

پسوریازیس چیست؟

دکتر گیتی حاجبی

دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

غیرقابل درمان بررسی می‌شود. دوره بیماری متغیر است، به صورت متناوب بهبود می‌یابد و بدتر می‌شود. گاهی اوقات ممکن است برای سال‌ها پاک شود و در بهبودی (remission) بماند. بعضی افراد بدتر شدن علائم را در ماه‌های سرد زمستان دارند. بعضی افراد بهبودی را در شرایط ماه‌های گرم، یا با افزایش تابش نور خورشید گزارش می‌کنند.

پسوریازیس در همه جهان، در همه نژادها و همه جنس‌ها دیده می‌شود. اگرچه پسوریازیس در هر سنی دیده می‌شود، از نوزادی تا سنین بالاتر (بالای ۱۸ سال)، اغلب بیماران در ابتدای بزرگسالی تشخیص داده می‌شوند. بیماران با پسوریازیس شدیدتر ممکن است مشکلات اجتماعی، استرس کار، ناراحتی هیجانی

پسوریازیس یک اختلال شایع پوستی غیرمسری است که موجب تولید سریع سلول پوستی در نتیجه قرمزی، خشکی لایه‌های ضخیم پوست می‌شود. تصور می‌شود پوسته‌های خشک و فلس مانند پوست نتیجه ساخت سریع سلول‌های پوست است.

پسوریازیس معمولاً پوست آرنج، زانو و پوست سر را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بعضی مردم چنان پسوریازیس ملایمی دارند (لایه‌های خشک پوست کوچک و کم) که ممکن است حتی تصور نکنند که آن‌ها یک مشکل پزشکی پوستی دارند. بقیه پسوریازیس شدید دارند طوری که تقریباً تمام بدن آن‌ها کاملاً با پوست کلفت و قرمز و فلس‌دار پوشیده شده است. پسوریازیس به عنوان یک اختلال پوستی مزمن

پسوریازیس inverse (در محل‌های چین خوردگی مثل زیر بازو، ناف و سرین)، و پسوریازیس pustular (تاول‌های کوچک زرد با مایع پرشده) به‌علاوه، وجود یک محل تحت تأثیر اولیه کف دست و پا به عنوان پسوریازیس palmoplantar شناخته می‌شود.

گاهی اوقات کشیدن یکی از فلس‌های کوچک سفید خشک پوست موجب یک لکه خون خیلی کوچک روی پوست می‌شود. در پزشکی این یک علامت خاص تشخیصی در پسوریازیس است که «علامت AUSPITZ» نامیده می‌شود.

لزیون‌های ژنیتال، به‌خصوص روی سر آلت تناسلی مرد شایع هستند. پسوریازیس در نواحی مرطوب مثل ناف یا ناحیه بین سرین (چین خوردگی‌های سرینی) ممکن است تیکه‌های قرمز مسطح به‌نظر برسد. این ظواهر غیرمعمول ممکن است با سایر مشکلات پوستی از قبیل عفونت‌های قارچی، عفونت باکتریایی یا تحریک پوستی، اشتباه شود.

روی ناخن‌ها، می‌تواند شبیه حفره‌های خیلی کوچک به‌نظر برسد (فرورفتگی‌های کوچک یا نقاط سفید روی ناخن) یا شبیه جداشده‌های بزرگتر زرد قهوه‌ای ناخن از محل رویش که لکه‌های روغنی «oil spots» نامیده می‌شود. پسوریازیس ناخن ممکن است با تشخیص نادرست با عفونت قارچی ناخن اشتباه شود.

روی پوست سر، ممکن است شبیه شوره شدید سر با فلس‌های خشک و نواحی قرمز پوست باشد. ممکن است گفتن، تفاوت بین پسوریازیس پوست سر و سیوره (شوره سر) مشکل باشد. در هر صورت درمان برای دو حالت اغلب شبیه است.

و سایر مسایل شخصی به علت ظاهر پوستشان داشته باشند.

■ علل پسوریازیس چیست؟

علت دقیق ناشناخته باقی‌مانده است. ممکن است ترکیبی از عوامل شامل زمینه ژنتیک و عوامل محیطی باشد. یافت شدن پسوریازیس در اعضای یک خانواده معمول است. تصور می‌شود سیستم ایمنی نقش مهمی را بازی کند. علی‌رغم تحقیق ۳۰ سال گذشته روی بسیاری از آغازگرها عامل اصلی که پسوریازیس را کلید می‌زند هنوز نامشخص است.

■ پسوریازیس چطور به‌نظر می‌آید؟ علایم آن چیست؟

پسوریازیس به‌طور معمول نواحی ضخیم قرمز یا صورتی، ورم‌آمده و خشک پوست است. به‌طور کلاسیک نواحی بالای آرنج، زانوها و پوست سر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اساساً هر نقطه از بدن ممکن است درگیر شود، بیشتر تمایل به ظهور در نواحی تروما، محلی که مرتب مالیده شود، به کار گرفته شود یا ساییدگی باشد، دارد.

پسوریازیس ظواهر متفاوتی دارد. ممکن است برآمدگی‌های کوچک مسطح، پلاک‌های ضخیم بزرگ از پوست ورم‌آمده، تیکه‌های قرمز، و پوست صورتی کمی خشک تا فلس‌های بزرگ پوست خشک ورق ورق شده، باشد.

انواع متفاوت پسوریازیس وجود دارد شامل پسوریازیس vulgaris (نوع شایع) پسوریازیس guttate (کوچک، شبیه لکه)

■ پسوریازیس می‌تواند روی مفاصل تأثیر بگذارد؟

بله، پسوریازیس با مشکلات مفصلی، در حدود ۱۰-۳۵ درصد بیماران همراه است. در حقیقت گاهی درد مفصل ممکن است تنها علامت اختلال با پوست کاملاً شفاف باشد. بیماری مفصل همراه پسوریازیس به عنوان psoriatic arthritis معرفی می‌شود. بیماران ممکن است التهاب هر مفصلی را داشته باشند (آرتریت)، اگر چه مفاصل دست، زانو و قوزک پا بیشترین تمایل را دارند که تحت تأثیر قرار گیرند. آرتریت پسوریاتیک یک فرم آرتریت ملتهب و مخرب است که با داروهایی که پیشرفت بیماری را متوقف می‌کند درمان می‌شود.

سن متوسط شروع آرتریت پسوریاتیک ۳۰-۴۰ سال است. در اغلب موارد، علائم پوستی قبل از شروع آرتریت اتفاق می‌افتد.

تشخیص آرتریت پسوریاتیک به‌طور معمول توسط معاینه فیزیکی، سابقه پزشکی و ارتباط سابقه خانوادگی است. بعضی اوقات، آزمون‌های آزمایشگاهی و x-rays ممکن است برای تعیین شدت بیماری و خارج کردن سایر تشخیص‌ها مثل آرتریت روماتوئید و استئوآرتریت به‌کار رود.

■ پسوریازیس می‌تواند فقط بر ناخن‌ها تأثیر بگذارد؟

بله، پسوریازیس ممکن است به تنهایی ناخن‌ها را در تعداد محدودی از بیماران درگیر کند. معمولاً، علائم ناخن با علائم پوست و آرتریت همراه است. ناخن‌ها ممکن است فرورفتگی‌های

کوچک یا جداده‌های بزرگ زرد صفحه ناخن داشته باشند. ناخن پسوریازیس به‌طور معمول خیلی سخت درمان می‌شود. انتخاب درمان به نحوی محدود به کار بردن استروئیدهای جلدی در کوتیکل رویش ناخن، تزریق استروئید در کوتیکل رویش ناخن و داروهای خوراکی یا سیستماتیک مطابق توضیحی که بعداً برای درمان پسوریازیس داده می‌شود است.

■ چه تعدادی از مردم پسوریازیس دارند؟

پسوریازیس یک وضعیت نسبتاً شایع پوستی است. تخمین زده می‌شود تقریباً ۳-۱ درصد مردم آمریکا درگیرند (در حال حاضر تقریباً ۸/۵ - ۷/۵ میلیون نفر در آمریکا). حدود ۱۲۵ میلیون نفر در دنیا درگیر هستند. به‌طور چشمگیر، نژاد آمریکا - آفریقایی حدود نیمی از میزان پسوریازیس نژاد قفقازی (Caucasians) را دارند.

■ آیا پسوریازیس قابل درمان است؟

خیر، پسوریازیس در حال حاضر قابل درمان نیست. در هر صورت می‌تواند به سمت بهبودی برود و هیچ علامتی از بیماری را نشان ندهد. پژوهش‌های فعالانه‌ای برای یافتن درمان‌های بهتر و امکان معالجه در آینده جریان دارد.

■ آیا پسوریازیس مسری است؟

خیر، تحقیقات نشان نداده‌اند از شخصی به شخصی مسری باشد. نمی‌شود آن را از کسی گرفت و یا به دیگری از طریق تماس پوست به پوست منتقل کرد. می‌شود هر روز مستقیماً

با فرد پسوریازیزی تماس داشت و هرگز گرفتار این بیماری نشد.

■ پسوریازیس به فرزندان منتقل می‌شود؟

بله، ممکن است. اگر چه پسوریازیس از شخصی به شخص دیگر مسری نیست، اما یک زمینه ژنتیکی شناخته شده وجود دارد و ممکن است ارث بردن فرزندان از والدین باشد. در بعضی خانواده‌ها تمایل به چرخیدن دارد، و سابقه فامیلی در تشخیص دادن مفید است.

■ چه پزشکیان پسوریازیس را درمان می‌کنند؟

متخصصین پوست در تشخیص و درمان پسوریازیس، و متخصصین روماتولوگ در درمان اختلال‌های مفاصل و آرتریت‌های پسوریاتیک. بسیاری از پزشکان پسوریازیس را درمان می‌کنند. شامل درماتولوژیست‌ها، پزشکان خانواده، پزشکان داخلی روماتولوژیست‌ها و سایر پزشکان.

آکادمی درماتولوژی آمریکا و بنیاد ملی پسوریازیس مراجع عالی در کمک به پیدا کردن پزشکیان که در تشخیص این بیماری تخصص دارند، هستند. همه درماتولوژیست‌ها و همه روماتولوگ‌ها پسوریازیس را درمان نمی‌کنند. بنیاد پسوریازیس یکی از بهترین منابع متخصصان حاضر پسوریازیس است.

■ پسوریازیس چگونه درمان می‌شود؟

برای پسوریازیس انتخاب‌های درمانی مؤثر زیادی وجود دارد. بهترین درمان به صورت انفرادی به وسیله پزشک و وابسته به محل، نوع بیماری، شدت و کل

منطقه درگیر بدن تعیین می‌شود.

برای بیماری ملایم که فقط قسمت کوچکی از بدن را درگیر می‌کند (مثلاً کمتر از ۱۰ درصد کل سطح پوست) کرم‌های جلدی، لوسیون‌ها، و اسپری‌ها ممکن است خیلی مؤثر و ایمن برای مصرف باشند. گاهی یک تزریق کوچک موضعی مستقیم استروئید به پلاک پسوریازیس ایزوله مقاوم ممکن است مفید باشد.

برای بیماری متوسط تا شدید که منطقه بیشتری از بدن را درگیر می‌کند (مثلاً ۲۰ درصد یا بیشتر از کل سطح بدن)، محصولات جلدی ممکن است مؤثر یا عملی برای کاربرد نباشند. این موارد ممکن است به درمان‌های کل بدن یا سیستماتیک از قبیل قرص‌ها نورترابی یا تزریق‌ها نیازمند باشد. داروهای قوی‌تر معمولاً با خطرات احتمالی بیشتر همراه هستند.

برای آرتریت‌های پسوریاتیک، داروهای سیستمیک که پیشرفت بیماری را متوقف می‌کنند ممکن است ضروری باشد، درمان‌های جلدی مؤثر نیستند.

مهم است که به خاطر سپرد که مثل هر وضعیت پزشکی، تمام داروها احتمال عوارض سوء را دارند. هیچ دارویی ۱۰۰ درصد برای هر کسی مؤثر نیست، و هیچ دارویی ۱۰۰ درصد ایمن نیست. تصمیم استفاده هر دارو نیازمند بررسی همه جانبه پزشک معالج دارد. خطرات و منافع احتمالی داروها باید برای هر نوع پسوریازیس و فرد بیمار بررسی شود. بعضی بیماران به هیچ وجه از علائم پوستیشان ناراحت نمی‌شوند و ممکن است هیچ دارویی را نخواهند. سایر بیماران با حتی یک تیکه کوچک پسوریازیس ناراحت می‌شوند و می‌خواهند پوستشان را سالم و طبیعی نگه دارند. هر کسی فرق می‌کند و بنابراین

□ کورتیکواستروئیدهای جلدی (استروئیدها مثل هیدروکورتیزون)

خیلی مفید هستند و اغلب خط اول درمان برای پسوریازیس با ناحیه محدود و کوچک است. در خیلی از فرآورده‌ها شامل اسپری‌ها، مایع‌ها، کرم‌ها ژل‌ها و پمادها وجود دارند. استروئیدها با قدرت‌های بسیار متفاوتی هستند، شامل قوی‌ترها برای آرنج زانوها و نواحی مقاوم پوست و انواع ملایم برای نواحی مثل صورت، زیر بازو و کشاله ران است. این‌ها معمولاً یک یا دو بار در روز در نواحی پوست تحت تأثیر به کار می‌روند.

فرآورده‌های استروئیدی قوی باید به صورت محدود مصرف شوند. مصرف بیش از حد یا طولانی مدت ممکن است مشکلاتی را از قبیل نازک شدن بالقوه پوست و آسیب که آتروفی نامیده می‌شود موجب گردد.

□ کرم آنالوگ ویتامین

D (DOVONEX) calcipotriene

در پسوریازیس مفید بوده است. مزیت calcipotriene این است که مثل استروئیدهای جلدی عامل نازک شدن پوست شناخته نشده‌اند. این مهم است که توجه کنیم که این دارو ویتامین D معمولی نیست.

Calcipotriene ممکن است در ترکیب با استروئیدهای جلدی مفیدتر باشد. یک فرآورده جدید دو ترکیبی از calcipotriene و یک استروئید جلدی که tacrolimus نامیده می‌شود، وجود دارد. نتایج با calcipotriene تنها ممکن است آهسته‌تر و کمتر از نتایج به‌دست آمده با استروئیدهای جلدی باشد و همه بیماران ممکن است به calcipotriene

انتخاب‌های درمانی همین‌طور بسته به اهداف بیمار و ابراز تمایلش می‌تواند متفاوت باشد.

یک دسترسی مؤثر خاص به پسوریازیس درمان چرخشی نامیده می‌شود. یک کار معمول در میان درماتولوژیست‌ها، تغییر سیکل درمان پسوریازیس هر ۶ تا ۲۴ ماه برای این که عوارض احتمالی از هر نوع درمان یا دارویی به حداقل برسد را توصیه می‌کنند. برای مثال، اگر یک بیمار برای ۲ سال متوترکسات (methotrexate) خوراکی مصرف کرده است منطقی است که متوترکسات را قطع کند و بعد نورتراپی یا یک داروی تزریقی بیولوژیک را برای مدتی امتحان کند. با نوبتی کردن دارویی که اثری روی کبد ندارد، احتمال آسیب تجمع کبدی ممکن است کاهش یابد.

در مثال دیگر، یک بیمار که استروئیدهای جلدی قوی روی سطح وسیعی از بدن برای دوره‌های طولانی مصرف کرده است ممکن است پس از متوقف کردن استروئید برای مدتی و چرخیدن به درمان متفاوت مثل calcipotriene (Dovonex) نورتراپی یا یک تزریق بیولوژیک بهره بگیرد.

■ چه کرم‌ها و لوسیون‌هایی در دسترس هستند؟

داروهای جلدی شامل کورتیکواستروئیدهای جلدی، کرم‌های آنالوگ ویتامین D (Dovonex) رتینوئیدهای جلدی (Tazorac)، مرطوب‌کننده‌ها تنظیم‌کننده‌های ایمنی جلدی (tacrolimus) (pimecrolimus و coal tar, anthralin) هستند.

شده‌اند. این‌ها این مزیت را دارند که باعث نازکی پوست نمی‌شوند. ممکن است دارای عوارض سوء بالقوه شامل عفونت‌های پوستی و احتمالاً بدخیمی (سرطان‌ها) باشند. ارتباط دقیق این کرم‌های تنظیم‌کننده ایمنی و سرطان بحث‌برانگیز است.

□ حمام نمک

حمام کردن در آب با غلظت بالای نمک مثل بحر میت (Dead Sea) در خاورمیانه ممکن است به پسوریازیس بعضی بیماران کمک کند. خیس‌اندۀ نمک Epson (به‌صورت OTC در دسترس است) ممکن است برای تعدادی از بیماران مفید باشد. به‌طور کلی کاملاً ایمن و با عوارض احتمالی خیلی کم هستند.

□ Coal tar

در فرآورده‌های متعددی در دسترس است شامل شامپوها، محلول‌های حمام و کرم‌ها. Coal tar ممکن است ظاهر و فلس‌های پسوریازیس را کم کند. بو یا لک کردن با Coal tar ممکن است مصرف آن را مشکل کند و کمتر از سایر درمان‌ها مطلوب باشد. یک مزیت مهم با Coal tar فقدان نازک شدن پوست است.

□ Anthralin

برای مصرف جلدی به‌صورت کرم در دسترس است. سوزش، تحریک احتمالی و تغییر رنگ پوست ممکن است پذیرش آن را برای مصرف کم کند. Anthralin ممکن است برای ۳۰ - ۱۰ دقیقه در پوست پسوریازیس به کار رود.

■ چه داروهای خوراکی در دسترس هستند؟
داروهای خوراکی شامل: acitretin

خوبی استروئیدهای جلدی پاسخ ندهند.

یک احتیاط خاص با calcipotriene این است که نباید بیش از ۲۰ درصد پوست یک شخص به کار رود. مصرف بیش از حد ممکن است موجب جذب دارو و افزایش غیرنرمال سطح کلسیم بدن شود.

□ مرطوب‌کننده‌ها

به‌خصوص با غلظت‌های درمانی از سالیسیلیک اسید، لاکتیک اسید، اوره، و گلابکولیک اسید ممکن است در پسوریازیس مفید باشند. این مرطوب‌کننده‌ها به فرم‌های نسخه‌ای و غیرنسخه‌ای در دسترس هستند. این‌ها به مرطوب شدن کمک می‌کنند و ظاهر ضخیم فلس‌ها را کمتر می‌کنند. بعضی فرآورده‌های در دسترس شامل:

لوسیون‌های Salax (salicylic acid)
Lac-Hydrin (lactic acid)، Amlactin
(lactic acid) هستند. این‌ها ممکن است یک تا سه روز روی بدن به کار روند و عموماً خطر مشکل آتروفیه شدن پوست را ندارند.

مصرف بیش از حد یا استفاده روی پوست ترک خورده یا تحریک شده ممکن است موجب سوزش، سوختگی و تحریک بیشتر شود، این فرآورده‌های قوی‌تر نباید روی پوست‌های ظریف مثل پلک، صورت یا ژنیتال (اندام‌های تناسلی) به کار روند. عوامل دیگری مثل وازلین و Crisco vegetable shortening همین‌طور ممکن است حداقل در کاهش ظاهر خشک پسوریازیس مفید باشند.

□ تنظیم‌کننده‌های ایمنی

(Tacrolimus, Pimecrolimus)

در انواع محدود پسوریازیس با موفقیت مصرف

دوزهای بالا، برای درمان سرطان مصرف می‌شود. برای پсорیازیس سال‌های زیادی موثر بوده است. معمولاً در دوز کوچک هفتگی (۵-۱۵ mg) داده می‌شود. آزمون‌های خونی قبل از دوره درمان لازم می‌شود. دارو ممکن است موجب آسیب کبدی در بعضی بیماران شود، به‌خصوص اگر بیماری کبدی از قبل وجود داشته باشد یا اگر برای دوره زمانی طولانی داده شود. پایش نزدیک پزشک و ویزیت‌های منظم و آزمون‌های ماهانه تا سه ماهه معمولاً لازم می‌شود.

□ درمان PUV (psorolen and ultraviolet A radiation)
پسوریازیس می‌تواند خطر ملانوما را افزایش دهد.

□ درمان PUVA (psoralen and Ultraviolet A radiation)
برای دو دهه به‌عنوان درمان پسوریازیس شدید به‌کار رفته است. در این «ترکیب» درمانی، دریافت psoralen سیستمیک به‌عنوان یک حساس‌کننده پوست عمل می‌کند. پوست حساس شده تحت پسوریازیس سپس می‌تواند توسط اشعه Ultraviolet A درمان شود.

■ چه تزریق‌ها و انفوزیون‌هایی در دسترس هستند؟

جدیدترین گروه دارو برای پسوریازیس فرآورده‌های بیولوژیک نامیده می‌شوند. تمام داروهای بیولوژیک سیستم ایمنی را تنظیم و بعضی وقت‌ها سرکوب می‌کنند که در پسوریازیس بیش از حد فعال است. داروهای بیولوژیک در دسترس

cyclosporine، methotrexate، و سایرین هستند. پردنیزولون خوراکی معمولاً در پسوریازیس مصرف نمی‌شود و ممکن است در صورت مصرف موجب شعله‌ور شدن بیماری در بسیاری از بیماران گردد.

□ Acitretin (soriatane)

یک داروی خوراکی برای انواع خاص پسوریازیس است. در همه انواع بیماری موثر نیست. ممکن است در افرادی که حامله نیستند و نمی‌خواهند حداقل برای سه سال حامله شوند، به‌کار رود. عوارض سوء مهم شامل خشکی پوست و چشم و بالا رفتن موقت تری‌گلیسیرید و کلسترول در خون شود. تست‌های خونی معمولاً قبل از شروع درمان و به‌صورت دوره‌ای برای ارزیابی سطح تری‌گلیسیرید لازم می‌شود. بیماران هنگام مصرف این دارو و معمولاً حداقل سه سال بعد از متوقف کردن دارو نباید حامله شوند.

□ Cyclosporine

یک داروی ایمونوساپرسیو قوی برای مصارف پزشکی دیگر، شامل پیوند اعضای بیماران به‌کار می‌رود. ممکن است برای درمان موارد شدید پسوریازیس گسترده به‌کار رود. بهبودی ممکن است در شروع خیلی سریع باشد. ممکن است مشکل باشد سیکلوسپورین فردی را بدون شعله‌ور شدن پسوریازیس قطع کنیم. به دلیل تجمع سمی بالقوه، سیکلوسپورین نباید بیش از ۱-۲ سال برای اغلب مبتلایان به پسوریازیس مصرف شود. عوارض سوء مهم احتمالی شامل مشکلات فشار خون و کلیه است.

□ Methotrexate

یک داروی معمول برای آرتریت روماتوئید و در

حال حاضر عبارتند از:

- alefacept (Amevive)
- adalimumab (Humira)
- infliximab (Remicade)
- etanercept (Enbrel)
- ustekinumab

or PPD test) و سایر آزمون‌های آزمایشگاهی قبل از شروع درمان را دارند.

مثل هر داروی دیگر، احتمال عوارض با داروهای بیولوژیک هست. عوارض سوء بالقوه شایع شامل واکنش‌های ملایم موضعی محل تزریق (قرمزی و حساسیت غیرطبیعی به فشار با لمس Tenderness). ارتباط با عفونت‌های جدی و بدخیمی بالقوه با تقریباً همه داروهای بیولوژیک وجود دارد.

داروهای جدیدتر در دست تحقیق هستند و ممکن است در آینده نزدیک در بازار باشند. این دسته از داروها تا اندازه‌ای جدید هستند و تحت ارزیابی، گزارش عوارض جانبی و ایمنی طولانی مدت قرار دارند.

□ Efalizumab (Raptiva)

احتیاط‌ها شامل بیماران شناخته شده یا مشکوک با عفونت هپاتیت B یا C، توبرکلوزیس فعال و احتمالاً HIV/AIDS است. به‌عنوان یک ملاحظه کلی، این داروها ممکن نیست یک انتخاب ایده‌آل برای بیماران با سابقه سرطان و بیماران تحت شیمی‌درمانی فعال باشد، به‌خصوص ممکن است همراهی لنفوما در بیماران دریافت‌کننده داروهای بیولوژیک بالا باشد. به هر حال اطمینانی نیست که این همراهی مستقیماً توسط این داروها ایجاد شود. در حقیقت، به این دلیل است که بیماری‌های خاصی مثل آرتریت روماتوئید یا پسوریازیس ممکن است همراه با یک افزایش ذاتی در خطر کلی بعضی عفونت‌ها و بدخیمی باشد.

اگر چه قبلاً در دسترس بود، به‌خاطر مسایل ایمنی گزارش شده، توسعه عفونت جدی مغز، الکتروانسفالوپاتی مولتی فوکال پیشرفته (PML) در اوایل ۲۰۰۹ از بازار دارویی آمریکا جمع‌آوری شد.

□ Ustekinumab (Stelara)

داروهای بیولوژیک گران‌قیمت هستند. محدوده قیمت آن‌ها چند ده - هزار دلار در سال برای یک فرد است. مصرف آن‌ها ممکن است به‌علت محدودیت دسترسی، قیمت و تأیید بیمه محدود شود. همه بیمه‌ها ممکن است این داروها را برای همه شرایط پوشش کامل ندهند. نیاز است بیماران با بیمه‌شان چک کنند و ممکن است مجوز قبلی برای تأیید پوشش، لازم باشد. بعضی از کارخانه‌های

یک فرآورده بیولوژیک تأیید شده برای بزرگسالانی که پسوریازیس متوسط تا شدید دارند، Ustekinumab (Stelara) است. Stelara یک محصول آنتی‌بادی آزمایشگاهی است که پسوریازیس را به‌وسیله بلوک عمل دو پروتئین که در تولید بیش از حد سلول‌های پوستی و التهاب سهیم هستند، درمان می‌کند.

بعضی داروهای بیولوژیک قابلیت خود تزریقی در خانه دارند، در حالی که سایرین را باید با تزریق داخل جلدی یا انفوزیون وریدی در مطب پزشک به‌کار برد.

داروهای بیولوژیک بعضی الزامات غربالگری از قبیل آزمون غربالگری توبرکلوزیس (TB Skin test)

بیماران با شمارش خونی پایین جدی (پان‌سیتوپنی) به کار نمی‌روند.

عارضه جانبی مهم این کلاس داروها ساپرس کردن سیستم ایمنی است. به علت خطر افزایش عفونت هنگام مصرف آن‌ها، بیماران باید فوراً تب یا علائم عفونت را به پزشک‌شان گزارش کنند. عوارض جانبی جزئی شامل حالت‌های اتوایمون مثل لوپوس یا شعله‌ور کردن لوپوس است. به علاوه بهتر است از هر نوع واکسن زنده هنگام استفاده بلوک‌کننده‌های TNF اجتناب شود.

■ Enbrel (etanercept)

یک داروی قابل خود تزریقی برای مصرف در خانه است. از راه یک سوزن کوچک درست زیر پوست تزریق می‌شود. معمولاً دوز هفتگی یک یا دو بار توسط بیماران در خانه بعد از آموزش توسط پزشک است. بعضی اوقات یک دوز حمله‌ای بالاتر برای ۱۲ هفته اول و بعد «پایین آمدن قدم به قدم» به نصف دوز بعد از ۱۲ هفته اول به کار می‌رود. Enbrel مزیت حداقل ۱۶ سال مصرف بالینی و تجربه طولانی مدت را دارد.

■ Remicade (infliximab)

یک داروی تزریق داخل وریدی (IV) مطلقاً برای استفاده در مطب پزشک یا مرکز پزشکی مخصوص انفوزیون است. دوز آن به خصوص بر حسب وزن بدن بیمار است. تزریق آهسته با یک سوزن کوچک به داخل ورید است. معمولاً ممکن است هفتگی یک دوز داده شود.

گزارش‌هایی از تشکیل آنتی‌بادی به این دارو در بیمارانی که برای مدتی آن‌را گرفته‌اند، در دست است. این آنتی‌بادی‌ها ممکن است موجب نیاز به

بیولوژیک برنامه‌های کمک به بیمار در مسایل مالی دارند.

انتخاب داروی درست برای پسوریازیس بستگی به عوامل پزشکی زیادی دارد. به علاوه راحتی دریافت دارو و سبک زندگی ممکن است عواملی در انتخاب داروی بیولوژیک درست باشد.

■ در حال حاضر ۴ کلاس اصلی داروهای بیولوژیک عبارتند از:

۱ - TNF-alpha blockers

(tumor necrosis factor)

۲ - داروهایی که فعالیت T-cell و حرکت T-cell را بلوک می‌کنند.

۳ - داروهایی که تعداد T-cell های فعال شده را کاهش می‌دهند.

۴ - داروهایی که با پیامبران شیمیایی Interleukin التهاب تداخل می‌کنند.

□ TNF blockers

بلوک‌کننده‌های TNF شامل:

Humira (adalimumab), Remicade (infliximab)

Enbrel (etanercept) هستند.

داروهای بلوک‌کننده TNF-alpha ممکن است یک مزیت درمان آرتريت پسوریاتیک و بیماری پوستی پسوریازیس را داشته باشند. عیب آن‌ها این است که بعضی بیماران ممکن است متوجه کاهش اثربخشی داروهای بلوک‌کننده TNF-alpha طی ماه‌ها تا سال‌ها باشند.

بلوک‌کننده‌های TNF معمولاً در بیماران با بیماری‌های (demyelinating (neurological) مثل multiple sclerosis، نارسایی احتقانی قلب یا

درست زیر پوست و ممکن است در مطب پزشک یا در خانه انجام شود.

Raptiva به نظر می‌رسد برای چند سال بدون از دست دادن اثربخشی کار کند، بنابراین مزیت ادامه دادن را دارد. Raptiva ممکن است موجب شعله‌ور شدن آرتریت در بعضی بیماران شود. Raptiva همین‌طور ممکن است موجب کاهش یا سقوط شمار پلاکت شود. شمارش پلاکت معمولاً قبل از شروع و دوره‌ای (اغلب هر سه ماه یک بار) تا زمانی که بیمار Raptiva را ادامه می‌دهد، کنترل می‌شود.

مثل سایر داروهای بیولوژیک، هنگامی که بیمار Raptiva را می‌گیرد واکسن‌های زنده توصیه نمی‌شود. معمولاً بهتر است هر نوع واکسن لازم را هفته‌ها پیش از شروع درمان دریافت کنند.

مثل همه داروهای بیولوژیک، Raptiva همراه با عفونت‌های احتمالی و بدخیمی (سرطان) بوده است. خطر نسبی این دو عارضه نسبتاً کم می‌باشد. جدی‌ترین عارضه گزارش شده در بیمارانی که Raptiva را می‌گیرند، شروع لوکوانسفالوپاتی مولتی‌فوکال (PML) پیشرفته در بیماران متعدد است. PML یک اختلال نورولوژیک نادر، قویاً کشنده و شدید است که عقیده بر این است که به‌علت عفونت خاص ویروسی مغز باشد. PML معمولاً در افرادی اتفاق می‌افتد که سیستم ایمنی‌شان ضعیف شده و منجر به از دست دادن عملکرد دایمی مغز شود.

علائم PML شامل ضعف غیرعادی، تغییرات بینایی، از دست دادن تمرکز، مشکل صحبت کردن و تغییرات شخصیتی است.

دوز داروی بیشتر برای رسیدن به بهبودی بیماری یا شکست درمان شوند. راه IV ممکن است به صرف وقت بیشتر، نیاز به پزشک هنگام انفوزیون دارو داشته باشد. Remicade مزیت پاسخ سریع بیماری و توان خوب را دارد.

■ Humira (adalimumab)

یک داروی قابل خود تزریقی برای مصرف در خانه است. از راه یک سوزن کوچک به عنوان دوز زیر جلدی تزریق می‌شود. معمولاً یک هفته در میان داده می‌شود، کلاً ۲۶ تزریق در یک سال. دوز انفرادی است و باید با پزشک گفتگو شود. گاهی اوقات یک دوز حمله‌ای بالاتر برای اولین دوز (۸۰ mg) و بعد ۴۰ mg هر یک هفته در میان ادامه می‌یابد. نتایج ممکن است خیلی زود از یک تا دو هفته درمان به‌دست آید. مزیت Humira حداقل ۱۱ سال مصرف بالینی و تجربه طولانی مدت است.

□ داروهایی که فعال شدن T-cell و حرکت T-cel را بلوک می‌کنند

■ Raptiva (efalizumab)

هم فعال شدن و هم حرکت T-cell را به داخل سلول بلوک می‌کند. همان‌طور که ذکر شد Raptiva به دنبال انتشار اختار FDA آمریکا در اواخر ۲۰۰۸ و آوریل ۲۰۰۹ از بازار آمریکا توسط کارخانه جمع‌آوری گردید. در دسترس بودنش ممکن است در سایر کشورها ادامه یابد.

دوز آن به خصوص بر حسب وزن است. آزمون‌های آزمایشگاهی قبل از شروع تزریق و هفتگی برای ۱۲ هفته درمان لازم است. تزریق‌ها

□ داروهایی که تعداد T-cell های فعال شده را کاهش می دهند

■ Amevive (alefacept)

تعداد T-cell های فعال شده در دسترس دخیل در ایجاد پسونبازیس را کاهش می دهد. از راه داخل عضلانی معمولاً در مطب پزشک و یک بار در هفته برای ۱۲ هفته داده می شود. بسیاری از بیماران ممکن است بهبودی را در علائم شان که تقریباً ۱۲ ماه طول می کشد، نبینند.

Amevive کلاً نباید در بیماران با عفونت HIV مصرف شود، زیرا دارو موجب کاهش سلول های CD4 می شود. Amevive ممکن است اثرات یکسانی در همه بیماران نداشته باشد، بعضی بیماران بهتر از بقیه بهبود می یابند. متوسط ماکزیمم زمان بهبودی برای بسیاری از بیماران حدود ۱۴ هفته است.

به علت سرکوب سیستم ایمنی، Amevive همین طور ممکن است یک انتخاب خوب در بیماران با سرطان فعال یا عفونت نباشد. چون Amevive یکی از دو داروی در دسترس است که مستقیماً T-cell را مهار می کند، ممکن است ارتباط بالقوه ای برای سرکوب ایمنی و افزایش مستعد شدن به عفونت شامل PML وجود داشته باشد. خطرات و منافع درمان با بیولوژیک ها برای هر فرد نیاز به ارزیابی دارد.

■ داروهایی که با مکانیسم های interleukin مداخله می کنند

Ustekinumab جدیدترین داروی بیولوژیک تزریقی است که برای تنظیم سیستم ایمنی

به کار می رود. یک آنتی بادی مونوکلونال interleukin 12/23 انسانی است. Ustekinumab پیامبران شیمیایی سیستم ایمنی درگیر در التهاب پوست و تولید سلول پوستی را هدف می گیرد. این دارو برای مصرف زیر جلدی هر سه ماه یک بار طراحی شده است. با میزان کلیرانس خیلی خوب در کارازمایی های بالینی تا کنون خیلی نویدبخش بوده است. مزیت مهم ممکن است راحتی مصرف هر سه ماه یک بار باشد. ارتباط آن با عفونت و بدخیمی ممکن است شبیه سایر بیولوژیک ها باشد.

■ در مورد نورتراپی چه طور؟

Light therapy که phototherapy هم نامیده می شود. چندین نوع سستی نورتراپی پزشکی وجود دارد که UVB، PUVa و باند باریک UVB نامیده می شوند. این منابع مصنوعی نور برای ده ها سال به کار رفته اند و عموماً در مطب پزشک در دسترس هستند. شرکت های محدودی هستند که ممکن است جعبه های نور یا حباب نور را برای تجویز نورتراپی در خانه بفروشند.

نور طبیعی خورشید همین طور برای درمان پسونبازیس به کار رفته است. قرار گرفتن کنترل شده در معرض نور طبیعی خورشید، روزانه ممکن است کمک کند یا پسونبازیس را در بعضی بیماران پاک کند. نواحی حساس مثل صورت و دست ها ممکن است نیازمند محافظت در زمان معرض بودن خورشید باشد.

همین طور چندین منبع نور جدیدتر مثل درمان با لیزر و درمان فتودرماتیک (استفاده از یک داروی

فتوتراپی UVB یک درمان نور مصنوعی با استفاده از طول موج خاص نور است. دفعات روزانه یا ۲ تا ۳ بار در هفته داده می‌شود. UVB همین‌طور یک جزء طبیعی نور خورشید است. دوز UVB بر اساس زمان است و در معرض بودن به تدریج ۶۰-۱۵ ثانیه در هر درمان یا هر هفته افزایش می‌یابد. عوارض سوء احتمالی با UVB شامل سوختگی پوست، آسیب پوست و احتمال افزایش خطر سرطان پوست شامل ملانوما است. ارتباط افزایش خطر سرطان پوست با درمان UVB نیازمند بررسی آینده است.

بعضی اوقات UVB با سایر درمان‌ها مثل مصرف tar همراه می‌شود. بعضی مراکز این درمان را در شکل مراقبت روزانه «daycare» که بیماران تمام روز را در کلینیک درمان پسوریازیس برای چندین هفته هستند و هر شب به خانه می‌روند به کار برده‌اند.

■ سایر منابع برای اطلاعات بیشتر در مورد پسوریازیس

علاوه بر پزشک معالج متخصص پوست آکادمی درماتولوژی آمریکا در سایت <http://www.AAD.org> و بنیاد ملی پسوریازیس در سایت <http://www.psoriasis.org/home/> ممکن است منابع عالی برای اطلاعات بیشتر باشند.

کارآزمایی‌های بالینی بسیاری برای پسوریازیس در تمامی آمریکا و در دنیا در حال انجام است. بسیاری از این کارآزمایی‌های بالینی در حال انجام در مراکز پزشکی علمی یا دانشگاهی بدون هزینه

فعال‌کننده نور و یک منبع نور خاص) که برای درمان پسوریازیس به کار رفته‌اند وجود دارند.

□ PUVa

یک درمان خاص، با استفاده از یک داروی حساس‌کننده به نور و در معرض نور مصنوعی بودن زمانی است.

داروی حساس‌کننده به نور در PUVa پسورالن نامیده می‌شود. این درمان‌ها معمولاً در مطب پزشک ۲ تا ۳ بار در هفته استفاده می‌شود. چندین هفته PUVa قبل از دیدن نتایج معنی‌دار معمولاً لازم است. زمان در معرض نور بودن به صورت آهسته و به تدریج متعاقب هر درمان افزایش می‌یابد.

پسورالن ممکن است به صورت خوراکی (قرص) یا جلدی مثل یک لوسیون حمام داده شود. بعد از یک دوره اینکوبیشن کوتاه، پوست در معرض اشعه اولترا ویوله با طول موج خاص که UVA نامیده می‌شود قرار می‌گیرد. بیمارانی که PUVa مصرف می‌کنند معمولاً به نور خورشید حساس هستند و باید از قرار گرفتن در معرض نور خورشید برای یک دوره زمانی بعد از PUVa اجتناب کنند.

عوارض سوء شایع با PUVa شامل سوختگی برنزه شدن پوست، آسیب احتمالی پوست افزایش لکه‌های قهوه‌ای که lentigines نامیده می‌شود و احتمالاً افزایش خطر سرطان پوست شامل ملانوما است. ارتباط افزایش خطر سرطان پوست با درمان PUVa بحث برانگیز است. درمان PUVa نیازمند ارزیابی دقیق توسط پزشک است و وقتی که ماکزیمم درمان به دست آید قطع خواهد شد.

کنترل است. مطالعات کمی احتمال همراهی پسوریازیس و سایر شرایط پزشکی شامل چاقی و بیماری قلبی را نشان داده‌اند.

■ آینده چه خواهد شد؟

تحقیق پسوریازیس ذخیره محکم و نویدبخش برای آینده است. فقط ۱۰-۵ سال گذشته قدم‌های بلندی به جلو در درمان بیماری با داروهایی با هدف درمان سیستم ایمنی بیش فعال که موجب التهاب پوست پسوریازیس می‌شود، برداشته شده است. تحقیق در دست انجام نیازمند رمزگشایی نهایی علت تحت این بیماری است.

■ پسوریازیس در یک نگاه اجمالی

■ پسوریازیس یک بیماری مزمن التهابی پوست است.

■ پسوریازیس علت شناخته شده ندارد.

■ تمایل نسبت به پیشرفت پسوریازیس در زن‌های وراثتی است.

■ پسوریازیس مسری نیست.

■ پسوریازیس در حال حاضر قابل درمان نیست هر چند قابل کنترل است.

■ درمان‌های امیدبخش بسیاری شامل داروهای جدیدتر بیولوژیک وجود دارد.

■ تحقیق آینده برای پسوریازیس امیدبخش است.

منابع

1. Melissa Conrad Stoppler, Psoriasis PUVA Treatment Can increase Melanoma Risk 2011.
2. Alai NN, Shiel WC. Psoriasis Symptoms, Causes, Treatment Information and Medication, 31 Jan 2011.

به دفعات برای بیماران باز است. کارآزمایی‌های مکرر الزامات خاصی برای انواع و شدت پسوریازیس دارد که ممکن است ثبت نام در یک کارآزمایی ویژه باشد. بیماران نیاز دارند با این مراکز تماس بگیرند و با توجه به الزامات خاص مطالعه سؤال کنند. بعضی مطالعات محدودیت‌هایی بر داروهای جدید که برای پسوریازیس مصرف شده‌اند، داروهای معمول، و به‌طور کلی سلامت دارند.

مراکز پزشکی متعددی در آمریکا شامل: دانشگاه کالیفرنیا، دپارتمان درماتولوژی سانفرانسیسکو دپارتمان درماتولوژی Irvine و دانشگاه پزشکی St. Louis کارآزمایی‌های بالینی برای پسوریازیس را پیشنهاد می‌کنند.

■ گروه حامی پسوریازیس

بنیاد ملی پسوریازیس The National Psoriasis Foundation (NPF) سازمانی است که وقف کمک به بیماران پسوریازیس و تحقیق بیشتر در این زمینه است. آن‌ها بخش جلسات ملی و محلی را به عهده دارند.

وب سایت NPF (<http://www.psoriasis.org/home/>) اطلاعات پزشکی قابل اعتماد و به‌روز و آمار این شرایط را به مشارکت می‌گذارد.

■ پیش‌بینی طولانی‌مدت پسوریازیس چیست؟

به‌طور کلی، دورنمای اغلب بیماران پسوریازیس خوب است. در حالی که قابل درمان نیست، قابل