

Ministerul Sănătății

Anexă din 16/09/2010

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 723bis din 29/10/2010

Intrare în vigoare: 29/10/2010

cuprinzând Anexele nr. 1-29 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.218/2010 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea dermatovenerologie

ANEXA Nr. 1

PROGRAM TERAPEUTIC
PRIVIND ACCESUL PACIENȚILOR CU PSORIAZIS
LA TRATAMENTUL ACTUAL TOPIC ȘI SISTEMIC

1. Denumirea programului: Program național pentru tratamentul pacienților cu psoriazis vulgar de severitate medie și gravă

2. Notă de fundamentare

Acordarea unor servicii medicale de calitate constituie unul din obiectivele prioritare ale Ministerului Sănătății. Îngrijirea pacientului în conformitate cu nevoile sale de sănătate reprezintă un drept consfințit prin lege:

Art. 35. - (1) Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare. Legea nr. 46 din 21/01/2003, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29/01/2003.

Accesul pacientului în mod liber și echilibrat la servicii medicale și medicamente, fără discriminare și în conformitate cu resursele de care dispune societatea reprezintă o recomandare a Organizației Mondiale a Sănătății (Amsterdam, 30 martie 1994) adoptată de Ministerul Sănătății ca obiectiv strategic. Realizarea acestui deziderat include accesul pacienților la scheme terapeutice moderne și eficiente, recomandate de asociațiile medicale de specialitate și bazate pe studii economice concrete.

Cu ocazia Conferințelor Anuale Naționale de Dermatologie desfășurate în 23 - 25 septembrie 2004 la Sinaia, în 22 - 24 septembrie 2005 la Gura Humorului, în 19 - 21 noiembrie 2006 la București și în 31 octombrie - 02 noiembrie 2007 la Sinaia au fost prezentate lucrări referitoare la tratamentul actual al pacienților cu psoriazis. Comentariile și dezbaterile științifice colegiale au relevat dificultatea realizării unui tratament eficient pentru pacienții internați folosind numai medicația acceptată pe criteriul costului redus. De asemenea, continuarea terapiei post-spitalizare implică deseori costuri ridicate pe care pacienții nu le pot suporta. Având în vedere situația existentă la nivel național în Secțiile de Dermatovenerologie se impune ca Ministerul Sănătății Publice să adopte un Program de tratament pentru pacienții cu psoriazis. Considerăm că experiența favorabilă rezultată din derularea unor programe similare (scleroză multiplă, hepatită virală, poliartrită reumatoidă, infecție HIV/SIDA etc.) coroborată cu reintegrarea în societate și în producție a pacienților cu psoriazis va sensibiliza pozitiv factorii de decizie. Costurile directe necesare pentru dezvoltarea acestui Program sunt, în cazul pacienților afectați sever de psoriazis, comparabile cu cele existente în programele similare. Eficiența beneficiu/cost este însă superioară prin recuperarea și reintroducerea pacienților în societate, reducerea considerabilă a zilelor de spitalizare și de concediu medical precum și scăderea utilizării altei medicații pentru întreținerea remisiunii.

Psoriazis. Generalități

Psoriazisul este o afecțiune cutanată cronică, determinată genetic, a cărei frecvență în populația generală este de 1-2%. Frecvența reală a afecțiunii poate fi mai mare deoarece pacienții cu manifestări clinice reduse nu se adresează medicului ci se autotratează. Debutul bolii survine frecvent în jurul vârstei de 20 ani sau în jurul vârstei de 40 ani, fiind de subliniat consecințele negative pe care le determină apariția psoriazisului: la tinerii aflați la debutul carierei determinând deseori subcalificarea acestora iar la adulții aflați în plină activitate determinând deseori pensionarea prematură. Diagnosticul psoriazisului se bazează pe tabloul clinic și realizarea unui examen histopatologic. Investigațiile de laborator sunt rareori necesare. Există mai multe forme clinice de psoriazis. Un pacient cu psoriazis poate dezvolta în timpul vieții mai multe forme ale afecțiunii cutanate. Extinderea leziunilor și severitatea acestora poate varia de la un puseu evolutiv la altul, de la leziuni minime la leziuni intens keratozice sau pustuloase, de la acoperire cutanată discretă până la erupție generalizată (psoriazis eritrodermic). Psoriazisul poate evolua stabil, cu leziuni în plăci eritematoscuamoase sau se poate modifica într-un psoriazis instabil, caracterizat de leziuni eruptive, inflamatorii, dificil responsive la tratamentul topic.

În România datele epidemiologice existente indică un număr de 12220 cazuri pentru anul 2003 raportate de medicul de familie (sursa: Institutul de Statistică al MS). În primul semestru al anului 2004 au fost internate în spitale 4732 cazuri de psoriazis (sursa: Institutul Național pentru Cercetare Dezvoltare în Sănătate). Se estimează că numărul pacienților cu psoriazis din România este de 400000.

Psoriazis - clasificare

Clasificarea severității psoriazisului are în vedere indicatori clinici (suprafața tegumentului afectat de psoriazis) dar și elemente referitoare la calitatea vieții pacientului (scorul DLQI - vezi descriere în Anexa 1). Pentru calculul suprafeței tegumentare afectate se consideră că suprafața unei palme a pacientului reprezintă 1% din suprafața sa corporală (S corp).

- PSO cu afectare ușoară - afectare sub 2% din S corp
- PSO cu afectare medie
- afectare 2 - 10% din S corp

sau
 - DLQI > 10
 sau
 - rezistență terapeutică
 ▪ PSO cu afectare severă - afectare peste 10% din S corp
 Psoriasis - cuantificare rezultate terapeutice obținute
 Aprecierea evoluției psoriazisului vulgar este realizată prin calcularea scorului PASI.

	cap	trunchi	m. superioare	m. inferioare
Eritem				
Indurație				
Descuamare				
subtotal parțial				
factorul A				
factor corecție	0,1 x	0,3 x	0,2 x	0,4 x
subtotal				
PASI				

leziuni		fără					marcate									
E	eritem	0	1	2	3	4										
I	indurație	0	1	2	3	4										
D	descuamare	0	1	2	3	4										
factorul	A	corespunzător					ariei					afectate				
1		pentru										10%				
2	pentru	10					-					30%				
3	pentru	30					-					50%				
4	pentru	50					-					70%				
5	pentru	70					-					90%				
6	pentru	90					-					100%				

Impactul economic al psoriazisului

Costul direct al afecțiunii afectează atât sistemul de sănătate cât și pacienții. În țările Uniunii Europene costul medicației anti-psoriatică este suportat de sistemul de sănătate și parțial de către pacienți. În Marea Britanie costul mediu anual pentru fiecare pacient cu psoriazis care urmează tratament topic și UV este de 2815 GBP, iar pentru fiecare pacient cu psoriazis care urmează tratament sistemic este de 1473 GBP. În Italia costul mediu anual de pacient pentru tratamentul intra-spitalicesc al psoriazisului este estimat la 905 Euro. Costul anual al tratamentului pentru pacienți cu psoriazis moderat în Germania este de 1426 Euro.

Absența de la locul de muncă reprezintă componenta majoră a costului social al psoriazisului, afectând productivitatea precum și capacitatea de câștig a pacienților cu psoriazis. Fiecare pacient cu psoriazis pierde anual din cauza afecțiunii circa 26 zile lucrătoare.

Sistemul de co-plată al medicației pentru psoriazis funcționează și în România dar eficiența sa este grevată de următorii factori:

- tratamentul intra-spitalicesc se realizează cu medicația de cost minim, astfel că la finalul celor 7 zile de internare, recomandate de normativele în vigoare, ameliorarea leziunilor este redusă;

- tratamentul intra-spitalicesc pentru pacienții cu forme severe de psoriazis nu poate fi realizat în cură completă (nici chiar în secțiile clinice universitare);

- tratamentul ambulator nu este continuat de către pacient în conformitate cu recomandările medicului datorită costului tratamentului sau datorită perioadei îndelungate pe care trebuie administrat tratamentul cu cost minim și eficiență corespunzător limitată.

Se constată faptul ca psoriazisul generează un impact economic care nu poate fi neglijat nici chiar de țările cu standarde economice ridicate. Cu atât mai mult considerăm necesară introducerea unui Program terapeutic adresat pacienților cu psoriazis în vederea reducerii costurilor sociale determinate de afecțiune (tratament eficient adaptat formei clinice, continuarea în tratamentul ambulator a schemei terapeutice inițiate în spital).

Impactul activ și psiho-social al psoriazisului

Impactul social al psoriazisului este mare, atât în ceea ce privește costul suportat de societate, cât și în ceea ce privește afectarea calității vieții pacienților cu psoriazis. Psoriazisul are un impact negativ major asupra calității vieții pacienților. Deseori impactul asupra calității vieții pacientului este subestimat iar consecința imediată este reprezentată de tratamentul sub-optimal. Psoriazisul are un impact negativ asupra unei game variate de parametri, așa cum a rezultat din numeroasele studii realizate:

- locul de muncă/școală. S-a observat că interacțiunea la locul de muncă sau la școală este afectată semnificativ de boala de piele, de exemplu formele grave de psoriazis îi pot împiedica pe pacienți să lucreze/să studieze;
- activitățile zilnice. Pacienții suferinzi de psoriazis sunt deseori excluși de la facilitățile publice (de exemplu: piscine publice, cluburile de sănătate) datorită concepțiilor eronate existente în legătură cu această afecțiune (psoriazisul este deseori considerat în mod greșit drept o afecțiune contagioasă)
- activitatea sexuală. Pacienții cu psoriazis, în special femeile, întâmpină dificultăți în începerea de relații sexuale;
- stigmatizarea include mai multe sentimente negative grave observate la pacienții cu psoriazis: anticiparea respingerii, sentimentul de a fi viciat, sentimentul de vinovăție și rușine, sensibilitatea exagerată la atitudinea celorlalți;
- idei de suicid. Aproximativ 10% din pacienții cu psoriazis au avut gânduri de sinucidere;
- familia. Psoriazisul poate afecta calitatea vieții de familie. Durata tratamentului, împotriva față de ideea de a părăsi casa sau evitarea locurilor publice precum piscinele, plajele și facilitățile sportive pot afecta modul de petrecere a timpului liber în familie. Tratamentul pentru formele grave de psoriazis poate fi considerat periculos, iar costul tratamentului poate fi o povară în plus pentru familia pacientului.

Psoriazisul se numără printre primele 3 afecțiuni, după insuficiența cardiacă și hipertensiunea arterială, care afectează funcția fizică a individului și este a doua afecțiune, după depresie, în afectarea funcției psihice. Dintre afecțiunile dermatologice, psoriazisul se află pe primul loc în ceea ce privește deteriorarea indicelui de calitate a vieții, devansând afecțiunile maligne cutanate. Psoriazisul are deci o influență debilitantă atât din punct de vedere fizic cât și psihic asupra vieții de zi cu zi a pacientului.

Diagnosticul pacienților cu psoriazis

- diagnosticul pacientului suferind de psoriazis vulgar se realizează pe baza examenului clinic cu obiectivare prin scorul PASI (eventual și alte scoruri: BSA, PGA etc.)

- pentru diagnosticul de certitudine în cazurile selectabile tratamentului biologic este necesară confirmarea prin examen histopatologic

- altele: radiografie osoasă

Tratamentul pacienților cu psoriazis

Nu există tratament curativ pentru psoriazis. Toate medicamentele folosite în prezent realizează tratament supresiv, inducând remisiunea leziunilor sau reducându-le manifestările clinice până la pragul de tolerabilitate al pacientului. Psoriazisul este o afecțiune cu evoluție cronică, odată declanșată afecțiunea bolnavul se va confrunta cu ea toată viața. Tratamentul pacientului este realizat pe o perioadă lungă de timp. Apariția puseelor evolutive nu este previzibilă și nu poate fi prevenită prin administrarea unei terapii topice.

Medicația utilizată în psoriazis trebuie să fie eficientă și sigură în administrarea pe termen lung. Terapia topică cu preparate combinate constituie o modalitate modernă de tratament a psoriazisului vulgar. Eficiența acestor medicamente a fost dovedită de numeroase studii internaționale (de exemplu terapia cu calcipotriol/betametazonă, acid salicilic/mometazonă, acid salicilic/betametazonă) iar continuarea terapiei în ambulator cu medicamente similare asigură succesul terapeutic (de exemplu terapia cu calcipotriol, mometazonă, metilprednisolon, fluticazonă, hidrocortizon butirat). Acest tip de tratament este disponibil asiguraților prin contribuție parțială. Tratamentul topic al psoriazisului vulgar se adaptează regiunilor topografice afectate: pentru tegumentul cu păr (ex. scalp) se recomandă formele farmaceutice: gel (combinații calcipotriol și dermatocorticoid) sau loțiuni/ soluții (calcipotriol, dermatocorticoizi). Tratamentul psoriazisului cu raze ultraviolete și-a dovedit pe deplin eficacitatea. Numeroase secții de dermatologie din țară având în dotare astfel de dispozitive. Accesul pacienților la o cură completă de PUVA-terapie necesită pe de o parte disponibilitatea medicației (8-metoxi psoralen) iar pe de altă parte posibilitatea continuării din ambulator a terapiei inițiate pe durata spitalizării. Terapia sistemică cu retinoizi (acitretin) induce rapid remisiunea leziunilor de psoriazis exudativ iar administrarea de etanercept, infliximab sau adalimumab induce remisiuni de lungă durată pacienților cu forme moderate sau severe de psoriazis.

3. Program național de tratament al pacienților cu psoriazis vulgar - populație țintă

Pacienți cu psoriazis vulgar forme de severitate moderată sau gravă.

4. Scopul programului național de tratament al pacienților cu psoriazis vulgar

Îmbunătățirea stării de sănătate a bolnavilor cu psoriazis vulgar.

5. Obiectivele programului național de tratament al pacienților cu psoriazis vulgar

O1. Realizarea Registrului Național al pacienților cu psoriazis vulgar. (Rezultat așteptat: realizarea Registrului cu includerea a 1000 de pacienți anual.)

O2. Ameliorarea cu 75% a leziunilor de psoriazis vulgar la 80% din pacienții cu psoriazis vulgar tratați prin Programul Național (Rezultat așteptat: atingerea PASI 75 la 80% din pacienții incluși în Program.)

O3. Realizarea de acțiuni științifice de informare a medicilor de familie și a medicilor dermato-venerologi despre funcționarea Programului Național de tratament al pacienților cu psoriazis vulgar (Rezultat așteptat: realizarea a 16 simpozioane tematice, câte unul de primăvară și unul de toamnă în București, Timișoara, Iași, Craiova, Constanța, Cluj, Târgu-Mureș, Bacău.)

6. Activități

O1. Realizarea Registrului Național al pacienților cu psoriazis vulgar

O1.1. Realizarea "Fișei de raportare a pacientului suferind de psoriazis vulgar" (variantă electronică și variantă pe suport de hârtie).

- responsabil: Comisia de Dermatologie a MSP

O1.2. Distribuirea în teritoriu la medicii dermato-venerologi a "Fișei de raportare a pacientului suferind de psoriazis vulgar".

- responsabil: Societatea Română de Dermatologie

O1.3. Colectarea lunară a "Fișei de raportare a pacientului suferind de psoriazis vulgar".

- responsabil: Comisia de Dermatologie a MSP

O1.4. Realizarea unui "Raport anual de monitorizare în România a pacienților suferinzi de psoriazis vulgar".

- responsabil: Comisia de Dermatologie a MSP

O2. Ameliorarea cu 75% a leziunilor de psoriazis vulgar la 80% din pacienții cu psoriazis vulgar tratați prin Programul Național

Asigurarea tratamentului optim cu produse biologice (adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab), recomandat în formele moderate și severe de psoriazis sau la pacienții care nu au răspuns la terapia standard a bolii.

Datorită faptului ca la momentul actual există un grad foarte mare de insatisfacție legat de rezultatele tratamentelor standard în psoriazis, cererea de noi terapii este foarte mare. Acest Program Național este realizat pentru a introduce terapiile biologice într-un mod sistematic și planificat, în așa fel încât să se realizeze un beneficiu maxim pentru pacienții cu psoriazis și să se faciliteze prescripțiile într-un mod eficient și sigur. Programul include toate terapiile biologice înregistrate în România cu indicație pe psoriazis (efalizumab, etanercept, infliximab). Este de asemenea înregistrat în România din anul 2009 medicamentul ustekinumab.

Etape în realizarea Programului Național:

O2.1. Precizarea diagnosticului de psoriazis vulgar formă medie sau severă.

Responsabil: medicul specialist dermato-venerolog din teritoriu.

O2.2. Precizarea gradului de severitate al bolii și leziunilor existente prin evaluarea scorului PASI și DLQI

Responsabil: medicul specialist dermato-venerolog din teritoriu.

O2.3. Identificarea criteriilor de includere și eliminarea criteriilor de excludere

Responsabil: medicul specialist dermato-venerolog din teritoriu.

O2.4. Alegerea agentului terapeutic

Responsabil: medicul specialist dermato-venerolog din teritoriu.

O2.5. Alcătuirea documentației pentru discutarea pacientului în "Comisia Națională pentru tratamentul cu biologice în psoriazis"

Responsabil: medicul specialist dermato-venerolog din teritoriu.

O2.6. Avizul "Comisiei Naționale pentru tratamentul cu biologice în psoriazis"

Responsabil: "Comisia Națională pentru tratamentul cu biologice în psoriazis"

O2.7. Începerea tratamentului cu biologice (în cazul avizului favorabil al Comisiei)

Responsabil: medicul specialist dermato-venerolog din teritoriu.

O2.8. Monitorizarea periodică a pacientului

Responsabil: medicul specialist dermato-venerolog din teritoriu.

Terapiile biologice disponibile în România

Adalimumab - este un anticorp monoclonal uman recombinant exprimat pe celulele ovariene de hamster chinezesc. Doza recomandată de Humira pentru pacienții adulți este o doză inițială de 80 mg administrată subcutanat, urmată după o săptămână de la doza inițială, de o doză de 40 mg administrată subcutanat la două săptămâni.

Continuarea tratamentului peste 16 săptămâni trebuie reconsiderată cu atenție la pacienții care nu au răspuns în timpul acestei perioade.

Etanercept - este o proteină de fuziune formată prin cuplarea receptorului uman p75 al factorului de necroză tumorală cu un fragment Fc, obținută prin tehnologie de recombinare ADN.

Doza recomandată este de 25 mg etanercept administrată de două ori pe săptămână. În mod alternativ, poate fi utilizată o doză de 50 mg, administrată de două ori pe săptămână, timp de maximum 12 săptămâni, urmată, dacă este necesar, de o doză de 25 mg administrată de două ori pe săptămână. Tratamentul cu etanercept trebuie continuat până la remisia bolii, timp de maximum 24 de săptămâni. Tratamentul va fi întrerupt la pacienții care nu prezintă nici un răspuns după 12 săptămâni de tratament. Se poate întrerupe terapia cu etanercept, iar la reluarea tratamentului se menține eficacitatea. În cazul în care se indică reluarea tratamentului cu etanercept, trebuie să fie respectate îndrumările de mai sus privind durata tratamentului. Se va administra o doză de 25 mg, de două ori pe săptămână.

Infliximab - este un anticorp monoclonal chimeric uman-murin.

Doza recomandată este de 5 mg/kg administrată sub formă de perfuzie intravenoasă, timp de 2 ore, urmată de perfuzii suplimentare a câte 5 mg/kg la intervale de 2 și 6 săptămâni după prima perfuzie și apoi la fiecare 8 săptămâni. Dacă pacientul nu prezintă răspuns terapeutic după 14 săptămâni (adică după administrarea a 4 doze), nu trebuie continuat tratamentul cu infliximab.

Ustekinumab - este un anticorp monoclonal complet IgG1 k uman care se leagă cu afinitate și specificitate înaltă de subunitatea proteică p40 a citokinelor umane IL-12 și IL-23, inhibă activitatea acestora împiedicând legarea lor de receptorul lor proteic IL-12RBETA1 exprimat pe suprafața celulelor imune. Posologia recomandată este formată din o doză inițială de 45 mg administrată subcutanat, urmată de o doză de 45 mg 4 săptămâni mai târziu, și apoi la fiecare 12 săptămâni. La pacienții care nu au răspuns după 28 săptămâni de tratament trebuie luată în considerare întreruperea tratamentului. Pentru pacienții cu greutatea > 100 kg doza inițială este de 90 mg administrată subcutanat, urmată de o doză de 90 mg 4 săptămâni mai târziu, și apoi la fiecare 12 săptămâni. De asemenea, la acești pacienți, o doză de 45 mg a fost eficace.

Criterii de includere în tratament

Criterii de eligibilitate ale pacienților pentru tratamentul cu agenți biologici:

- pacientul suferă de psoriazis moderat sau sever

și

- pacientul îndeplinește criteriile clinice

-> psoriazis sever de peste 6 luni

-> eșec la tratamentul standard administrat anterior, incluzând methotexat și PUVA (psoraleni și terapia UV) sau intoleranță, respectiv contraindicație pentru astfel de terapii

și

- pacientul să fie un candidat eligibil pentru terapie biologică

și

- îndeplinirea a cel puțin unul din următoarele criterii:

-> să dezvolte sau să fie la un risc foarte înalt să dezvolte toxicitate la terapiile folosite și terapiile standard alternative nu pot fi folosite,

sau

-> a devenit intolerant sau nu poate primi terapii standard sistemice (acitrecin, methotexat, UVB,UVA, PUVA)

sau

-> a devenit ne-responsiv la terapiile standard (răspuns clinic nesatisfăcător reprezentat de sub 50% îmbunătățire a scorului PASI și sub 5 puncte îmbunătățire a scorului DLQI, după cel puțin 3 luni de tratament la doze terapeutice:

---> methotrexat 15 mg, max 25-30 mg, o singură doză săptămânal (oral, subcutan sau im),

---> acitrecin 25-50 mg zilnic

---> UVB cu banda îngustă sau psoralen fototerapie (pacient ne-responsiv, recădere rapidă, sau depășirea dozei maxime recomandate); 150-200 cure pentru PUVA, 350 pentru UVB cu banda îngustă

sau

-> are o boală ce nu poate fi controlată decât prin spitalizări repetate

sau

-> are comorbidități care exclud folosirea terapiei sistemice (ca de exemplu methotrexatul)

sau

-> pacientul suferă de o boala severă, instabilă, critică (psoriazis eritrodermic sau psoriazis pustulos).

Criterii de alegere a terapiei biologice

Nu există studii comparative privind eficacitatea terapiei cu adalimumab, efalizumab, etanercept sau infliximab. Alegerea agentului biologic se va face în funcție de caracteristicile clinice ale bolii, de comorbiditățile pre-existente, de preferința pacientului, de preferința prescriptorului și de facilitățile locale.

Consimțământul pacientului

Pacientul trebuie să fie informat în detaliu despre riscurile și beneficiile terapiei biologice. Informații scrise vor fi furnizate iar pacientul trebuie să aiba la dispoziție timpul necesar pentru a lua o decizie.

Criterii de excludere a pacienților din tratamentul cu agenți biologici:

Toți pacienții trebuie să aibă o anamneză completă, examen fizic și investigațiile cerute înainte de inițierea terapiei biologice.

Se vor exclude:

1. pacienți cu infecții severe active precum: stare septică, abcese, tuberculoză activă (în cazul blocanților TNFalpha, inhibitor de IL-12/23), infecții oportuniste;

2. pacienți cu insuficiență cardiacă congestivă severă (NYHA clasa III/IV) (în cazul blocanților TNFalpha);

3. antecedente de hipersensibilitate la adalimumab, efalizumab, la etanercept, la infliximab, la proteine murine sau la oricare dintre excipienții produsului folosit;

4. readministrarea după un interval liber de peste 16 săptămâni (în cazul infliximabum-ului);

5. administrarea concomitentă a vaccinurilor cu germeni vii;

6. sarcina/alăptarea;

7. copii cu vârstă între 0-17 ani;

8. afecțiuni maligne sau premaligne, excluzând cancerul de piele non-melanom tratat adecvat, malignitățile diagnosticate și tratate mai mult de 10 ani (în care probabilitatea vindecării este foarte mare);

9. demielinizare (în cazul blocanților TNFalpha);

10. orice contraindicații recunoscute ale blocanților de TNFalpha.

Contraindicații relative:

- PUVA-terapie peste 200 ședințe, în special când sunt urmate de terapie cu ciclosporina

- HIV pozitiv sau SIDA

- virusul hepatitei B sau C pozitiv

Monitorizarea și evaluarea pacienților

Pacientul trebuie evaluat la 12 săptămâni inițial, apoi la 3-6 luni interval pentru a hotărî dacă terapia trebuie continuată. Necesitatea monitorizării de laborator este mai puțin evidentă decât în cazul terapiei convenționale, cu excepția numărării leucocitelor în cazul terapiei cu efalizumab. Aceste vizite regulate cu evaluarea statusului clinic al pacientului, sunt esențiale pentru detectarea cât mai rapidă a apariției unor efecte adverse sau infecții.

Recomandări pentru pre-tratament și monitorizare

Monitorizare		Pre tratament	
Severitatea bolii fiecare 6 luni	PASI/DLQI	da	la 3 luni, apoi la
Stare generală fiecare 6 luni (simptomatologie și examen clinic)	infecții demyelinizare insuficiență cardiacă malignități	da da pentru anti TNF da pentru anti TNF da	la 3 luni, apoi la
Infecție TBC		da	

Teste de sânge luni inițial, apoi la fiecare 6 luni	- HLG - creatinină, ureea, electroliți, funcțiile hepatice - hepatita B și C, HIV	da da - da (se va testa la cei aflați la risc)	- anti TNF: la 3 la 6 luni - la 3 luni, apoi
Urina la fiecare 6 luni	analiza urinii	da	- la 3 luni, apoi
Radiologie	RX	da	

Criteria de evaluare a răspunsului la tratament:

- evaluarea răspunsului la tratament se face la 3 luni

Răspunsul adecvat se definește prin:

-> scăderea cu 50% a scorului PASI față de momentul inițial

și

-> scăderea cu 5 puncte a scorului DLQI față de momentul inițial.

Întreruperea tratamentului cu un biologic se face atunci când la 3 luni nu s-a obținut un răspuns adecvat. Întreruperea tratamentului este de asemenea indicată în cazul apariției unei reacții adverse severe. Printre reacțiile adverse severe ce justifică întreruperea tratamentului sunt incluse: malignitățile (excluzând cancerul de piele non-melanom), toxicitate la agenții biologici, starea de graviditate (întrerupere temporară), infecții intercurrente severe (întrerupere temporară), operații chirurgicale (întrerupere temporară).

B. PROCEDURI DE APROBARE

Medicul specialist dermatolog

- completează Fișa pacientului (anexată) care conține date despre:

-> Diagnosticul cert de psoriazis

-> Istoricul bolii (debut, evoluție, scheme terapeutice anterioare - preparate, doze, evoluție sub tratament, data inițierii și data opririi tratamentului)

-> Recomandarea tratamentului cu agenți biologici (justificare)

-> Starea clinică și paraclinică a pacientului

-> Scorurile PASI și DLQI

Medicul curant care întocmește dosarul poartă întreaga răspundere pentru corectitudinea informațiilor medicale furnizate, având obligația de a păstra copii după documentele sursă ale pacientului și a le pune la dispoziția Comisiei de specialitate la solicitarea acesteia. Va fi asigurat permanent caracterul confidențial al informației despre pacient. Medicul curant va solicita pacientului să semneze o declarație de consimțământ (anexată) privind tratamentul aplicat și prelucrarea datelor sale medicale în scopuri științifice și medicale.

Dosarul este înaintat Comisiei de specialitate organizate la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de către Casele de Asigurări de Sănătate teritoriale prin poștă sau prin depunere la registratura generală a CNAS.

Comisia de specialitate de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, numită: COMISIA PENTRU APROBAREA TRATAMENTULUI PSORIAZISULUI CU AGENȚI BIOLOGICI evaluează și aprobă dosarul în conformitate cu criteriile de includere/excludere, trimite aprobarea de tratament către Casa de Asigurări de Sănătate cu care medicul care a făcut recomandarea de tratament (ca furnizor de servicii medicale) se află în relație contractuală.

Aprobarea dosarului este necesară la inițierea terapiei. La 12 săptămâni de la inițierea tratamentului se va face o reevaluare a dosarului pentru a urmări apariția sau nu a unui răspuns adecvat

Medicul curant dermatolog pe baza recomandării aprobate de Comisia de specialitate de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prescrie medicamentul sub formă de rețetă fără contribuție personală.

În sarcina exclusivă a medicului curant dermatolog cade urmărirea ulterioară a eficienței și toleranței tratamentului (urmărind la fiecare control cel puțin datele prevăzute în fișa ulterioară și condiționând continuarea tratamentului).

Fișele de evaluare de monitorizare vor fi trimise Comisiei de Specialitate Dermatologie a C.N.A.S. la fiecare 12 săptămâni în primul an, apoi la 6 luni.

Pacientul prezintă prescripția medicală la una dintre farmaciile care au contract cu Casa de asigurări de sănătate.

Casa de Asigurări de Sănătate teritorială onorează dosarele aprobate de Comisia de specialitate de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în limita fondurilor destinate medicamentelor pentru Programul național pentru psoriazis, controlează și monitorizează întregul mecanism de eliberare al medicamentelor, informând comisia de specialitate asupra consumului mediu realizat.

O3. Realizarea de acțiuni științifice de informare a medicilor de familie și a medicilor dermato-venerologi despre funcționarea Programului Național de tratament al pacienților cu psoriazis vulgar

O3.1. Realizarea Simpoziunilor de primăvară RO-PSO

- Responsabil: Societatea Română de Dermatologie, MSP

O3.2. Realizarea Simpoziunilor de toamnă RO-PSO

- Responsabil: Societatea Română de Dermatologie, MSP

7. Indicatori

Indicatori specifici:

Indicatori fizici: numărul de bolnavi tratați 1500 prin terapie biologică

Indicatori de eficiență:

Cost mediu/bolnav tratat prin terapie sistemică/an - 63000 RON;

Natura cheltuielilor:

Cheltuieli pentru materiale sanitare dermatologice specifice.

Durata programului:

- ianuarie 2008 - decembrie 2008

- analiza rezultatelor în luna octombrie 2008

Total cheltuieli 126 000 000 RON (36 000 000 euro)

Modalitatea de lucru:

- selectarea pacienților pentru includerea în Programul Național va fi propusă de medicul dermato-venerolog unei Comisii Naționale prin alcătuirea unui dosar de evidență a evoluției bolii. Acest dosar va urmări criteriile clinico-evolutive conform Ghidului de diagnostic și tratament pentru psoriazis;

- inițierea tratamentului cu medicament anti-psoriazic și metodologia de administrare a tratamentului anti-psoriazic se va face conform Ghidului de diagnostic și tratament pentru psoriazis.

Anexa 1.1

Scorul DLQI

Scorul DLQI - Dermatological Life Quality Index a fost elaborat de Prof. A. Finlay din Marea Britanie. Scorul DLQI poate fi utilizat pentru orice afecțiune cutanată.

Pacientul răspunde la cele 10 întrebări referindu-se la experiența sa din ultima săptămână.

Textul chestionarului este următorul:

Dermatology Life Quality Index

Spital nr:

Data:

Nume:

Diagnostic:

Adresa:

Scor:

Scopul acestui chestionar este de a măsura cât de mult v-a afectat viața ÎN ULTIMA SĂPTĂMÂNĂ problema dvs. de piele. Va rugăm să bifați câte o căsuță pentru fiecare întrebare.

1. În ultima săptămână, cât de mult ați simțit senzații de mâncărime, înțepături, dureri sau rana la nivelul pielii?
Foarte mult/Mult/Puțin/Deloc
2. În ultima săptămână, cât ați fost de jenat sau conștient de boală datorită pielii dvs.?
Foarte mult/Mult/Puțin/Deloc
3. În ultima săptămână, cât de mult a interferat boala dvs. De piele cu mersul la cumpărături sau cu îngrijirea casei și a grădinii?
Foarte mult/Mult/Puțin/Deloc Nerelevant
4. În ultima săptămână, cât de mult a influențat problema dvs de piele alegerea hainelor cu care v-ați îmbrăcat?
Foarte mult/Mult/Puțin/Deloc Nerelevant
5. În ultima săptămână, cât de mult v-a afectat problema dvs. de piele activitățile sociale sau cele de relaxare?
Foarte mult/Mult/Puțin/Deloc Nerelevant
6. În ultima săptămână, cât de mult v-a împiedicat pielea dvs. să practicați un sport?
Foarte mult/Mult/Puțin/Deloc Nerelevant
7. În ultima săptămână v-a împiedicat pielea dvs. la serviciu sau studiu?
Da/Nu Nerelevant
Dacă "nu", în ultima săptămână cât de mult a fost pielea dvs. o problema pentru serviciu sau studii?
Mult/Puțin/Deloc
8. În ultima săptămână, cât de mult v-a creat pielea dvs. dificultăți cu partenerul sau oricare din prietenii apropiați sau rude?
Foarte mult/Mult/Puțin/Deloc Nerelevant
9. În ultima săptămână, cât de mult v-a creat pielea dvs. dificultăți sexuale?
Foarte mult/Mult/Puțin/Deloc Nerelevant
10. În ultima săptămână, cât de mult a fost o problema tratamentul pentru afecțiunea dvs., de ex. pentru ca v-a murdărit casa sau a durat mult timp?
Foarte mult/Mult/Puțin/Deloc Nerelevant

Va rugăm să verificați dacă ați răspuns la toate întrebările. Va mulțumesc. (C)AY Finlay. GK Khan, aprilie 1992.

Se	vor	atribui	scoruri	de	la	0	la	3	răspunsurilor:
-	0	pentru	"deloc",	"nerelevant"	sau	lipsa			răspunsului
-			1		pentru				"puțin"
-			2		pentru				"mult"
-	3	pentru	"foarte mult"	și	pentru	răspunsul	"Da"	la	întrebarea 7.

Se va obține un scor de la 0 la 30. Cu cât scorul va fi mai mare cu atât calitatea vieții pacientului este mai afectată de boală.

Interpretarea scorului:

0-1	=	fără	efect	asupra	calității	vieții	pacientului
2-5	=	efect	scăzut	asupra	calității	vieții	pacientului
6-10	=	efect	moderat	asupra	calității	vieții	pacientului
11-20	=	efect	important	asupra	calității	vieții	pacientului
21-30	=	efect	foarte important	asupra	calității	vieții	pacientului.

Anexa 1.2

Programul Național de tratament al psoriazisului vulgar
Comisia pentru aprobarea tratamentului psoriazisului cu agenți biologici

- Din partea CNAS
Spitalul Clinic Elias - Prof. Dr. Călin Giurcăneanu
Spitalul Clinic Colentina Prof. Dr. George Sorin Țiplica
Dr. Maria Magdalena Constantin
- Din partea OPSNAJ
Centrul de Diagnostic și Tratament "Roma" - Dr. Alin Nicolescu
- Din partea CNAS
Secretar Comisie Dr. Dan Moraru

ANEXA Nr. 2

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU ACNEE

1. Introducere:

1.1. Definiție: acnea este o afecțiune inflamatorie cronică a foliculului pilosebeceu, localizată la nivelul feței, gâtului, toracelui anterior și spatelui (toracele posterior), caracterizată prin apariția leziunilor non-inflamatorii (microcomedoane, comedoane deschise, comedoane închise) și inflamatorii (papule, pustule, noduli).¹

1.2. Importanță medico-socială:

- Afectează peste 85% dintre adolescenți, dar se întâlnește și la vârsta adultă²
- Acnea este mai frecventă la bărbați în adolescență, dar la adulți, femeile prezintă o incidență mai mare a acnei
- Acnea nodulo-chistică are o prevalență mai mare la persoanele cu pielea mai deschisă la culoare decât la cei cu tegumentul mai închis la culoare;
- Acnea are un puternic impact psiho-social, prin afectarea emoțională (depresie, anxietate etc), psihologică și socială (reducerea activităților interpersonale etc) mai ales a persoanelor cu acnee de lungă durată, rezistentă la tratament.³

2. Diagnostic:

Diagnosticul acnei vulgare este unul clinic.

Diagnosticul acnei vulgare cuprinde și:

2. 1 Evaluarea factorilor de risc:

- Vârsta (12-24 ani)
- Factorii genetici
- Secreție de sebum crescută
- Tulburări endocrine (sindromul ovarului polichistic, hiperandrogenism, pubertate precoce)

2. 2 Explorări diagnostice (cazuri selectate)

- Evaluare hormonală
- Culturi bacteriene. Culturile cu germeni de la nivelul leziunilor cutanate sunt indicate doar în absența răspunsului la tratament sau a recidivelor frecvente

2. 3 Determinarea severității bolii (ușoară, moderată, severă), în funcție de numărul leziunilor prezente:

- Acnea ușoară - < 20 comedoane sau < 15 leziuni inflamatorii sau < 30 leziuni în total
- Acnea moderată - 20 - 100 comedoane sau 15 - 50 leziuni inflamatorii sau 30-125 leziuni în total
- Acnea severă - > 5 chisturi sau > 100 comedoane (în total) sau > 50 leziuni inflamatorii (în total) sau > 125 leziuni

în total

2. 4 Evaluarea impactului psiho-social (formular DLQI)

2.3.2. Complicațiile acnei:

Cicatrici.

3. Atitudine terapeutică:

Obiective

- Limitarea duratei bolii
- Prevenirea cicatricilor
- Reducerea impactului psihologic

3.1. Principii generale: alegerea metodei optime de tratament depinde de severitatea acneei

3.2. Tratament ambulator:

3.2.1. TRATAMENT LOCAL^{5,6,7,8}

Tratamentul local este procedura de bază în acnee. Aceasta este suficientă la aprox. 60% din bolnavi.

Recomandări

- Terapia topică este un standard de îngrijire în tratamentul acneei.
- Retinoizii topici sunt importanți în tratamentul acneei.
- Peroxidul de benzoil și combinațiile cu eritromicină sau clindamicină sunt tratamente antiacneice eficiente.
 - Antibioticele topice (de ex. eritromicină și clindamicină) sunt tratamente antiacneice eficiente. Utilizarea acestor agenți singuri poate duce la dezvoltarea rezistenței bacteriene.
- Acidul salicilic are o eficiență moderată în tratamentul acneei.
- Acidul azelaic s-a dovedit a fi eficient în tratamentul acneei vulgare ușoare sau moderate.

Acțiunea medicamentelor locale în acnee

Medicament	Acțiune		
	anticomedeoane	-bacteriană	-inflamatoare
Tretinoin	+ +	+/-	-
Izotretinoin	+ +	+/-	+/-
Peroxid de benzoil	+	+ +	+/-
Antibiotice	+/-	+ +	+
Acid azelaic	+	+	+
Acid salicilic	+/-	-	+/-
1 Alfahidoxiacizi (acid glicolic)	+	-	

1. Retinoizii topici

Acești agenți lucrează pentru reducerea obstrucției din interiorul foliculului și deci sunt utili în tratamentul acneei comedoniene cât și al acneei inflamatorii (tretinoin, isotretinoin). Se administrează 1-2 ori/zi.

2. Peroxidul de benzoil

Peroxidul de benzoil este un medicament unic în tratamentul local al acneei. Acționează în două direcții - antibacterian și anti-comedonian. Preparatul are o acțiune keratolitică mai redusă decât retinoizii, dar avantajul acestuia este în același timp acțiunea antibacteriană specifică. Influențând reducerea populației P.acnes prin crearea unor condiții mai proaste pentru dezvoltarea acestora nu provoacă apariția rezistenței la medicament. Preparatele peroxidului de benzoil se folosesc în concentrație de 4% sub formă de gel, aplicații de 2 ori pe zi.

3. Acidul azelaic

În acnee se folosește acidul azelaic sub formă de cremă sau gel 15%. Medicamentul are o acțiune keratolitică slabă, antibacteriană (atât față de P. acnes cât și față de S. epidermidis), antiinflamatoare și antiseboreică (reduce lipogeneza inhibând pătrunderea testosteronului în dihidrotestosteron). În plus, un efect benefic al acțiunii acestuia este reducerea hiperpigmentării postinflamatorii datorită inhibării melanogenezei. Este caracterizat de o toleranță relativ bună. Se aplică de 2 ori pe zi.

4. Antibioticele topice

Eritromicină și-a demonstrat eficiența și este bine tolerată. Sensibilitatea scăzută a P. acnes la acest antibiotic poate limita utilizarea lui ca agent terapeutic individual. Preparatele accesibile în România conțin 4% eritromicină sub formă de lichid. Preparatele cu antibiotic aplicate local sunt foarte bine tolerate, conțin minimum de reacții adverse. Administrarea poate fi limitată de posibilitatea dezvoltării rezistenței la medicament. Se aplică de 2 ori/zi.

5. Preparatele combinate

Aceste medicamente conțin combinații de antibiotice, retinoid, peroxid de benzoil sau zinc. Astfel de combinații, cresc nu numai eficiența terapiei, având o acțiune complexă asupra tuturor sau aproape asupra tuturor factorilor care duc la apariția modificărilor acneice dar și previn dezvoltarea rezistenței la medicament, și în plus sunt caracterizate de o bună tolerabilitate.

În România sunt disponibile:

- preparat care conține 4% eritromicină și 1,2% octan de zinc;
- preparat care conține 0.2% eritromicină și 0,05% izotretinoin
- preparat care conține 1% clindamicină cu 5% peroxid de benzoil

3. 2.2 TRATAMENTE LOCALE AUXILIARE⁷

Tratamentele auxiliare în terapia locală a acneei sunt preparate pe bază de 1-2% acid salicilic având o slabă acțiune keratolitică și antibacteriană. O acțiunea auxiliară, în special la formele comedoniene, o au de asemenea preparatele cu alpha - hidroxiacizi - acidul glicolic și retinaldehida.

3.2.3. TRATAMENTUL SISTEMIC^{6,7}

1. Tratamentul hormonal

Medicamentele hormonale se recomandă la femeile cu vârsta peste 20 de ani, cu acnee vulgară ușoară, medie și în special în formă severă, eventual în prezența caracteristicilor de hirsutism. Se întrebuițează acetat de ciproteron combinat cu etinilestradiol. De regulă această terapie este combinată cu aplicarea preparatelor locale.

Spirolonactona inhibă activitatea 5alpha reductazei și blochează receptorii androgenici și are o acțiune benefică în acnee. Totuși, la femei poate provoca dereglări menstruale iar la bărbați dezvoltarea ginecomastiei. Din aceste motive, se aplică numai în cazuri selectate (după vârsta de 30 de ani, pacienți cu dereglări ale metabolismului androgen demonstrate). Medicamentul se administrează în doze de la 50 până la 200 mg/zi

2. Antibioticele^{7,8}

- Tetraciclină 500 mg 4-2x/zi
- Doxiciclină 100 mg 2x/zi
- Eritromicină 500 mg 4-2x/zi bd
- Trimetoprim 100 mg 2x/zi
- Minociclină MR 100 mg 1x/zi
- Azitromicină 500 mg 2x/zi
- +/- topic keratolitic +/- hormoni

Recomandări

▪ Antibioticele sistemice sunt un standard de îngrijire în gestionarea acneei moderate și severe și pentru formele rezistente la tratament ale acneei inflamatorii.

▪ Doxiciclina și minociclina sunt mai eficiente decât tetraciclina

▪ Deși eritromicina este eficientă, utilizarea ar trebui limitată la persoanele care nu pot utiliza tetraciclina (de ex. femeile însărcinate sau copiii sub 8 ani).

▪ Trimetoprim-sulfametoxazolul și trimetoprimul singur sunt de asemenea eficiente în cazurile în care nu se pot folosi alte antibiotice.

▪ Rezistența bacteriană la antibiotice este o problemă din ce în ce mai mare.

3. Izotretinoinul

Izotretinoinul este un retinoid care se alege în formele severe de acnee, în cazurile cu seboree accentuată sau cu tendințe semnificative de cicatrizare.

Rezultatul favorabil pe termen lung al primei cure de tratament se menține la > de 60% din pacienți, care au primit o doză totală de izotretinoin - 120 mg/kg greutate sau administrând 1 mg/kg/zi timp de 16-20 de săptămâni.

Reacțiile adverse pe care le poate dezvolta izotretinoinul impun monitorizarea parametrilor hepatici, lipidelor, glicemiei, colesterolului, trigliceridelor. Aceste analize trebuie refăcute după 4-6 săptămâni de tratament. Medicamentul este contraindicat în sarcină având potențial teratogen. Se vor urmări recomandările specifice de administrare și monitorizare.

3.2.4. Tratamentul dermato-cosmetic și chirurgical

- incizii și drenaj chirurgical al chisturilor; excizia cicatricilor
- tratament laser neablativ în acnea de severitate medie
- tratament IPL în acnea de severitate medie
- peeling chimic/abraziv în acnea de severitate ușoară și medie

3.3. Criterii de internare și dirijare

Acnea severă nodulo-chistică.

Acnea rezistentă la tratamentul ambulatoriu.

Suport psihologic în cazul în care se produce o afectare psihică semnificativă.

3.4. Măsuri profilactice:

Profilaxia primară

Nu au fost identificate strategii preventive primare.

Profilaxia secundară

Pacienții trebuie sfătuiți în legătură cu măsurile generale de îngrijire a pielii.

Pacienților li se va recomanda să utilizeze numai produse non-comedogenice, să nu traumatizeze leziunile acnicioase, să evite atingerea feței cu produsele utilizate pentru păr.

1. Andreas. D. Katsambas-Guidelines for Treating Acne Clinics în Dermatology 2004;22:439-444

2. Christin N. Collier - The prevalence of acne in adults 20 years and older. J AM ACAD DERMATOL, volume 58, number 1

3. M.M.S. Mulder - Psychosocial Impact of Acne vulgaris. Dermatology 2001;203:124-130

4. The MERK manual, 2008

5. Gollnick H: Current concepts of the pathogenesis of acne. Drugs 2003, 63, 1579-1596

6. John S. Strauss, MD, Chair, a Daniel P. Krowchuk, MD, b James J. Leyden. J Am Acad Dermatol 2007;56:651-63.

7. Hanna Wolska, Wieslaw Glinski, Waldemar Placek, PRZEGLAD DERMATOLOGICZNY 2/94/2007

8. Kings College Hospital Dermatology Interest Group - Acne guideline, 2003 march

ANEXA Nr. 3

1. Introducere

1.1. Definiție. Alopecia este definită ca fiind reducerea cantității de păr la nivelul zonelor în care acesta se găsește în mod normal. Termenul de alopecie trebuie diferențiat de cel de atrichie care înseamnă lipsa congenitală a părului prin lipsa foliculilor pilari și de cel de hipotricoză care se referă la reducerea cantității de păr în cadrul unor afecțiuni congenitale.

1.2. Importanța medico-socială

Prezența alopeciei crează probleme de ordin estetic, psihologic iar uneori alopecia sau hipotricoză fac parte din ansamblul unui sindrom congenital alături de alte alterări cutanate sau ale anexelor.

Alopeciile temporare/reversibile/necicatriciale sunt rezultatul unor procese endogene sau exogene, cu acțiune temporară. Ele pot fi difuze (alopecia androgenetică, effluvium telogen, effluvium anagen) sau circumscrite (alopecia areată, traumatică, postinfecțioasă, din dermatoze cronice ca eczema sau psoriazisul).

- alopecia androgenetică afectează 50% din bărbații cu vârsta de 50 de ani, 13% din femeile înainte de menopauză și 37% dintre femeile la menopauză.

- Alopecia areată: prevalență de 0,1% în rândul populației, de două ori mai frecventă la femei.

- Effluvium telogen: este vizibil când cantitatea de păr care cade reprezintă 20- 25% din părul scalpului

Alopeciile permanente/nereversibile crează probleme medicale serioase dat fiind caracterul definitiv al alopeciei consecutiv distrucției ireversibile a foliculilor pilari sau absenței lor: necicatriciale congenitale și cicatriciale (dobândite sau genetice).

2. Diagnostic

2.1. Clinic

Alopecia androgenetică.

Reprezintă 95% din totalul cazurilor de alopecie și reprezintă căderea progresivă a părului, genetic determinată, care apare la majoritatea bărbaților și la o parte din femei cu retragerea marginii fronto-parietale de inserție a părului.

Se caracterizează prin:

- debut la nivelul regiunii fronto-temporale sau la nivelul vertexului

- reducerea diametrului firului de păr (de 10 ori)

- variații ale diametrelor firelor de păr

- la bărbați: istoric familial de alopecie androgenetică la rude de gradul I sau II

- la femei asociere posibilă cu dereglări menstruale (amenoree sau oligomenoree) și ovar polichistic, acnee, hirsutism sau virilizare, istoric de infertilitate.

- Evoluție progresivă fără a putea fi previzibil ritmul de evoluție.

Alopecia areată

Reprezintă o cădere focală a părului, de natură inflamatorie, de cauză necunoscută și cu o evoluție imprevizibilă. Se poate asocia cu afecțiuni autoimune, dereglări imunologice cu prezența unor factori indicând autoimunitatea bolii.

Se caracterizează prin:

- căderea părului în plăci rotunde, bine delimitate, cu extindere radiară a acestora, uneori în formă circulară

- peri "în semn de exclamație" la periferia plăcii alopecice

- peri "cadaverizați" - semn de evolutivitate

- eventual_ hiperkeratoză pilară

- piele lucioasă, elastică apoi în timp atrofică

- asocierea alopeciei sprâncenelor, genelor, perilor axilari, pubieni

Effluvium telogen

Reprezintă o cădere difuză, temporară a părului, în care intervine o scurtare a ciclului pilar și o creștere a proporției firelor telogene.

Se caracterizează prin:

- reducerea densității firelor de păr la nivelul scalpului, cu caracter difuz sau, uneori, mai ales la nivelul zonei parietale.

- apariția alopeciei difuze după intervenția unuia dintre următorii posibili factori: anemie feriprivă, hiper sau hipotiroidism, postpartum, dietă inadecvată, contracepție orală sau stoparea ei, postmedicamentos (hormoni, hipolipemianți, anticonvulsivante, citostatice, antihipertensive, psihotrope etc.), expunere accidentală la substanțe toxice, insuficiență renală cronică, alterare a funcției hepatice, sifilis secundar.

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale

Alopecia androgenetică:

- consult endocrinologic obligatoriu pentru femei și opțional pentru bărbați

- dozări hormonale: testosteron liber, DHEA-S, prolactina, LH (opțional, numai la femei)

- ecografie ovariană și de glandă suprarenală (opțional, numai la femei)

- testarea funcției tiroidiene: TSH, T3, T4 (opțional, numai la femei)

- fierul seric și, opțional, feritina

- hemogramă completă

Alopecia areată

- dozări hormonale și imunologice pentru depistarea unei eventuale tiroidopatii autoimune

- testări pentru depistarea unei atopii asociate

- control oftalmologic

Effluvium telogen

- examen hematologic

- sideremie

- magneziemie

- teste hepatice (opțional)

- teste renale (opțional)

- teste tiroidiene (opțional)

2.2.2. Opționale

Alopecia androgenetică

- biopsie din piele scalpului
- tricoscane
- fototricogramă

Alopecia areată:

- determinare de autoanticorpi: AAN, anticorpi antitiroidieni, anticelulă parietală, antiendoteliali

Effluvium telogen

- tricogramă

- tricoscane

2.3. Forme clinice - Alopecia areată

- forma în plăci cu varianta ofiazică (localizată la ceafă)
- forma decalvanță
- forma universală

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

a) Maximale

Alopecia androgenetică:

- regenerare parțială a părului

Alopecia areată:

- regenerarea completă a părului

Effluvium telogen

- stoparea căderii părului

- regenerarea părului prin identificarea și îndepărtarea cauzei

b) minimale

- stoparea căderii părului și extinderii alopeciei

- regenerare cu un efect cosmetic acceptabil

3.2. Tratamentul prespitalicesc

3.2.1 Măsurile generale

- Suport psihologic până la obținerea efectelor terapiei
- Identificarea posibilelor cauze care pot induce effluvium telogen și îndepărtarea lor

3.2.2. Tratament medicamentos

Alopecia androgenetică

[] tratament local:

- minoxidil soluție 2% sau 5%
- asociere minoxidil și tretinoin

[] tratament sistemic:

- la bărbați: finasterid 1 mg/zi
- la femei: ciproteron acetat, spironolactonă, flutamid, estrogeni

[] sisteme pilare: peruci, meșe

Alopecia areată

- nu se instituie tratament decât după evaluarea completă de către dermatolog, care stabilește conduita terapeutică

- tratament local: imunoterapie topică, infiltrații cu cortizonice, minoxidil, crioterapie

Effluvium telogen:

- tratament sistemic: produse cu zinc, biotină, cisteină, acizi grași esențiali
- tratament topic: produse cu aceleași substanțe active de mai sus

3.3. Criterii de internare și dirijare

Pentru toate formele de alopecie:

- pentru stabilirea diagnosticului de tip clinic de alopecie
- pentru investigarea alopeciei
- pentru investigarea patologiei posibile asociate
- pentru stabilirea conduitei terapeutice
- pentru evaluarea eficienței terapeutice

3.4. Tratamentul în serviciile spitalicești

Alopecia androgenetică

- inițierea tratamentului local și general recomandat la tratament prespitalicesc pentru testarea toleranței la produs

Alopecia areată

[] tratament local:

- imunoterapie locală: diphenciprone, DBEAS, DNCB
- corticoterapie: infiltrații intralezionale sau aplicații topice;
- PUVA terapie cu psoraleni aplicați local

- Minoxidil

- Crioterapie cu azot lichid

[] tratament sistemic:

- corticoterapie generală per os
- puls-terapie cortizonică i.v.
- fototerapie PUVA cu psoraleni per os
- ciclosporina A
- dapsonă
- isoprinosin

3.5. Dispensarizare

- controlul clinic postterapeutic și aprecierea eficienței terapeutice

ANEXA Nr. 4

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CANDIDOZELE CUTANEO-MUCOASE

1. Introducere

1.1. Definiție:

Candidozele sunt infecții micotice acute, subacute, mai rar cronice, provocate de specii de ciuperci din genul Candida, cu localizare pe piele, unghii sau pe mucoase (gură, tubul digestiv, vagin, bronhii, plămâni). Terenul este factorul de bază în apariția manifestărilor determinate de infecția micotică.

1.2. Importanța medico-socială

- Reprezintă aproximativ 25% din totalul infecțiilor micotice,
- Cu răspândire largă, la persoane de toate vârstele.

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale:

- >> leziuni
- >> existența la nivelul leziunilor de depozite alb cremoase
- >> leziunile sunt acompaniate de prurit și senzație de arsură

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale:

- >> Examen micologic direct.
- >> Însămânțarea pe mediu de cultură selectiv (m. Sabouraud)
- >> Glicemia

2.2.2. Opționale:

- >> Antifungigrama (pentru formele cronice și rezistente)
- >> Testarea terenului individual
 - Glicemia
 - Dozări hormonale, test sarcină
 - Testul HIV
 - Rx pulmonar
 - IDR - PPD
 - Teste imunologice,

2.2.3. Forme clinice și complicații:

- >> Candidoze cutanate
- >> Candidoze ale mucoaselor
 - Cheilita angulară
 - Stomatită candidozică
 - Vulvovaginita candidozică
 - Candidoza perianală
 - Balanita și balanopostita
- >> Granulomul candidozic
- >> Onichia și paronichia candidozică
- >> Candidoze mucoase și cutanate cronice
- >> Candidoze sistemice

Complicații:

- Suprainfectare bacteriană
- Eczematizare
- Eczematide, leziuni secundare la distanță

3. Tratamentul

3.1. Principii generale:

- Tratarea și/sau eliminarea factorilor favorizanți: diabet, tratamente antibiotice și imunosupresoare, etc.

Tratamentul sistemic se recomandă în candidozele cutaneo-mucoase cronice și în septicemia cu candida. În restul situațiilor tratamentul local poate fi suficient.

3.2. Tratamentul medicamentos:

Local

- >> Antibiotice: Nistatin, Amphotericin B, Pimafucin

- >> Fenosept

- >> Derivați azolici: Clotrimazol, Ketoconazol, Itraconazol, Fluconazol Econazol, Isoconazol, Bifonazol, fenticonazol

etc.

- >> Alte antifungice: 5-Fluorocitozina, Terbinafina și Natamicina

Derivați azolici utilizați în micozele sistemice: Fluconazol și Itraconazol

3.3. Tratamentul ambulator se pretează pentru toate formele de candidoză simplă.

3.4. Tratamentul în spital se face pentru cazurile cronice, cazurile complicate, cazurile asociate unor afecțiuni grave, cazurile de candidoză sistemică

3.5. Dispensarizarea:

- >> Depistarea infecțiilor micotice
- >> Supravegherea bolilor asociate infecției micotice
- >> Profilaxia infecției micotice.

ANEXA Nr. 5

Ghid de diagnostic și tratament pentru carcinomul bazocelular

1. Introducere

1.1. Definiție

Cancerul cutanat a devenit cel mai frecvent cancer la om. Carcinomul bazocelular și carcinomul spinocelular reprezintă carcinomul epitelial cutanat factorul de risc principal fiind radiația ultravioletă, fie naturală/actinică fie artificială.

Carcinomul bazocelular reprezintă forma de carcinom epitelial cutanat cu grad de malignitate foarte redus care se caracterizează prin următoarele:

- nodul tumoral sau placă infiltrată sau ulcerată care prezintă la periferie un chenar format din "perle epiteliomatoase"
- creștere foarte lentă în timp a tumorii
- nu metastazează sau metastazează foarte rar
- nu are localizări la nivelul mucoaselor

1.2. Importanța medico-socială

- O treime din totalitatea cancerelor sunt cancere cutanate iar 97% dintre acestea sunt cancere nemelanomatoase.

Carcinomul bazocelular:

- incidența este evaluată la 150/100 000 per an în Europa și are valori mai mari în SUA (300/100 000) și Australia (1600/100 000). Incidența s-a dublat în ultimii 15 ani.
- Sunt factori de risc pentru carcinomul bazocelular:
 - Fototipul deschis la culoare (I, II)
 - Expunerea la soare
 - Factor geografic: populații care trăiesc la altitudini mai mari, zone apropiate de ecuator)
 - Expunerea la arsenic, radiații ionizante, gudroane
 - Este mai frecvent la persoane în vârstă, la femei
 - Activități cu expunere la factorii de risc sus-menționați

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale:

- papule și plăci infiltrate eritematoase, cu suprafața netedă, lucioasă care cresc lent în dimensiuni; plăcile pot fi delimitate de chenar de papule lucioase (perle epiteliomatoase), noduli, ulceratii, tumori
- localizare: predominant în cele 2/3 superioare ale feței (80%) dar și pe trunchi și extremități.
- Leziunile sunt de obicei asimptomatice
- Dezvoltare lentă, în ani de zile cu excepția formelor ulcerate, terebrante

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale:

- istoric personal și examinarea tegumentului
- biopsie cutanată în scop diagnostic
- examinare histopatologică a tumorilor excizate, cu controlul marginilor și bazei tumorilor

2.2.2. Opționale:

- dermatoscopie pentru formele pigmentare

2.3. Forme clinice și complicații:

Forme clinice:

- Carcinom bazocelular nodular: tumoră nodulară cu margine perlată, telangiectazii pe suprafață
- Carcinom bazocelular perlat, perlat-ulcerat, plan cicatricial
- Carcinom bazocelular ulcerat: tumoră ulcerată, cu margine perlată; poate invada și distruge structurile profunde (forma terebrantă, ulcus rodens)
 - Carcinom bazocelular pigmentar
 - Carcinom bazocelular sclerotizant/morfeiform
 - Carcinom bazocelular chistic: papulă sau nodul moale, translucid, situat adesea periocular
 - Carcinom bazocelular superficial/pagetoid

Complicații

- distrucția structurilor profunde osoase și cartilajinoase în cazul formelor ulcerate, terebrante
- sângerare, suprainfecție

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice:

- vindecarea prin îndepărtarea completă a tumorii

3.2. Tratament prespitalicesc

3.2.1. Măsuri generale profilactice:

- educarea pacienților în sensul cunoașterii și evitării factorilor de risc
- fotoprotecție
- examen medical periodic al întregului tegument

Domiciliu în str., nr., bl., sc., et., ap., sector, localitatea, județul, telefon, în calitate de reprezentant legal al copilului, diagnosticat cu sunt de acord să urmeze tratamentul cu

Am fost informați asupra importanței, efectelor și consecințelor administrării acestei terapii cu produse biologice.

Ne declarăm de acord cu instituirea acestui tratament precum și a tuturor examenelor clinice și de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

Ne declarăm de acord să urmeze instrucțiunile medicului curant, să răspundem la întrebări și să semnalăm în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Medicul specialist care a recomandat tratamentul:

.....

Unitatea sanitară unde se desfășoară monitorizarea tratamentului

.....

Data

Semnătura pacientului/părinților sau aparținătorilor

ANEXA Nr. 8

Ghid de diagnostic și tratament pentru dermatita atopică

Cuprins

1. Introducere
2. Dermatita atopică - definiție
3. Dermatita atopică - etape clinice
4. Dermatita atopică - diagnostic
5. Dermatita atopică - tratament
6. Algoritm terapeutic
7. Bibliografie

1. Introducere

- ultimele decade au înregistrat o prevalență în continuă creștere pentru dermatita atopică (DA) [1]
- în Europa de Vest 20% din copii dezvoltă DA, dintre care 15% au afectare severă [2]
- prezența DA crește riscul de a dezvolta astm bronșic [3]
- DA afectează sever calitatea vieții, impactul fiind mai sever decât cel determinat de prezența psoriazisului și egal cu cel determinat de instalarea diabetului zaharat [4].

2. Dermatita atopică - definiție

- DA este o afecțiune cutanată inflamatorie, pruriginoasă, cronică ce apare la persoane cu teren atopic. Se manifestă prin papule intens pruriginoase cu evoluție spre lichenificare. Pacienții cu DA pot asocia și alte manifestări de atopie (rinită alergică, astm bronșic) [5], [6].

3. Dermatita atopică - etape clinice [5], [7]

- DA infantilă (leziuni la nivelul feței și pe zonele convexe, frecvent leziuni infectate)
- DA la copil (leziuni flexurale, frecvent leziuni lichenificate)
- DA la adult (leziuni simetrice: pliuri, mâini, perimamelonar; leziuni lichenificate)

4. Dermatita atopică - diagnostic

- criteriile Grupului britanic de studiu al dermatitei atopice - diagnosticul este pozitiv în prezența criteriului major acompaniat de 3 criterii minore [5], [8], [9], [10].

A) criteriu major

(1) afecțiune cutanată pruriginoasă

B) criterii minore

(1) debut sub vârsta de 2 ani (nu se aplică la copii a căror vârstă este sub 4 ani)

(2) istoric de leziuni flexurale (inclusiv obrazii la copii a căror vârstă este sub 10 ani)

(3) istoric de xeroză cutanată generalizată

(4) antecedente personale ce cuprind alte boli atopice (sau antecedente heredocolaterale de boală atopică la rudele de gradul 1 la copiii sub 4 ani)

(5) dermatită flexurală manifestă (sau a obrazilor/frunții și a porțiunii distale a membrelor la copiii sub 4 ani)

- criteriile Hanifin și Rajka s-au dovedit dificil de aplicat în practică iar unele criterii de diagnostic au fost identificate drept nespecifice (ex. eczema mamelonului, cheilită, keratoconus, cataractă subcapsulară anterioară) [11]

- investigațiile paraclinice sunt uneori necesare pentru sprijinirea/completarea diagnosticului de DA [7]

- biopsie cutanată (examen histopatologic)

- hemogramă (număratoarele eozinofile)

- confirmarea terenului atopic (IgE seric total crescut, Ig E specifice cu teste RAST)

- examen bacteriologic (examen direct secreție, cultură, antibiogramă)

- examen micologic (examen direct, cultură)

- testarea sensibilității la pneumalergeni (70% din pacienți prezintă sensibilitate la praful de casă)

- testarea sensibilității la alergeni alimentari - prick test (pozitiv, papulă cu diametru minim de 2 mm, sau eritem cu diametru minim de 3 mm)

- teste de provocare (alergeni ingerați sau aplicați la nivelul mucoasei nazale)

5. Dermatita atopică - tratament [6], [12], [13]

5.1. Măsurile generale

- depistare și excludere factori declanșatori
- copil: alergeni alimentari, infecții, alergeni casnici
- adult: alergeni/iritanți de contact, infecții, alergeni casnici, stress
- umidifiere aer
- dietă (supliment de acizi grași esențiali)
- îmbrăcăminte din fibre naturale (bumbac, mătase)
- igienă adecvată
- psiho-terapie

5.2. Tratament de fond

- tratament local
- tratament de atac (7 zile)
- > DA infantilă: dermatocorticoid nefluorurat clasa III, formă farmaceutică cremă
- > DA la copil: dermatocorticoid nefluorurat clasa III, formă farmaceutică cremă
- > DA la adult: dermatocorticoid clasa III, formă farmaceutică cremă/unguent
- tratament de întreținere (până la remiterea episodului)
- > dermatocorticoid nefluorurat, formă farmaceutică cremă/unguent
- > topic inhibitor de calcineurină
- > emolient/hidratant
- tratament local inițiat de medicul dermatolog pentru cazuri selectate: tacrolimus, pimecrolimus
- antihistaminic anti H1
- tratament adaptat lezional
- leziuni suprainfectate: antibiotice topice (acid fusidic, gentamicină, mupirocin, retapamulin etc.) sau sistemice
- erupție diseminată/dermatită atopică formă moderată
- > terapie locală
- > asociații dermatocorticoizi-antibiotic maxim 2 săptămâni
- > dermatocorticoid nefluorurat clasa III, cremă timp de 7-14 zile, aplicat zilnic, apoi discontinu, înlocuit apoi cu clasa I sau dermatocorticoizi de nouă generație
- > pimecrolimus cremă, tacrolimus unguent
- > emoliente - tratament de întreținere
- > terapie sistemică
- > antibiotic sistemic antistafilococic 3-7 zile
- > antihistaminice anti H1 generație II sau generație I în funcție de caz
- cazuri severe-refractare la tratament (neremise după 6 săptămâni de terapie) suplimentar față de cele anterioare (tratament intraspitalicesc):
- > dermatocorticoid clasa IV
- > corticoterapie sistemică
- > ciclosporină
- > UVA, UVB bandă îngustă
- > micofenolat mofetil
- > metotrexat
- tratamentul pro-activ de întreținere a dermatitei atopice cu tacrolimus [15], [16], [17] cazuri moderate și severe pentru prevenirea apariției recurențelor și pentru prelungirea intervalului de timp între două recurențe va fi recomandat pacienților la care apariția episoadelor de exacerbare se înregistrează cu o frecvență crescută (de 4 ori sau mai mult pe an). La pacienții cu vârsta de 16 ani și peste se recomandă utilizarea de tacrolimus unguent 0.1% [18], iar la copii și adolescenți, cu vârsta de 2 ani și peste se recomandă utilizarea de tacrolimus unguent 0.03% [19]. Evaluarea stării de sănătate se efectuează după 12 luni.

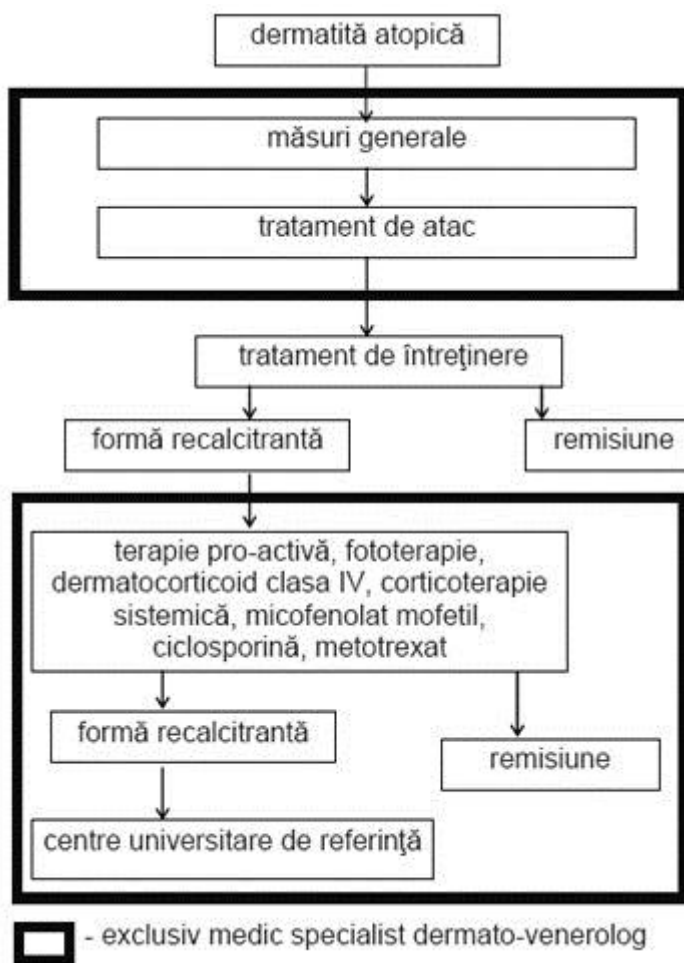
5.3. Criterii de internare și dirijare

- cazurile nou depistate pentru explorări inițiale și instituirea programului terapeutic
- cazurile severe și refractare la tratament
- cazurile complicate

5.4. Dispensarizare

- depistarea cazurilor noi și dirijarea spre medicul specialist dermatolog pentru confirmarea diagnosticului și stabilirea programului terapeutic
- depistarea recidivelor
- tratament ambulator complex în colaborare cu medicul pediatru (pentru copii), eventual cu un psiholog
- măsuri pentru reinserția socio-profesională
- monitorizarea tratamentului și al efectelor adverse

6. Algoritm terapeutic



IMAGINE

7. Bibliografie

- [1] Hanifin JM. Epidemiology of Atopic Dermatitis. Immunol Allergy Clin NA 2002; 22: 1-24
- [2] European Dermatology Forum. White Book - Dermatology in Europe. Editor Peter Fritsch. Innsbruck, 2000.
- [3] Brinkman L, Raaijmakers JA et al. Bronchial and skin reactivity in asthmatic patients with and without atopic dermatitis. Eur Respir J 1997; 10: 1033-40
- [4] Su JC, Kemp AS et al. Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. Arch Dis Child 1997; 76:159-62
- [5] Forsea D et al. Compendiu de dermatologie și venerologie. Editura tehnică, București 1996.
- [6] Ellis C, Luger T et al. International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): clinical update and current treatment strategies. Br J Dermatol 2003; 148 (Suppl. 63): 3-10.
- [7] Champion RH, Burton JL et al. Textbook of dermatology. 6 Ed, Blackwell Science.
- [8] Williams HC, Burney PG, Hay RJ et al. The UK working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. Br J Dermatol 1994; 131: 383-96.
- [9] Williams HC, Burney PG, Strachan D, Hay RJ. The UK working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. II. Observer variation of clinical diagnosis and signs of atopic dermatitis. Br J Dermatol 1994; 131: 397-405.
- [10] Williams HC, Burney PG, Pembroke AC, Hay RJ. The UK working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. III. Independent hospital validation. Br J Dermatol 1994; 131: 406-16.
- [11] Nagaraja KAM, Dhar S et al. Frequency and significance of minor clinical features in various age-related subgroups of atopic dermatitis in children, Pediatr Dermatol 13: 10-13, 1996.
- [12] Cerio R. Therapy of atopic dermatitis. JEADV 8 (Suppl. 1) (1997) S6-S10.
- [13] ***. Consensul Național de Utilizare a Dermatocorticoizilor. Dermato-venerologie, 1997; LXIV (1): 5b.
- [14] Vinereanu D. Ghiduri de practică medicală: metodologie de elaborare, Infomedica, București, 2000.
- [15] Leung DYM, Boguniewicz M, Howell MD et al. New insights into atopic dermatitis. The J Clin Invest 2004; 113; 5: 651-657.
- [16] Cork MJ. The importance of skin barrier function. Journal of Dermatological Treatment 1997; 7-13.
- [17] Wollenberg A, Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis - an emerging concept. Allergy 2009; 64: 276-278.
- [18] Wollenberg A, Reitamo S, Girolomoni G, Ruzicka T et al. Proactive treatment of atopic dermatitis in adults with 0.1% tacrolimus ointment. Allergy 2008; 63: 742-750.
- [19] Thaci D, Reitamo S, Ruzicka T et al. Proactive disease management with 0.03% tacrolimus ointment for children with atopic dermatitis: results of a randomized, multicentre, comparative study. Br J Dermatol 2008; 159: 1348-1356.

ANEXA Nr. 9

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU DERMATITA HERPETIFORMĂ (DH)

1. Introducere

1.1. Definiție

Boală autoimună caracterizată:

- clinic prin erupție veziculoasă și pruriginoasă
- depozite granulare de IgA în dermul papilar
- asociere frecventă cu enteropatia glutenică
- determinism genetic

- Asocieri cu alte afecțiuni autoimune:

- boli endocrine: afecțiuni tiroidiene, DZ insulino-dependent, boala Addison
- colagenoze: sindrom Sjogren, lupus eritematos sistemic
- boli cutanate: vitiligo, alopecia areată

1.2. Importanță medico-socială

- prevalența: 39 - 66 la 100 000 de locuitori
- debut la vârsta productivității maxime (40-50 de ani)
- predispoziție genetică: 4,5-6,5% din pacienții cu DH au rude de grad I cu DH și un procent mai mare cu enteropatie glutenică.

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

erupții polimorfe de vezicule, papule, eroziuni, cruste situate frecvent pe suprafețele extensorii ale marilor articulații, scalp, față sau trunchi. Frecvent grupare herpetiformă a leziunilor.

- rar - eroziuni orale
- prurit intens
- enteropatia glutenică: diaree cronică, scădere ponderală (rar manifestă clinic, mai frecvent ocultă)

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1 Minimale

- citodiagnostic Tzanck: absența celulelor acantolitice, frecvente neutrofile
- examen histopatologic: microabcese papilare cu neutrofile, bulă subepidermică
- imunofluorescența directă: depozite granulare cu IgA în papilele dermice

2.2.2. Opționale

endoscopie cu biopsie jejunală: atrofia vilozităților intestinale

ELISA: anticorpi serici pentru transglutaminaza epidermică (Ac-antiendomisium), anticorpi anti-gliadină, și anti-reticulină

- investigații suplimentare în cazul suspiciunii unei malignități sau alte boli interne asociate

2.3. Prognostic

Risc crescut de a dezvolta un limfom, în special la pacienții care nu respectă regimul fără gluten.

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Este necesară internarea inițială în spital pentru investigații, confirmarea diagnosticului și evaluarea completă a bolii și a asocierilor morbide posibile, inițierea tratamentului.

- Ulterior boala poate fi urmărită și în regim de internare de zi sau ambulator

Obiective terapeutice:

- Remisiune completă
- Prevenirea recidivelor
- Evitarea efectelor secundare ale terapiei

Regim fără gluten

- are un efect tardiv asupra erupției, după luni sau ani de regim

- permite reducerea dozelor de sulfone sau chiar renunțarea la medicație

Sulfone: Disulone sau Dapsonă - 200 mg/zi - 50 mg/zi

- Contraindicații: deficit de glucozo-6-fosfat dehidrogenază

- Monitorizare: dozare inițială de G-6-PDH, hemoleucogramă - săptămânal în prima lună, apoi la 2 săptămâni în următoarele 2 luni, ulterior la 3 luni.

Sulfapiridina - 1 - 1,5 g/zi - la pacienții care nu tolerează dapsona sau disulone

3.2. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- Dirijarea spre medicul dermatolog a cazurilor cu suspiciune clinică de DH
- Monitorizarea tratamentului ambulatoriu, a reacțiilor adverse ale tratamentului și supravegherea regimului fără gluten
- Măsuri pentru (re) încadrarea bolnavului în profesie, familie și societate.

ANEXA Nr. 10

Cuprins

1. Introducere
2. Clasificarea dermatocorticoizilor
3. Dermatocorticoizi cu potență scăzută (clasa I)
4. Dermatocorticoizi cu potență medie (clasa II)
5. Dermatocorticoizi cu potență mare (clasa III)
6. Dermatocorticoizi superpotenți (clasa IV)
7. Selecția dermatocorticoizilor
8. Bibliografie

1. Introducere

dermatocorticoizii reprezintă cea mai utilizată clasă de medicamente în dermatologie fiind indicați în majoritatea dermatozelor inflamatorii acute, subacute sau cronice.

dermatocorticoizii sunt glucocorticoizi formulați farmacologic pentru administrare topică. Au în comun structura cortizolului. Anumite modificări structurale aduse moleculei de cortizol determină apariția unui efect terapeutic antiinflamator.

testul de vasoconstricție permite clasificarea dermatocorticoizilor în funcție de potență [1]

dezvoltarea industriei farmaceutice a condus la apariția a numeroase preparate cortizonice de uz topic, diferite atât ca potență (patru clase de potență) cât și ca formă de prezentare (soluție, cremă, unguent). Accesibilitatea nelimitată de prescripția dermatologică și efectele imediate spectaculoase au determinat utilizarea abuzivă, nejudicioasă, mai ales a dermatocorticoizilor superpotenți. Pe termen lung consecințele acestei abordări terapeutice s-au dovedit defavorabile prin reacțiile adverse locale și/sau sistemice ale topicelor cortizonice (ex. atrofie, telangiectazii).

diversitatea dermatocorticoizilor comercializați la ora actuală precum și riscurile majore pe care le implică folosirea lor neadecvată fac necesară stabilirea unor principii generale de utilizare a acestei clase de medicamente.

prezentul ghid are la bază "Consensul național privind utilizarea dermatocorticoizilor" elaborat de liderii de opinie ai dermatologiei românești [2]

2. Clasificarea dermatocorticoizilor (după Societatea Română de Dermatologie)

clasa I - dermatocorticoizi cu potență scăzută

- hidrocortizon acetat

clasa II - dermatocorticoizi cu potență medie

- flumetazon pivalat

- fluocortolon caproat

- triamcinolon acetamid

clasa III - dermatocorticoizi cu potență mare

- fluocinolon acetamid

- halometazon monohidrat

- budesonid

- betametazon dipropionat

- hidrocortizon butirat

- fluticazon propionat

- metilprednisolon aceponat

- mometazon furoat

clasa IV - dermatocorticoizi superpotenți

- clobetazol propionat

3. Dermatocorticoizi cu potență scăzută (clasa I)

indicați în tratamentul afecțiilor cutanate cu componentă inflamatorie discretă, pentru aplicații pe zone extrem de sensibile sau pe suprafețe corporale întinse.

reacțiile adverse sunt minore dar și efectul lor terapeutic este modest.

4. Dermatocorticoizi cu potență medie (clasa II)

sunt reprezentați în principal de substanțe cu moleculă fluorurată.

diferența de potență semnificativă între topicelor cortizonice de clasă III și II le face pe acestea din urmă inferioare din punct de vedere al eficacității terapeutice, în condițiile în care prezența atomilor de fluor determină frecvent reacții adverse locale ireversibile [3],[4].

5. Dermatocorticoizi cu potență mare (clasa III)

reprezintă indicația de elecție în tratamentul majorității dermatozelor inflamatorii.

pot fi utilizați în monoterapie, chiar de la debutul tratamentului sau în continuarea aplicațiilor de dermatocorticoizi superpotenți.

este recomandată folosirea preparatelor de clasă III fără moleculă fluorurată (mometazon furoat, metilprednisolon aceponat, hidrocortizon butirat) care prezintă reacții adverse minime.

raportul eficiență/reacții adverse este maxim în cazul dermatocorticoizilor de nouă generație (mometazon furoat, fluticazon propionat, metilprednisolon aceponat)

6. Dermatocorticoizi superpotenți (clasa IV)

se administrează de către medicul de specialitate dermato-venerologie în tratamentul dermatozelor severe doar pe perioade foarte scurte de timp (maxim 10 zile, pe suprafețe corporale relativ reduse și în special pentru zonele recalcitrante la terapie).

▪ după amorsarea efectelor inflamatorii inițiale este recomandabilă folosirea dermatocorticoizilor nefluorurați de potență III sau I pentru evitarea apariției reacțiilor adverse.

▪ utilizarea îndelungată, pe suprafețe corporale întinse a dermatocorticoizilor superpotenți determină efecte secundare negative importante, atât sistemice (secundare absorbției transcutanate: supresia glandelor suprarenale, depresia imunitară, afectarea oculară, încetinirea creșterii și favorizarea infecțiilor secundare), cât și cutanate (atrofie, vergeturi, telangiectazii, acnee, foliculite). Acestea din urmă, adesea ireversibile, sunt din ce în ce mai des întâlnite, deoarece pacienții nu sunt corect informați sau achiziționează preparatele fără prescripție medicală.

▪ pacienții trebuie să fie corect informați despre riscurile aplicării abuzive ale acestor medicamente.

7. Selecția dermatocorticoizilor

▪ alegerea vehiculului

- unguentul - eficacitate mare, se administrează pentru tratamentul leziunilor cronice (hiperkeratozice, lichenificate, fisurate). Greu acceptat cosmetic.

- crema - se administrează pentru tratamentul leziunilor subacute și acute. Este acceptată cosmetic. Are în compoziție conservanți posibil sensibilizanți.

- loțiunea, spray-ul, gelul - acceptabilitate cosmetică maximă, indicate pentru tratamentul leziunilor acute și al zonelor părtoase. Conțin alcool sau propilen glicol care pot determina senzație de arsură la aplicare.

▪ tipul leziunii

- leziuni acute, tegumente subțiri - se preferă dermatocorticoizi nefluorurați clasa (III)

- leziuni cronice, tegumente groase - se preferă dermatocorticoizi clasa III eventual IV

▪ tegumentele sensibile (față, pliuri) necesită administrarea de dermatocorticoizi cu profil de siguranță ridicat (clasa III nefluorurați)

8. Administrarea dermatocorticoizilor

▪ dermatocorticoizii se administrează topic singur și nu în combinație cu un alt preparat cortizonic (pe o rețetă nu se pot afla 2 preparate cortizonice de clasă III fără moleculă fluorurată)

▪ cantitatea de dermatocorticoizii administrată este în conformitate cu sistemul "unității falangiene" - Anexă

▪ suprafața maximă pe care poate fi administrat dermatocorticoizii este de 30%.

9. Bibliografie

[1] McKenzie AW, Stoughton RB. Method for comparing percutaneous absorption of steroids. Arch Dermatol 1962; 86: 608 - 610

[2] ***. Consensul Național de Utilizare a Dermatocorticoizilor. Dermato-venerologie, 1997; LXIV (1): 5b

[3] Hein R, Bosserhoff A, Wach F et al. Effect of a newly synthesized glucocorticosteroid - mometasone furoate: on human keratinocytes and fibroblasts in vitro [abstract]. În: International Meeting Skin Therapy Update 94: 1994: 256

[4] Koivukangas V, Karvonen J, Risteli J et al. Topical mometasone furoate and betamethasone-17-valerate decrease collagen synthesis to a similar extent in human skin in vivo. Br J Dermatol 1995 Jan; 132: 66-8

Anexa 10.1

Sistemul unității falangiene

O unitate falangiană echivalează cu aproximativ 2,5 cm sau 0,5 g de preparat topic (cremă sau unguent). Pentru tratamentul corect se recomandă următoarele cantități, suficiente pentru acoperirea diferitelor regiuni ale corpului

regiunea	3-6 luni	1-2 ani	3-5 ani	6-10 ani	adult
față și gât	1 FTU	1,5 FTU	1,5 FTU	2 FTU	2,5 FTU
torace anterior	1 FTU	2 FTU	3 FTU	3,5 FTU	7 FTU
torace posterior (+fese)	1,5 FTU	3 FTU	3,5 FTU	5 FTU	7 FTU
membru superior	1 FTU	1,5 FTU	2 FTU	2,5 FTU	3 FTU
- mână					1 FTU
membru inferior	1,5 FTU	2 FTU	3 FTU	4,5 FTU	6 FTU
- picior					2 FTU

N.B. Cantitatea maximă de dermatocorticoizi administrată corect - 30% din suprafața corporală - este de 2 tuburi de medicament săptămânal.

ANEXA Nr. 11

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU DERMATOFIȚII

1. Introducere

1.1. Definiție

Dermatofitiile sunt dermatomicoze produse de un grup de fungi paraziți, caracterizat prin Keratofilie ce afectează omul și animalele care pot produce leziuni inflamatorii cu aspect clinic variat putând fi superficiale sau profunde cu posibilă afectare a anexelor cutanate.

1.2. Importanța medico-socială

Epidermofitiile se întâlnesc în 15-30% din populația adultă, în special cea urbană, iar în unele colectivități sportive sau în internate afectează până la 50% din persoane.

Factori favorizanți: ciorapii și lenjeria sintetică, încălțămintea sintetică și de cauciuc, utilizarea detergenților și nu a săpunului, viața în colectivități, cămine, etc.

Ultimele studii scot în evidență tendința scăderii masive a pilomicozelor și creșterea însemnată a micozelor determinate de *T. rubrum* (aproximativ 45% din totalul micozelor).

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale vor fi abordate ulterior la forme clinice.

2.2. Explorări diagnostice:

2.2.1. - minimale: examenul direct a produsului patologic (scuame, fir de păr, raclaj unghial)

2.2.2. - opționale:

- Însămânțare pe medii de cultură selective (ex. mediu Sabouraud)
- IDR cu extracte de cultură de ciuperci
- Antibiograma antifungică
- Examinare lampa Wood

2.3. Forme clinice (și complicații)

a) Tinea cruris: prurit inghino-genital, zonă congestivă și/sau madidantă cu un chenar de vezicule sau scuamo-curste la periferie.

b) Tinea pedis: prurit de intensitate mare interdigitoplar, macerare albă, fisurare și veziculația spațiilor interdigitale (mai ales IV), descuamație lamelară, vezicule dishidrotice.

c) Tinea faciei: plăci circinate, cu margini elevate, leziuni eritematoscuamoase sau leziuni papuloase, prurit prezent

d) Tinea manuum: formă hiperkeratozică sau formă veziculoasă exudativă de obicei unilaterală

e) Pilomicozele sunt localizate la nivelul scalpului și a bărbii,

f) Tinea capitis: afectează regiunea scalpului și are următoarele variante clinico-etilogice:

▪ Microsporia: apare la copii școlari și produce mici epidemii în colectivități, fiind foarte contagioasă. Clinic: plăci mari scuamoase la nivelul scalpului cu fire de păr rupte egal la 3-4 mm de la emergență, cu aspect îngroșat de un depozit pulverulent în manșon, evidențierea dermatofitului la examenul firului de păr tip ectotrix, la lampa Wood apare fluorescență verzuie:

▪ Tricofitija forma uscată: plăci scuamoase în pielea păroasă a scalpului de talie mică, numeroase cu fire de păr rupte la diferite nivele: parazitare endotrix

▪ Tricofitija forma profundă inflamatorie: leziuni papulonodulare pustuloase, intens inflamatorii, grupate sau confluențe tumorale în pielea scalpului, la copii (Kerion Celsi) sau pielea bărbii la adult (Sicosis); epilarea este lejeră; examen micotic - parazitare ectotrix.

▪ Favusul: alopecie atrofo-cicatricială progresivă, excentrică, cu alterarea elasticității și luciului firului de păr, apariția godeului favic, decelarea parazitului prin examen micologic endotrix cu aspect de băț de bambus

▪ Tinea unguium: deformare și friabilitate unghială, îngălbenirea unui sector din lama unghială, detașarea lamei unghiale de patul unghial.

Complicații: pot apărea complicații infecțioase - piodermită stafilococică sau erizipel în cazul micozelor plantare sau chiar și altă localizare. Eczematizarea este destul de frecventă. Limfangită cu adenopatie locoregională în cazul pilomicozelor inflamatorii.

3. Atitudine terapeutică.

3.1. Principii generale:

▪ Pentru formele de micoză superficială - tratament concomitent cu evitarea factorilor favorizanți și a autocontagiunii sau a contagiunii în familie și colectivitate.

▪ Pentru pilomicoze - izolarea cazurilor cu anchetă epidemiologică și controlul copiilor din colectivități, spitalizarea celor bolnavi, dezinfectia obiectelor cu care a venit în contact bolnavul;

▪ Pentru micozele zooflice se va efectua controlul veterinar al animalelor din anturajul bolnavului.

3.2. Tratamentul ambulator se pretează la toate formele de micoză superficială.

3.2.1.

>> Educația pacientului

>> Protecția persoanelor din anturajul bolnavului

>> Supravegherea tratamentului

3.2.2. Tratamentul medicamentos:

>> Prođuși topici: derivați imidazolici (clotrimazol, miconazol, econazol, ketoconazol, bifonazol, fenticonazol etc.), terbinafină, ciclopiroxolamina

>> produși de uz general: terbinafină, itraconazol, fluconazol

Tratamentul dermatofitiilor se poate face numai topic și/sau sistemic în funcție de:

▪ Localizarea la nivelul unghiilor și părului necesită și tratament sistemic

▪ Micozele inflamatorii necesită tratament sistemic

▪ Leziunile localizate extinse necesită și tratament local și sistemic

Tratamentul antimicotic topic se aplică 1-8 săptămâni.

În cazul pilomicozelor inflamatorii se indică și epilarea mecanică.

Onicomicozele pot fi tratate:

a) sistemic 4-12 luni

b) chirurgical plus tratament antimicotic sistemic (itraconazol, fluconazol, terbinafina)

c) local: avulsie chimică plus tratament antimicotic local și sistemic

3.3. Criterii de internare:

<> Micozele superficiale extinse și complicate cu infecția bacteriană

(erizipel) și eczemă

<> Micozele profunde

<> Pilomicozele uscate și inflamatorii.

3.4. Tratamentul spitalicesc - conform formei clinice și complicațiilor coexistente.

3.5. Dispensarizarea:

- <> Supravegherea tratamentului până la vindecare
- <> Prevenirea recidivelor
- <> Controlul colectivităților (anchetă, depistare, tratament)
- <> Control al mediului profesional favorizant.

ANEXA Nr. 12

DERMATOMIOZITA

1. Introducere

1.1. Definiție

Dermatomiozita este o boala autoimună în care există afectare cutanată și musculară.

Clasificarea BOHAN

1. Polimiozita

2. Dermatomiozita

3. Polimiozita sau dermatomiozita paraneoplazică

4. Dermatomiozita copilului

5. Polimiozita sau dermatomiozita asociată cu o altă colagenoză

1.2. Importanța medico-socială

- afectarea cutanată apare la 30-40% dintre adulți și respectiv 95% dintre copii cu dermatomiozita

- frecvența 5,5 cazuri la 1 milion

- raportul femei : bărbați este de 2:1

- frecvența maximă de apariție între 50-60 de ani

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

- eritem violaceu periorbital, asociat sau nu de edem

- papulele Gottron - pe fața dorso-laterală a articulațiilor mai ales metacarpofalangiene, interfalangiene

- scăderea forței musculare simetric la musculatura proximală, centurile scapulo-humerale și coxo-femorale

2.2. Explorări diagnostice

- dozarea enzimelor musculare (creatin kinaza, aldolaza serică, transaminazele ASAT, ALAT, lactic dehidrogenază), creatinurie

- teste inflamatorii

- electromiograma

- biopsie musculară

- creatinurie

- anticorpii antinucleari, anti-Jo

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice

- ameliorarea forței musculare

- ameliorarea manifestărilor cutanate

- normalizarea nivelului seric al enzimelor musculare

3.2. Tratament

3.2.1. Măsuri generale

- evitarea expunerii la soare

- utilizarea de fotoprotectoare

- repaus

3.2.2. Tratament medicamentos

TOPIC

- corticosteroizi topici (clasa I-III) dacă sunt prezente leziuni cutanate

SISTEMIC

- corticosteroizi

-> de elecție

-> administrarea precoce îmbunătățește prognosticul

-> prednison (prednisolon) la adult 1-1,5 mg/kgc/zi; la copil 1-2 mg/kgc/zi - după ameliorarea simptomatologiei doza se reduce progresiv

-> tratamentul se menține 12 luni pentru prevenirea recidivelor

-> în formele acute - terapie puls cu metilprednisolon intravenos

- imunosupresive

-> în caz de eșec al corticoterapiei sistemice (nu apare răspuns terapeutic la glucocorticoizi, dozele de glucocorticoizi

sunt prea mari, efecte secundare importante)

▪ azathioprina 1-2 mg/kgc/zi,

▪ ciclofosfamida 1-2 mg/kgc/zi,

▪ methotrexat 10-25 mg/săpt,

▪ clorambucil 2-6 mg/zi,

▪ ciclosporina 5 mg/kgc/zi

3.3. Criterii de internare

NOTA: Internarea este obligatorie

- internarea este necesară:
 - la debut pentru stabilirea diagnosticului
 - în terapia de atac
 - în cazul apariției efectelor secundare ale terapiei
 - pentru monitorizarea tratamentului și a efectelor adverse

3.4. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- depistarea cazurilor noi și dirijarea pentru internare
- supraveghere terapeutică

ANEXA Nr. 13

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU ERITEMUL NODOS

1. Introducere

1.1. Definiție

Eritemul nodos este o paniculită septală caracterizată prin:

- etiologie multiplă
- erupție nodulară eritematoasă cu evoluție de tip contuziform
- vindecare fără cicatrici, fără atrofie

Notă: etiologia eritemului nodos- infecții - bacteriene-streptococ, Yersinia, Salmonella,

- virale - HVB, HVC
- Chlamydia psittaci
- micoze - Trichophyton verrucosum, blastomicoza
- specifice - bacil Koch, lepra
- sarcoidoza
- medicamente - contraceptive orale, sulfonamide
- enteropatii - colita ulcerativă
- neoplazică - leucemii, limfoame

1.2. Importanță medico-socială

- afectează toate vârstele, preponderent între 20-45ani
- preponderent la femei, sex ratio 6:1

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice

- stadiu prodromal - doar în formele de etiologie infecțioasă
- febră, frison, maleză
- rinoree, disfagie, tuse seacă
- diaree, dureri abdominale difuze
- perioada de stare - noduli subcutanați, rău delimitați, eritematoși, dureroși
- cresc lent până la diametre de 4-5 cm, progresiv apar leziuni noi
- localizați inițial pretibial se extind pe coapse
- pot apare și pe brațe dar sunt mai mici și mai superficiali
- din a doua săptămână devin purpurici apoi galben-verzui
- asocierea artritei și manifestări respiratorii = sindrom Lofgren
- vindecarea - în 3-6 săptămâni, fără ulcerare, fără atrofie, fără cicatrici
- hiperpigmentare reziduală

2.2. Explorări diagnostice

- teste de inflamație: VSH, proteina C reactivă, fibrinogen, hemogramă, alpha2 globulina
- RX toracic: infiltrate tbc, adenopatii hilare bilaterale (sarcoidoză)
- Teste imunologice: titru ALSO (streptococ)
- teste imunologice: - anticorpi antiYersinia
- anticorpi antiChlamidia
- anticorpi antiHVC
- teste cutanate: IDR la tuberculină
- biopsie cutanată - profundă, nu punch-biopsie
- paniculită fără vasculită, infiltrat mixt septal
- leziunile vechi prezintă infiltrat granulomatos

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice: Remisia completă a leziunilor

Tratamentul etiologic

Prevenirea recidivelor

3.2. Măsuri generale - repaus

- întreruperea altor medicații (contraceptive orale, sulfonamide)

3.2.2. Tratament medicamentos

- Tratament etiologic

- Antiinflamatoare nesteroidice - Aspirină 2 g/zi, sau Indometacin 75 mg/zi
- Iodură de potasiu - 360-900 mg/zi, 3-4 săptăm.
- Local - dermocorticoizi (clasa III, nefluorurați)

3.3 Criterii de internare

- forme necontrolabile cu tratament ambulator
- forme cu etiologie incertă

3.4 Tratamentul în spital

- tratament etiologic după stabilirea cauzei eritemului nodos
- corticoterapie sistemică - Prednison 40 mg/zi, 10 zile
- numai în cazuri refractare

3.5 Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- dirijarea pentru internare a cazurilor cu etiologie incertă
- monitorizare tratamentului

ANEXA Nr. 14

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU ERITEMUL POLIMORF

1. Introducere

1. Definiție: este o boală cutaneo-mucoasă plurietologică, caracterizată prin erupții cutanate eritemato-papuloase, uneori și veziculoase, pe extremități în forma minoră și respectiv erupții eritemato-papulo-buloase cutanate diseminate și coafectarea mucoaselor prin eroziuni în forma majoră.

2. Importanță medico-socială: vârf de incidență între 15 - 30 ani; mai frecventă primăvara și toamna; forma minoră se corelează mai frecvent cu infecția herpetică, este spontan rezolutivă în 3 - 6 săptămâni, dar de regulă recidivează; forma majoră se corelează mai frecvent cu pneumonia cu *Mycoplasma pneumoniae*, cu stare generală gravă și potențial letal în circa 5 - 15% din cazuri.

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

- Forma minoră: papule eritematoase mari (de 5 - 15 mm diametru) cu aspect caracteristic "în cocardă" dispuse topografic de elecție pe extremități (mâini, picioare, antebrățe, gambe) cu senzația de prurit, arsură sau parestezii. Variante ale formei minore: papule eritematoase cu vezicule sau bule în centrul lor sau tipul "herpes iris" constând dintr-o bulă în centru, o periferie cu vezicule și o zonă intermediară eritematoasă sau/și purpurică; leziunile sunt numeroase și localizate de asemenea pe extremități.

- Forma majoră (Sindrom Stevens-Johnson): erupție buloasă generalizată asociată cu papule eritematoase "în cocardă" sau grupate în plăci policiclice și întotdeauna eroziuni sângerânde ce se acoperă cu pseudomembrane pe mucoase fiind afectare în ordinea frecvenței mucoasa bucală, buzele, genitală, nazală, oculară, perianală, rar faringiană, laringiană, esofagiană. Bolnavii sunt febrili cu stare generală alterată.

2.2. Explorări diagnostice: sunt în funcție de etiologia probabilă, care poate fi:

- virală (herpes simplex - pentru 50% din cazurile de EP minor -, adenovirusuri, virusuri gripale, coxsackie, hepatitice, etc)

- *mycoplasma pneumoniae* - pentru circa 50% din cazurile de EP major

- infecții streptococice ale căilor aeriene superioare sau enterocolite cu *Yersinia*

- medicamente (AINS, sulfamide, barbiturice, fenotiazine, anticoncepționale, etc). Observație: postmedicamentos pot să apară atât EP minor cât și EP major

- boli generale: neoplazii, colagenoze, panarterită nodoasă, boala Crohn

Minimale: VSH, hemoleucogramă, ex.sumar de urină (posibilă hematurie)

Observație: valori normale - probabilă etiologie postmedicamentoasă; VSH crescută și leucocitoză - probabilă etiologie bacteriană.

Optime: funcție de etiologia probabilă, de la Rx pulmonar la screening oncologic.

3. Forme clinice și complicații (unde este cazul)

a) Forma minoră: când se formează veziculo-bule poate apare și o minimă coafectare prin eroziuni a mucoasei bucale; practic spontan rezolutivă, fără complicații;

b) Forma majoră - complicații:

- pneumonie interstițială cu *mycoplasma* în circa 50% din cazuri (probabil cauza bolii)

- conjunctivită catarală sau purulentă (în 90% din cazuri), uneori keratite, ulceratii corneene și sinechii, leucoame sau cecitate după regresia bolii

- tulburări digestive cu diaree și/sau vărsături, cauzatoare de dezechilibru hidroelectrolitic la copii

- renal: hematurie și rar insuficiență renală acută prin necroză tubulară

- neurologic: meningoencefalită, reacție meningeală, hemoragii cerebrale cu plegii diverse, poliradiculonevrită

- cardiac: sufluri valvulare, modificări nespecifice pe EKG

- poliartralgii

4. Atitudine terapeutică

4.1. Principii generale

Obiective terapeutice

Maximale: vindecare

Minimale: reducerea frecvenței recidivelor

4.2. Tratament ambulator

4.2.1. Măsuri generale

Tratament medicamentos

- topic: dermatocorticoizi (clasa III nefluorurați, clasa I)

- general: corticoterapie generală 0,5 - 1 mg/kg corp (echivalent Predison) cu sevraj după remisiunea erupției cutaneo - mucoase

4.2.2. Criterii de internare și dirijare

Formele minore de Eritem polimorf se tratează ambulatoriu după indicația medicului specialist

Formele majore de Eritem polimorf și toate situațiile cu complicații se internează de urgență sub coordonarea medicului dermatolog.

4.3. Tratamentul în spital

medicația etiologică: antibiotice dacă este cazul

medicația remisivă (patogenetică, modificatoare de boală)

- corticoterapia generală 0,5 mg/kg corp echivalent Predison sub protecție de antibiotice de spectru larg până la remisiunea erupției cutaneo-mucoase, reechilibrare hidro-electrolitică în funcție de caz

- tratamentul specific al complicațiilor renale, oculare, neurologice;

medicația simptomatică: antitermice

medicația topică: dermatocorticoizi (clasa III nefluorurați, clasa I), badijonări bucale cu soluții antiseptice (soluție Castellani, albastru de metilen)

4.4. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- depistarea cazurilor noi sau recidivate și îndrumarea către specialist

- supravegherea terapeutică și evolutivă după externare

- profilaxia infecției herpetice recurente cu 2 ori 400 mg Acyclovir/zi timp de 9 - 12 luni, la recomandarea medicului specialist.

ANEXA Nr. 15

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU ERIZIPEL ȘI CELULITĂ

1. Introducere

1.1. Definiție

Erizipelul și celulita sunt infecții ale țesutului celular subcutanat caracterizate prin inflamație acută difuză, edematoasă a dermului și țesutului subcutanat frecvent asociată cu semne generale.

Particularități:

Erizipelul este o infecție a țesutului subcutanat superficial/celulită superficială cu prinderea vaselor limfatice produsă de streptococi betha-hemolitic de grup A și rar de stafilococul aureu.

Celulita este o infecție mai profundă a țesutului celular subcutanat produsă de stafilococul aureu, streptococi de grup A, pneumococi, bacili gram-negativi, criptococi.

1.2. Importanța medico-socială:

- infecție sporadică
- apare la orice vârstă
- distribuție egală pe sexe

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

- antecedente de leziune cu soluție de continuitate
- debut brusc cu semne generale: febră, frison, stare generală alterată
- local: placard eritematos, dureros cu următoarele particularități:

Erizipel	Celulită
Placard bine delimitat cu burelet marginal Placard cald, edematos, eritematos Adenopatie loco-regională sensibilă Vindecare cu descuamare fină, superficială	Placard flu delimitat Frecvent apar bule, eroziuni Adenopatie loco-regională sensibilă Vindecare cu descuamare fină, superficială

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale

- teste de inflamație: VSH, leucocitoză cu neutrofilie, proteina C-reactivă
- explorarea funcției renale
- examen bacteriologic direct și cultură din leziunea soluției de continuitate
- serodiagnostic: pentru erizipel: ASLO

2.2.2. Opționale

- hemocultură
- biopsie profundă
- examen bacteriologic prin aspirat tisular: examen direct colorat Gram, cultură

- serodiagnostic: pentru erizipel: antistreptokinaze, antistreptodornaze B

2.2.3. Forme clinice și complicate

- celulita la copii cu localizare facială- periorbitală- produsă de haemophilus influenzae
- perianală - produsă de streptococi de grup A
- eritem perianal, fisuri radiale
- durere la defecație, prurit.
- infecții ale plăgilor chirurgicale
- celulita după mușcătura de animale și înțepătura de insecte
- infecții produse de cateter

Complicații:

- acute - locale: abces, necroză, hemoragie
- sistemice: bacteriemii, sepsis, glomerulonefrită poststreptococică, sindrom de șoc streptococic, SSSS, toxidermie medicamentosă.

- tardive: erizipel recidivant, limfedem cronic, elefantiazis

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice

- remisia completă a infecției
- prevenirea recidivelor
- tratamentul factorilor favorizanți (ulcer de gambă, plagi traumatice, escare, intertrigo interdigital)

3.2. Tratament prespitalicesc

3.2.1. Măsuri generale

- repaus
- drenaj decliv
- local: comprese sterile reci

3.2.2. Tratament medicamentos

- antibiotice antistreptococice: penicilină G 4 mil. U/zi im. sau eritromicină 2g/zi sau macrolid echivalent
- clindamicină 900 mg/zi sau fluorochinolone
- antibiotice antistreptostafilococice: roxitromicină, josamicină etc.
- combinații antibiotice (gentamicină + penicilină G)

3.3. Criterii de internare

- de primă intenție - tablou clinic sever, placard bulos, purpuric, necrotic
- localizări cefalice
- teren tarat
- secundare - evoluție nefavorabilă după 48 h de tratament ambulatoriu

3.4. Tratament în spital

- antibiotic - conform antibiogramei, injectabil

Stafilococ:

Stafilococ	De primă intenție	Alternativă
Penicilazo - negativ	Penicilina G	Cefalosporine Clindamicina Fluorochinolone
Penicilazo - pozitiv	Amoxiclină/acid clavulanic	Fluorochinolone
Meticilino - rezistenți	Ampicilină/sulbactam Imipenem Vancomicină	Teichoplanină Rifampicină

Streptococ:

Streptococ	De primă intenție	Alternativă
Grup A, B, C, D	Peniciclină G 6-12 mil. u./zi	Eritromicină Josamicină Cefalosporine Claritromicină Azitromicină

- debridare chirurgicală

3.5. Dispensarizare/sarcinile medicului de familie

- tratamentul formelor ușoare de boală
- tratamentul factorilor favorizanți și a porții de intrare (ex. tinea pedis)
- profilaxia recidivelor (benzathin-penicilină).

Scor PASI:
Scor CDLQI:

GREUTATE (Kg): _ _ _
TALIE (cm): _ _ _

CONDUITA TERAPEUTICĂ:

Doza de etanerceptum pentru acest pacient este de (0.8 mg/kg), administrat subcutanat o dată pe săptămână

EVALUAREA TRATAMENTULUI

Evidența efectului

		Evaluare							
La 24 luni		Inițială		La 6 luni		La 12 luni		La 18 luni	
Scor	%*	Scor	%*	Scor	%*	Scor	%*	Scor	%*
PASI									
CDLQI									

* Procentul ameliorării (-) sau agravării (+) față de scorul evaluării inițiale.

Data _

//_/ _ _ _

Reacții adverse înregistrate:

.....
.....
.....
.....

Complianța la tratament:

Bună Necorespunzătoare

Concluzii, observații, recomandări:

.....
.....
.....
.....

Medic curant dermatolog:

Nume Prenume

Unitatea sanitară

Adresa de corespondență

Telefon: Fax E-mail

Parafa:

Semnătura:

Data _ _ / _ _ / _ _ _ _

NOTĂ:

Fișa se completează citeț, la toate rubricile, alegând varianta corespunzătoare și precizând detalii acolo unde sunt solicitate. Fișele incomplete nu vor fi analizate.

Completarea fișei se face la inițierea terapiei, la 3 luni și apoi în principiu la fiecare 6 luni (sau mai des la solicitarea Comisiei). Odată cu propunerea de inițiere a terapiei, medicul curant semnat al fișei își asumă responsabilitatea privind corectitudinea datelor furnizate și acceptă să prezinte (la cererea Comisiei) documente medicale care să le justifice, de

asemenea acceptă și obligația de a administra corect terapia și de a face monitorizarea corespunzătoare a pacientului, în vederea evaluării eficienței și siguranței tratamentului.

La evaluările de control vor fi completate cu date suplimentare rubricile corespunzătoare privind evoluția bolii, terapia administrată, eventualele reacții adverse și co-morbidități.

Se consideră implicită semnalarea oricăror reacții adverse semnificative, precum și efectuarea unei evaluări finale în cazul întreruperii terapiei (din orice motiv s-ar face aceasta).

După întreruperea terapiei este obligatorie efectuarea unor evaluări de control, la fiecare 6 luni, pentru toți pacienții care au fost supuși tratamentului cu agenți biologici.

Este obligatorie păstrarea dosarului medical complet al pacientului (bilete externare, fișe ambulator, analize medicale, etc) la medicul curant semnat al fișei pentru eventuala solicitare a acestuia de către Comisie.

ANEXA Nr. 17

Insuficiența venoasă cronică a membrelor inferioare
Ghid de tratament

Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs: Guidelines (International Acute and chronic Venous Disease: current status and future directions) (Journal of Vascular Surgery, vol 45, suppl 3, December 2007) according to Scientific Evidence (2008) in conformance with the 27th febr. future directions

DEFINIȚIE ȘI EPIDEMIOLOGIE

Insuficiența Venoasă Cronică este caracterizată de simptome și semne instalate ca rezultat al alterărilor structurale și funcționale ale venelor.

Simptomele caracteristice sunt senzația de picior greu, senzația de picior obosit, crampele predominant nocturne, durerea, pruritul, senzația de arsură sau senzația de picior umflat.

Semnele includ telangiectazii, vene reticulare, vene varicoase, edemul, modificările trofice cutanate cum ar fi: lipodermatoscleroza, dermatita, pigmentarea și în stadiile evolutive finale - ulcerarea.

Epidemiologie:

La nivel mondial 10-33% din femeile adulte și 10-20% din bărbați au Insuficiență Venoasă Cronică. În statele europene prevalența este chiar mai mare de 20 până la 50%.

În România studii epidemiologice recente cu relevanță națională au arătat o prevalență a IVC de 32%.

TRATAMENT

Tratamentul Insuficienței Venozelor Cronice este complex, se face în funcție de stadiul bolii și include terapia medicamentoasă (sistemică sau locală), terapia compresivă, terapia locală a ulcerului venos, scleroterapia, terapia endovasculară și tratamentul chirurgical.

Tratamentul Insuficienței Venozelor Cronice se stabilește în funcție de stadiul bolii, după următorul protocol, tratamentul sistemic putând fi inițiat inclusiv de către medicul de familie.

1. Pacienți cu Insuficiență Venoasă Cronică în stadiul CEAP COs

Descrierea stadiului conform clasificării CEAP revizuite:

- pacienți fără semne palpabile sau vizibile de Insuficiență Venoasă Cronică dar cu simptome caracteristice: durere, senzație de picior greu, senzație de picior umflat, crampe musculare, prurit, iritații cutanate și oricare alte simptome atribuibile Insuficienței Venozelor Cronice.

Modalități terapeutice:

- schimbarea stilului de viață;
- tratament sistemic: diosmina (450 mg) + hesperidina (50 mg) micronizată - 2 tablete zilnic, tratament cronic;
- contenție elastică în funcție de fiecare caz în parte - ciorap elastic adaptat pacientului.

2. Pacienți cu Insuficiență Venoasă Cronică în stadiul CEAP C1

Descrierea stadiului conform clasificării CEAP revizuite:

- pacienți cu telangiectazii (venule intradermice confluate și dilatate cu diametrul mai mic de 1 mm) sau vene reticulare (vene subdermice dilatate, cu diametrul între 1 și 3 mm, tortuoase).

Modalități terapeutice:

- schimbarea stilului de viață;
- tratament sistemic: diosmina (450 mg) + hesperidina (50 mg) micronizată - 2 tablete zilnic, tratament cronic;
- contenție elastică - în funcție de fiecare caz în parte;
- scleroterapie.

3. Pacienți cu Insuficiență Venoasă Cronică în stadiul CEAP C2

Descrierea pacienților conform clasificării CEAP revizuite:

- pacienți cu vene varicoase - dilatații venozelor subcutanate mai mari de 3 mm diametru în ortostatism. Acestea pot să implice vena safenă, venele tributare safenei sau venele nonsafeniene. Au cel mai frecvent un aspect tortuos.

Modalități terapeutice:

- schimbarea stilului de viață;
- tratament sistemic: diosmina (450 mg) + hesperidina (50 mg) micronizată - 2 tablete zilnic, tratament cronic;
- contenție elastică - în funcție de fiecare caz în parte;

- scleroterapie;
- tratament chirurgical*).

*) Tehnica va fi selectată în funcție de fiecare caz în parte și în funcție de dotarea și experiența centrului medical.

4. Pacienți cu Insuficiență Venoasă Cronică în stadiul CEAP C3

Descrierea pacientului în conformitate cu clasificarea CEAP revizuită:

- pacienți cu edeme - definite ca și creșterea perceptibilă a volumului de fluide la nivelul pielii și țesutului celular subcutanat, evidențiat clinic prin semnul godeului. De cele mai multe ori edemul apare în regiunea gleznei dar se poate extinde la picior și ulterior la nivelul întregului membru inferior.

Modalități terapeutice:

- schimbarea stilului de viață;
- tratament sistemic: diosmina (450 mg) + hesperidina (50 mg) micronizată - 2 tablete zilnic, tratament cronic;
- contenție elastică - în funcție de fiecare caz în parte.

5. Pacienți cu Insuficiență Venoasă Cronică în stadiul CEAP C4

Descrierea pacientului conform clasificării CEAP revizuite:

C4a - pacienți care prezintă:

- pigmentația - colorarea brun închis a pielii datorită extravazării hematiilor. Apare cel mai frecvent în regiunea gleznei dar se poate extinde către picior, gambă și ulterior coapsă.

- Eczema: dermatita eritematoasă care se poate extinde la nivelul întregului membru inferior. De cele mai multe ori este localizată în apropierea varicelilor dar poate apărea oriunde la nivelul membrului inferior. Este cel mai frecvent consecința Insuficienței Venoase Cronice, dar poate să fie și secundară tratamentelor locale aplicate.

C4b - pacienți care prezintă:

- Lipodermatoscleroza: fibroza postinflamatorie cronică localizată a pielii și țesutului celular subcutanat, asociată în unele cazuri cu contractură a tendonului Ahilean. Uneori este precedată de edem inflamator difuz, dureros. În acest stadiu pretează la diagnostic diferențial cu limfangita, erizipelul sau celulita. Este un semn al Insuficienței Venoase Cronice foarte avansate.

- Atrofia albă: zone circumscrie de tegument atrofie, uneori cu evoluție circumferențială, înconjurate de capilare dilatate și uneori de hiperpigmentare.

Modalități terapeutice:

- schimbarea stilului de viață;
- tratament sistemic: diosmina (450 mg) + hesperidina (50 mg) micronizată - 2 tablete zilnic, tratament cronic;
- contenție elastică - în funcție de fiecare caz în parte.

6. Pacienți cu Insuficiență Venoasă Cronică în stadiul CEAP C5, 6

Definirea tipului de pacient conform cu clasificarea CEAP revizuită:

C5 - ulcer venos vindecat

C6 - ulcer venos activ - leziune ce afectează tegumentul în totalitate, cu substanța care nu se vindecă spontan. Apare cel mai frecvent la nivelul gleznei.

Modalități terapeutice:

- schimbarea stilului de viață;
- tratament sistemic: diosmina (450 mg) + hesperidina (50 mg) micronizată - 2 tablete zilnic, tratament cronic;
- contenție elastică - în funcție de fiecare caz în parte;
- tratament topic local*;
- tratament antibiotic sistemic**.

*) Tratamentul topic local va fi ales în concordanță cu fiecare caz în parte.

**) Tratamentul antibiotic local este de evitat datorită riscului de selectare a unei flore bacteriene rezistente sau plurirezistente la antibiotice. Se recomandă administrarea de antibiotice sistemice în prezența unor dovezi bacteriologice de infecție tisulară cu streptococ beta-hemolitic.

ANEXA Nr. 18

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU LICHEN PLAN

1. Introducere

1.1. Definiție: boală de etiologie neprecizată, de regulă a adultului, constând dintr-o erupție tegumentară papulo-scuamoasă cu elemente predominant izolate, pruriginoase, care poate prezenta asociat modificări ale mucoaselor bucală și genitală, spontan rezolutivă cu excepția formei de lichen plan hipertrofic, care persistă cronic indefinit

1.2. Importanță medico-socială

- boală relativ frecventă la adulți cu meserii solicitante psihic (stres zilnic)
- asociere posibilă cu hepatite cronice cu virus C sau cu situația de purtător asimptomatic de virus hepatitic C
- pruritul intens poate induce insomnie, neurastenii și nevroze de situație cu alterarea calității vieții

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

- papule poligonale, plate, violacee, unele ombilicate patognomonic, lucioase privite din lateral, acoperite de o scumă albă, aderentă, unistratificată, localizate simetric și caracteristic pe fețele de extensie ale membrilor și fața anterioară a articulației radio-carpene;

- unele papule confluează în plăci psoriaziforme care relevă rețeaua albă licheniană Wickham, patognomonică, după badijonare cu ulei de parafină;

- în circa 50% din cazuri asociază modificări caracteristice ale mucoasei bucale sau/și genitale, constând din striuri albe cu aspect de rețea (bucal predominant pe linia de ocluzie dentară) și uneori eroziuni;

- erupția cutanată poate fi pruriginoasă (modificările albe ale mucoaselor sunt asimptomatice, cele erozive sunt dureroase).

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale: fără (diagnostic clinic)

2.2.2. Opționale:

- examen histopatologic

- imunofluorescență directă în lichenul bulos pentru diferențierea de un pemfigoid bulos

- determinarea anticorpilor anti- HCV

2.3. Forme clinice și complicații (unde este cazul)

- lichen plan acut diseminat

- lichen plan actinic: debut după expunere intempestivă la soare, localizare pe zonele de maximă expunere;

- lichen plan al scalpului cu alopecie cicatricială definitivă

- lichen plan psoriaziform

- lichen plan bulos: impune efectuarea imunofluorescenței cutanate directe pentru a fi deosebit de pemfigoidul de tip lichen plan;

- lichen plan hipertrofic: papule puține și deosebit de mari, cu suprafață netedă sau verucoasă, situate pe gambe și fața dorsală a picioarelor, intens pruriginoase și persistente indefinit, relativ rezistente la tratament;

- lichen plan eroziv al mucoasei bucale: striuri albe și/sau eroziuni persistente și dureroase pe mucoasa cavității bucale, cu sau fără asocierea erupției tegumentare tipice. Impune efectuarea examenului histopatologic pentru diagnostic;

- lichen plan eroziv al degetelor cu onicoliză definitivă

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice

- Maximale: vindecare

- Minimale: controlul pruritului

3.2. Tratament ambulator

3.2.1. Măsurile generale: evitarea stresului, regim igienico-dietetic cu evitarea excitanților (cafea, alcool, etc) și condimentelor

3.2.2. Tratament medicamentos

topic:

- dermatocorticosteroizi potenți (clasa III) și superpotenți (clasa IV)

- retinoizi topici

-

general:

- corticoterapie generală 0,25 - 0,5 mg/kg (echivalent Predison) după excluderea eventualei infecții cu HCV

- PUVA - terapie

- antihistaminice, psihotrope

3.3. Criterii de internare și dirijare:

- toate formele atipice de lichen plan pentru precizarea diagnosticului

- formele clinice de lichen plan nereceptive la tratamentul ambulator

- contraindicații pentru corticoterapia generală

3.4. Tratamentul în spital

terapia etiologică: nu există

terapia fiziopatogenică:

- corticoterapie generală 0,5 - 1 mg/kg/zi (echivalent Prednison), cu excepția contraindicațiilor majore

- retinoizi (acitretin, neotiganon) în forme rezistente la corticoterapie generală, cu contraindicații la corticoterapia generală sau cu eroziuni extinse ale mucoaselor, în doze de 0,25 - 1 mg/kg corp/zi

- ciclosporină 1 - 5 mg/kg/zi (tratament de rezervă)

- sulfone (Disulone, Dapsone) în lichenul bulos

- antipaludice de sinteză în lichenul actinic

- afectările mucoaselor pot fi tratate cu infiltrații intralezionale cu cortizonice retard

- protopic în cazuri selectate de lichen plan eroziv

- topice cortizonice de potență înaltă

medicația simptomatică:

- antihistaminice, psihotrope

3.5. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- depistarea cazurilor noi cu îndrumarea lor la medicul specialist dermatovenerolog

- continuarea tratamentului inițiat în spital, supravegherea bolnavului pentru eventuale efecte adverse ale medicației

- internarea formelor atipice sau rezistente la tratamentul de ambulatoriu

Ghid de diagnostic și tratament

1. Introducere**1.1. Definiție**

Colagenoza majoră, de etiologie necunoscută, cu patogenie autoimună, caracterizată prin afectare cutanată și afectare sistemică gravă, ce poate să conducă la deces.

1.2. Importanța medico-socială

- incidența între 1-10 cazuri la 1 milion de locuitori
- raportul femei: bărbați este de 8: 1
- 85% din cazuri apar la femei în perioada fertilă

2. Criterii de diagnostic**2.1. Simptome și semne clinice esențiale**

- manifestări cutanate precipitate sau exacerbate de expunerea la soare (ultraviolete)
- rash malar (eritem al feței în forma de aripi de fluture)
- eritem periungheal
- teleangiectazii
- macule și papule eritematoase diseminate
- dureri articulare
- subfebrilități

2.2. Explorări diagnostice**2.2.1. Minimale**

- teste de inflamație - VSH, proteina C reactivă, proteinograma
 - teste imunologice: AAN, AA-ADN, anticorpi anti Sm, antifosfolipidici, anti Ro, anti La, crioglobuline, crioaglutinine, C3, C4, celule lupice

- teste hematologice - hemoglobină, hematocrit, leucocite, trombocite
- examen complet de urina, proteinurie cantitativă, Addis
- examinări biochimice - uree, creatinină
- examen nefrologic
- examen cardiologic
- examen neurologic
- examen radiologic pulmonar
- ex. histopatologic

2.2.2. Opționale

- imunofluorescență directă

Nota: după American College of Rheumatology diagnosticul de lupus eritematos sistemic este pozitiv dacă sunt prezente cel puțin 4 dintre următoarele criterii

- Rash malar
- Rash discoid
- Fotosensibilitate
- Ulcerații orale
- Artrita
- Serozita
- Afectare renală
- Afectare neurologică
- Tulburări hematologice
- Tulburări imunologice
- Anticorpi antinucleari

3. Atitudine terapeutică**3.1. Principii generale**

- evitarea expunerii la ultraviolete artificiale și la soare
- utilizarea de fotoprotectoare cu spectru larg anti UVA și UVB, cu factor de protecție peste 15 - 30
- evitarea factorilor de agravare (medicamente)
- repaus

3.2. Tratament medicamentos**SISTEMIC**

- corticoizi sistemici --- doza de atac de 1 mg/kgc/zi
- se scade doza progresiv, în funcție de răspunsul clinic și paraclinic
- imunosupresoare --- în forme grave, rezistente la tratamentul cu corticoizi sistemici
- în forme cu complicații renale
- dacă apar efecte secundare ale corticoterapiei
- se utilizează: ciclofosfamida 1-2 mg/kgc/zi
- methotrexat 25 mg/săptămână
- ciclosporina A 3 mg/kgc/zi
- antimalarice de sinteza
- utile în perioada de scădere a dozei de corticoizi sistemici
- Hidroxiclorochin (Plaquenil) 200 mg/zi în 2 prize

--- efecte secundare: afectarea retinei - se recomanda control oftalmologic inițial și la fiecare 6 luni

TOPIC

- fotoprotectoare
- corticoizi topici (clasa I, clasa III)

3.3. Criterii de internare

- internarea este obligatorie:
 - la debut pentru stabilirea diagnosticului
 - în cazurile cu complicații viscerale
 - în cazul apariției efectelor secundare ale terapiei
 - pentru monitorizarea tratamentului (evaluarea clinică și paraclinică)

3.4. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- depistarea cazurilor noi și dirijarea pentru internare
- supravegherea terapeutică

ANEXA Nr. 20

LUPUSUL ERITEMATOS CRONIC (LEC)
Ghid de diagnostic și tratament

1. Introducere

1.1. Definiție

Afecțiune cutanată cronică de etiologie necunoscută, localizată pe zone fotoexpuse și declanșată sau agravată de expunerea la soare.

1.2. Importanța medico-socială

- frecvența maximă de apariție 20-40 de ani
- raportul bărbați : femei este de 3 : 2 până la 3 : 1
- 5% dintre pacienții cu LEC vor dezvolta lupus eritematos sistemic

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

- Plăci eritemato-papulo-scuamoase localizate pe zone fotoexpuse, care se vindeca cu cicatrici atroifice
- Plăci eritemato-papulo-scuamoase și alopecice pe pielea păroasă a capului

2.2. Explorări pentru diagnostic

2.2.1. Minimale

- examen histopatologic
- ex. hematologice
- probe inflamatorii
- ex. sumar de urina
- teste imunologice : AAN, AA-ADN, anticorpi anti Ro, anti La, C3, C4

2.2.2. Opționale

- imunofluorescență directă

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

- evitarea expunerii la ultraviolete artificiale și la soare
- utilizarea de fotoprotectoare cu spectru larg anti UVA și UVB, cu factor de protecție peste 15- 30

3.2. Tratament medicamentos

TOPIC

- corticosteroizi topici - de prima intenție în toate formele de lupus eritematos; clasa I-III în funcție de răspunsul terapeutic

- corticosteroizi administrați intralezional - pentru leziunile rezistente la corticosteroizii topici (sol. Triamcinolone acetonide)

SISTEMIC

- antimalarice - prima opțiune
- Hidroxiclorochin (Plaquenil) 200 mg/zi în 2 prize timp de 12 săptămâni cu reevaluare clinică și biologică
- se păstrează doza până la remisiunea leziunilor, apoi se scade treptat
- efecte secundare - afectarea retinei - se recomanda control oftalmologic inițial și la fiecare 6 luni
- cortizonice sistemice
- dapsona --- tratament alternativ, după corticosteroizii topici și antimalarice
- doza inițială 100 mg/zi - se ajustează în funcție de răspunsul terapeutic și efectele secundare
- alte tratamente (pentru cazurile severe, rezistente la tratamentele anterioare)
- azathioprina
- thalidomida
- acitretin
- izotretinoin

3.3. Criterii de internare

- internarea este necesară:
 - la debutul bolii pentru stabilirea diagnosticului
 - în cazurile rezistente la tratamentele obișnuite

3.4. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- depistarea cazurilor noi și dirijarea către medicul specialist
- monitorizarea tratamentului indicat de medicul specialist și a efectelor adverse

ANEXA Nr. 21

Ghid de diagnostic și tratament pentru melanom

1. Introducere

1.1. Definiție

Melanomul (M) este o tumoră care se dezvoltă din celulele pigmentare ale epidermului, cu malignitate ridicată și rată crescută de mortalitate. Factorul genetic și expunerea la radiația solară/ultravioletă reprezintă principalii factori de risc.

1.2. Importanță medico-socială

- Incidența în continuă creștere; incidența melanomului în Europa este de 12/100 000 iar prevalența de 1%.
- Afectează adulții de vârstă medie
- Femeile sunt afectate mai frecvent dar cu un prognostic mai bun.
- Apare mai frecvent:
 - la persoane care au au istoric de expunere îndelungată la soare și de arsuri solare, mai ales în copilărie.
 - în familii cu istoric de melanom malign (5% din MM)
 - la persoane cu nevi atipici, cu fototip I, II
 - deși apare pe leziuni nevice preexistente, în 60% din cazuri apare pe tegument indemn.

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

- criteriile clinice ABCDE:

Asimetrie

Bordură indentată

Culoare neuniformă/mozaic coloristic

Dimensiuni > 6 mm

Evoluție

- nodul sau tumoră de culoare maro- sau neagră cu creștere rapidă
 - pată pigmentară cu contur neregulat, extindere lentă, devine după un timp proeminentă, apare la persoane vârstnice, cel mai frecvent pe față
 - pată pigmentară neregulată, cu creștere lentă, localizată pe degete, palmar, plantar
 - tumoră nepigmentată, proeminentă sau ulcerată
- Orice leziune pigmentară care se modifică în scurt timp este suspectă de malignitate.

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale

- examen clinic
- dermoscopie
- examen histopatologic al leziunii (biopsie excizională). Se indică biopsie incizională numai în cazurile în care nu se poate realiza excizia terapeutică.
 - determinarea parametrilor de microstadializare histopatologică: nivel Clark, indice Breslow
- Melanom confirmat histopatologic:
 - teste de sânge: hemoleucogramă, LDH, TGO, TGP,
 - palparea ariei ganglionare regionale:
 - ganglioni palpabili: biopsie ganglionară și examen histopatologic
 - ganglioni nepalpabili: biopsia ganglionului santinelă pentru melanoame cu grosime Breslow peste 1 mm (în centre dotate pentru aceasta).
 - ecografia grupului sau grupurilor de ganglioni regionali pentru melanom > în situ
 - ecografia abdominală pentru melanom > în situ
 - examen radiologic toracic: pentru tumori cu grosime Breslow > 1 mm
 - analiză imunohistologică - Proteină S100, HMB-45 pentru situațiile în care examenul histopatologic este neconcludent.

2.2.2. Opționale

- tomografie computerizată, tomografie computerizată cu emisie de pozitroni
- Rezonanță electromagnetică
- PET scan
- microscopie confocală
- ecografie cutanată

2.2.3. Forme clinice și complicații

- Forme clinice:

- M extensiv în suprafață
- M nodular
- M acral
- M lentigo malign
- M acrom
- M lentiginos acral

- Complicații:
- Metastaze: cutanate și profunde (cerebrale, pulmonare, hepatice ș.a.)

2.2.4. Stadializare TNM:

	Stadiu clinic			Stadiu histopatologic		
	Tis	No	Mo	Tis	No	Mo
0	Tis	No	Mo	Tis	No	Mo
IA	T1a	''	''	T1a/< 1 mm	''	''
IB	T1b	''	''	T1b	''	''
IIA	T2a	''	''	T2a/1-2 mm	''	''
	T2b	''	''	T2b	''	''
IIB	T3a	''	''	T3a/2-4 mm	''	''
	T3b	''	''	T3b	''	''
IIC	T4a	''	''	T4a/> 4 mm	''	''
	T4b	''	''	T4b	''	''
III	Orice T	N1, N2, N3	''			
IIIA				T1-4a	N1a, 2a	
IIIB				T1-4b	N1a, 2a	
IIIC				T1-4a	N1b, 2b, 2c	
				T1-4b	N1b-2b	
IV	Orice T	Orice N	Orice M	Orice T	Orice N	Orice M

3. Atitudine terapeutică

3.1. Tratament profilactic

- se supraveghează clinic periodic tegumentul în totalitate și dermoscopic nevi atipici, mai ales la persoane care au istoric personal sau familial de melanom.
- se excizează orice leziune suspectă de a fi melanom
- se examinează histopatologic obligatoriu orice leziune excizată pentru suspiciune de melanom
- educarea pacienților pentru autoexaminare lunară a tegumentului
- leziunile suspecte de a fi melanom nu se temporizează: se trimit pentru examen dermoscopic sau biopsie excizională

3.2. Criterii de internare

- leziune pigmentară tumorală sau netumorală apărută de scurt timp, cu evoluție rapidă
- nev melanocitar care s-a modificat în ultimul timp, a crescut

3.3. Tratamentul în servicii dermatologice specializate

- tratament chirurgical; marginile de excizie recomandate sunt în funcție de grosimea tumorii:

Dimensiuni tumoră	margini libere excizie
- Melanom în situ:	0,5 cm
- <= 1 mm:	1 cm
- > 1 până la <= 2 mm	2 cm
- > 2 mm	3 cm

În cazul în care s-a practicat tehnica ganglionului santinelă se procedează la:

- supraveghere: ganglionul santinelă negativ
- limfadenectomie regională: ganglion santinelă pozitiv
- imunoterapie adjuvantă:

- interferon a2b conform protocoalelor internaționale
- interleukina-2

Melanom metastatic:

- chimioterapie: dacarbazină, vindesin, fotemustin
- interleukina-2

- Supraveghere: melanom cunoscut, tratat chirurgical, pentru control clinic și paraclinic:

Rx toracic

Ecografie abdominală

Ecografie ganglionară

Tomografie computerizată, rezonanță electromagnetică

- o dată pe an pentru melanom < 1 mm
- 2 ori/an pentru melanom < 1 mm și nevi numeroși
- 2 ori/an pentru melanom > 1 mm

- Factori de prognostic:

- Gradul de afectare limfonodală/GgS
- pentru M > 1 mm
- Corelat cu grosimea verticală a tumorii
- HP: grosime Breslow, nivel Clark, indice mitotic, infiltrat limfo-histiocitar intratumoral
- Ulcerația
- Localizare
- Vârsta
- Tip clinic

3.4. Dispensarizare

- în serviciul dermatologic: la 3-6 luni timp de 5 ani; anual după 5 ani
- sarcinile medicului de familie

- supraveghere clinică între controalele anuale sau bianuale efectuate în spital
- îndrumă către dermatolog pacientul cu leziuni suspecte de melanom

ANEXA Nr. 22

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU PEDICULOZĂ

1. Introducere

1.1. Definiție

Pediculoza este o dermatită, produsă de ectoparaziți strict umani.

- Parazitul își exercită acțiunea nocivă asupra pielii, în cursul nutriției sale prin înțepare și sucțiune;
- În etiologie sunt menționați:
 - *Pediculus humanus* cu două subspecii
 - > *P. h. capitis* (păduchele capului) - localizare la tija firelor de păr
 - > *P. h. corporis* (păduchele corpului și hainelor) - fixare pe haine și lenjerie
 - *Phthirus pubis* (păduchele lat)
 - > afectează preferențial zona genitală
 - > poate coloniza și alte zone: axile, sprâncene, gene, bărbie, părul de pe trunchi și membre

1.2. Importanța medico-socială

- Se întâlnește la orice vârstă;
- E mai frecvent la copii, femei, persoane cu igienă precară;
- Prevalența pediculozei capului la populația școlară, maximă susceptibilitate o au copii sănătoși între 3-10 ani;
- Parazitarea se face de obicei prin:
 - contact direct cu părul parazitat și mai rar indirect prin piepteni sau perii (*P. h. capitis*);
 - contact corporal direct sau haine infestate (*P. h. corporis*);
 - contact fizic strâns (de obicei contact sexual) (*P. pubis*).

2. Criterii diagnostice

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

I. Pe ariile parazitare:

- Prurit intens;
- Papule, escoriații, leziuni impetiginizate;
- Paraziți și ouă atașate firelor de păr.

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale:

- Evidențierea paraziților adulți și/sau ouălelor prin examen direct;

2.2.2. Forme clinice

I - Pediculoza capului:

- prurit, predominant la ceafă
- ouă (lindini) aderentă pe firele de păr
- rar: paraziți adulți pe firele de păr

Complicații!

În formele extinse, în special la adolescente poate apărea pe pomeți o erupție tip vespertillo foarte asemănătoare LES

II - Pediculoza corpului:

Localizare pe gât, ceafă, regiune interscapulară: escoriații postgrataj, pete eritemato-purpurice, papulo-vezicule, leucomelanodermii, cruste, prurit chinuitor

III - Pediculoza pubiană:

În regiunea genitală: prurit intens, puncte purpurice sau eritematoase, escoriațiuni post-grataj, foliculite, ± macule cerulee (pete albăstrui secundare alterării hemoglobinei de către enzimele din saliva parazitului)

Complicații:

- Consecutiv gratajului se produc suprainfecții ce pot determina: piodermite, lichenificări, adenite latero-cervicale

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

În formele cu:

- *P. h. corporis* circuitul rufăriei (se țin în sac închis timp de 5 zile cu aplicații de DDT), sau incinerarea vestimentației;
- *P. pubis* fierberea lenjeriei intime

Obiective terapeutice:

- maximale: remisiune completă
- minimale: prevenirea reinfestărilor, tratamentul contactiilor/partenerilor sexuali, circuitul rufăriei

3.2. Tratament prespitalicesc - ambulator

3.2.1. Măsuri generale: educația pacientului, igiena corporală, circuitul rufăriei, igiena și tratamentul contactiilor

3.2.2. Tratament medicamentos

A) Local:

a) Pediculoza capului:

- cremă lavabilă cu Permethrină 1%, aplicație unică
- Lindan 1% (șampon, pudră sau loțiune)
- mixtură de Pyrethrine naturale sinergizate cu piperonyl butoxid

Observație În localizările pe gene, tratament mai delicat:

- îndepărtarea mecanică a ouălor
- eplierea genelor sau aplicare de Lindan sau Malation în soluție apoasă

b) Pediculoza corpului:

Baie caldă cu șampon Lindan 1%.

c) Pediculoza pubiană:

- Unguent Lindan 1%
- Cremă lavabilă de Permetrină 5% urmată de spălare cu apă și săpun

B) General:

- se recomandă în caz de piodermite eczematizate

3.3. Criterii de internare și dirijare

- Se vor interna cazurile cronice sau suprainfectate pentru diagnostic și tratament
- Se administrează medicația corespunzătoare formei clinice; prezenței/absenței complicațiilor, etiologiei.

3.4. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- Urmărirea eficienței tratamentului recomandat în timpul internării sau de medicul specialist
- Monitorizarea evoluției tratamentului sau a reacțiilor adverse terapeutice
- Urmărirea contactelor

ANEXA Nr. 23

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU PEMFIGOIDUL BULOS

1. Introducere

1.1. Definiție

- Grup de boli autoimune caracterizat:
 - clinic prin erupție veziculo-buloasă pruriginoasă
 - histologic prin bulă subepidermică și infiltrat inflamator dermic bogat în eozinofile
 - depozit liniar de IgG și C3 la nivelul membranei bazale.

1.2. Importanță medico-socială

- apare mai frecvent la vârstnici, complicând patologia existentă.
- incidență de 6-7 cazuri la 1 milion de locuitori pe an.
- asociere posibilă cu boli neoplazice

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale ale pemfigoidului bulos:

leziunile inițiale sunt frecvent urticariene și intens pruriginoase. Ulterior pot apare vezicule și bule pe aceste plăci sau pe pielea normală

- rar sunt interesate mucoasele

2.1.2. Variante clinice din grupul pemfigoid bulos (PB)

2.1.1. Pemfigoidul cicatricial

- afectează mucoasele cu sau fără interesare cutanată
- are tendință de formare a cicatricilor și a aderențelor
- la imunfluorescența indirectă se evidențiază prezența autoanticorpilor IgG atât pe versantul epidermic cât și pe cel dermic

- imunoblot și imunoprecipitare: caracterizarea antigenelor țintă - laminina 5, BP180, BETA4 integrina.

2.1.2. Herpes gestationis (pemfigoid gestationis)

- erupție asemănătoare cu cea din PB, ce debutează în al doilea sau al treilea trimestru de sarcină
- antigenul țintă evidențiat în această boală este BP180

2.1.3. Lichen plan pemfigoid

- asociază leziuni de lichen plan cu leziuni de PB

2.1.4. Pemfigoid bulos paraneoplazic

2.1.5. Pemfigoid bulos postmedicamentos

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1 Minimale

- citodiagnostic Tzanck: absența celulelor acantolitice, frecvente eozinofile
- examen histopatologic: bulă subepidermică, infiltrat dermic inflamator format din limfocite, eozinofile și histiocite

2.2.2 Opționale

- imunfluorescență directă: depozit liniar de IgG și C3 de-a lungul membranei bazale
- imunfluorescență indirectă pe esofag de maimuță cu monitorizarea titrului de anticorpi
- imunfluorescență directă pe piele clivată: depozitele de IgG și C3 apar pe versantul epidermic
- Excepție: În cazul pemfigoidului cicatricial anti-laminină 5, IgG apare pe partea dermică a clivajului.

imunoblot și imunoprecipitare: identificarea antigenelor țintă ale autoanticorpilor din pemfigoidul bulos - BP 180 (180kD) și BP 230 (230kD)

ELISA: evidențierea reactivității anticorpilor din serul pacienților cu PB față de BP180. Această reactivitate se corelează cu severitatea bolii.

2.4. Prognostic

- determinat de bolile asociate și complicațiile terapiei cortizonice sistemice

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Este necesară internarea inițială în spital pentru confirmarea diagnosticului, investigații și inițierea tratamentului
Ulterior, monitorizarea tratamentului poate fi realizată și ambulator.

Obiective terapeutice:

- supresia activității bolii cu doza minimă de medicație necesară

3.2. Terapia generală:

Corticoterapia:

pentru formele ușoare și medii se preferă administrarea topică a unui corticosteroid potent.

pentru formele severe: corticosteroizi sistemici - 0,5 - 2 mg/kg corp/zi (echivalent prednison) per os.

în cazul formelor rezistente: terapie puls cu glucocorticoizi administrați intravenos (1 g/zi i.v., 3 zile/lună)

Monitorizare: TA și glicemie, lunar

Azatioprina 100-200 mg/zi

Monitorizare: hemoleucogramă, funcția hepatică și renală, lunar.

Ciclofosfamidă - 2-2,5 mg/kg corp/zi

Monitorizare: hemoleucogramă, funcția hepatică și renală, lunar.

Ciclosporina - 2,5 - 5 mg/kg corp/zi

Monitorizare: TA, hemoleucogramă, funcția hepatică și renală, lunar

Plasmafereza: pentru formele rezistente la tratamentele de mai sus, cu contraindicații pentru acestea sau cu efecte adverse la acestea

Contraindicațiile plasmaferezei: insuficiența renală, insuficiența hepatică și sindroamele hemoragipare

Sulfone: Disulone sau Dapsona 50-150 mg, singure sau eventual în combinație cu corticosteroizii.

Contraindicație pentru sulfone: deficitul de glucozo-6-fosfat dehidrogenază

Monitorizare: dozare inițială de G-6-PDH (dacă este posibil) și hemoleucogramă

Tetraciclina 2 g/zi și niacinamida 1,5-2,5 g/zi

4. Prognostic

- determinat de bolile asociate și complicațiile terapiei sistemice

5. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

dirijarea spre medicul dermatolog a cazurilor cu suspiciune clinică de PB

monitorizarea terapiei

monitorizarea celorlalte afecțiuni specifice vârstei, care s-ar putea agrava din cauza terapiei PB.

ANEXA Nr. 24

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU PEMFIGUS

1. Introducere

1.1. Definiție

Grup de boli autoimune caracterizate:

clinic prin vezicule și bule ce apar pe piele și mucoase

histologic prin acantoliză care determină apariția de bule intraepidermice

imunologic prin autoanticorpi orientați împotriva unor structuri desmozomale, prezenți atât în epiderm cât și în circulație.

1.2. Importanță medico-socială

incidența bolii 0,5-1,6 la 100 000 de locuitori

debut la vârsta productivității maxime (40-60 de ani)

mortalitate semnificativă (10% din pacienți în 10 ani)

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

eroziuni dureroase la nivelul mucoaselor

bule pe tegument

2.2. Forme clinice

▪ Pemfigus vulgar - cea mai frecventă formă, varianta clinică clasică

- histologic: bula situată profund, suprabazal, în epiderm

- ELISA: anticorpi împotriva desmogleinei 1 și 3

▪ Pemfigus vegetant: clinic - eroziuni în pliuri cu exces de țesut de granulație histologic - acantoză, papilomatoză, abcese intraepidermice cu eozinofile

▪ Pemfigus foliaceu: clinic: bule flasce și eroziuni acoperite de scuame și cruste histologic: bule situate superficial, sub stratul cornos al epidermului ELISA: anticorpi împotriva desmogleinei 1

▪ Pemfigus eritematos: asociază și criterii de diagnostic pentru lupusul eritematos

▪ Pemfigus cu IgA - 2 subtipuri:

- dermatoză pustuloasă subcornosă

- dermatoză intraepidermică neutrofilică cu IgA

Imunfluorescență directă: depuneri intercelulare de IgA

Pemfigus paraneoplazic

Pemfigus postmedicamentos

3. Explorări diagnostice

3.1. Minimale

Citodiagnostic Tzanck: celule acantolitice

Examen histopatologic: bulă situată intraepidermic

3.2. Opționale

Imunofluorescență directă: depunerea de imunoglobuline (IgG) și componenta C3 a complementului în spațiul intercelular epidermic (aspect "de rețea").

Imunofluorescență indirectă: titrul se corelează cu activitatea clinică a bolii și permite monitorizarea terapiei

ELISA: permite detectarea anticorpilor împotriva desmogleinei 1 și 3, asigurând diferențierea dintre pemfigusul vulgar și foliaceu

4. Atitudine terapeutică

4.1. Principii generale

Este necesară internarea inițială în spital pentru confirmarea diagnosticului, investigații și inițierea terapiei. Ulterior, monitorizarea terapiei poate fi realizată și ambulator.

Obiective terapeutice

remisiune sau ameliorare

prevenirea recidivelor

- prevenirea și tratamentul complicațiilor (suprainfecția eroziunilor, tulburările hidro-electrolitice)

monitorizarea efectelor secundare ale terapiei

Terapie generală:

corticosteroizii - reprezintă terapia de elecție (0,5 - 3 mg/kg corp/zi), continuă per os, cu doza de inițiere de 1 - 3 mg/kg corp/zi, cu menținere până la stoparea apariției de noi leziuni buloase și sevraj lent cu tatonarea dozei individualizate de întreținere (doza de întreținere poate fi administrată oral sau i.m. sub forma de cortizon depot). Este indicată administrarea lunară a unui derivat de ACTH pentru prevenirea atrofiei de glandă corticosuprarenală.

Monitorizare: TA, glicemie - lunar

azatioprina 100-200 mg/zi

Monitorizare: hemoleucogramă, funcția hepatică și renală, lunar

ciclofosfamidă oral - 2-2,5 mg/kg/zi

Monitorizare: hemoleucogramă, funcția hepatică și renală, lunar

ciclosporina 2,5 - 5 mg/kg corp/zi

Monitorizare: TA, hemoleucogramă, funcția hepatică și renală, lunar

Pentru forme rezistente la tratament:

corticosteroizi - puls terapie: 1g/zi iv metilprednisolon, 5 zile.

plasmafereza: pentru formele rezistente la tratamentele uzuale, cu contraindicații sau cu efecte adverse

Contraindicațiile plasmaferezei: insuficiența renală, insuficiența hepatică, sindroamele hemoragipare

imunoglobuline intravenos

5. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

dirijarea spre internare a cazurilor de pemfigus

monitorizarea efectului cât și a reacțiilor adverse ale tratamentului

măsuri pentru (re) încadrarea bolnavului în profesie, familie și societate

ANEXA Nr. 25

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU PSORIAZIS

1. Introducere

1.1. Definiție

Psoriazisul este o dermatoză inflamatorie cronică, care apare pe un teren predispozant determinat genetic, cu perturbări imunologice, frecvent sub acțiunea unor factori declanșatori de mediu cât și interni, caracterizată prin:

- plăci eritemato-scuamoase bine delimitate, cu localizarea topografică cea mai tipică pe coate, genunchi și scalp;

- erupția odată apărută evoluează cronic recurent toată viața; plăcile eruptive se pot remite spontan sau sub tratament; odată cu înaintarea în vârstă perioadele de remisiune completă se scurtează până la dispariție

- se asociază frecvent cu reumatisme cronice (artropatia psoriazică)

1.2. Importanță medico-socială

- prevalență între 1 - 2% în populația României (estimativ)

- debut în majoritatea cazurilor la vârsta de maximă activitate, între 20 - 40 ani, cu importante consecințe economice, sociale și psihologice pentru persoanele afectate

- boala are un impact major asupra calității vieții, comparabil cu cel produs de diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, artrită, cancer, depresie

2. Criterii de diagnostic

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

- plăci eritematoase de dimensiuni și forme variate, bine delimitate, acoperite de scuame abundente, albe, lamelare, multistratificate, care se detașează cu ușurință spontan sau prin grataj

- topografia: primele erupții apar tipic pe zone de extensie (coate, genunchi, scalp) dar alte erupții pot continua să apară în orice altă zonă corporală, inclusiv marile pliuri, palmo-plantar, rar pe față și excepțional pe mucoasa genitală sau bucală

- subiectiv, erupția poate fi asimptomatică sau însoțită de prurit de la moderat la insuportabil, de la caz la caz

- factori declanșatori/agravanți: stres psihic major, abuz de alcool sau/și fumat, boli infecțioase intercurrente (la copii în special angina acută streptococică), traumatisme cutanate (plăgi, arsuri, etc), factori iatrogeni (beta-blocantele,

preparatele cu Litiu, indometacina, etc), infecția HIV/SIDA, agravarea unor boli interne (diabet zaharat, ciroză hepatică, insuficiență cardiacă, etc) și pentru 10% din cazuri expunerea solară (psoriazisul fotoagravabil)

Observație: diagnosticul pozitiv este pus în principal pe baza aspectului clinic

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale

- VSH, hemoleucogramă, glicemie, uree, creatinină, TGO, TGP, acid uric, colesterol, lipide, trigliceride, ASLO
- exudat faringian
- examen sumar de urină
- examen micologic pentru unghiile distrofice

2.2.2. Opționale

- biopsie cutanată pentru cazurile atipice sau inițiere tratament cu agenți biologici
- în vederea inițierii terapiilor biologice de rezervă: teste HIV (SIDA), teste serologice pentru sifilis (VDRL și TPHA), markeri pentru hepatitele cronice cu virus hepatitic B (AgHBs) și virus hepatitic C (Ac anti - HCV), pentru excluderea unei eventuale tuberculoze asociate i.d.r. la PPD și Rx-grafie pulmonară

- pentru psoriazisul artropatic: factorul reumatoid (reacțiile Waaler-Rose și Latex) și Rx-grafii ale articulațiilor afectate

2.3. Forme clinice și complicații

1) Psoriazis vulgar: prezintă erupții cutanate tipice

2) Psoriazis unghial: prezintă modificări distrofice ale unghiilor

3) Psoriazis artropatic: prezintă aspect cutanat de psoriazis vulgar sau psoriazis pustulos sau psoriazis unghial la care se asociază una sau mai multe din următoarele forme de artrită:

- a micilor articulații, de tip poliartrită reumatoidă, în mod constant seronegativă pentru factorul reumatoid;
- a marilor articulații (umăr, coate, genunchi sau articulațiile sacro-iliace și intervertebrale, ultimele două situații imitând o spondilită anchilopoietică, caracteristică fiind afectarea articulară asimetrică și meteorosensibilitatea)

Observație: psoriazisul artropatic necesită colaborarea terapeutică cu specialistul reumatolog.

4) Psoriazis eritrodermic: reprezintă orice formă clinică de psoriazis extins peste 90% din aria corporală, cu posibila alterare a stării generale.

5) Psoriazis pustulos: se manifestă prin pete, mai rar plăci eritematoase difuz delimitate cu numeroase pustule sterile pe suprafața lor, pustule cu tendința de agregare. În funcție de extensia cutanată se descriu mai multe variante:

- acrodermatita continuă Hallopeau - numai la degetele mâinilor
- palmo-plantar Barber - pe mâini și picioare
- inelar Bloch-Lapierre - pe trunchi sau membre, cu dispoziție aproximativ inelară
- generalizat Zumbush - echivalent cu o eritrodermie cu pustule generalizată pe tot corpul, asociată cu alterarea gravă a stării generale

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice: remisiunea sau ameliorarea erupției cutanate pe o perioadă cât mai lungă de timp

Observație: este necesară colaborarea interdisciplinară (reumatologie, interne, psihiatrie, consiliere psihologică, etc) în funcție de particularitățile cazului, de complicațiile psoriazisului și de bolile asociate

3.2. Tratament prespitalicesc/ambulator

- numai la recomandarea medicului specialist dermatolog

3.2.1. Măsuri generale: educația bolnavului, evitarea factorilor declanșatori/ agravanți, asistență psihologică dacă este necesar

3.2.2. Tratament medicamentos topic (local): este tratamentul de primă intenție în formele simple de psoriazis vulgar, aplicat în ambulatoriu conform indicațiilor medicului specialist dermatolog:

- keratolitice: produse salicilate 5 - 10%, cu uree, cu gudroane, etc
- dermatocorticoizi de clasă III; NB: Clobetasolul propionat (DCT clasa IV) poate fi folosit numai ca tratament de atac pe o perioadă limitată de maximum 3 săptămâni și numai la adult; se continuă cu un dermatocorticoid de clasă inferioară, preferabil din grupul celor potenți și cu efecte secundare minime.
- analogi de vitamina D3 simpli sau în combinație cu dermatocorticoizi
- reductoare: gudroane naturale și sintetice
- inhibitori de calcineurină topici (protopic)
- combinații terapeutice topice (asocieri tipizate ale unora din clasele terapeutice de mai sus)

3.2.3. Fototerapia: PUVA, RE-PUVA, UVB, laser-terapia sau IPL

3.2.4. Terapii asociate în funcție de particularitățile cazului: antibioterapie, antihistaminice, psihotrope

3.3. Criterii de internare și dirijare

- urgențele medicale reprezentate de psoriazisul eritrodermic și de psoriazisul pustulos generalizat
- cazurile cu psoriazis artropatic și cazurile cu psoriazis pustulos
- cazurile noi (prima erupție de psoriazis) complicate
- formele de psoriazis vulgar rezistente la tratamentul topic corect administrat în ambulator
- administrarea de tratament general pentru monitorizarea efectelor adverse potențial grave, inclusiv inițierea terapiilor biologice

3.4. Tratamentul în spital

terapie etiologică: nu există

terapia fiziopatogenică:

- terapia topică: vezi paragrafele 3.2.2., 3.2.3., și 3.2.4.

- terapia generală (se începe în spital și se continuă sub supravegherea medicului de familie sau a specialistului dermatolog din ambulatoriu): terapia generală este de primă intenție pentru psoriazisul artropatic, eritrodermic și pustulos și de secundă intenție în cazul psoriazisului vulgar rezistent la tratamentul topic corect efectuat cel puțin o lună.

Medicația generală:

a) Methotrexat: între 10 mg - 25 mg/săptămână, cel puțin timp de 4-6 săptămâni, cu monitorizarea funcției hematopoietice și a celei hepatice. Interzis la gravide și în perioada de alăptare.

b) Retinoizi - Acitretin: 0,5 - 2 mg/kg corp/zi, 2 - 4 luni.

Necesită măsuri anticoncepționale la femei în perioada fertilă cu o lună înainte de începerea tratamentului, pe durata tratamentului și un an ulterior, fiind intens teratogen.

c) Ciclosporina A în doză de 2,5 - 5 mg/kg corp/zi până la remisiunea erupției sau maxim 12 săptămâni. Necesită monitorizarea TA (efect hipertensiv) și a funcției renale (efect nefrotic).

Observație: se va evita corticoterapia generală în psoriazis deoarece favorizează recidivele și eritrodermizarea

d) Fototerapii: PUVA-terapia (psoraleni plus UVA). Asocierea de acitretin per os zilnic cu PUVA-terapia constituie RE-PUVA. Alte fototerapii: UVB (preferabil cu bandă îngustă), laser-terapia, terapia cu IPL (lumină intens pulsată).

e) terapii asociate: antibioterapie, antihistaminice, psihotrope

f) terapii biologice: Adalimumab, Infliximab, Etanercept, Ustekinumab - vezi Ghid de tratament cu agenți biologici în psoriazisul vulgar sever

Observație: în cazul pacienților cu psoriazis artropatic, medicul specialist dermato-venerolog este abilitat să indice și să inițieze terapia biologică corespunzătoare.

3.5. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- depistarea cazurilor noi și îndrumarea lor către medicul specialist dermatovenerolog
- depistarea recidivelor și îndrumarea lor către medicul specialist dermatovenerolog
- monitorizarea tratamentelor generale după externarea bolnavului, urmărirea aplicării corecte a tratamentelor locale conform schemei indicate de medicul specialist dermato-venerolog
- consilierea pacienților asupra măsurilor generale cu efect preventiv pentru evoluția bolii.

ANEXA Nr. 26

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU ROZACEE

1. Introducere

1.1. Definiție

Rozaceea este o dermatoză inflamatorie cronică a feței, caracterizată prin:

- asocierea clinică: eritem difuz al feței (inițial episodic, apoi permanent); telangiectazii; erupție papulo-pustuloasă;
- localizare la nivelul nasului, obrazilor, partea centrală a frunții și bărbie;
- etiopatogeneză insuficient elucidată cu incriminarea următoarelor: 1. predispoziție genetică, 2. Demodex folliculorum, 3. infecții cu Helicobacter pylori, 4. deficit de riboflavină.

1.2. Importanța medico-socială

- Reprezintă aprox. 1-3% din consultațiile efectuate în clinicile dermatologice
- Afectează persoanele adulte între 40-50 ani
- Este mai frecventă la persoanele cu pielea mai deschisă la culoare decât la cei cu tegumentul mai închisă la culoare;
- Afectează mai frecvent sexul feminin decât cel masculin, dar complicațiile de tip rinoforma sunt mai frecvent întâlnite la sexul masculin;
- Fără tratament boala se agravează, în evoluție putând descrie perioade de remisiune ce alternează cu perioade de exacerbare a simptomatologiei.

2. Criterii diagnostice

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

Rozacee gradul I:

- Eritroza facială-flushing;
- Episoade temporare de congestie facială: prerozacee, favorizate de alcool, băuturi calde, tahifagie sau emoții;
- Cuperoza (eritem persistent)
- Teleangiectazii
- Manifestări oculare

Notă! Obiceiuri alimentare favorizante

Rozacee gradul II:

- Rozaceea papulo-pustuloasă: apare după ani de zile de evoluție și prezintă elemente papuloase și pustuloase mai puține decât acneea juvenilă; prezintă elemente pustuloase; nu apar comedoanele; sunt atinse conjunctivele: bulbară și palpebrală, care devin congestionate și prezintă teleangiectazii.

Rozacee gradul III:

- Stadiul de noduli și plăci hipertrofice (fime - rinoforma, gnatofima, etc.)

2.2. Explorări diagnostice

- depistarea artropodului Demodex folliculorum în pustulele de la nivelul feței
- explorări gastrointestinale:
- gastroscopie cu biopsie de mucoasă gastrică, pentru identificarea infecției cu Helicobacter pylori;
- biopsie cutanată pentru excluderea lupusului eritematos, sarcoidozei și demodecidozei.

2.2.3. Forme clinice

Gradul: 1 - eritem permanent și telangiectazii

2 - Rozaceea papulo-pustuloasă

3 - Rinoforma

4 - Alte forme clinice:

a) Rozaceea granulomatoasă cu edem persistent al rozaceei

- b) Rozaceea steroidă (iatrogenă)
- c) Rozaceea oculară: keratită, conjunctivită (58% din cazuri)
- d) Rozaceea fulminans

Complicații:

- oculare: blefarită, irită, cecitate;

3. Atitudine terapeutică

- Regim igienico-dietetic: evitarea consumului de alimente calde și a băuturilor ce determină congestia feței;

3.1. Obiective terapeutice:

- maximale: remisiune completă (rară)
- minimale: remisiune parțială (dezirabilă, posibilă, frecvent obținută)

3.2. Tratament prespitalicesc - ambulator

3.2.1. Măsuri generale

1. Protecție alimentară, dietă (evitarea alcoolului, condimentelor, tahifagiei, băuturilor calde)
2. Protecție solară prin evitarea expunerilor la soare sau prin folosirea de creme foto-protectoare
3. Se caută suprainfecția microbială cu gram negativi sau cu Dermodex Folliculorum

3.2.2. Tratament medicamentos

A) Tratament sistemic:

1. ciclone - tetraciclina, doxiciclină, minociclină;
2. macrolide: eritromicină, roxitromicină, claritromicină;
3. metronidazol în formele cu Dermodex Folliculorum;
4. izotretinoin în doze mici;
5. glucocorticoizi în varianta fulminans.

B) Local:

1. creme fotoprotectoare în perioada caldă
2. loțiuni, creme, geluri - metronidazol local
3. alicații cu antibiotice: tetraciclina, eritromicină, clindamicină
4. aplicații topice de acid azelaic
5. pentru teleangiectazii: electrocoagulare fină, laser terapie
6. pentru rinofimă: electrocoagulare, dermabraziune, laser-CO2

3.3. Criterii de internare și dirijare

▪ Cazurile nou depistate se internează pentru explorări inițiale și instituirea programului terapeutic. (cele cu tablou atipic și diagnostic incert)

- Se administrează medicația corespunzătoare formei clinice.

3.4. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- Urmărirea tratamentului recomandat în timpul internării sau de medicul specialist
- Urmărirea remisiunilor și schimbărilor de tratament în funcție de fazele evolutive
- Monitorizarea efectului sau a reacțiilor adverse terapeutice

ANEXA Nr. 27

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU SCABIE

1. Introducere

1.1. Definiție

Scabia este o dermatoză contagioasă, produsă de *Sarcoptes scabiei varietas hominis*.

1.2. Importanța medico-socială

- Sursa de infecție este omul bolnav.
- Apare la orice vârstă și are o incidență egală pe sexe.
- Contaminarea se face prin contact direct (frecvent sexual), sau indirect (prin folosirea unei lenjerii de pat sau de corp infectată).

▪ Factori ce contribuie la extinderea epidemiilor: libertinajul sexual, turismul, igiena personală corporală și vestimentară insuficientă, promiscuitatea.

2. Criterii diagnostice

2.1. Simptome și semne clinice esențiale

I. Erupția cutanată:

- Distribuție simetrică;
- Zone predilecte: spații interdigitale, fața flexorie a articulațiilor radio-carpene, fața anterioară a axilelor, aria perimamelonară, periombilicală, zona centurii, scrot, teaca penisului, șanțul fesier, genunchi, marginile externe ale picioarelor, zone de regula respectate la adult: spatele, fața, scalpul, palmele, plantele.

▪ Caracter polimorf:

- leziune elementară patognomonică pentru scabie = șanțul acarian și vezicula perlă
- leziuni cutanate nespecifice
- papulo vezicule de tip prurigo
- leziuni de grataj

Observație! La copii, leziunile pot avea dispoziții particulare: palme, plante, față, scalp; apar în plus veziculo-bule palmo-plantare

II. Simptomatologia subiectivă:

- Prurit - cu exacerbare nocturnă;

III. Context epidemiologic:

- Anamneza atentă relevă:

- existența și a altor cazuri în familie sau în colectivitate;
- debutul erupției după un contact sexual ocazional;

2.2. Explorări diagnostice

2.2.1. Minimale:

- descoperirea șanțurilor acariene;

2.2.2. Opționale

▪ Examen parazitologic, care decelează prezența paraziților, fragmentelor lor, ouălelor, sau a excrementelor paraziților.

2.2.3. Forme clinice

I - Normoergice:

- A) Clasică: șanț acarian, vezicule perlate, papulo-vezicule de tip prurigo, leziuni de grataj, plăci urticariene;
- B) Incognita (la cei tratați cu dermato-corticoizi): aspecte clinice atipice, distribuție modificată;
- C) Forma atenuată (la persoanele cu igienă foarte bună): prurit sever, leziuni cutanate minime

II - Hiperergice:

Scabia nodulară:

- în cazurile cu evoluție îndelungată sau după aplicarea de corticoizi fluorinați
- noduli roșii bruni infiltrați pruriginoși, acoperiți de cruste hematice apărute post grataj
- localizare pe fese, flancuri, organe genitale externe, coapse

III - Hipoanergice:

Scabia norvegiană: la persoane tarate, pe un teren imunocompromis, la deficienți mintali, la persoanele tratate greșit cu dermatocorticoizi, leziuni eritematoscuamoase extinse crustoase.

Complicații:

- cele mai frecvente:
 - > suprainfecția locală strepto-stafilococică (consecutivă gratajului)
 - > glomerulonefrită poststreptococică
 - > eczematizarea primară sau secundară postterapeutică

3. Atitudine terapeutică

3.1. Principii generale

Obiective terapeutice:

- maximale: remisiune completă (distrugerea acarienilor adulți și a nimfelor de pe tegumentele bolnavilor, contactiilor acestora, de pe lenjeria de pat și corp a acestora)
- minimale: prevenirea recidivelor

3.2. Tratament prespitalicesc - ambulator

3.2.1. Măsuri generale

1. Educația pacientului: protecția în vederea reinfectării; tratarea obligatorie și a contactiilor familiali și sexuali; precedarea obligatorie a tratamentului de baie, spălare cu săpun urmată de ștergere cu un prosop aspru

2. Igiena, circuitul rufăriei: deparazitarea lenjeriei prin spălare și fierbere; articolele ce nu pot fi fierte se închid în saci cu DDT timp de 7 zile.

3.2.2. Tratament medicamentos

A) Local:

- în funcție de: extinderea leziunilor; prezența sau absența complicațiilor; vârsta pacienților
- I) Permetrină 5%; O aplicație: se îndepărtează după 8-12 ore cu posibila repetare după 7 zile
- II) Lindan 1%; Contraindicat: copii mici, gravide, suprafețe erodate mari = toxic neurologic
- III) Benzoat de benzil 25%; Indicat la copii în concentrație de 10- 15%
- IV) Crotamiton 10%; Poate fi folosit la copiii
- V) Malathion max 0-5%; Contraindicat copii, gravide

Observații:

1) Pentru cuparea pruritului și a eczematizării se pot folosi creme simple anti-pruriginoase sau dermatocorticoizi

2) În scabia nodulară rezistentă la tratamentul anti-scabios, după terminarea curei scabicide se practică aplicații de dermatocorticoizi, infiltrări intralezionale cu cortico-steroidi în suspensie micro-cristalină; în caz de rezistență folosim crio-terapie cu zăpadă carbonică; azot lichid

B) General:

- antibiotice în formele suprainfectate timp de 7-10 zile
- antihistamice pentru cuparea pruritului

3.3. Criterii de internare și dirijare

- Se vor interna formele rezistente la tratament, scabia norvegiană, formele cu complicații
- Se administrează medicația corespunzătoare formei clinice; prezenței/absenței complicațiilor.

3.4. Dispensarizare (sarcinile medicului de familie)

- Urmărirea tratamentului recomandat în timpul internării sau de medicul specialist
- Urmărirea remisiunilor și tratamentului asociat
- Monitorizarea efectului tratamentului sau a reacțiilor adverse terapeutice
- Măsuri pentru reîncadrarea bolnavului în profesie, familie și societate
- Supravegherea contactiilor

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU CONDILOAME ACUMINATE (VEGETAȚII VENERIENE)

1. Introducere:

1.1. Definiție: Verucile genitale sunt manifestarea clinică a unei infecții active cutaneo-mucoase a regiunii genitale, perigenitale și perianale masculine și feminine cu anumite tipuri de papiloma virusuri umane (HPV).

Transmiterea este sexuală dar și nesexuală (mâini infectate, iatrogen, transmitere prenatală sau perinatală la copii).

1.2. Importanță medico-socială:

- Contagiozitate mare
- Este considerată cea mai frecventă boală sexual transmisă în unele țări
- Se asociază frecvent cu alte boli sexual transmise

2. Criterii de diagnostic:

2.1. Diagnostic clinic:

▪ Condiiloame acuminat: leziuni tumorale de mici dimensiuni cu aspect conopidiform, albicioase, moi, multifocale, cu tendință de grupare în placarde

▪ Condiiloame plane: la femei la nivelul cervixului sau a mucoasei intravaginale (mai rar la bărbați la nivelul tecii peniene). Evidențiabile colposcopic sub formă de leziuni exofitice plate (puncte albicioase) sau endofitice erozive.

▪ Condiiloame acuminat gigante: forme extinse, exofitice localizate la bărbat la nivelul glandului sau perianal (mai rar la femei). Produse de tipurile 6,11 de HPV.

2.2. Explorări diagnostice:

2.2.1. Obligatorii:

- Teste pentru depistarea prezenței concomitente a altor boli sexual transmise (sifilis, infecție HIV)

2.2.2. Opționale:

- Testul de badijonaj cu sol.acid acetic 5% care în cazul reacțiilor pozitive evidențiază o rețea albicioasă (se practică pentru depistarea formelor subclinice, a formelor necaracteristice eritematoase și pentru evidențierea zonei de extindere a infecției în jurul unei leziuni clinic evidente)

- Examenul histopatologic: evidențierea celulelor cu aspect koilocitar. Nu se indică decât în cazurile ce nu răspund sau se agravează sub terapie (posibilă displazie), în caz de leziuni pigmentate, infiltrate, sau în caz de diagnostic incert.

- Identificare virală și tipizări virale cu tehnica PCR

2.3. Forme clinice și complicații:

2.3.1. Forme clinice necaracteristice:

- Balanite cronice maculo-eritematoase sau eritemato-papuloase
- Forme subclinice (aprox. 14% din cazuri)

2.3.2. Complicații:

- Suprainfecții microbiene, micotice

- Degenerare malignă: în infecția cu tipurile 11,16,18 HPV (condiiloamele plane ale colului uterin neoplazia cervical intraepidermică CIN, condiiloamele gigante ale penisului carcinom spinocelular)

3. Atitudine terapeutică:

Obiective - minimale: vindecarea leziunilor clinice

- maximale: eradicarea infecției cu HPV (poate avea loc spontan în 1-2 ani)

3.1. Principii generale: alegerea metodei optime de tratament depinde de numeroși factori: localizarea condiiloamelor, vechimea lor, infecția concomitentă a partenerului, statusul imun, subtipul HPV, alte infecții genitale concomitente, etc.

3.2. Tratament ambulator:

▪ Acidul tricloracetic (TCA): badijonale cu sol.80-90% o dată la 1-2 săptămâni

▪ Podofilina: badijonaje locale cu sol. alcoolice/creme 20-33% (se spală la 3-4 ore de la aplicare) 1-2 ori/săptămână, maximum 5 săptămâni). Indicate în condiiloamele acuminat genitale la bărbați, condiiloamele perianale. La femei, în condiiloamele mucoasei genitale riscul de absorbție sistemică e mai mare, contraindicația în sarcină e absolută, iar aspectul histopatologic al leziunilor se schimbă pe perioade de luni de zile făcând dificilă depistarea evoluției spre displazie.

▪ Podofilotoxina: badijonaje locale cu sol.0,5% sau cremă 0,15%, cu efecte locale iritative mai reduse decât ale Podofilinei. Aplicabile la domiciliu de către pacient. Se practică 2 aplicații pe zi (dimineața și seara), timp de 3 zile, urmate de 4 zile de pauză, se continuă aplicațiile 2 săptămâni după vindecarea clinică. Indicații identice cu ale Podofilinei.

▪ Crioterapia: cu azot lichid o dată la 1-2 săptămâni

- se poate aplica și la gravide și pe leziunile de CIN cu grad redus.

Electrocauterizarea

▪ Excizia chirurgicală

▪ Excizia cu laser CO2

▪ 5 Fluorouracilul: aplicații locale periodice (1-2 ori/săptămână).Indicat în leziunile vaginale și vulvare extinse.

▪ Imiquimod: imunomodulator topic, cremă 5%, aplicații de 3 ori/săptămână, maximum 16 săptămâni. Aplicabilă la domiciliu de către pacient.

▪ Cidofovir: antiviral cu aplicație topică sau în injecții intralezionale

▪ Terapii locale de utilitate redusă: sol.acid salicilic 4-5%, glutaraldehidă 10- 20%, injecții intralezionale cu Bleomicină, Interferon alpha_.

▪ Terapii generale:

- pentru leziuni extinse, recidivante,pe teren de imunodepresie severă, pentru tratamentul infecției latente cu HP

- Isoprinosine, retinoizi, Interferon alpha, imunostimulare nespecifică cu Levamisol, BCG.

3.3. Măsurile profilactice: - prezervativele: indiferent de metoda de tratament se va recomanda pacienților utilizarea lor la contactul sexual 3-6 luni de la vindecarea clinică. Prezervativele nu asigură o protecție totală, infecția putându-se produce prin contactul cutanat cu zona perigenitală. Ele asigură totuși protecția împotriva infecției cervixului uterin cu tipurile HPV oncogene.

- în curs de dezvoltare vaccinoterapia cu scop profilactic și terapeutic (în special cu HPV tipul 16, cel mai frecvent asociat cu cancerul de col uterin)

3.4. Criterii de internare și dirijare:

- Formele clinice gigante, forme rezistente la terapiile aplicate, forme apărute pe teren de imunodepresie.

ANEXA Nr. 29

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU VERUCILE VULGARE

1. Introducere:

1.1. Definiție: Verucile vulgare sunt manifestarea clinică a unei infecții active cutanate cu anumite tipuri de papiloma virusuri umane (HPV).

1.2. Importanța medico-socială:

- Contagiozitate mare
- Frecvență de 7-10% în populația generală, frecvența cea mai mare la școlari și adolescenți
- Transmitere favorizată de microtraumatisme, de frecventarea piscinelor (verucile plantare).
- Pot regresa spontan

2. Criterii de diagnostic:

2.1. Diagnostic clinic:

1. Verucile plantare: 2 aspecte clinice:

- Veruci endofitice profunde - leziuni discoide circumscrise de un inel keratozic cu suprafața albicioasă pe care apar uneori leziuni punctiforme negricioase dureroase.

- Veruci mozaicate - veruci superficiale, de obicei multiple, confluate într-un placard keratozic albicios.

2. Verucile vulgare: - localizate pe suprafața dorsală a mâinilor, palmar

- aspect exofitic sesil cu suprafața parcursă de vilozități keratozice și scuame

- localizările periunghiale pot determina distrofii unghiale

3. Verucile filiforme: localizate de obicei pe extremitatea cefalică

4. Verucile plane: - localizate de obicei pe față, dorsopalmar

- papule mici gălbui, suprafața netedă, dispuse adesea liniar

2.2. Explorări diagnostice:

2.2.1 Opționale:

▪ Examenul histopatologic: evidențierea celulelor cu aspect koilocitar. Nu se indică decât în cazurile ce nu răspund sau se agravează sub terapie sau în caz de diagnostic incert.

- Identificare virală și tipizări virale cu tehnica PCR

2.3. Forme clinice și complicații:

2.3.1. Complicații:

- Suprainfecții microbiene, micotice

3. Atitudine terapeutică:

Obiective - vindecarea leziunilor clinice

3.1. Principii generale: alegerea metodei optime de tratament depinde de numeroși factori: localizarea verucilor, forma clinică, vechimea lor, statusul imun, etc.

3.2. Tratament ambulator:

- Crioterapia: cu azot lichid 1-2ori/săptămână - considerată metodă de elecție

- Electrocauterizarea

▪ Acidul salicilic, acid lactic 15-40% în diverși excipienți, aplicații zilnice timp de maximum 3 luni, eficient în verucile mâinilor și cele plantare. Penetranța crește prin aplicare ocluzivă cu plasturi adezivi.

- Agenți caustici: acid tricloracetic, acid azotic fumans, nitrat de argint - eficiență discutabilă, reacții iritative frecvente.

- Podofilina: sol. alcoolice/creme 15-33% se pot utiliza în badijonaje locale pentru verucile plane și cele plantare.

▪ Terapii locale de utilitate redusă: 5 Fluorouracilul, acidul retinoic aplicații topice (eficiente uneori în verucile plane), glutaraldehidă 10-20%, injecții intralezionale cu Bleomicină, Interferon alpha.

- Terapii generale:

- pentru leziuni extinse, recidivante, rezistente la tratament, pe teren de imunodepresie.

- Isoprinosine, retinoizi, Interferon alpha, imunostimulare nespecifică cu Levamisol, BCG.

3.3. Criterii de internare și dirijare:

- Formele clinice foarte extise, forme rezistente la terapiile aplicate, forme apărute pe teren de imunodepresie.