

Psoriáza v dětském věku a mezioborová spolupráce

MUDr. Kateřina Jůzlová, Ph.D., MUDr. Filip Rob, prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc.

Dermatovenerologická klinika Nemocnice Na Bulovce a 2. LF UK, Praha

Psoriáza je v současné době považována za systémovou nemoc, která se projevuje nejen na kůži a kloubech, ale je také asociovaná s kardiovaskulárními, gastrointestinálními nemocemi a psychiatrickými obtížemi. O komorbiditách psoriázy se hovoří většinou u dospělých pacientů. Tímto článkem bychom rádi přispěli k rozšíření povědomí o komorbiditách psoriázy u dětí nejen mezi dermatology, ale také mezi pediatry, revmatology, gastroenterology, kardiology a podpořili mezioborovou spolupráci, neboť včasnou diagnostikou těchto nemocí můžeme zabránit pozdějším komplikacím a zlepšit kvalitu života dětí s psoriázou a jejich rodin.

Klíčová slova: psoriáza u dětí, psoriatická artritida, nadváha a obezita, kardiovaskulární nemoci, idiopatické střevní záněty, psychiatrické obtíže.

Psoriasis in children and interdisciplinary cooperation

Psoriasis is currently considered to be a systemic disease that is manifested not only in the skin and joints, but is also associated with cardiovascular diseases, gastrointestinal diseases, and psychiatric complaints. Psoriasis comorbidities are typically mentioned in the context of adult patients. The aim of this article is to contribute to the awareness of psoriasis comorbidities in children not only among dermatologists, but also among paediatricians, rheumatologists, gastroenterologists, and cardiologists, thus encouraging interdisciplinary collaboration since diagnosing these diseases early can prevent subsequent complications and improve the quality of life of children with psoriasis and their families.

Key words: psoriasis in children, psoriatic arthritis, overweight and obesity, cardiovascular diseases, inflammatory bowel diseases, psychiatric complaints.

Psoriáza je autoimunitní multifaktoriální nemoc, na jejímž vzniku se podílí faktory vnějšího prostředí u geneticky predisponovaných jedinců (1). Genetickou predispozici dokazuje vazba na HLA (především HLA Cw6). Mezi nejčastější vyvolavatele nemoci patří infekce, psychický stres, trauma, léky (beta-blokátory, preparáty obsahující lithium, interferon), hormonální a klimatické vlivy.

Prevalence psoriázy se v Evropě udává kolem 1,5–4,7 % (1). Až jedna třetina případů lupénky vzniká v dětském věku (1, 2). I přes to, že se nejedná o neobvyklou chorobu u dětí, máme k dispozici málo epidemiologických dat

(3). V Německu je prevalence psoriázy u dětí ve věku 0–9 let odhadována na 0,18 % a ve věku 10–19 let na 0,83 % (1). Ve Velké Británii se udává prevalence psoriázy u dětí do devíti let okolo 0,55 % a ve věku 10–19 let okolo 1,37 %. Ve skupině pacientů s psoriázou do 20 let je ve Velké Británii výskyt o 20 % vyšší u dívek než u chlapců (1). Incidence psoriázy u dětí se od roku 1970 zvýšila o více než dvojnásobek (2, 3). Toto zvýšení může být způsobeno nárůstem vyvolávajících faktorů, jako je psychosociální stres, infekční nemoci a zvyšující se trend obezity (3). Psoriáza byla popsána již u novorozenců, ale nejčastěji se objevuje kolem 8.–12. roku (1, 4, 5).

Až 90 % dětí s psoriázou má pozitivní rodinnou anamnézu (3). V případě postižení jednoho rodiče psoriázou existuje 25% riziko vzniku choroby u dítěte, při postižení obou rodičů dosahuje riziko pro dítě až 75 % (1).

Klinická manifestace a typy psoriázy u dětí

Diagnostika lupénky v dětském věku může být mnohem obtížnější než u dospělých, u kterých bývají klinické projevy více patognomické. U dětí se vyskytují stejné typy psoriázy jako u dospělých, ale liší se četností výskytu jednotlivých typů (1).



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Kateřina Jůzlová, Ph.D., katerina.juzlova@gmail.com
Dermatovenerologická klinika Nemocnice Na Bulovce a 2. LF UK
Budínova 2, 180 81 Praha 8

Cit. zkr: Dermatol. praxi 2018; 12(3): 112–116
Článek přijat redakcí: 31. 5. 2018
Článek přijat k publikaci: 26. 6. 2018

U pediatrické populace se častěji vyskytuje gutátní psoriáza, která tvoří asi 14–30 % případů (3). Z hlediska průběhu se jedná o akutní formu nemoci, do jejíž klinického obrazu patří drobné málo infiltrované plaky o průměru 2–6 mm postižující především trup a proximální části končetin. Často bývá první manifestací nemoci. Této formě většinou předchází infekce beta-hemolytickým streptokokem nebo viróza. U tohoto typu nemoci může dojít ke spontánnímu zhojení obvykle do 3–4 měsíců od vzplanutí (2). U části nemocných dojde ke vzniku plakové formy psoriázy (2). Perzistující gutátní psoriáza představuje riziko rozvoje těžké formy nemoci (3).

Chronicky stacionární, tzv. plakový typ psoriázy bývá přítomen u 30–60 % dětí. Typickou lokalizací u dětí je křtice a obličej (1). Ve křtici bývají plaky výrazně infiltrované s nánosem šupin. U malých dětí může být postižení křtice asociováno s exantémem v obličejí připomínající ekzém (3). Hlavním rozdílem je ostré ohraničení psoriatických plaků a menší svědění než u atopického ekzému. Existují také překrývající se formy (3). Postižení křtice může být prvním projevem psoriázy. Další častou lokalizací plakové psoriázy v dětském věku bývá ušní boltec a zevní zvukovod, což lze zaměnit se zánětem zevního ucha.

Až 75 % dospívajících dětí s psoriázou má chronickou plakovou formu nemoci charakterizovanou červenými infiltrovanými ostře ohraničenými plakami se stříbřitě lesklými šupinami v predilekční lokalizaci (lokty, kolena, křtice).

U dětí často nacházíme postižení nehtových plotének. Jedná se o dolíčkování nehtové ploténky, olejové skvrny, onycholýzu, subunguální hyperkeratózu, onychodystrofii a třískovitě hemoragie. Změny na nehtech mohou předcházet kožní projevy, probíhat současně nebo se objevit až po jejich vzniku (3).

V dětství se objevuje psoriáza v plenkové oblasti charakterizovaná ostře ohraničenými červenými plakami s minimální elevací. Léze mají tendenci k maceraci a na rozdíl od kandidózy chybí šupiny a satelitní pustuly.

Pustulózní forma tvoří asi 1–5,4 % všech případů psoriázy u dětí. Do klinického obrazu této formy patří lokalizované či generalizované sterilní pustuly. Generalizovaná forma von Zumbusch může být doprovázena horečkou, malátností a artralgií a podobně jako pustulózní forma anulárního typu se častěji vyskytuje v dětském věku.

Psoriatická erythrodermie, charakterizovaná difúzním erytémem s postižením více 90 % tělesného povrchu, je u dětí velice vzácná a může vést k život ohrožující hypotermii, hypoalbuminemii a srdečnímu selhání (3).

Komorbidity psoriázy u dětí

Podle posledních poznatků je psoriáza asociována kromě kožních a kloubních obtíží s mnoha dalšími komorbiditami. Tyto nemoci výrazně zhoršují kvalitu života pacientů a jejich rodin. Včasnou diagnostikou asociovaných nemocí můžeme zabránit pozdějším komplikacím. Podle Tollefsona a kol. trpí děti s psoriázou častěji obezitou, hyperlipidemií, hypertenzí, diabetem, metabolickým syndromem, syndromem polycystických ovaríí a nealkoholickou steatózou jater s elevací jaterních enzymů. V nejnovější studii tito autoři zjistili, že právě obézní děti s psoriázou mají větší riziko vzniku dalších komorbidit, a doporučují tedy zaměřit screening těchto komorbidit především na obézní děti s psoriázou (6).

Nadváha a obezita

Obezita, která je považována za jeden z rizikových faktorů rozvoje psoriázy, může zvyšovat závažnost nemoci (6). Prevalence obezity u dětí od 2 do 19 let má stoupající tendenci. V USA stoupla mezi lety 1963 a 1970 o 5 % a v letech 2011 až 2014 o 17 % (7, 8). Mnohé studie prokázaly vyšší prevalenci obezity u dětí s psoriázou než u zdravých dětí (7, 9). Podle provedené studie nadváha či obezita předcházela psoriáze o 2 roky u 25 z 27 dětí (7, 10). Lze předpokládat, že, tuková tkáň produkuje prozánětlivé cytokiny, jako například TNF-alfa, které mohou u predisponovaných jedinců přispět k rozvoji psoriázy (11).

Je vhodné začít se screeningem nadváhy a obezity u dětí od 2 let. Hranice obezity a nadváhy nejsou jednoznačně stanoveny, za obezitu u dětí nejčastěji považujeme BMI nad 95. percentilem a nadváhu mezi 85. a 95. percentilem. U těchto dětí je potřeba změnit životní styl. Psoriáza byla identifikována jako nezávislý rizikový faktor kardiovaskulárních nemocí, a proto je nutné minimalizovat další rizikové faktory (7). Může pomoci například nutriční poradce (7).

Diabetes mellitus (DM) 2. typu

Prevalence DM 2. typu u mladistvých podobně jako obezita má významně stoupající tendenci. U dospělých pacientů víme, že psoriá-

za je nezávislý rizikový faktor vzniku diabetu (12). Časný vznik psoriázy do 40. roku věku a přítomnost psoriatické artritidy zvyšují riziko rozvoje DM. Počínaje 10. rokem věku nebo s nástupem puberty je doporučeno provádět každé 3 roky screening DM u obézních dětí a u dětí s nadváhou a současně 2 rizikovými faktory (BMI \geq 85. percentil; pozitivní rodinná anamnéza DM 2. typu u příbuzných v 1. či 2. linii; syndrom polycystických ovaríí, acanthosis nigricans, hypertenze, dyslipidemie, nízká porodní hmotnost, diabetes u matky v těhotenství). Screening diabetu spočívá v měření glykémie nalačno (7).

Dyslipidemie

Podobně jako u dospělých i u dětí s psoriázou existuje zvýšené riziko poruchy metabolismu lipidů a časného vzniku metabolického syndromu (13, 14). Americké guideline doporučují vyšetřovat sérové hladiny lipidů mezi 9. a 11. rokem věku a mezi 17. a 21. rokem. U ostatních věkových skupin je toto vyšetření vhodné provádět, pokud existují další rizikové faktory kardiovaskulárních chorob (kardiovaskulární choroba u příbuzných v 1. či 2. linii do věku 55 let u mužů a 65 let u žen; hypertenze; kouření; BMI nad 95. percentilem; HDL $<$ 1 mmol/l, diabetes mellitus 1. či 2. typu, chronické onemocnění ledvin, nefrotický syndrom, transplantace srdce, HIV, autoimunitní nemoc) (7).

Kardiovaskulární nemoci

Psoriáza je u dospělých pacientů asociována se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních nemocí, především s infarktem myokardu, cévní mozkovou příhodou a postižením periferních cév (7). U dětí jsou kardiovaskulární nemoci vzácné, ale mnohé studie demonstrují, že cévní změny vznikají již v mladistvém věku (7, 15). Je potřeba pamatovat na možné riziko časného infarktu myokardu i u mladistvých a eliminovat rizikové faktory (7).

Nealkoholové jaterní choroby

Nealkoholové jaterní choroby, pro které se v anglické literatuře používá termín nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD), zahrnují steatózu a steatohepatitidu. NAFLD je u dětí s psoriázou asociován s nadváhou, obezitou a inzulinovou rezistencí. U dospělých pacientů s psoriázou se NAFLD vyskytuje nezávisle na obezitě (16).

U dětí s obezitou či nadváhou a dalším rizikovým faktorem (inzulinovou rezistencí, dysli-

pidemií, obstrukční spánkovou apnoí, pozitivní rodinnou anamnézou NAFLD) by mělo začít vyšetřování aminotransferáz ve věku od 9 do 11 let. U dětí se závažnou obezitou, hypopituitarismem či pozitivní rodinnou anamnézou NAFLD je vhodné začít se screeningem dříve. Když je iniciální screeningový test v normě, další vyšetření je doporučeno provést za 2–3 roky za předpokladu nezměněných rizikových faktorů. V případě vzestupu počtu rizikových faktorů nebo jejich závažnosti zopakujeme screening dříve. U dětí s psoriázou a normální hodnotou BMI není screening nutný (7).

Zánětlivé střevní nemoci

Děti s psoriázou mají vyšší riziko vzniku idiopatických střevních zánětů (ISZ), tzn. Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy (3, 9). Pokud u dětí s psoriázou pozorujeme poruchu růstu, nevysvětlitelný úbytek na váze nebo nauzeu, zvracení, bolest břicha či chronický průjem, je potřeba myslet na možné komorbidity a včas tyto pacienty odeslat ke gastroenterologovi. Dermatolog či pediatr může hrát významnou roli při včasné diagnostice ISZ a zabránit komplikacím vyplývajícím z neléčené choroby (7, 17). U dospělých pacientů s psoriázou byl zaznamenán zvýšený výskyt celiakie, adekvátní data u dětských pacientů chybí (7).

Syndrom polycystických ovarií (PCO)

Studie u dospělých pacientů s psoriázou prokázaly sdružený výskyt psoriázy a PCO.

Podobné studie u dětí chybí. Je potřeba myslet na tuto možnost a v případě podezření (oligomenorea, hirsutismus) provést příslušné testy (7).

Psychiatrické obtíže

Podobně jako u dospělých pacientů se u dětí s psoriázou vyskytují psychiatrické nemoci (3). Děti s psoriázou mají o 25–30 % vyšší riziko depresí a úzkostí než děti bez psoriázy (7, 18). Bez ohledu na věk dítěte je potřeba ptát se minimálně jednou ročně na výskyt depresí a úzkostí a počínaje jedenáctým rokem věku pátrat po abúzu alkoholu (6). Je prokázáno, že exces alkoholu způsobuje jak exacerbaci psoriázy, tak zhoršení nálady pacientů (7). Díky kožním projevům bývají děti s psoriázou častým terčem posměchu a šikany, což jim snižuje sebevědomí a může přispět k psychickým problémům.

Artritida

Mezi nejčastější asociovanou nemoc patří zánětlivé postižení kloubů. Artritida u dětí s psoriázou má dvě období nejčastějšího výskytu. Postižení kloubů v období mezi druhým a třetím rokem připomíná idiopatickou juvenilní artritidu, častěji se vyskytuje u dívek, je charakterizováno pozitivitou antinukleárních protilátek a oligo či polyartritidou postihující především drobné klouby a zápěstí. Postižení kloubů v období mezi desátým a dvanáctým rokem připomíná spondylartritidu s častějším výskytem u chlapců a postižením axiálního skeletu. Dále u tohoto

typu bývá přítomna entezitida a pozitivita HLA-B27. Děti s psoriázou mívají často daktylitidu. Asi u 80 % dětí s psoriázou předchází kloubní postižení o 2 až 3 roky kožní projevy, zatímco u dospělých se většinou kožní projevy objeví dříve (7). V rámci screeningového vyšetření pátráme po otoku nebo bolesti 1 či více kloubů, daktylitidě, ranní ztuhlosti kloubu odeznívající při pohybu, kulhání, bolesti zad či bolesti nebo zarudnutí oka. U mladších pacientů může být získání adekvátních anamnestických dat týkajících se bolesti či ztuhlosti kloubů náročnější. Cílem screeningového vyšetření je vyhledat pacienty s kloubními obtížemi, u kterých ještě nedošlo k nezvratným změnám na kloubech. U každého pacienta s kožní formou psoriázy je potřeba klást pravidelně cílené dotazy zaměřené na kloubní obtíže.

Závěr

Tímto článkem bychom rádi rozšířili povědomí o komorbiditách psoriázy u dětí. Dermatolog může hrát klíčovou roli včasné diagnostice těchto nemocí. V případě kožních projevů psoriázy je na místě začít léčbu lokálními prostředky nebo fototerapií. Pokud jsou současně postiženy klouby, nebo se u pacienta s psoriázou vyskytuje Crohnova nemoc či ulcerózní kolitida, je ideální spolupráce dermatologa s revmatologem či gastroenterologem. V těchto případech je lokální terapie pouze podpůrná a je na místě společně vybrat vhodný systémový lék účinný nejen na kožní projevy, ale také na přidružené nemoci.

LITERATURA

- Jůzlová K, Boháč P, Hercogová J. Léčba psoriázy u dětí. Čas dermatoven 2015, roč. 5, č. 3, s. 159–166.
- BRONCKERS IM, PALLER AS, van GEEL, MJ, et al. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities. Paediatr Drugs, 2015, June 14.
- Pinson R, Sotoodian B, Fiorillo L. Psoriasis in children. Psoriasis (Auckl). 2016 Oct 20;6: 121–129.
- Paller A, Mancini A. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 4th edition, Elsevier, 2011.
- Bučková H, Polášková S. Psoriáza dětí. Čes-slov Derm, 2013, 88, s. 57–103.
- Tollefson MM, Van Houten HK, Asante D, Yao X, Maradit Kremers H. Association of Psoriasis With Comorbidity Development in Children With Psoriasis. JAMA Dermatol. 2018 Mar 1; 154(3): 286–292.
- Osier E, Wang AS, Tollefson MM, Cordoro KM, Daniels SR, Eichenfield A, Gelfand JM, Gottlieb AB, Kimball AB, Lebwohl M, Mehta NN, Paller AS, Schwimmer JB, Styne DM, Van Voorhees AS, Tom WL, Eichenfield LF. Pediatric Psoriasis Comorbidity Screening Guidelines. JAMA Dermatol. 2017 Jul 1; 153(7): 698–704.
- Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, Flegal KM. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011–2014. NCHS Data Brief. 2015; (219): 1–8.
- Paller AS, Mercy K, Kwasny MJ, et al. Association of pediatric psoriasis severity with excess and central adiposity: an international cross-sectional study. JAMA Dermatol. 2013; 149(2): 166–176.
- Becker L, Tom WL, Eshagh K, Benjamin LT, Paller AS. Excess adiposity preceding pediatric psoriasis. JAMA Dermatol. 2014; 150(5): 573–574.
- Toussiot E, Aubin F, Dumoulin G. Relationships between Adipose Tissue and Psoriasis, with or without Arthritis. Front Immunol. 2014 Aug 12; 5: 368.
- Azfar RS, Seminara NM, Shin DB, Troxel AB, Margolis DJ, Gelfand JM. Increased risk of diabetes mellitus and likelihood of receiving diabetes mellitus treatment in patients with psoriasis. Arch Dermatol. 2012; 148(9): 995–1000.
- Tom WL, Playford MP, Admani S, et al. Characterization of lipoprotein composition and function in pediatric psoriasis

- reveals a more atherogenic profile. J Invest Dermatol. 2016; 136(1): 67–73.
- Gutmark-Little I, Shah KN. Obesity and the metabolic syndrome in pediatric psoriasis. Clin Dermatol. 2015; 33(3): 305–315.
- Salahuddin T, Natarajan B, Playford MP, et al. Cholesterol efflux capacity in humans with psoriasis is inversely related to non-calcified burden of coronary atherosclerosis. Eur Heart J. 2015; 36(39): 2662–2665.
- Abdini R, Salehi M, Lajevardi V, Beygi S. Patients with psoriasis are at a higher risk of developing nonalcoholic fatty liver disease. Clin Exp Dermatol. 2015; 40(7): 722–727.
- Jůzlová K, Votrubová J, Dzambova M, Gopfertova D, Hercogová J, Smerhovsky Z. Gastrointestinal comorbidities in patients with psoriasis in the Czech Republic: The results of 189 patients with psoriasis and 378 controls. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2016 Mar;160(1):100–105. doi: 10.5507/bp.2015.048. Epub 2015 Oct 21
- Kimball AB, Wu EQ, Guérin A, et al. Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2012; 67(4): 651–657.