

Κλινική εικόνα ψωρίασης

Δερματικές εκδηλώσεις

Α. Ι. ΣΠΡΑΤΗΓΟΣ
Αναπληρωτής Καθηγητής
Δερματολογίας

Α. Β. ΓΟΥΛΕΣ
Διδάκτωρ και Επιστ. Συνεργάτης
Παν/μίου Αθηνών

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια αυτοάνοση φλεγμονώδης δερματοπάθεια που οφείλεται στον αυξημένο πολλαπλασιασμό των επιδερμικών κυττάρων. Εμφανίζεται σε κάθε ηλικία. Στην πλειονότητα των ασθενών εκδηλώνεται για πρώτη φορά μεταξύ 15-30 ετών. Περίπου στο 60% εμφανίζεται πριν την ηλικία των 30 ετών, ενώ είναι σπάνια πριν την ηλικία των 10 ετών. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία έναρξης τόσο βαρύτερη είναι η πρόγνωση.

Προσβάλλονται άνδρες και γυναίκες με την ίδια συχνότητα.

Τα δερματικά εξανθήματα έχουν κατά κανόνα σαφές περίγραμμα και συμμετρική κατανομή στο σώμα. Η μονόπλευρη εντόπιση είναι σχετικά σπάνια.

Η κλινική εικόνα της ψωρίασης παρουσιάζει σημαντική ετερογένεια και ποικίλλει, από την εμφάνιση λίγων εντοπισμένων βλαβών μέχρι την εκδήλωση εκτεταμένης και γενικευμένης νόσου.

Το ευρύ κλινικό φάσμα της ψωρίασης υποταξινομείται αδρά στις παρακάτω κλινικές μορφές: κοινή ή κατά πλάκας ψωρίαση, σταγονοειδής, ερυθροδερμική, φλυκταινώδης και η ψωρίαση ειδικής εντόπισης ή ειδικών θέσεων.

1. ΚΟΙΝΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΨΩΡΙΑΣΗ

Είναι ο συχνότερος τύπος ψωρίασης και αφορά περίπου στο 90% των περιπτώσεων. Η στοιχειώδης βλάβη της κοινής ή κατά πλάκας ψωρίασης (Psoriasis Vulgaris) αναγνωρίζεται κλινικώς από τρία βασικά χαρακτηριστικά:

1) Αποτελεί μία σαφώς αφοριζόμενη και επηρμένη πλάκα λόγω της υπερπλασίας της επιδερμίδας.

2) Καλύπτεται από παχιά αργυρόχροα, χαλαρώς προσκολλημένα λέπια οφειλόμενα στην ανώμαλη κερατινοποίηση.

3) Έχει έντονα ερυθρό χρώμα, λόγω του διευρυσμένου τριχοειδικού δικτύου.

Το μέγεθος της βλάβης ποικίλλει από λίγα χιλιοστά μέχρι μερικά εκατοστά (1-30), ενώ το σχήμα της είναι συνήθως κυκλικό, ωοειδές ή ακανόνιστο. Μικρές πλάκες μπορούν να συνενώνονται και να σχηματίζουν μεγαλύτερες βλάβες που καλύπτουν μεγαλύτερη επιφάνεια του σώματος.

Αν και το εξάνθημα μπορεί να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, η συνηθέστερη εντόπιση της ψωρίασης αφορά στις εκτατικές επιφάνειες των αγκώνων και των γονάτων, πιθανώς λόγω της συνεχούς τριβής και του τραυματισμού του δέρματος στα σημεία αυτά, το τριχωτό της κεφαλής, την οσφυοϊερά και την περιομφαλική χώρα.

Από άποψη συμπτωματολογίας, η κοινή κατά πλάκας ψωρίαση είναι συνήθως ασυμπτωματική αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις συνοδεύεται από άλγος ή κνησμό. Πολλές φορές οι ψωριασικές πλάκες εμφανίζουν κεντρική κάθαρση ή υποστροφή, η οποία επεκτεινόμενη προς την περιφέρεια της βλάβης δίνει την εικόνα ενός πολυκυκλικού ή δακτυλιοειδούς εξανθήματος. Οι βλάβες της κοινής ψωρίασης επιμένουν συνήθως για μεγάλο χρονικό διάστημα με ελάχιστες μορφολογικές

αλλαγές και βραδεία τάση επέκτασης. Άλλες φορές πάλι, μπορεί να μεταπέσουν από το στάδιο των χρόνιων πλακών σε ένα οξύ ή ασταθές στάδιο που χαρακτηρίζεται από την απότομη εμφάνιση διάσπαρτων μικρών και μεγάλων πλακών (εξανθηματική μορφή), πολλαπλών φλυκταινών (φλυκταινώδης ψωρίαση) ή καθολικής ερυθρότητας και απολέπισης του δέρματος (ερυθροδερμική ψωρίαση).

Τρία κλινικά σημεία με ιδιαίτερη διαγνωστική σημασία παρατηρούνται στην κοινή ψωρίαση:

- Το σημείο της αιματηράς δρόσου. Αναφέρεται στην εμφάνιση στικτής αιμορραγίας μετά την απομάκρυνση των λεπιών από την επιφάνεια της πλάκας και οφείλεται στον εύκολο τραυματισμό των διατεταμένων επιφανειακών τριχοειδών.

- Το σημείο στεατοκρήριου. Η μηχανική απομάκρυνση των λεπιών με ένα ξέστρο συμβαίνει με την μορφή μικρών κομματιών και προσομοιάζει με την αποφλοίωση ενός κεριού.

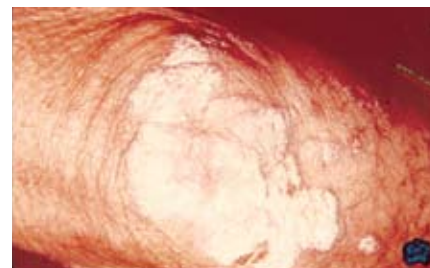
- Το φαινόμενο Köebner ή ισομορφικό φαινόμενο. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ψωριασικής βλάβης σε κλινικά υγιές δέρμα μετά από τραυματισμό. Εκλύεται σε 20% των ψωριασικών ασθενών, συνήθως στη οξεία φάση της νόσου. Έτσι, σε έναν ασθενή με ψωρίαση, το φαινόμενο Köebner μπορεί να προκληθεί στη θέση ενός απλού τραυματισμού (εκδορά, αμυχή, τριβή), ενός ηλιακού εγκαύματος, μιας προϋπάρχουσας δερματοπάθειας (δερματίτιδα, δήγμα εντόμων, φαρμακευτικό εξάνθημα) ή μιας ιατρικής επέμβασης (χειρουργική τομή, εμβολιασμός).



Εικόνα 1. Ψωρίαση κορμού (κατά πλάκας).



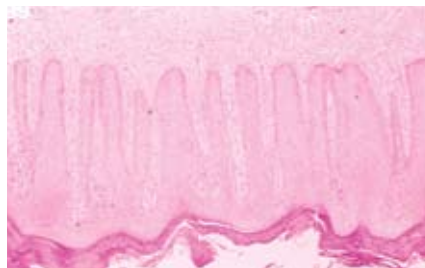
Εικόνα 2. Ψωρίαση τριχωτού κεφαλής.



Εικόνα 3. Ψωρίαση κατά πλάκας. Κλασική εντόπιση στον αγκώνα.



Εικόνα 4. Φλυκταινώδης ψωρίαση.



Εικόνα 5. Εικόνα απ' το κοινό μικροσκόπιο όπου διακρίνονται τα τυπικά ιστολογικά χαρακτηριστικά της ψωρίασης: λέπτυνση επιδερμίδας, παρακεράτωση, διάταση-επιμήκυνση θηλών χορίου και φλεγμονώδης κυτταρική διήθηση στο χόριο.



Εικόνα 6. Ψωρίαση προσώπου.

2. ΕΡΥΘΡΟΔΕΡΜΙΚΗ ΨΩΡΙΑΣΗ

Η ερυθροδερμική ψωρίαση (ΕΨ) ή ψωριασική ερυθροδερμία αποτελεί μια σοβαρή μορφή της ψωριασικής νόσου που χαρακτηρίζεται από καθολική φλεγμονή και ερυθρότητα του δέρματος. Η προσβολή του δέρματος μπορεί να είναι καθολική ή μερική, αφήνοντας νησίδες μη προσβεβλημένου δέρματος. Το εξάνθημα εμφανίζει ένα βαθύ ερυθρό χρώμα με ποικίλου βαθμού απολέπιση ξηρά και εύθρυπτη. Η διάχυτη δερματική φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε παροδική αλωπεκία ή σοβαρές διαταραχές ανάπτυξης των ονύχων.

Η ερυθροδερμική ψωρίαση μπορεί να εμφανισθεί εν αιθρία ή να αποτελεί την ακραία μορφή επιδείνωσης μιας προϋπάρχουσας χρόνιας κοινής ή φλυκταινώδους ψωρίασης, η οποία για ορισμένους λόγους περιέπεσε σε ασταθή φλεγμονώδη φάση.

Εμφανίζεται συνήθως σε νέα ή μέσης ηλικίας άτομα, αλλά μπορεί να εκδηλω-

θεί σε κάθε ηλικία. Εκλυτικοί παράγοντες θεωρούνται η απότομη διακοπή τοπικών ή συστηματικών κορτικοειδών, κάποια ερεθιστική τοπική θεραπεία ή έγκαιμα από υπεριώδεις ακτίνες, αντίδραση σε φάρμακο, λοιμώξεις, HIV κ.λπ.

Η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι συνήθως βαρεία και μερικές φορές δραματική. Χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό με ρίγη, κακουχία, οιδήματα κάτω άκρων και διαταραχές της θερμορύθμισης. Λόγω της εκτεταμένης αγγειοδιαστολής οι ασθενείς έχουν σημαντική απώλεια θερμοκρασίας, υποθερμία και ενδεχόμενα επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας. Ο επιδερμικός φραγμός διαταράσσεται προκαλώντας απώλεια ύδατος και αφυδάτωση, ενώ η απόφραξη των ιδρωτοποιών αδένων λόγω της φλεγμονής έχει επιπτώσεις στη θερμορύθμιση. Οι μεγάλες απώλειες λευκωμάτων και σιδήρου από τα αποπίπτοντα λέπια μπορεί να οδηγήσουν σε υποπρωτεϊναιμία

και αναιμία αντίστοιχα.

Παλαιότερα η ΕΨ συνοδευόταν από υψηλή θνησιμότητα. Η νεότερη όμως θεραπευτική προσέγγιση έχει αποβεί σωτήρια. Η νόσος εξακολουθεί να έχει σοβαρή πρόγνωση ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που δεν προσδιορίζεται εκλυτικός παράγων. Μερικές φορές θεωρείται αναγκαία η πραγματοποίηση βιοψίας προκειμένου να διαφοροδιαγνωσθεί από δερματικό λέμφωμα (ερυθροδερμική σπογγοειδής μυκητίαση, σύνδρομο Sezary).

3. ΣΤΑΓΟΝΟΕΙΔΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗ

Εμφανίζεται αιφνίδια στα παιδιά και στα νέα άτομα, συνήθως μετά από στρεπτοκοκκική κυνάγχη, ανεξάρτητα από τη λήψη ή μη αντιβίωσης. Χαρακτηρίζεται από μικρές σταγονοειδείς βλατίδες ή πλάκες διαμέτρου 0,3-1,3cm εντοπιζόμενες στον κορμό.

Αρχικά έχουν βαθύ ερυθρό χρώμα και σταδιακά εμφανίζουν το τυπικό αργυ-



Εικόνα 7. Διάφορες κλινικές μορφές ψωρίασης: **A.** Σταγονοειδής, **B.** Κατά πλάκας, **Γ.** Συρρέουσα κατά πλάκας



Εικόνα 8. Ψωρίαση ονύχων.



Εικόνα 9. Ψωρίαση κατά πλάκας.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η ιστολογική εικόνα μιας τυπικής ψωριασικής δερματικής βλάβης χαρακτηρίζεται από αλλοιώσεις τόσο στην επιδερμίδα όσο και στο χόριο.

Στην επιδερμίδα σημειώνεται έντονη ακάνθωση, επιμήκυνση και οίδημα των θηλών της επιδερμίδας με αποτέλεσμα την επιδερμική λέπτυνση. Στην κερατίνη στοιβάδα παρατηρείται υπερκεράτωση και παρακεράτωση (διατήρηση των πυρήνων στα κερατινοκύτταρα). Η ταχεία διαδικασία κερατινοποίησης έχει σαν αποτέλεσμα τη σχεδόν απουσία της κοκκώδους στοιβάδας.

Στο θηλώδες χόριο παρατηρούνται διευρυσμένα και ελικοειδή τριχοειδή σε συνδυασμό με διάχυτη και περιαγγειακή φλεγμονώδη διήθηση που περιλαμβάνει κυρίως λεμφοκύτταρα, πολυμορφοπύρρινα ουδετερόφιλα και μακροφάγα. Τα πολυμορφοπύρρινα ουδετερόφιλα δια μέσου των διευρυσμένων αγγείων των θηλών του χορίου εισέρχονται στην επιδερμίδα δημιουργώντας μικρά αποστήματα στην κερατίνη στοιβάδα (αποστήματα Munroe).

Τέλος, στη φλυκταινώδη ψωρίαση τα πολυμορφοπύρρινα ουδετερόφιλα αποκτούν μεγάλο μέγεθος και καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο τμήμα της επιδερμίδας.

ρόχροο λέπι. Οι βλάβες συνήθως υποχωρούν αυτόματα μέσα σε 2-3 μήνες. Σε σπάνιες περιπτώσεις μεταπίπτουν σταδιακά στη χρόνια κοινή ψωρίαση. Μερικές φορές ασθενείς με χρόνια κατά πλάκας ψωρίαση εμφανίζουν τυπικά σταγονοειδή ψωρίαση.

4. ΦΛΥΚΤΑΙΝΩΔΗΣ ΜΟΡΦΗ ΨΩΡΙΑΣΗΣ (Pustular psoriasis)

Η φλυκταινώδης ψωρίαση χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό φλυκταινών και οφείλεται στην αθρόα συνάθροιση πολυμορφοπύρρινων στην επιδερμίδα. Υπάρχουν δύο τύποι φλυκταινώδους ψωρίασης:

- α) η εντοπισμένη φλυκταινώδης ψωρίαση παλαμών / πελμάτων,
- β) η γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση.

Εντοπισμένη Φλυκταινώδης ψωρίαση παλαμών / πελμάτων

Στην εντοπισμένη φλυκταινώδης ψω-

ρίαση (παλαμο - πελματιαία φλυκταινώση) η στοιχειώδης βλάβη είναι επιπολής φλύκταινα, διαμέτρου 2 έως 8mm, κιτρινόχροη ή καφέχροη. Οι φλύκταινες είναι στείρες μικροβίων και εμφανίζονται συνήθως πάνω σε ερυθρηματώδεις πλάκες σαφώς περιγεγραμμένες. Το εξάνθημα είναι κατά κανόνα συμμετρικό και στο 75% των περιπτώσεων εκδηλώνεται ταυτοχρόνως αμφοτερόπλευρα. Μερικές φορές εμφανίζεται μονόπλευρα και αργότερα επεκτείνεται αμφοτερόπλευρα.

Ο τύπος αυτός προσβάλλει κυρίως ενήλικες και συχνότερα τις γυναίκες από τους άνδρες. Μπορεί να συνδυάζεται με την παρουσία ψωριασικών βλαβών σε άλλα σημεία του σώματος ή να αποτελεί τη μόνη εκδήλωση της νόσου. Χαρακτηρίζεται, όπως προαναφέρθηκε, από την εμφάνιση φλυκταινών με κίτρινο χρώμα που σχηματίζονται πάνω σε έντονα ερυθρηματώδεις συμμετρικές πλάκες στις παλάμες και

τα πέλματα.

Στα χέρια οι βλάβες εμφανίζονται αρχικά στην περιοχή του θέναρος και σιγά-σιγά επεκτείνονται για να καταλάβουν την κεντρική μοίρα της παλάμης και, σε ορισμένες περιπτώσεις, τις ραχιαίες και πλάγιες επιφάνειες των δακτύλων. Στα πόδια οι βλάβες πρωτοεμφανίζονται στις καμάρες και τις φτέρνες και επεκτείνονται σταδιακά στις υπόλοιπες περιοχές των πελμάτων.

Οι φλύκταινες περιέχουν άσπιο πυώδες υγρό το οποίο με την πάροδο του χρόνου (7-10 ημέρες) αποξηραίνεται δημιουργώντας μία κιτρινόφαιη ή καφεοειδή βλατίδα. Η μικροσκοπική εξέταση του περιεχομένου των φλυκταινών αποκαλύπτει μεγάλο αριθμό πολυμορφοπύρρινων ουδετεροφίλων χωρίς την παρουσία παθογόνων μικροοργανισμών.

Η φλυκταινώδης ψωρίαση παλαμών / πελμάτων είναι ένα επίμονο και χρόνια νόσημα με πολλές υποτροπές. ▶

▶ Σε ορισμένες περιπτώσεις το εξάνθημα μπορεί να γενικευθεί και να μετατραπεί σε γενικευμένη φλυκταινώδη ψωρίαση. Λόγω της ιδιομορφίας και του πάχους του δέρματος στις προσβεβλημένες περιοχές, η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής με τοπικά μέσα είναι δύσκολη και απαιτείται συνήθως συστηματική θεραπεία. Σε ένα ποσοστό ασθενών συνυπάρχουν διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς και ανιχνεύονται θυρεοειδικά αντιμικροσωμιακά αντισώματα.

Γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση

Είναι μια πολύ σπάνια και βαριά νόσος με δυνητική μοιραία κατάληξη. Η γενική κατάσταση του ασθενούς επιβαρύνεται με υψηλό πυρετό, καταβολή δυνάμεων και εμφάνιση ερυθρηματωδών πλακών μεγάλης διαμέτρου σε υγιές δέρμα ή σε προϋπάρχουσες πλάκες κοινής ψωρίασης. Έχουν έντονα ερυθρά απόχρωση, είναι ελαφρά οίδηματώδεις, με ελάχιστη (ή καθόλου) απολέπιση. Οι βλάβες μπορεί να επεκταθούν σε όλη την επιφάνεια του σώματος (με εξαίρεση τις παλάμες, τα πέλματα και το πρόσωπο) και να διαμορφώσουν εικόνα εκτεταμένης ερυθροδερμίας.

Τα αίτιά της είναι ασαφή, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε ακατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η απότομη διακοπή συστηματικών κορτικοστεροειδών που χορηγήθηκαν για άλλη συνυπάρχουσα νόσο, η εφαρμογή τοξικής ή ερεθιστικής τοπικής θεραπείας σε προϋπάρχουσες βλάβες ψωρίασης καθώς και η απότομη διακοπή χρονίως χορηγούμενων ισχυρών τοπικών κορτικοστεροειδών αποτελούν ορισμένους από τους συχνότερους εκλυτικούς παράγοντες. Λιγότερο συχνά αίτια περιλαμβάνουν την κύηση, τη χρήση αντισυλληπτικών, τη χορήγηση λιθίου ή άλλων εκλυτικών φαρμάκων, καθώς και ορισμένες λοιμώξεις και μεταβολικές διαταραχές (υπασβεσταιμία). Σε μερικές περιπτώσεις, η εκδήλωση γενικευμένης φλυκταινώδους νόσου οφείλεται σε μετάπτωση της εντοπιζόμενης φλεγμονώδους ψωρίασης πα-

λαμών / πελμάτων.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από οξεία γενικευμένη φλυκταίνωση που συνδυάζεται με υψηλό πυρετό (39-40°), λευκοκυττάρωση, συστηματικές διαταραχές και, βαριά γενική κατάσταση. Θεωρείται σπάνια μορφή και παλαιότερα συνοδευόταν από σημαντική θνησιμότητα.

Το εξάνθημα αποτελείται από εκτεταμένες ερυθρηματώδεις πλάκες που καλύπτονται από μικρές (1-3mm) φλύκταινες με στείρο κίτρινο περιεχόμενο που εμφανίζονται κατά αθροίσματα σε διαδοχικές εκθύσεις. Το δέρμα είναι φλεγμονώδες και ξηρό, με έντονα ερυθρό χρώμα και συνοδό αίσθημα άλγους ή καύσου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι φλύκταινες συνενώνονται σε μεγαλύτερους πυώδεις σχηματισμούς σχηματίζοντας πυώδεις “λίμνες”. Το εξάνθημα προσβάλλει ιδιαίτερα τις πτυχές του σώματος καθώς και τη γεννητική περιοχή. Ο στοματικός βλεννογόνος προσβάλλεται από κυκλικές και ημικυκλικές λευκοκίτρινες πλάκες, ενώ η συσσώρευση πύου κάτω από τα νύχια μπορεί να οδηγήσει σε αποκόλλησή τους.

Συστηματικές επιπλοκές όπως αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υπασβεσταιμία, υπολευκωματαιμία, καρδιακή ανεπάρκεια, ηπατική δυσλειτουργία, οξεία σωληναριακή νέκρωση των νεφρών και δευτεροπαθείς βακτηριακές λοιμώξεις, θέτουν σε άμεσο κίνδυνο την υγεία των ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί χρήζουν άμεσης νοσηλείας και παρακολούθησης, εντατικής τοπικής φροντίδας, ευρείας αντιβιοτικής κάλυψης και άμεσης έναρξης συστηματικής θεραπείας για την οξεία μορφή της ψωρίασής τους (συνήθως μεθοτρεξάτη ή κυκλοσπορίνη). Με την κατάλληλη θεραπευτική υποστήριξη, η φλυκταινώδης ψωρίαση υποχωρεί σταδιακά μέσα σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες και η νόσος υποχωρεί πλήρως ή επανέρχεται στην προηγούμενη της κατάσταση.

5. ΨΩΡΙΑΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ (ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ)

Η κλινική εικόνα της ψωρίασης παρουσιάζει ιδιομορφίες όταν η νόσος

εντοπίζεται σε ειδικές θέσεις, όπως στο τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο, τις παλάμες και τα πέλματα, τις πτυχές, τους βλεννογόνους ή τους όνυχες. Ο τύπος αυτός της ψωρίασης ονομάζεται και περιοχική.

Τριχωτό κεφαλής

Η προσβολή του τριχωτού της κεφαλής είναι συχνή και ενδεχομένως να αποτελεί την πρώτη διαγνωστική εκδήλωση της νόσου. Εκδηλώνεται με τη μορφή συμμετρικών πλακών εντοπισμένων ή με διάχυτη κατανομή. Συνήθως εμφανίζεται με τη μορφή ερυθρηματολεπιδώδων πλακών στην ινιακή χώρα και πίσω από τα αυτιά. Οι βλάβες είναι σαφώς περιγεγραμμένες και από το εσωτερικό τους αναδύονται οι τρίχες. Η προσπάθεια απόσπασης των τριχών δεν επιφέρει την αποκόλληση της στέρεα «προσπεφυκυίας» απολέπισης. Περιγράφονται και διάχυτες μορφές που καταλαμβάνουν όλη την έκταση του τριχωτού της κεφαλής. Η φλεγμονώδη διήθηση και τα λέπια περιβάλλουν τις ρίζες των τριχών χωρίς να προκαλείται αλωπεκία. Οι βλάβες μπορεί να επεκτείνονται και στο άτριχο δέρμα του μετώπου. Η κλινική διάγνωση συγχέεται με τη σηψιματωροϊκή δερματίτιδα, το δισκοειδή λύκο και την τριχοφυτίαση.

Ανάστροφη ψωρίαση (Ψωρίαση πτυχών)

Συνήθως προσβάλλονται οι πτυχές του σώματος στις παρακάτω περιοχές: μηροβουβωνικές, μασχालιαίες, υπομαστικές, μεσογλουτιαία σχισμή, παλάμες και πέλματα. Ονομάζεται επίσης καμπτική ψωρίαση ή ψωρίαση των μεγάλων πτυχών και συχνά οι βλάβες επιμολύνονται. Προσβάλλονται συχνότερα οι μεσήλικες ή οι ηλικιωμένοι, ιδιαίτερα δε τα παχύσαρκα άτομα λόγω έντονης τριβής του δέρματος (φαινόμενο Koebner). Ενδεχομένως να μη συνοδεύεται από άλλες τυπικές ψωριασικές βλάβες, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελούν τη μόνη ή την προεξάρχουσα εντόπιση της νόσου.

Οι αλλοιώσεις είναι σαφώς περιγεγραμμένες, εφυγρανθείσες -έντονα ▶

► ερυθρές και στιλπνές-ερυθηματολεπιδώδεις. Με τη μορφή διάχυτων ερυθρών πλακών, δεν εμφανίζουν λεπιδώδεις περιγράμματα ή επίστρωμα από λέπια λόγω διαβροχής από τον ιδρώτα, γεγονός που διευκολύνει τη διαφοροδιάγνωση από τα παρατρίμματα μυκητιασικής αιτιολογίας. Κατά καιρούς, μπορούν να σχηματιστούν επώδυνες διαβρώσεις στον πυθμένα των πτυχών. Σπανιότερα εντοπίζεται περιομφαλικά και στις μεσοδακτύλιες πτυχές, ιδίως των κάτω άκρων. Το λευκωπό επίχρισμα που δεν υποχωρεί στην αντιμυκητιασική αγωγή ίσως αποτελεί κλινική έκφραση της ψωρίασης. Η οπισθοωτιαία εντόπιση και γενικότερα ή ψωρίαση των πτυχών, όπως αναφέρθηκε δημιουργεί πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης ή αλληλεπικάλυψης ψωρίασης και σμηγματοροϊκής δερματίτιδας, παρατρίματος ή δερμοφυτιάσεως.

Πρόσωπο

Οι ψωριασικές βλάβες στο πρόσωπο είναι σπάνιες, πιθανώς λόγω της συνεχούς έκθεσης στη θεραπευτική επίδραση του ήλιου και ειδικότερα της υπεριώδους ακτινοβολίας. Όταν η νόσος προσβάλλει το πρόσωπο, εμφανίζεται με τη μορφή σαφώς περιγεγραμμένων ερυθρηματολεπιδωδών πλακών που δημιουργούν έντονο αισθητικό πρόβλημα στους ασθενείς. Η ψωρίαση του προσώπου θεωρείται από πολλούς ως δυσμενές προγνωστικό σημείο, όσον αφορά στην επιμονή της νόσου και την ανθεκτικότητά της στις συνήθεις θεραπείες.

Παλάμες-πέλματα

Στις παλάμες και τα πέλματα, η ψωρίαση εμφανίζει συνήθως την τυπική της μορφή με σαφώς αφοριζόμενες συμμετρικές πλάκες με βαθύ ερυθρό χρώμα και πεπαχυσμένα λευκά ή κίτρινα λέπια. Μπορεί να προσβληθούν από κατά πλάκας, σταγονοειδή ή φλυκταινώδη ψωρίαση

Πολλές φορές οι πλάκες μπορεί να έχουν επώδυνες ρωγμές στην επιφάνεια τους οπότε και συγχέονται με το υπερκερατωσικό έκζεμα ή άλλες υπερκερατωσικές καταστάσεις των άκρων,

χωρίς ωστόσο να εμφανίζουν εξιδρωματικά στοιχεία (φυσαλλίδες, ορώδες εξίδρωμα). Η διάγνωση στις περιπτώσεις αυτές είναι δύσκολη, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχουν κλινικά ευρήματα ψωρίασης σε άλλα σημεία του δέρματος.

Η ταυτόχρονη προσβολή των ονύχων, που συχνά παρατηρείται στην ψωρίαση των άκρων, μπορεί να βοηθήσει διαγνωστικά. Η ψωρίαση παλαμών / πελμάτων αποτελεί μία ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση λόγω του έντονου προβλήματος που δημιουργεί στη λειτουργικότητα των άκρων (σύλληψη και αφή των αντικειμένων, βάδιση) και την ανθεκτικότητα που εμφανίζει στην συνήθη τοπική θεραπεία.

Βλεννογόνοι

Η προσβολή του στοματικού βλεννογόνου είναι σπάνια και συμβαίνει κυρίως στη φλυκταινώδη και ερυθροδερμική μορφή της νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές, εμφανίζονται κιτρινοφαιές ή λευκές, σαφώς αφοριζόμενες πλάκες στη γλώσσα, την υπερώα και τις παρειές. Ορισμένες φορές εμφανίζεται εικόνα γεωγραφικής γλώσσας.

Η προσβολή του γεννητικού βλεννογόνου και ιδιαίτερα του πέους μπορεί να συμβεί μεμονωμένα ή στα πλαίσια μίας γενικότερης προσβολής του δέρματος. Οι βλάβες είναι μονήρεις ή πολλαπλές και διατηρούν την περιγεγραμμένη και ερυθρά μορφή των ψωριασικών πλακών. Τα αργυρόχρα λέπια μπορούν, ωστόσο, να λείπουν, ιδιαίτερα όταν η πλάκα καλύπτεται πλήρως από την πόσθη και η διαβροχή της περιοχής είναι έντονη.

Όνυχες

Ποσοστό 25-50% των ψωριασικών ασθενών εμφανίζουν προσβολή των ονύχων. Μπορεί να αποτελεί μεμονωμένη εκδήλωση της νόσου ή να συνοδεύει μία γενικότερη προσβολή του δέρματος.

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις των ονύχων στην ψωρίαση ποικίλλουν ανάλογα με τη χρονιότητα της κατάστασης και το τμήμα του όνυχος που προσβάλλεται (μήτρα, επιφάνεια νυ-

χιού, υπονύχιο).

Η πιο συχνή εκδήλωση είναι τα βοθρία, δηλαδή στικτές εμβυθύνσεις που εμφανίζονται στην επιφάνεια του νυχιού σε μερικά ή όλα τα δάκτυλα. Τα βοθρία είναι ενδεικτικά κλινικά σημεία της ψωρίασης αλλά όχι και παθογνωμονικά, αφού μπορούν να εμφανισθούν και σε άλλα νοσήματα (ομαλό λειχήνα, γυροειδή αλωπεκία, κ.ά.).

Υπονύχια προσβολή προκαλεί αποχωρισμό του νυχιού από την κοίτη του και ονυχόλυση, ενώ το χαρακτηριστικό υποκίτρινο χρώμα του προσβεβλημένου όνυχος, δίκην “σταγόνας λαδιού”, οφείλεται στη φλεγμονή και τη συσσώρευση ορώδους εξιδρώματος στον υπονύχιο χώρο. Η σταδιακή ανάπτυξη υπονύχιας υπερκερατώσεως από την περιφέρεια του νυχιού προς το κέντρο και η φλεγμονώδης προσβολή της μήτρας του νυχιού μπορεί να προκαλέσει σοβαρή ονυχοδυστροφία και να οδηγήσει σε παροδική απώλεια των ονύχων.

Στη φλυκταινώδη μορφή της ψωρίασης μπορούν να προκληθούν καταστροφικές αλλαγές των νυχιών λόγω της προσβολής της μήτρας του νυχιού και του υπονύχιου από άσπρες φλύκταινες (ακροδερματίτιδα του Hallopeau).

Οι ψωριασικές αλλαγές των ονύχων συχνά επιδεινώνονται από μυκητιασικές επιμολύνσεις από δερματόφυτα ή μονίλια ενώ, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορούν να αποτελέσουν πύλες εισόδου μικροβίων με αποτέλεσμα την εκδήλωση βακτηριακών λοιμώξεων του δέρματος.

Βιβλιογραφία

1. Στρατηγός Α. Ψωρίαση. Στο Α. Κατσάμπας, Μαθήματα Δερματολογίας- Αφροδισιολογίας. Πασχαλίδης, Αθήνα, pp 108-134.
2. Harrison's: Principles of Internal Medicine 14th edition, 2002, pp 654.
3. Hochkberg (ed) Rheumatology, 4th edition, 2008. Principles of management, chapter 43 pp 550.
4. Van de Kerkhof PCM. Clinical Features. In Textbook of Psoriasis, ed Van de Kerkhof, Blackwell Science 1999, pp 2-29.
5. Gisondi P, Tessari G, Conti A, Piaserico S, Schianchi S, Peserico A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: A hospital - based case - control study. Br J Dermatol 2007; 157:68-73.