

Kuidas ja kas saame hoida

# psoriaasiga

patsiendi naha paremini kontrolli all?

---

Psoriaas on krooniline immuunvahendatud põletikuline nahahaigus, mida põeb 2–3% rahvastikust.

---

FOTO: ADOBE STOCK

51

P S O R I A A S





## Liis Ilves

dermatoveneroloogia  
arst-resident

Tartu Ülikooli Kliinikum

**P**soriaasi avaldumist ja kulgu mõjutavad geneetilised ja keskkonnategurid ning patogeneesis on oluline roll Th17 ja Th1 tsütokiinidel, mis viivad keratinotsüütide intensiivistunud jagunemisele, angiogeneesi soodustavate faktorite suurenenud ekspressioonile ja immuunrakkude kogunemisele põletikukoldesse.<sup>(1,2)</sup> Psoriaasi jagatakse naastuliseks ja pustulaarseks, millel on omakorda alatüübid vastavalt lokalisatsioonile ja lööbe morfoloogiale. Sagedasim alatüüp on klassikaline naastuline psoriaas ehk harilik soomussammaspool, mida esineb 85–90% haigestunutest ja millele on iseloomulikud erütematoossed teravalt piirduvad valge ketuga kaetud naastud eelistatult jäsemete sirutuspindadel, peanahal ja nimmepiirkonnas.<sup>(3)</sup> Lisaks nahale võib psoriaas haarata küüsi ja liigeseid, samuti on suurenenud risk metaboolseks sündroomiks ja kardiovaskulaarhaigusteks.<sup>(4)</sup>

Psoriaasi ei osata tänapäevaste teadmistega välja ravida, kuid haigust saab erinevate ravimeetoditega kontrolli all hoida. Eesmärgiks on saavutada võimalikult lööbevaba nahk ning minimaalne mõju patsiendi elukvaliteedile. Ravimi valik sõltub lööbe ras-

kusest ja lokalisatsioonist. Mõõdukaks kuni raskeks psoriaasiks liigitub haigus juhul, kui haaratud on üle 10% kehapindalast, PASI (*psoriasis area severity index*, psoriaasi raskuse hindamisel kasutatav skaala) on üle 10 ja/või DLQI (*dermatology life quality index*, dermatoloogiline elukvaliteedi küsimustik) on üle 10, haigusel on oluline mõju inimese elukvaliteedile või ei ole seda võimalik toopiliste ravimitega kontrolli all hoida.<sup>(1,5,6)</sup>

### Ravivõimalused

Kerge kuni mõõduka psoriaasi puhul kasutatakse toopilisi ravimeid. Kasutusel on erineva tugevuse ja ravivormiga glükokortikosteroidid, sageli kombinatsioonis näiteks vitamiin D analoogide või keratolüütiliste vahenditega. Kortikosteroidid toimivad nii põletikuvastasel, antiproliferatiivsel kui lokaalselt vasokonstriktiivsel. Tugevusklasside osas tuleb silmas pidada, et näiteks Ameerikas on I klassi kuuluvad kortikosteroidid superpotentsed ehk tugevaimad ning VII klassi kuuluvad nõrgimad, Euroopas, sealhulgas Eestis on aga klassifikatsioon vastupidine ehk kõige leebemad on I klassi kuuluvad kortikosteroidid ning tugevaimad IV klassi omad. Vitamiin D

vad teistel toopilistel preparaatidel paremini nahka jõuda. Toopilised kaltsineuriini inhibiitorid (KNI) takroliimus ja pimekroliimus blokeerivad T-lümfotsüütide aktivatsiooni ning neid kasutatakse sageli näonahal ja voltide piirkonnas, kuna vastupidiselt kortikosteroididele ei tekita need pikaajalisel kasutamisel nahaatroofiat. Sagedaseks kõrvaltoimeks on nahaärritus, mida saab vähendada, kui enne KNI kasutamist põletikulisi koldeid kõigepealt kortikosteroididega ravida. Lisaks soovitatakse regulaarselt kasutada baaskreeme, et suurendada sarvkihi veesisaldust ning vähendada ketendust.<sup>(1,7)</sup>

Mõõduka ja raske psoriaasi ravis on kasutusel fototeraapia, eelkõige kitsakimbu UVB (311 nm), mis on ohutum kui PUVA (psoraleen+UVA) ja efektiivsem kui laiakimbu UVB (290–320 nm). UVB suunab keratinotsüütide apoptoosi ning vähendab T-lümfotsüütide põletikku soodustavate tsütokiinide tootmist. Klassikalistest süsteemsetest ravimitest on kasutusel tsüklosporiin, metotreksaat, atsitreiin ning apremilast.<sup>(1,6)</sup> Sünteetilise retinoidi atsitreiini sagedasemad kõrvaltoimed on artralgia, naha ja limaskestade kuivus, gastrointestinaalsed kõrvaltoimed ja fotosensitiivsus. Metotreksaat on

Psoriaasi ei osata tänapäevaste teadmistega välja ravida, kuid haigust saab erinevate ravimeetoditega kontrolli all hoida.

analoogid seonduvad vastavatele retseptoritele T-lümfotsüütidel ja keratinotsüütidel, inhibeerides nende proliferatsiooni ja soodustades diferentseerumist. Keratolüütilised vahendid, nagu salitsüülhape ja tazaroteen vähendavad ketendust ning võimalda-

foolhappe antagonist ning tunnuimateks kõrvaltoimeteks on hepatotoksilisus, iiveldus, oksendamise, kõhulahtisus ja väsimus. Atsitretiin ja metotreksaat on mõlemad teratogeensed. Kaltsineuriini inhibiitor tsüklosporiin on eelnimetatutest kiirema toi-





mealgusega, sagedasemateks kõrvaltoimeteks on nefrotoksilisus, hüpertensioon ja tõusnud triglütseriidide tasemed. Apremilast on fosfodiesteras-4 inhibiitor ning kõrvaltoimetena esinevad sagedamini peavalu, kõhulahtisus ja iiveldus.<sup>(6, 8)</sup> Bioloogilisi ravimeid – spetsiifilisi tsütokiine või retseptoreid blokeerivad monoklonaalsed antikehad või fusioonivalgud – kasutatakse mõõduka ja raske psoriaasi ravis ning nad on efektiivsed ja hästi talutavad. Vastavalt psoriaasi patogeneesile on kasutusel neli klassi bioloogilisi ravimeid: TNF- $\alpha$  inhibiitorid, IL-12/23 inhibiitor, IL-17 inhibiitorid ja IL-23 inhibiitorid.<sup>(1)</sup>

### Kokkuvõte

Patsiendile sobivaima ravimi valik sõltub nii haiguse raskusest, lokaliseerimisest kui ka kaasuvatest haigustest ja võimalikest koos- ja kõrvaltoimetest. Haigus on krooniline ning kulgeb ägenemiste ja remissioonidega, seega on oluline leida patsiendile ka pikaajaliselt sobivaimad preparaadid. 🍷

#### Kasutatud kirjandus

1. Armstrong, A. W., Read, C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis A Review. *J Am Med Assoc.* 2020 May 19; 323 (19): 1945–60.
2. Langley, R. G. B., Krueger, G. G., Griffiths, C. E. M. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis.* 2005; (SUPP/2): ii18.
3. Di Meglio, P., Villanova, F., Nestle, F. O. Psoriasis. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2014 01; 4 (8): 30p.
4. Sanchez-Carazo, J. L., López-Esteban, J. L., Guisado, C. Comorbidities and health-related quality of life in Spanish patients with moderate to severe psoriasis: a cross-sectional study (Arizona study). *J Dermatol.* 2014 Aug; 41 (8): 673–8.
5. Amatore, F., Villani, A.-P., Tauber, M., Guillot, B., Viguier, M., Grp Rech Psoriasis Soc Francaise. French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *Ann Dermatol Venerol.* 2019 Jul; 146 (6–7): 429–39.
6. Kim, W. B., Jerome, D., Yeung, J. Diagnosis and management of psoriasis. *Can Fam Physician.* 2017 Apr; 63 (4): 278–85.
7. Fluhr, J. W., Cavallotti, C., Berardesca, E. Emollients, moisturizers, and keratolytic agents in psoriasis. *Clin Dermatol.* 2008 Jan 1; 26 (4): 380–6.
8. Eesti Ravimiregister. Otezla SPC. Ravimi omaduste kokkuvõte, apremlast. 2021.