



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
CRAIOVA**

Rezumatul

TEZEI DE DOCTORAT

MIJLOACE ȘI METODE TERAPEUTICE MODERNE ÎN BOALA PSORIAZICĂ STUDIU COMPARATIV

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC

Prof. Univ. Dr. Ion Țolea

DOCTORAND

Dr. Pereș (Frîncu) Mădălina Ileana

Cuprins

1. Introducere	4
2. Stadiul cunoașterii – date teoretice	6
2.1. Studiul etiopatogenic	7
2.1.1. Predispoziția genetică	7
2.1.2. Factori declanșatori în apariția bolii psoriazice	10
2.1.3. Tulburări imunologice în boala psoriazică	13
2.1.4. Anomalii biochimice	18
2.2. Aspecte clinice în psoriazis	19
2.2.1 Psoriazis vulgar	19
2.2.2. Psoriazis exudativ	23
2.2.2.1. Psoriazis eritodermic	23
2.2.2.2. Psoriazis pustulos	24
2.2.2.3. Psoriazis artropatic	25
2.3. Aspecte histologice în boala psoriazică	27
2.4. Tratamentul în psoriazis	34
2.4.1. Evoluția tratamentului în psoriazis	34
2.4.2. Tratamentul local	35
2.4.3. Fototerapia	45
2.4.4. Tratamentul sistemic	51
2.4.5. Tratamentul modern cu preparate biologice	60
2.4.6. Terapia combinată	65
3. Contribuții personale	67
3.1. Introducere	68
3.1.1. Obiective	68
3.1.2. Material și metodă	68
3.2. Studiul epidemiologic asupra lotului de pacienți	71
3.3. Studiul aspectelor clinice în psoriazis	81
3.4. Considerații asupra implicațiilor psiho-sociale ale bolii psoriazice la lotul de pacienți studiați	94
3.5. Evaluarea tratamentului în boala psoriazică pe baza experienței personale	99
4. Concluzii	145
Bibliografie	149
Anexe	170

... evoluție cronică și care se caracterizează prin plăci și
... late pe trunchi și membre. Incidența acestei afecțiuni este
cuprinsă între 3 și 5%.

Deși boala este cunoscută încă de pe vremea lui Hipocrat, nu se cunoaște încă un tratament curativ pentru această afecțiune. Se cunosc mai multe metode terapeutice care pot reduce sau aproape să elimine simptomele de psoriazis, astfel ca pacientul să ducă o viață aproape normală. Nu există o singură modalitate de tratament pentru toți pacienții, dar oricare din metodele alese are un efect asupra evoluției bolii.

În lucrarea de față sunt prezentate câteva dintre mijloacele și metodele de tratament în boala psoriazică.

Lucrarea a fost structurată în două părți. Prima parte cuprinde o prezentare a aspectelor etiopatogenice, clinice și de tratament ale bolii psoriazice, iar a doua parte prezintă constatările mele clinice în tratamentul bolii psoriazice.

2. Stadiul cunoașterii – date teoretice

Prima parte a lucrării, denumită stadiul cunoașterii ó date teoretice, este structurată în 4 capitole, care prezintă :

- studiul etiopatogenic;
- aspecte clinice în psoriazis;
- aspecte histologice în boala psoriazică ;
- tratamentul psoriazisului.

2.1. Studiul etiopatogenic

În primul capitol sunt descrise aspectele etiopatogenice ale bolii psoriazice, prezentându-se pe larg:

- predispoziția genetică ,
- factorii declanșatori în apariția bolii psoriazice (infecțioși, neuropsihici, neuroendocrini, medicamentoși, alimente, alcool, tutun și traumatici),
- tulburările imunologice în boala psoriazică și
- anomaliile biochimice.

2.2. Aspecte clinice în psoriazis

În capitolul al doilea sunt prezentate aspectele clinice în psoriazis.

S-au descris aspectele clinice ale **psoriazisului vulgar**, formele clinice ale acestuia, în funcție de:

ementelor (psoriazis gutat, numular, în plăci și placarde,

erucos, scuam foarte fin , seboreic, eczematiform),

- localizare (pielea pe roșea a capului, față, pliuri, regiunea presacrată, palmo-plantar, unghii, mucoase, universal),
- evoluția leziunilor (psoriazis instabil, inveterat).

S-au descris aspectele clinice ale **psoriazisului exudativ**:

- psoriazis eritrodermic;
- psoriazis pustulos cu formele sale clinice
 - o generalizat: tip von Zumbusch, impetigo herpetiform, exantemic, inelar centrifug;
 - o localizat: tip Barber, acrodermatita continua Hallopeau);
- psoriazis artropatic.

2.3. Aspecte histologice în boala psoriazică

Capitolul al treilea prezintă aspectele histologice în boala psoriazică, descriindu-se aspectul psoriazisului vulgar, eritrodermic și pustulos la microscopul optic și electronic.

2.4. Tratamentul în psoriazis

În capitolul patru sunt prezentate în detaliu mijloacele și metodele de tratament ale bolii psoriazice. În debutul capitolului este realizat un scurt istoric al tratamentului și a faptului că nu există o schemă unanim acceptată pentru tratamentul acestei afecțiuni.

Abordarea tradițională a tratamentului în psoriazis presupune începerea acestuia cu modalități terapeutice puțin agresive (cum ar fi terapia topică, fototerapia) și dacă r spunsul la acestea este nesatisfăcător se treacă la o terapie mai agresivă (sistemică, preparate biologice).

Tratamentul local este cel mai utilizat, fiind de obicei prima metodă aleasă, mai ales în formele minore și medii de psoriazis. Există mai multe categorii de tratamente locale:

- Agenți keratolitici: acidul salicilic în preparate cu diverse concentrații de la 2 la 10%. Se poate utiliza singur, dar cel mai frecvent în asocieră cu un dermatocorticoid; ureea, acidul lactic.
- Agenți oxidoreductori: gudroanele vegetale (antralinul, cignolinul), gudroanele de lemn, de huilă sau de roci bituminoase.
- Dermatocorticoizii: De mai bine de patru decade corticosteroizii topici au fost folosiți în tratamentul bolilor de piele în general și în mod special în boala psoriazică. Dermatocorticoizii rămân principalul tratament al psoriazisului, în ciuda introducerii noilor topice nonsteroidiene.

tritolul, produsul cel mai folosit, dar mai ales în combinație
itololul și tacalcitol.

Fototerapia rămâne una din opțiunile terapeutice esențiale la pacienții cu psoriazis moderat sau sever.

La ora actuală se folosesc diferite scheme de tratament care folosesc sursele de fototerapie. Aceste sunt: PUVA-terapia, UVB cu bandă largă, UVB cu bandă îngustă, fototerapia selectivă (Selective Ultraviolet Phototherapy SUP). Nu trebuie uitată cura heliomarină.

În **tratamentul sistemic** al psoriazisului sunt folosiți mai mulți agenți, asigurând un bun control asupra bolii la majoritatea dintre pacienți și totodată îmbunătățind indicia calității vieții. Deseori este folosit o schemă terapeutică combinată, pentru a crește eficiența medicațiilor. Au fost descriși în detaliu următorii agenți sistemici:

- **Metotrexatul**, folosit la pacienții cu psoriazis vulgar care au mai mult de 10-20% suprafață corporală afectată, psoriazis pustulos, psoriazis eritrodermic, psoriazis artropatic și nu în ultimul rând la pacienții cu psoriazis vulgar rezistent la alte modalități terapeutice (locale sau fototerapie).
- **Ciclosporina** este un agent imunosupresor, având aceleași indicații ca și ale metotrexatului;
- **Retinoizii aromatici** (etetrinat și acitretin) desemnează compușii ai căror acțiune reproduc efectele biologice ale vitaminei A. Sunt utilizați mai ales în tratamentul psoriazisului vulgar și pustulos.

Medicația biologică reprezintă un vârf al tehnologiei și cercetării medicale, fiind folosită în tratamentul psoriazisului. Preparatele actuale folosite în tratamentul psoriazisului sunt:

- agenți anti-TNF alfa: etanerceptum, infliximabum, adalimumabum
- agenți anti-IL-17: ixekicimabum, secukicimabum

În psoriazis pentru reducerea toxicității tratamentelor sistemice se utilizează combinații între diverse medicații sau așa-numita terapie de rotație sau **terapie combinată**, în care o medicație sistemică este înlocuită ulterior de o altă. Adesea se asociază fototerapia cu terapia sistemică și cu tratamentul topic. Rar se fac asocieri între două tratamente sistemice.

Folosirea tratamentului combinat este mult mai eficientă decât monoterapia: mai mult, toxicitatea terapiei individuale poate fi scăzută, deoarece dozele sunt adesea mult mai scăzute.

Studiul pe care mi l-am propus a avut drept scop evaluarea comparativ a principalelor mijloace și metode terapeutice, locale sau generale, folosite până în prezent în boala psoriazică.

3.1.2 Material și metodă

Lotul a cuprins un număr de 268 pacienți, diagnosticați cu boală psoriazică (în special forma de psoriazis vulgar) incluși în studiu în perioada ianuarie 2005 ó decembrie 2010 în Secția de Dermato-venerologie a Spitalului Clinic Județean de Urgență Brașov, precum și în ambulatoriul de specialitate. O parte dintre pacienții diagnosticați cu psoriazis, mai ales cei cu forme extinse și severe de psoriazis au fost internați în spital, iar cei cu forme ușoare și moderate au fost urmăriți prin ambulatoriul de specialitate.

Pacienții din studiu au fost atent selecționați înănd cont de complianța acestora, posibilitatea programului vizitelor pe o perioadă de aproape un an de zile, disponibilitatea de a efectua investigații de laborator și/sau examene histopatologice.

3.2. Studii epidemiologice asupra lotului studiat

Distribuția pe sexe a pacienților cu boală psoriazică în lotul studiat arată o ușoară predominanță a sexului masculin față de cel feminin (Sex ratio bărbăți / femei a fost de 1,37/1).

Pacienții au provenit atât din mediul urban, cât și din cel rural, dar cu o predominanță a celor din mediul urban (55,33%).

Vârsta pacienților din lotul studiat a fost cuprinsă între 18 și 74 de ani, cu o vârstă medie de 39,92 ani. În urma repartiției pe grupe de vârstă s-a constatat că pacienții cei mai numeroși s-au încadrat în grupa de vârstă 18-30 ani (34,70%), urmat de grupa de vârstă 46-60 ani (32,46%).

În ceea ce privește vârsta de debut a bolii psoriazice la pacienții din lotul studiat am putut constata o incidență mai crescută la grupa de vârstă 21-30 de ani (24,63%), urmat de grupa de vârstă 11-20 de ani (22,39%).

Din cei 268 de pacienți analizați, 68 pacienți (23,88%) au fost incluși în studiu în primul an de la debutul bolii și tot 68 de pacienți (23,88%) în intervalul 1-5 ani de la debut.

Antecedente familiale de psoriazis am putut constata la 58 pacienți (21,64%).

Din punct de vedere al antecedentelor personale patologice, acestea au putut fi observate la o parte dintre pacienți. Hipertensiunea arterială a fost cea mai frecventă comorbiditate la acești pacienți (37,93%), urmat de dislipidemie (30,17%) și de boli cardio-vasculare (25,86%). O explicație ar fi prezența pe cromozomul 10 a genei TNFAIP3, atât în psoriazis, cât și în bolile cardiovasculare.

în psoriazis

Formele clinice de psoriazis prezentate la pacienții din lotul studiat 242 psoriazis vulgar, iar 26 pacienți (9,70%) au prezentat o formă de psoriazis exudativ.

Pacienții cu psoriazis vulgar au fost clasificați în funcție de: aspectul elementelor eruptive, a localizării leziunilor și a suprafeței corporale afectate.

Marea majoritate a pacienților au prezentat forma clasică de psoriazis vulgar, cea în plăci (205 pacienți, reprezentând 84,71%), 17 pacienți au prezentat forma de psoriazis gutat (7,02%), 9 pacienți (3,72%) psoriazis numular, iar 10 pacienți (4,13%) psoriazis circinat sau figurat.

Un element clinic important al psoriazisului este localizarea leziunilor, astfel, la 230 dintre pacienții studiați (95,04%) localizarea leziunilor de psoriazis era la nivelul trunchiului și membrelor. Pe lângă această localizare pacienții au mai prezentat leziuni la nivelul pielii pe roase a capului (167 pacienți reprezentând 69,04%), la nivelul pliurilor forma de psoriazis inversat (9 pacienți reprezentând 3,81%), palmo-plantar (14 pacienți reprezentând 5,71%).

Un criteriu important în alegerea terapiei în psoriazisul vulgar este suprafața corporală afectată de acesta sau Body Surface Area (BSA). După European Consensus Programme (ECP) severitatea psoriazisului în funcție de BSA este definită astfel: BSA \leq 10% corespunde psoriazisului ușor, iar BSA $>$ 10% la pacienții cu psoriazis moderat și sever. BSA \leq 10% a fost întâlnit la 144 pacienți (59,50%), iar BSA $>$ 10% la 98 pacienți (40,50%). Pacienții cu BSA \leq 10% răspund bine la tratamentele locale sau la fototerapie, iar pentru pacienții cu BSA $>$ 10% indicația este de terapie sistemică, fie clasică cu Metotrexat, fie noile terapii moderne cu preparate biologice.

Scorul PASI este cea mai folosită unealtă în determinarea severității psoriazisului, acesta reprezintă standardul de aur în evaluarea psoriazisului. Valoarea scorului PASI la pacienții din lotul studiat a fost cuprinsă între 2,1 și 37,8 cu o valoare medie de 10,41.

Dintre formele de psoriazis exudativ 14 pacienți (53,84%) prezentau psoriazis pustulos, din care 9 (34,62%) forma palmo-plantară, 4 (15,38%) forma centrifug inelară și unul (3,85%) forma generalizată de tip von Zumbusch.

Psoriazisul artropatic, mai ales forma oligoarticulară asimetrică, a fost întâlnit la 9 pacienți (34,62%), iar forma de psoriazis eritrodermic la 3 pacienți (11,54%).

3.4. Considerații asupra implicațiilor psiho-sociale ale bolii psoriazice la lotul studiat

Psoriazisul are un impact profund asupra calității vieții pacienților, atât fizic, cât și emoțional și social. O parte dintre pacienții studiați (89 pacienți) au răspuns la un chestionar, format din 10 întrebări, pentru a evalua impactul psoriazisului asupra calității vieții lor.

pacienților s-a putut constata că psoriazisul are un impact negativ asupra activității zilnice.

3.5. Evaluarea tratamentului în boala psoriazică pe baza experienței personale

Alegerea metodei terapeutice în psoriazis depinde de forma clinică și de gradul de severitate al acestuia. Astfel pentru cazurile de psoriazis formă ușoară (PASI<10), sau care afectează sub 10% din suprafața corporală, tratamentul a constat din topice și/sau fototerapie. În formele de psoriazis sever (PASI>10) am optat pentru tratament sistemic, la care s-a asociat sau nu fototerapia. În anumite situații, în care terapia sistemică nu a putut fi administrată la acești pacienți, s-au folosit scheme de tratament local.

În ceea ce mă privește am încercat să utilizez scheme terapeutice cât mai adaptate particularităților clinico-evolutive ale fiecărui bolnav studiat, pentru a putea aprecia cât mai corect rezultatele. În acest sens am utilizat câteva scheme monoterapeutice sau combinate, împărțind pacienții în mai multe loturi, după cum urmează:

- Lotul I de 38 pacienți a beneficiat de tratament cu dermatocorticoizi topici, în special propionat de clobetazol (Dermovate), dar și de mometazonum furoat (Elocom).
- La lotul II de 43 pacienți am aplicat tratament local cu dermatocorticoizi, topice keratolitice (Acid salicilic 2-10%) și fototerapie SUP;
- Lotul III de 29 pacienți a beneficiat de tratament local cu dermatocorticoizi, topice keratolitice la care am asociat oxidoreductoare (unguent cignolin în doze crescătoare)
- La lotul IV de 29 pacienți s-a aplicat local același tratament ca la pacienții din lotul III la care s-a asociat fototerapia SUP.
- Lotul V de 14 pacienți cu afectare strictă la nivel palmo-plantar au urmat un tratament combinat între topice cu dermatocorticoizi (unguent propionat de clobetazol) și unguent uree 40%.
- Lotul VI de 26 pacienți au urmat tratament sistemic cu Metotrexat în doză de 15 mg/spt mână timp de 16 spt mâni.
- Lotul VII de 45 pacienți au beneficiat de același tratament sistemic cu Metotrexat în doză de 15 mg/spt mână timp de 16 spt mâni la care s-a asociat fototerapia SUP.
- Lotul VIII de 18 pacienți a urmat un tratament cu preparate biologice, din care 7 cu Etanercept (Enbrel) și 11 cu adalimumab (Humira).

Rezultatele obținute în urma schemelor de tratament aplicate au fost evaluate la pacienții primelor 5 loturi la 2, 4 și 8 spt mâni, la pacienții loturilor VI, VII și VIII rezultatele au fost evaluate la 16 spt mâni.

Aprecierea rezultatelor terapeutice a fost următoarea:

- PASI > 75% ó reducerea leziunilor cu peste 75% (rezultate foarte bune)

o ó reducerea leziunilor între 50-75% (rezultate bune)

o ó reducerea leziunilor între 25-50% (rezultate modeste)

o ó reducerea leziunilor cu mai pu in de 25% (e ec terapeutic sau f r r spuns la tratament).

Rezultatele au fost dup cum urmeaz :

- lotul I: PASI \times 75% la 8 s pt mâni de tratament la 86,84% dintre pacien i, cu pu ine efecte secundare la tratamentul cu dermatocorticoizi (7,89% foliculit cortizonic);
- la lotul II PASI \times 75% la 8 s pt mâni de tratament la 95,35% dintre pacien i. rezultatele au fost comparate cu cele din lotul I, constatându-se un rezultat u or favorabil la pacien ii lotului II. Efectele secundare la pacien ii lotului II au fost de asemenea minore (4,64% foliculit i Pete purpurice la dermatocorticoizi, iar 6,98% au prezentat eritem solar la fototerapie);
- în lotul III i lotul IV PASI \times 75% ob inut la 8 s pt mâni a fost de 68,96% în lotul III i de 75,86%r în lotul IV; Efectul secundar cel mai frecvent întâlnit în ambele loturi a fost de eritem crisofanic (18,96%);
- lotul V: la 8 s pt mâni s-au ob inut rezultate foarte bune la 11 pacien i (78,57%). Efectele secundare au constat din atrofie tegumentar la un pacient (7,14%) i echimoze pe fa a dorsal a mâinilor tot la un pacient (7,14%)
- lotul VI i lotul VII: PASI \times 75% la 57,69% dintre pacien ii lotului VI i 66,67% dintre pacien ii lotului VII la 16 s pt mâni de tratament; de men ionat c pacien ii lotului VI au prezentat efecte secundare precum: prurit cutanat, grea , iar pacien ii lotului VII febr , cefalee la tratamentul sistemic i eritem accentuat asem n tor celui solar în urma expunerii la UV;
- lotul VIII: PASI \times 75% s-au ob inut dup 16 s pt mâni la 77,78% dintre pacien ii trata i cu Adalimumab i 50% dintre pacien ii trata i cu Etanercept.

- cronic cu caracter recidivant care afectează aproximativ 3-5% din populație, datele din literatura de specialitate fiind variabile.
2. În lotul studiat 90,30% dintre pacienți prezentau forma clasică de psoriazis vulgar, iar 9,70% prezentau forma exudativă (pustulos, artropatic și eritrodermic)
 3. Repartiția pe sexe a pacienților cu psoriazis a arătat că 57,84% dintre pacienți erau de sex masculin, iar restul de 42,16% fiind de sex feminin, cu un sex ratio bărbat:femei de 1,37:1.
 4. Repartiția pe grupe de vârstă a pacienților a arătat incidențe nu mult diferite în funcție de decadele de vârstă, astfel:
 - a. Grupa 18-30 ani ó 34,70%;
 - b. Grupa 31-45 ani ó 24,26%;
 - c. Grupa 46-60 ani ó 32,46%;
 - d. Peste 60 ani ó 8,58%.
 5. Vârsta de debut a psoriazisului a prezentat două vârfuri crescute ale incidenței, astfel un prim vârf al vârstei de debut a fost între 21 și 30 ani cu 24,63%, iar cel de al doilea vârf al vârstei de debut între 41 și 50 ani cu 17,16%.
 6. Antecedente familiale de psoriazis s-au înregistrat la 21,64%.
 7. În cadrul lotului studiat, majoritatea pacienților cu psoriazis vulgar au prezentat forma clasică în plăci și placcarde (84,71%), restul formelor clinice au fost: psoriazis gutat (7,44%), psoriazis numular (3,72%) și psoriazis figurat (4,13%).
 8. Din punct de vedere al localizării leziunilor de psoriazis vulgar, majoritatea pacienților prezentau forma extinsă pe trunchi și membre (95,04%), dar și celelalte localizări cunoscute: psoriazis pielea pe roasă a capului (69,01%), psoriazis inversat (3,72%), psoriazis palmo-plantar (5,76%), psoriazis unghial (15,29%), psoriazis generalizat (2,48%).

diagnostică și cu psoriazis vulgar a fost între 2,1 și 41,5, cu o
6% dintre pacienți scorul PASI a fost sub 10, iar la 35,44%
scor s-a ales și modalitatea de tratament (local sau sistemic)

10. În ceea ce privește tratamentul bolii psoriazice, care constituie și obiectivul principal al tezei mele de doctorat, o primă concluzie care se impune, ar fi aceea că metodele terapeutice nu pot fi apreciate comparativ, întrucât acestea se adresează la pacienți cu forme clinice diferite, selectate anume, în concordanță cu toate particularitățile clinico-evolutive ale cazului.
11. Tratamentul local cu dermatocorticoizi potenți se adresează pacienților cu un scor PASI < 10, cu o durată de evoluție scurtă a bolii. Astfel a fost aplicat la 38 pacienți, cu un răspuns PASI × 75% după 8 săptămâni la 86,84% dintre, cu efecte secundare constând în foliculită cortizonică la 7,89%. Recidiva a fost întâlnită la 5,26% dintre pacienți.
12. Terapia combinată (dermatocorticoizi, topice keratolitice, fototerapia SUP) s-a adresat tot pacienților cu un scor PASI < 10, cu o durată scurtă de evoluție, fiind administrat la 43 pacienți, iar rezultatele au arătat o îmbunătățire PASI × 75% la 8 săptămâni la 95,35% dintre aceștia, cu efecte secundare minore (foliculită la 2,32%, pete purpurice la 2,32% și eritem solar la 6,98%)
13. Tratamentul combinat cu 3 metode (dermatocorticoizi, topice keratolitice, oxidoreductoare) și respectiv 4 metode (dermatocorticoizi, topice keratolitice, oxidoreductoare, fototerapie SUP) s-a adresat pacienților cu un scor PASI < 10, dar și la cei cu un scor PASI × 10 care aveau contraindicație de tratament sistemic. Rezultatele favorabile (PASI × 75%) la 8 săptămâni au fost 68,96%, respectiv 75,86%, cu menținerea unor eriteme fotoinduse la 10,34% pacienți și eritem crisofanic la 18,96% pacienți.
14. Tratamentele sistemice clasice cu Metotrexat 15 mg/sptmână în monoterapie administrat la 26 pacienți vs Metotrexat 15 mg/sptmână asociat cu fototerapia SUP administrat la 35 pacienți, s-au adresat pacienților cu un scor PASI × 10 și cu o durată lungă de evoluție a bolii. Rezultatele comparative ale celor două metode au arătat o îmbunătățire a PASI × 75% după 16 săptămâni de tratament la 57,69%, respectiv la

și efecte secundare minore (prurit cutanat, grea, febră, anafilaxică și anafilaxică cutanat).

15. Tratamentele cu preparate biologice (Etanercept și Adalimumab) s-au adresat de asemenea pacienților cu un scor PASI $\times 10$, dar care nu au avut răspuns la nicio altă metodă clasică de tratament. PASI $\times 75\%$ după 16 săptămâni de tratament s-a obținut la 77,78% dintre pacienții care au avut ca tratament adalimumab și la 50% la cei care au urmat o schemă terapeutică cu etanercept. Aceste rezultate sunt mai puțin concludente, întrucât numărul pacienților tratați cu anticorpi monoclonali a fost foarte redus.
16. În fine, ne putem permite să apreciem că toate metodele utilizate azi în terapia bolii psoriazice dau rezultate satisfăcătoare la un număr mai mare sau mai mic de pacienți, cu condiția adaptării stricte a schemelor terapeutice la particularitățile fiecărui caz clinic.
17. În managementul terapiei bolii psoriazice vor mai trebui aduse multe completări în raport cu achizițiile moderne fără să se neglijeze un aspect extrem de important, acela al impactului psihologic al bolii psoriazice asupra fiecărui pacient.
18. La ora actuală cu toate progresele înregistrate și indiferent de schemele terapeutice utilizate, mai mult sau mai puțin sofisticate, nu se poate vorbi încă de o standardizare a terapiei bolii psoriazice, după cum nu se poate vorbi de o vindecare de durată.