirator;

- frecvente ($\geq 1/100$ și $< 1/10$): creșterea transaminazelor; cefalee; diaree; artralgie;
- mai puțin frecvente ($\geq 1/1000$ și $< 1/100$): infecții cu virus herpes simplex; infecții cu tinea; gastroenterită; scăderea neutrofilelor; hipersensibilitate; anafilaxie; urticarie; erupție cutanată tranzitorie; tulburări musculo-scheletice; reacții la locul injectării locului de administrare.
- Contraindicații: hipersensibilitatea la guselkumab, sepsis, infecții în fazele acute (de exemplu tuberculoză activă), etc.
- Precauții:
 - poate avea potențialul de a crește riscul infecțiilor și de a reactiva infecțiile latent;
 - înainte de inițierea tratamentului cu guselkumab, trebuie avută în vedere finalizarea tuturor imunizărilor adecvate, în conformitate cu ghidurile actuale privind imunizarea;
 - vaccinurile cu virus viu nu trebuie administrate concomitent la pacienții tratați cu guselkumab;
 - înainte de vaccinare cu virusuri vii sau cu bacterii vii, tratamentul cu guselkumab trebuie întrerupt timp de cel puțin 12 săptămâni după ultima doză și poate fi reluat după cel puțin 2 săptămâni de la vaccinare;
 - la prescrierea guselkumab la 4 săptămâni în artrita psoriazică, se recomandă evaluarea enzimelor hepatice la momentul inițial și ulterior în cadrul monitorizării de rutină a pacientului, dacă se observă creșteri ale ALT sau AST și sunt suspectate leziuni hepatice induse de medicament, guselkumab trebuie întrerupt temporar până la excluderea acestui diagnostic;
 - la reacție anafilactică sau o altă reacție de hipersensibilitate gravă, trebuie instituită o terapie adecvată, iar administrarea medicamentului trebuie întreruptă imediat;
 - în studiile privind psoriazisul, nu au fost evaluate siguranța și eficacitatea brodalumab în combinație cu imunosupresoare, inclusiv biologice, sau fototerapie;
 - ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea guselkumab în timpul sarcinii și alăptării.
- Tildrakizumab*: soluție în seringă 100 mg/1ml[62].
 - subcutan câte 100 mg (200 mg pentru persoane cu greutatea mai mare de 90 kg) în săptămânile 0, 4 și fiecare 12 -a.
 - Reacții adverse:
 - foarte frecvente ($\geq 1/10$): infecții ale tractului respirator;
 - frecvente ($\geq 1/100$ și $< 1/10$): cefalee; diaree; greață; gastroenterită; durere la nivelul locului de injectare; durere de spate.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la tildrakizumab, sepsis, infecții în fazele acute (de exemplu tuberculoză activă), etc.
 - Precauții:
 - poate avea potențialul de a crește riscul infecțiilor și de a reactiva infecțiile latent;
 - înainte de inițierea tratamentului cu tildrakizumab, pacienții trebuie evaluați pentru infecția cu tuberculoză;
 - în cazul apariției unei reacții de hipersensibilitate, administrarea tildrakizumab, trebuie întreruptă imediat și trebuie inițiat tratamentul corespunzător;
 - Înainte de inițierea tratamentului cu tildrakizumab, se va lua în considerare finalizarea tuturor vaccinărilor adecvate, conform schemei de vaccinare actuale;
 - în cazul în care unui pacient i s-a administrat un vaccin cu virusuri sau bacterii vii, se recomandă să se aștepte cel puțin 4 săptămâni înainte de a începe tratamentul cu tildrakizumab;
 - pacienților tratați cu tildrakizumab nu trebuie să li se administreze vaccinuri cu microorganisme vii în timpul tratamentului și timp de cel puțin 17 săptămâni după tratament;
 - în studiile privind psoriazisul, nu au fost evaluate siguranța și eficacitatea tildrakizumab în combinație cu imunosupresoare, inclusiv biologice, sau fototerapie;
 - ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea tildrakizumab în timpul

- sarcinii și alăptării;
- femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de cel puțin 17 săptămâni după tratament.
- Risankizumab*: soluție în seringă 75 mg /0,83ml [66].
 - subcutan câte 150 mg (două injecții a câte 75 mg), săptămâna 0, în săptămâna 4 și, ulterior, la intervale de 12 săptămâni.
 - foarte frecvente ($\geq 1/10$): infecții ale tractului respirator;
 - frecvente ($\geq 1/100$ și $< 1/10$): cefalee; prurit; infecție fungică; fatigabilitate; reacții la locul injectării;
 - mai puțin frecvente ($\geq 1/1000$ și $< 1/100$): foliculită.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la risankizumab, sepsis, infecții active importante din punct de vedere clinic (de exemplu tuberculoză activă), etc.
 - Precauții:
 - poate avea potențialul de a crește riscul infecțiilor și de a reactiva infecțiile latente;
 - înainte de inițierea tratamentului cu risankizumab, pacienții trebuie evaluați pentru infecția cu tuberculoză;
 - în cazul apariției unei reacții de hipersensibilitate, administrarea risankizumab, trebuie întreruptă imediat și trebuie inițiat tratamentul corespunzător;
 - înainte de a se iniția terapia cu risankizumab, trebuie finalizate toate imunizările corespunzătoare în conformitate cu recomandările actuale privind imunizarea;
 - în cazul în care unui pacient i s-a administrat un vaccin viu (cu virus sau bacterie), se recomandă să se aștepte cel puțin 4 săptămâni înainte să se înceapă tratamentul cu risankizumab;
 - pacienții cărora li se administrează risankizumab nu trebuie să se vaccineze cu vaccinuri vii în timpul tratamentului și cel puțin 21 săptămâni după tratament;
 - în studiile privind psoriazisul, nu au fost evaluate siguranța și eficacitatea risankizumab în combinație cu imunosupresoare, inclusiv biologice, sau fototerapie;
 - ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea risankizumab în timpul sarcinii și alăptării;
 - femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă eficientă în timpul tratamentului și timp de cel puțin 17 săptămâni după tratament.

Nota:

1. Administrarea preparatelor biologice prevede documentarea minuțioasă cu informațiile din prospect.
2. La momentul elaborării PCN preparatul marcat cu* nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor din RM.

Caseta 39. Tratament profilactic (pentru prevenirea recurențelor) în PS

- Vitamine din grupul B (caseta 28)
 - Piridoxină clorhidrat
 - Ciancobalamină
- Acid ascorbic (caseta 28)
- Retinolul acetat (caseta 27)
- Tocoferolul acetat (caseta 28)
- Topic – creme emoliente
- RUV totală doze suberitemice 10 -15 ședințe (caseta 34)
- Băi curative cu sare de mare.

C.2.5.7. Evoluția și prognosticul

Caseta 40. Evoluția și prognosticul în Ps

- Ps este o dermatoză cu evoluție cronică recidivantă fără tendință la autolimitare
- Unele forme pot rămâne izolate pe parcursul anilor

- Remisiunile sunt de durată variabilă și imprevizibile în timp
- În timpul remisiunilor leziunile dispar complet, fără sechele
- În unele cazuri pot apărea forme mai grave (exudative)
- Formele exudative pot duce la invaliditatea bolnavilor.

C.2.5.8. Supravegherea pacienților

Caseta 41. Supravegherea pacienților cu Ps

- Supravegherea medicală activă (ordin Nr.503 al MS din 27.12.08.):
 - Asigurarea de către dermatolog a dispensarizării bolnavilor cu Ps (conform anexei N1), pentru punere la evidență și efectuarea controlului medical programat, cel puțin o dată în semestru
 - Pentru fiecare pacient dermatologul elaborează planul individual de supraveghere, cu indicarea măsurilor de tratament recomandate, periodicității efectuării investigațiilor de laborator și instrumentale, regimului de muncă și odihnă
 - În cazul maladiilor asociate este necesară supravegherea medicilor specialiști de alte profiluri: psiho-neurolog, stomatolog, ORL-ist, ginecolog, endocrinolog, etc.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: • medic de familie • asistenta medicului de familie • medic de laborator și laborant cu studii medii Aparate, utilaj: • fonendoscop • tonometru • laborator clinico-biochimic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, VSH, sumarului urinei, testelor biochimice (bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, glicemie, etc.) Medicamente: • pacienții cu Ps se tratează la medic dermatolog
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	Personal: • medic dermatovenerolog • medic reumatolog • medic imagist • medic internist • medic de laborator • medic stomatolog • medic ORL-ist • medic psiho-neurolog • asistente medicale • laborant cu studii medii Aparate, utilaj: • fonendoscop • tonometru • cabinet imagistic • laborator clinic standardizat pentru determinarea: hemoleucogramei, VSH, sumarului urinei, bilirubină, ALT, AST, proba cu timol, glicemie, RMP, proteina C-reactiva Medicamentele: • se procură de pacienți integral, cu excepția preparatelor compensate, conform rețetelor prescrise,
D.3. IMSP Dispensarul Municipal Dermatovenerologic și secțiile specializate ale spitalelor raionale și municipale	Personal: • medic dermatolog • medic reumatolog • medic imagist • medic internist • medic fizioterapeut • medic psiho-neurolog • medic stomatolog • medic ORL-ist • medic de laborator • asistente medicale • laborant cu studii medii Aparate, utilaj: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:

	• fonendoscop • tonometru • cabinet imagistic • cabinet fizioterapeutic (UVB – terapie, magnetoterapie, tratament cu parafină și ozocherit) • laborator de diagnostic clinic pentru determinarea indicilor biochimici (bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, proteina generală, fracțiile proteice, glicemia, factorul reumatoid /latex-test, reacția Waaler-Rose/, proteina C-reactiva, ureea, creatinina, fosfataza alcalină). Medicamente: • hiposensibilizante (clorură de calciu , gluconat de calciu, tiosulfat de sodiu) • clorură de sodiu • vasodilatatoare periferice (pentoxifilină, xantinol nicotinat) • antihistaminice (cloropiramină, clemastin, levocetirizină) • antiinflamatoare nesteroidiene (diclofenac, ibuprofen, piroxicam, nimesulid) • retinoizi aromatici (acitretin) • preparate biologice (guselcumab, etanarcept, infliximab) • citostatice (metotrexat, azatioprina) • anxiolitice (alprazolam) • sedative (tinctură de talpa gâștei, extract de odolean) • vitamine (retinol acetat, tocoferol acetat, piridoxină clorhidrat, ciancobalamină, acid ascorbic, acid nicotinic, acid tiotic) • glucocorticoizi topici cu potență moderată și înaltă (metilprednisolon aceponat 0,1% cremă și unguent, mometason furoat 0,1% cremă și unguent, fluticason propionat 0,05% unguent, prednisolon acetat 0,5% unguent) • calcitriol 0,3% unguent • ung. cu acid salicilic 2-5 % • ung sulfo-salicilic 3% • ung uree 5-10% • ung sulf-gudron 5-10% • preparate combinate (diprosalic-cremă, unguent, loțiune; betasal-cremă, unguent; momesalic crema umguent; glametazon ung) Notă: Lista preparatelor se va modifica în dependență de înregistrarea lor pe piața farmaceutică în RM
D.4. IMSP Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile	Personal: • medici dermatologi • medic imagist • medic fizioterapeut • medici de laborator • medici de laborator serologic • medici de laborator în imunologie • medic de laborator în histopatologie • medic ginecolog • asistente medicale • laboranți cu studii medii Aparate, utilaj: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:

	• laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, VSH, sumarului urinei, etc. • laborator de diagnostic clinic pentru determinarea indicilor biochimici (bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, proteina generală, fracțiile proteice, glicemia, factorul reumatoid /latex-test, reacția Waaler- Rose/, proteina C-reactiva, ureea, creatinina, fosfataza alcalină) • laborator imunologic pentru determinarea imunogramei (limfocite T, limfocite B, CIC, clasele imunoglobulinelor) • laborator histomorfologic pentru efectuarea biopsiei cutanate, pregătirea și examinarea preparatelor histopatologice • laborator standard serologic pentru determinarea: RMP, test HIV, HBsAg, anti-HCV • cabinet fizioterapeutic (PUVA-terapie, UVB-terapie, magnetoterapie, tratament cu parafină și ozocherit, bazin pentru băi curative, etc.) • cabinet gimnastică curativă • cabinet imagistic (aparate radiografie și ultrasonografie) • tonometru • fonendoscop Notă: investigațiile suplimentare care nu pot fi efectuate în cadrul DDVR se vor realiza în instituții medicale specializate prin contract
	Medicamente: • hiposensibilizante (clorură de calciu , gluconat de calciu, tiosulfat de sodiu) • clorură de sodiu • vasodilatatoare periferice (pentoxifilină, xantinol nicotinat) • antihistaminice (cloropiramină, clemastin, levocetirizină etc.) • antiinflamatoare nesteroidiene (diclofenac, ibuprofen, piroxicam, nimesulid) • retinoizi aromatici (acitretin) • preparate biologice (guselcumab, etanarcept, infliximab) • citostatice (metotrexat, azatioprina) • anxiolitice (alprazolam) • sedative (tinctură de talpa gâștei, extract de odolean) • vitamine (retinol acetat, tocoferol acetat, piridoxină clorhidrat, ciancobalamină, acid ascorbic, acid nicotinic, acid tioctic) • glucocorticoizi topici cu potență moderată și înaltă (metilprednisolon aceponat 0,1% cremă și unguent, mometason furoat 0,1% cremă și unguent, fluticason propionat 0,05% unguent, prednisolon acetat 0,5% unguent) • calcitriol 0,3% unguent • ung. cu acid salicilic 2-5 % • ung sulfo-salicilic 3% • ung uree 5-10% • ung sulf-gudron 5-10% • preparate combinate (diprosalic - cremă, unguent, loțiune; betasal – cremă, unguent; momesalic crema, unguent; glametazon ung) Notă: Lista preparatelor se va modifica în dependență de înregistrarea lor pe piața farmaceutică în RM

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori ponderea persoanelor cu diagnosticul de Ps, stabilit precoce	1.1. Proporția persoanelor/pacienților cu factori de risc pentru dezvoltarea Ps care au fost monitorizați	Numărul pacienților cu Ps la care diagnosticul a fost stabilit în primele 6 luni de la apariția simptomelor pe parcursul ultimului an $\times 100$	Numărul total de pacienți cu Ps (caz nou) luați la evidență în anul de gestionare
2.	Acoperirea cu tratament al pacienților cu Ps	3.1. Proporția pacienților cu Ps care au avut nevoie și au beneficiat de tratament	Numărul pacienților cu Ps care au avut nevoie și au beneficiat de tratament $\times 100$	Numărul total de pacienți cu Ps care au avut nevoie de tratament
3	A micșora numărul recidivelor prin profilaxie secundară	Proporția pacienților cu Ps, care au avut recăderi în anul de gestionare	Numărul pacienților cu Ps, , care au avut recăderi $\times 100$	Numărul total de pacienți cu Ps aflați la evidență,
4	A reduce numărul cazurilor noi de invaliditate pentru Ps	Proporția pacienților cu Ps la care sa stabilit primar gradul de invaliditate	Numărul pacienților cu Ps la care sa stabilit primar gradul de invaliditate în anul de raportare $\times 100$	Numărul total de bolnavi cu Ps aflați la evidență (cu excepția celor la care gradul de invaliditate a fost stabilit în anii anteriori)

Aprecierea indicelui PASI (Psoriasis Area and Severity Index)

Indicele PASI este folosit pentru evaluarea severității psoriazisului și aprecierea eficienței terapiei aplicate. Propus în 1978 [Fredriksson T, Patterson U], are o largă utilizare în prezent în cercetări clinice și științifice.

Elementele indicelui:

1. Rata secțiunii corpului (regiunii), prezentată în % față de toată suprafața corpului (**coeficient**).

Secțiunea corpului	cod	% din suprafața corpului	COEFICIENT
Capul	C	10%	0,1
Membre superioare	Ms	20%	0,2
Trunchi	T	30%	0,3
Membre inferioare	Mi	40%	0,4

2. Răspindirea leziunilor fiecărei secțiuni (regiuni) în parte. Pentru fiecare secțiune se calculează în % **aria**(suprafața) pielii afectate și i se atribuie un **punctaj de la 0-6**

Suprafața (aria)	0	<10	10<30	30<50	50<70	70 < 90	90 - 100
PUNCTAJ	0	1	2	3	4	5	6

3. Gradul (severitatea) modificărilor psoriazice fiecărei secțiuni (regiuni) în parte. Se estimează după următorii parametri: „eritem”, „infiltrare”, „descuamare” în baza următorului sistem de puncte:

Eritem Descuamare Infiltrare	Lipsește	Discret	Moderat	Semnificativ	Maximal
Puncte	0	1	2	3	4

4. Calcularea PASI pe secțiunile corpului separat

Elementele indicelui	Capul (C)	Membre superioare (Ms)	Trunchi (T)	Membre inferioare (Mi)
Suma(E+I+D) (puncte)				
X				
Suprafața (aria) secțiunii (puncte)				
X				
× Coeficientul secțiunii	0.1	0.2	0.3	0.4
=				
	PASI (C)	PASI (Ms)	PASI (T)	PASI (Mi)

5. Calcularea PASI total

$PASI_{total} = PASI_{cap} + PASI_{membre\ sup.} + PASI_{trunchi} + PASI_{membre\ inf.}$

$PASI_{total} = 0.1 \times (E_C + I_C + D_C) \times S_C + 0.2 \times (E_{Ms} + I_{Ms} + D_{Ms}) \times S_{Ms} + 0.3 \times (E_T + I_T + D_T) \times S_T + 0.4 \times (E_{Mi} + I_{Mi} + D_{Mi}) \times S_{Mi}$

Interpretarea: punctajul minimal – 0, maximal – 72. Valoarea minimală a indicelui PASI necesar investigațiilor clinice este 18, ceea ce corespunde unei afectări psoriazice de la 1/3 pînă la 2/3 din suprafața corpului. Micșorarea indicelui PASI cu 75% și mai mult (indice PASI < 8) corespunde unei „ameliorări considerabile”.

PASI poate fi calculat automat pe pagina web: <http://pasi.corti.li/>

Aprecierea indicelui BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Indicele **BASDAI** este aplicat pentru aprecierea activității bolii în cazul afectării axiale

1. Slăbiciune generală (fatigabilitate)

Nu a fost *0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10* foarte exprimată

2. dureri în coloana vertebrală cervicală, în spate și/sau articulații coxo-femorale

Nu a fost *0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10* foarte exprimată

3. dureri sau tumefierea în articulații (cu excepția colanei vertebrale cervicale, spate și articulațiilor coxo-femorale)

Nu a fost *0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10* foarte exprimată

4. durere locală – entezopatiile

Nu a fost *0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10* foarte exprimată

5. exprimarea și durata redorii matinale – (în ore de la 0 la 2)

Nu a fost *0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10* foarte exprimată

Aprecierea indicelui BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)

Indicele **BASFI** este aplicat pentru aprecierea incapacității funcționale în cazul afectării axiale

și prevede 10 întrebări care se încep cu „**Puteți Dumneavoastră....**”

1. Să îmbrăcați ciorapi fără ajutorul altora

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

2. Să vă aplicați înaintea pentru a ridica stiloul de pe podea fără mijloace suplimentare de ajutor

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

3. Să vă întindeți în sus pentru a atinge un raft înalt fără ajutor suplimentar

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

4. Să vă ridicați de pe scaun fără ajutorul mâinilor sau fără ajutor suplimentar

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

5. Să vă ridicați de pe podea din poziție culcată fără ajutor suplimentar

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

6. Să stați de sine stătător în picioare fără ajutor suplimentar, nesimțind disconfort timp de 10 minute

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

7. Să urcați 12-15 trepte fără sprijin suplimentar (urcând fiecare treaptă cu un singur picior)

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

8. Să întoarceți capul uitându-vă în spate, fără a întoarce trunchiul

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

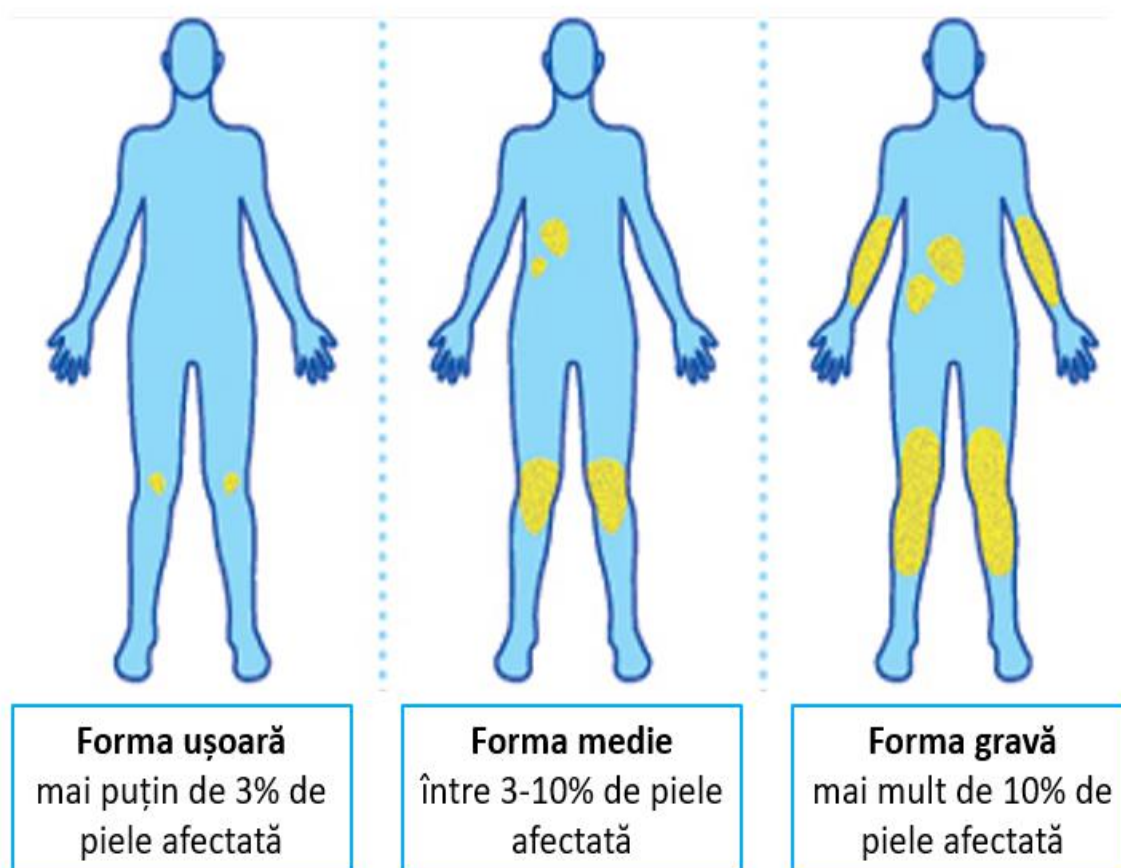
9. Să practicați diferite activități care necesită efort fizic activ (exerciții fizice, sport, lucrul în grădină, etc.)

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

10. Să mențineți activitatea fizică pe parcursul întregii zile, atât la serviciu cât și în afara lui.

Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectueze

**Criteriul de evaluare a severității psoriazisului în funcție de suprafața afectată
(regula palmei)**



1% = cu suprafața unei palme a pacientului

Ghidul pentru pacientul cu PSORIAZIS

Cuprins:

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Psoriazis

Diagnosticul psoriazisului

Tratamentul psoriazisului

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu psoriazis în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu psoriazis, dar poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să se documenteze despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și tratament, care trebuie să fie disponibile în Serviciul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ◆ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană suferă de psoriazis
- ◆ modul în care factorii trigger pot să influențeze evoluția psoriazisului
- ◆ prescrierea medicamentelor pentru tratamentul psoriazisului
- ◆ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu psoriazis

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Asistența medicală și tratamentul de care beneficiați trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale despre conduita terapeutică. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce maladie este psoriazisul, și care este conduita terapeutică pentru tot parcursul vieții.

PSORIAZISUL

Psoriazisul – este o afecțiune cutanată cu afectarea variabilă a unghiilor și articulațiilor, de cauză necunoscută, genetic determinată, imunomediata, cu evoluție cronică recidivantă pe durata întregii vieți, prezentată clinic de leziuni eritemato-papulo-scuamoase, al cărui substrat morfologic este papula intaeipidermică produsă prin acantoză, hipogranuloză, parakeratoză ș.a.

Factorii determinanți în dezvoltarea Psoriazisului:

- ◆ predispunere genetică cu antecedente heredo-colaterale la rude de gradul I și II.

Factorii trigger (declașatori) în dezvoltarea Psoriazisului:

- ◆ stări de stres;
- ◆ afecțiuni neurologice;
- ◆ infecții ale căilor respiratorii;
- ◆ acutizarea focarelor de infecție cronică;
- ◆ infecția HIV;
- ◆ afecțiuni metabolice (diabet zaharat, tireotoxicoză);
- ◆ stări fiziologice soldate cu carențe hormonale (alăptarea, ciclul menstrual, menopauza);
- ◆ administrarea unor medicamente (sărurile de litiu, β-blocante, antimalarice de sinteză ș.a.);
- ◆ intoxicații cu substanțe chimice;
- ◆ traumatisme cutanate frecvente;

- ◆ expunerea solară (Ps fotoagravabil) în 10 % din cazuri
- ◆ abuz de alcool
- ◆ fumatul

Cunoașterea factorilor determinanți și trigger în declanșarea Psoriazisului are o mare importanță practică. Astfel, minimalizarea factorilor declanșatori poate evita apariția recăderilor și totodată, concomitent cu tratamentul administrat, contribuie la suprimarea expresiei clinice a maladiei.

Manifestările Psoriazisului

Semnele clinice sugestive pentru Psoriazis sunt leziuni cutanate papulo-scuamoase (mai rar papulo-pustuloase), distrofii unghiale și afectarea articulațiilor.

Psoriazis vulgar. Este forma cea mai frecventă și mai ușoară a bolii, care este prezentată de leziuni papuloase/plăci, mai rar eritematoase acoperite de scuame de culoare albă. Leziunile se localizează electiv pe scalp, părțile de extenție ale membrelor, regiunea lombo-scarală, palme, plante și organele genitale. Ca semn subiectiv este prezent pruritul de intensitate variabilă. Semnele clinice patognomonice Psoriazisului (triada psoriazică; reacția izomorfă Kobner, semnul Pilnov) sunt pozitive în faza de progresie a bolii. Leziunile regresează fără sechele prin hipopigmentație tranzitorie, după care pielea revine la normal. Tratamentul în majoritatea cazurilor se efectuează în condiții de ambulator cu excepția formelor care depășesc aria de afectare mai mult de 10%. Preferențial este tratamentul local și fototerapie.

Eritrodermie psoriazică. Este un proces generalizat difuz, care poate să apară d'emblee (de novo) sau să fie provocat de tratamentele sistemice inadecvate cu antimalarice, săruri de aur, glucocorticoizi. Utilizarea intempestivă și/sau exagerată în stadiul de avansare a tratamentului topic cu substanțe iritante (antralină, gudroane, keratolitice de concentrație mare) la fel este un factor de eritrodermizare psoriazică secundară. Deseori se caracterizată prin alterarea stării generale, febrilitate, astenie și limfadenopatie. Procesul cutanat este generalizat difuz, cu lipsa de insule de piele sănătoasă. Leziunile sunt infiltrate, edematoase cu descumare în lambouri, uneori exudative, însoțite de prurit intens. Frecvent sunt prezente modificări unghiale severe și alopecie difuză. Poate avea o evoluție gravă cu tulburări de termoreglare și hidroelectrolitice.

Psoriazis pustular generalizat. Reprezintă un proces generalizat, echivalent unei eritrodermii cu afectarea frecventă a mucoaselor și apariția numeroaselor pustule pe suprafața eritematoasă. Pustulele au aspect de „lacuri” cu conținut alb-cremos, la deschiderea cărora apar arii extinse erozive. Se asociază frecvent cu artrita psoriazică. Se notează alterarea stării generale, exprimată prin febră, diaree, convulsii, tetanie induse de perturbarea homeostazei, hipocalcemie, hipoalbumemie, leucocitoză cu neutrofilie, VSH crescut. În faza acută netratată poate evolua spre exitus, prin decompensări viscerale (cardiacă, hepato-renală) sau prin complicații septice. Tratamentul în majoritatea cazurilor se efectuează în condiții de terapie intensivă.

Acrodermatita continuă. Afecțiune rară, debutează la vîrsta adultă sau în a doua copilărie, după un traumatism digital sau palmar sub forma de pustule, cu localizare la extremitatea degetelor de la miini și uneori la degetele de la picioare. Pustulele apar pe un eritem la pulpa degetului sau fața lui dorsală, se sparg și sînt înlocuite de cruste și scuame. Pustulele se produc neîncetat în locul debutului sau la periferie și ca urmare a descumării epidermul afectat devine subțire, neted, lucios, fiind în unele zone dimpotrivă mai îngroșat și keratozic. Leziunile se pot extinde pe tot degetul și chiar întreaga palmă și partea dorsală a minii. Deseori procesul cutanat este însoțit de afectarea unghiilor, prezentînd striții verticale, orizontale sau depresiuni punctiforme în aspect de degetar de croitor. În unele forme predomină pustule, cu localizare în jurul unghiei, cu aspect de perionixis, cu secreții purulente, unde bolnavii acuză dureri. Cu tot caracterul supurativ nu se produc limfangite, adenoflegmoane. Unghiile care sînt mai alterate, pot cădea. Evoluția afecțiunii este cronică, și durează luni și ani.

Pustuloza palmară și plantară. Este o formă exclusiv palmo-plantară cu evoluție cronică și destul de rebelă la tratament. De obicei evoluează bilateral și simetric cu localizarea electivă pe eminența tenară și bolta plantară cu respectarea degetelor. Leziunile sînt prezentate de plăci eritemato-papulo-pustuloase cu limite clare, acoperite de scuamo-cruste și sînt însoțite de un prurit

constant și sever. Deși starea generală a pacienților este bună, dizabilitatea funcțională este semnificativă.

Psoriazis în picături (gutat). Este un tip de psoriazis care se manifestă prin leziuni mici (0,5-1,5 cm în diametru). Numărul leziunilor poate varia de la 5 până la peste o 100. Psoriazisul gutat poate apărea oriunde pe corp, dar mai frecvent leziunile se localizează pe trunchiul superior și părțile proximale ale extremităților. Leziunile reprezintă papule mici de culoare roșie, care ulterior se acoperă cu scuame de culoare alba, însoțite de prurit moderat. Mai frecvent se întâlnește la adulții tineri și la copii. Psoriazisul gutat de obicei este asociat cu o infecție a căilor respiratorii superioare. Astfel, psoriazisul gutat adesea, izbucnește peste câteva săptămâni după o infecție la nivelul faringelui. La tratamentul standard, administrat pentru psoriasis vulgar se asociază antibioticoterapia sistemică.

Artropatia psoriazică (artrita psoriazică). Este o formă, de psoriazis, unde pe lângă afectarea pielii și a unghiilor apare afectare articulară. În majoritatea cazurilor erupțiile cutanate apar cu mult mai înainte de atingerile articulare, și doar în 15% cazuri, leziunile cutanate sunt precedate de afectarea articulară. Manifestările articulare sunt prezentate de artralгии, hiperemia pielii deasupra articulațiilor, tumefierea articulațiilor, dereglarea funcției articulare și redoare matinală frecventă. Din semnele patognomonice caracteristice artritei psoriazice pot fi consemnate: modificări erozive sinoviale, care preced cu mulți ani apariția manifestărilor inflamatorii periarticulare; distrucție articulară anarhică și hiperproliferare osoasă; absența factorului reumatoid în sânge, verificat prin latex-test sau reacția Vaaler-Rouse. Această formă este tratată în comun de dermatolog și reumatolog și presupune administrarea preparatelor sistemice cu acțiune antiinflamatorie (DMARDs).

Psoriazis flexural (inversat). Este o formă de psoriazis care se caracterizează prin afectarea predilectă a pliurilor. De obicei se localizează interfesier, inghinal, axilar, submamar, postauricular și ombilical. Leziunile sunt bine conturate de culoare roză sau roșie cu suprafața lucioasă, uneori macerată. Placa psoriazică este infiltrată și bine delimitată cu scuame puține. Uneori suprafața leziunii devine macerată sau fisurată.

Psoriazis unghial (onichodistrofia psoriazică) se prezintă prin diverse modificări unghiale: depresiuni punctiforme (semn de degetar), șanț transversal (linia Beau), striuri longitudinale, colorația gălbuie a lamei unghiale ("pata de ulei"), hiperkeratoză subunghială, onicoliză, etc. Afectarea unghială este aproape totdeauna prezentă la cei cu psoriazis artropatic.

Psoriazis al mucoaselor este o formă rar întâlnită în psoriazisul vulgar. Astfel, pot apărea leziuni pe glandul penisului sub forma de plăci eritematoase bine delimitate, lipsite de scuame. În cazul afectării mucoasei cavității bucale, leziunile de obicei sunt localizate pe obraji, buze și limbă. Apar plăci neregulate, ovale, puțin elevate de culoare roz-opalină, înconjurate de un lizereu mai accentuat. Uneori leziunile sunt acoperite de depuneri alb-surii, la înlăturarea cărora apare o suprafață de culoare roșie cu hemoragii punctiforme. În cazuri rare leziunile pe mucoase sunt însoțite de senzația de usturime.

Diagnosticul psorizisului se stabilește în baza:

- Atecedentelor eredo-colaterale sugestive pentru psoriazis.
- Examenului obiectiv: evidențiază prezența manifestărilor clinice caracteristice Psoriazis:
 - leziuni cutanate eritemato-papulo-scuamoase de diferite mărimi, localizate în zonele predilecte și a semnelor patognomonice (triada psoriazică; reacția izomorfă Kobner, semnul Pilnov) – pozitive;
 - atingeri articulare prezentate de artralгии, hiperemia articulațiilor, tumefierea articulațiilor, dereglarea funcției articulare, redoare matinală frecventă;
 - modificări unghiale prezentate de depresiuni punctiforme (semn de degetar), șanț transversal (linia Beau), striuri longitudinale, colorația gălbuie a lamei unghiale ("pata de ulei"), hiperkeratoză subunghială, onicoliză, etc.
- Examenului histopatologic (cofirmativ): acantoză, hipogranuloză, hiperkeratoză, parakeratoza, microabcesele Monroe, papilomatoză, infiltrat limfocitar dermal.
- Examenului radiologic și evaluarea factorului reumatoid în caz de psoriazis artropatic.
- Aprecierea scorului CASPAR în cazul afectării articulare.

- Se recomandă de inclus în planul de investigare și cercetările pentru evidențierea factorilor trigger în declanșarea Psoriazisului.

După obținerea rezultatelor investigațiilor efectuate, caracteristice Psoriazisului, medicul trebuie să discute cu Dvs. și să vă comunice modalitatea tratamentului.

Tratamentul

1. Local:

Dermatocorticoizi, emoliente, preparate keratolitice, derivați a vitaminei D, preparate reductoare/remisive.

2. Fototerapie asociată la tratamentul:

UVB, PUVA, Eximer-laser.

3. Sistemic

DMARDs (preparate non-biologice și biologice); tratament simptomatic.

FIȘA STANDARDIZATĂ
pentru auditul medical bazat pe criterii în „Psoriazis”

DATE GENERALE COLECTATE PENTRU EVALUARE			
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
3	Sexul pacientului	1	Bărbat
		2	Femeie
4	Mediul de reședință	1	Urban
		2	Rural
		9	Nu se cunoaște
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor cutanate	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
		9	Nu se cunoaște
7.	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
8.	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
9.	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA	
10.		OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
11.	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de dermatologie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
12.	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
13.	Investigații paraclinice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			
14.	Prezența psoriazisului în anamneză	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
15.	Prezența patologiilor asociate	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
TRATAMENTUL cu DMARDs			
16.	Tratamentul cu citostatice	1	Nu
		2	Da
17.	Tratamentul cu retinoizi aromatici	1	Nu
		2	Da

18.	Tratamentul cu preparate biologice	1	Nu	
		2	Da	
	EXTERNARE			
19.	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)		
20.	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)		
21.	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)		
		1	Deces survenit din cauza patologiilor asociate	
		2	Alte cauze neatribuite tratamentului cu DMARTs	
		3	Nu se cunoaște	

BIBLIOGRAFIE

1. Ardigo M, Cota C, Berardesca E, González S. Concordance between in vivo reflectance confocal microscopy and histology in the evaluation of plaque psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* Volume 23, Issue 6, Date: June 2009, Pages: 660-667
2. Batenjev I, Butina R, Potoocnik M. – Subclinical microbial infection in patients with chronic plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl.* 2000, 211: 17-8.
3. Benham SM et al. “Alcohol as a Risk Factor for Plaque-Type Psoriasis.” *Cutis.* 2005 September;76(3):181-5.
4. Behnam SM et al. “Smoking and psoriasis.” *SKINmed.* 2005 May-June;4(3):174- 7
5. Bowcock A., Cookson W. The genetics of psoriasis, psoriatic arthritis and atopic dermatitis. In: *Hum Mol Genet.* 2004 Apr 1;13 Spec No 1, p. 43-55.
6. G. Carretero, M. Ribera, I. Belinchón et al. Guidelines for the Use of Acitretin in Psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas. Vol. 104. Issue 7.* pages 598-616 (September 2013).
7. Cassano N, Mantegazza R, Battaglini S, Apruzzi D, Loconsole F, Vena GA. Adjuvant role of a new emollient cream in patients with palmar and/or plantar psoriasis: a pilot randomized open-label study. *G Ital Dermatol Venereol.* 2010; 145(6):789-792.
8. Craig A Elmets, Neil J Korman, Elizabeth Farley Prater et al. Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol.* 2021 Feb;84(2):432-470. doi: 10.1016/j.jaad.2020.07.087. Epub 2020 Jul 30.
9. Danilenko D. Review paper: preclinical models of psoriasis. In: *Vet Pathol.* 2008 Jul;45(4), p. 563-575.
10. Devaux S, Castela A, Archier E, et al. Topical vitamin D analogues alone or in association with topical steroids for psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(Suppl 3):52-60.
11. Diaconu Justin-Dumitru C., Nedelcu Ioan, Oana-Andreia Coman, Mihaela-Anca Popescu. *Psoriazis.* București 1997.
12. P Gisondi, G Altomare, F Ayala et al. Consensus on the management of patients with psoriatic arthritis in a dermatology setting. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018 Apr;32(4):515-528 doi: 10.1111/jdv.14741. Epub 2018 Jan 11.
13. Gladman D. Psoriatic arthritis from Wright's era until today. In: *J Rheumatol Suppl.* 2009 Aug;83, p. 4-8.
14. Gladman D., Farewell V. HLA studies in psoriatic arthritis: current situation and future needs. In: *J Rheumatol.* 2003 Jan;30(1), p.4-6.
15. Goodfield M, Kownacki S, Berth-Jones J. Double-blind, randomised, multicentre, parallel group study comparing a1% coal tar preparation (Exorex) with a 5% coal tar preparation (Alphosyl) in chronic plaque psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2004;15(1):14-22
16. Griffiths CEM, Clark CM, Chalmers RJG, Li Wan Po A, Williams HC. A systematic review of treatments for severe psoriasis. *Health Technol Assess* 2000;4(40)
17. Griffiths C., Barker J. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. In: *Lancet.* 2007 Jul 21;370(9583), p.263-271.
18. Grover C, Reddy B.S.N. , Uma Chaturvedi K. Diagnosis of nail psoriasis: importance of biopsy and histopathology. *British Journal of Dermatology.* Volume 153, Issue 6, Date: December 2005, Pages: 1153-1158
19. Gudjonsson J., Elder J. Psoriasis: epidemiology. In: *Clin Dermatol.* 2007 Nov-Dec;25(6), p.535-546..
20. Henseler T. The genetics of psoriasis. *Arch Dermatol* 1994;130:216-224.
21. Hönigsmann H. Phototherapy for psoriasis. *Clinical Exp Dermatol* 2001;26:343-350.
22. Jekler J, Swanbeck G. One-minute dithranol therapy in psoriasis: a placebo-controlled paired comparative study. *Acta Derm Venereol.* 1992;72(6):449-450.

23. Koo K, Jeon C, Bhutani T. Beyond monotherapy: a systematic review on creative strategies in topical therapy of psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2017;28(8):702-708.
24. Kragballe K., Deleuran B. Biological treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. In: *Ugeskr Laeger.* 2008 Jun 9;170(24), p.2148-2150.
25. Lebwohl M. The role of salicylic acid in the treatment of psoriasis. *Int J Dermatol.* 1999;38(1):16-24.
26. Lebwohl M, Darake L, Menter A, Koo J, Gottlieb AB, Zanolli M, Young M, McClelland P. Consensus conference: Acitretin in combination with UVB or PUVA in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:544-53.
27. Loft N. D., Skov L. Rasmussen M.K., et. al. Genetic polymorphisms associated with psoriasis and development of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *PLoS One.* 2018; 13(2): e0192010. Published online 2018 Feb 1. doi: [10.1371/journal.pone.0192010](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192010).
28. Ma L, Yang Q, Yang H, et al. Calcipotriol plus betamethasone dipropionate gel compared with calcipotriol scalp solution in the treatment of scalp psoriasis: a randomized, controlled trial investigating efficacy and safety in a Chinese population. *Int J Dermatol.* 2016;55(1):106-113
29. Marius I. Posibilități actuale de prevenire și control a psoriazisului. *DermatoVenerol. (Buc.).* 2007, 52: 113-118
30. Mason J, Mason AR, Cork MJ. Topical preparations for the treatment of psoriasis: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2002;146(3):351-364.
31. Mason AR, Mason JM, Cork MJ, Hancock H, Dooley G. Topical treatments for chronic plaque psoriasis of the scalp: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2013;169(3):519-527.
32. Mason A, Mason J, Cork M, Hancock H, Dooley G. Topical treatments for chronic plaque psoriasis: an abridged Cochrane systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(5):799-807.
33. Matcovschi C., Procopișin V., Parii B. Ghid farmacoterapeutic. Chișinău: Vector, 2010, 1296 p. , ISBN 978-9975-4048-5.
34. Michalek I. M., Loring B., John S.M. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol,* 2017 Feb;31(2):205-212.doi: [10.1111/jdv.13854](https://doi.org/10.1111/jdv.13854). Epub 2016 Aug 30.
35. Muro M, Kawakami H, Matsumoto Y, Abe N, Tsuboi R, Okubo Y. Topical combination therapy with vitamin D3 and corticosteroid ointment for palmoplantar pustulosis: a prospective, randomized, left-right comparison study. *J Dermatolog Treat.* 2016;27(1):51-53.
36. Myers A., Kay L., Lynch S., Walker D. Recurrence risk for psoriasis and psoriatic arthritis within sibships. In: *Rheumatology (Oxford).* 2005 Jun;44(6), p.773-776.
37. A Nast, C. Smith, P.I. Spuls et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris – Part 1: treatment and monitoring recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 Nov;34(11):2461-2498. doi: [10.1111/jdv.16915](https://doi.org/10.1111/jdv.16915).
38. A Nast, C. Smith, P.I. Spuls et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris – Part 2: specific clinical and comorbid situations. *Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 Feb;35(2):281-317. doi: [10.1111/jdv.16926](https://doi.org/10.1111/jdv.16926).
39. Okun M. Psoriasis Area and Severity Index: nuts and bolts of measuring disease severity in psoriasis. In: *Clin Dermatol.* 2008 Nov-Dec;26(6), p.653-656.
40. Picardi A, Abeni D. – Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom.* 2001, 70: 118-36.
41. Priscilla C. H. Wong, Ying-Ying Leung, Edmund K. Li, and Lai-Shan Tam, Measuring Disease Activity in Psoriatic Arthritis. *Int J Rheumatol.* 2012; 2012: 839425. Published online 2012 Dec 25. doi: [10.1155/2012/839425](https://doi.org/10.1155/2012/839425)
42. Queiro R., Torre J., González S., López-Larrea C., Tinturé T., López-Lagunas I. HLA antigens may influence the age of onset of psoriasis and psoriatic arthritis. In: *J Rheumatol.* 2003 Mar;30(3), p.505-507
43. Rahman P., Elder J.. Genetic epidemiology of psoriasis and psoriatic arthritis. In: *Ann Rheum Dis.* 2005 Mar;64 Suppl 2, p.37-39

44. Raychaudhuri SP et al. "Psoriasis Risk Factors: Role of Lifestyle Practices." *Cutis*. 2000.November;66(5)348-52.
45. Sbidian E, Chaimani A, Afach S et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 1: Cd011535.
46. Seite S, Khemis A, Rougier A, Ortonne JP. Emollient for maintenance therapy after topical corticotherapy in mild psoriasis. *Exp Dermatol*. 2009;18(12):1076-1078.
47. Singh P, Gupta S, Abidi A, Krishna A. Comparative evaluation of topical calcipotriol versus coal tar and salicylic acid ointment in chronic plaque psoriasis. *J Drugs Dermatol*. 2013;12(8):868-873.
48. Slutsky JB, Clark RA, Remedios AA, Klein PA. An evidencebased review of the efficacy of coal tar preparations in the treatment of psoriasis and atopic dermatitis. *J Drugs Dermatol*.2010;9(10):1258-1264.
49. Snellman E, Maljanen T, Aromaa A, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;138:288-292.
50. Stuart PE, Nair RP, Tsoi LC et al. Genome-wide Association Analysis of Psoriatic Arthritis and Cutaneous Psoriasis Reveals Differences in Their Genetic Architecture. *Am J Hum Genet*. 2015;97(6):816–36. Epub 2015/12/03. doi: [10.1016/j.ajhg.2015.10.019](https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2015.10.019) ; PubMed Central PMCID: PMC4678416
51. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T et al. Genetic counselling in psoriasis: empirical data on psoriasis among first-degree relatives of 3095 psoriatic probands. *Br J Dermatol* 1997;137:939-942
52. Tagami H, – Triggering factors. *Clinics in Dermatology*. 1997, 15: 677-85.
53. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54:2665-2673.
54. Telfer HR, Chalmers RJ, Whale K. – The rol of Streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. *Arch. of Derm*. 1992, 128: 39-42.
55. Wardrop P, Weller R, Marais J. et al. – Tonsillitis and chronic psoriasis. *Clinical Otolaryngology*. 23: 67-8, 1998.
56. Альбанова В., Бадюкин В., Молочков В. Псориаз и псориатический артрит. М: КМК, Авторская академия, 2007. 332 с.
57. Мордовцев В., Мушет Г., Альбанова В; под ред Богачова Л. Псориаз: патогенез, клиника, лечение. Кишинёв: Штиинца, 1991. 186 с.
58. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
59. cosentyx-epar-product-information_ro
60. enbrel-epar-product-information_ro
61. humira-epar-product-information_ro
62. ilumetri-epar-product-information_ro
63. kyntheum-epar-product-information_ro
64. remicade-epar-product-information_ro
65. stelara-epar-product-information_ro
66. skyrizi-epar-product-information_ro
67. taltz-epar-product-information_ro
68. tremfya-epar-product-information_ro