



La psoriasi

La psoriasi è una malattia della pelle, ad andamento cronico e recidivante, che si manifesta con la comparsa di chiazze rossastre e rotondeggianti, ben delimitate da margini netti. Con il progredire della patologia, le chiazze possono confluire e sono ricoperte di squame di colore bianco-argenteo. La psoriasi può interessare tutta la superficie corporea, ma le aree classicamente colpite sono: gomiti, ginocchia, cuoio capelluto e regione sacrale. Ne sono affetti circa 125 milioni di persone nel mondo¹ e intorno ai 2,5 milioni in Italia. Nel mondo occidentale circa il 3-4% della popolazione adulta presenta lesioni psoriasiche.

L'evoluzione di questa malattia, per la quale non esiste ancora oggi una terapia risolutiva, è imprevedibile e può procedere attraverso riacutizzazioni, miglioramenti e talvolta anche persistenti remissioni.

È importante rilevare che anche una minima estensione della malattia sulla superficie corporea può essere associata a comorbidità. Numerosi studi hanno dimostrato che non solo vi è un'associazione tra psoriasi e artrite psoriasica, depressione e abuso di sostanze, ma anche che i pazienti affetti da psoriasi presentano una maggior incidenza della sindrome metabolica, e quindi obesità, diabete, patologie cardiovascolari².

Tipi di psoriasi

La severità della psoriasi è misurata in base all'estensione delle lesioni, al grado di eritema, desquamazione e infiltrazione, alla risposta alle terapie e al grado di disabilità sociale e psicologica³.

Le varie forme cliniche sono:

- *psoriasi a placche*: è la forma più comune. Le lesioni compaiono a livello del cuoio capelluto, del tronco e sugli arti. Anche le unghie possono essere coinvolte;
- *psoriasi guttata*: colpisce prevalentemente i bambini e si manifesta con piccole chiazze su tutto il corpo; spesso è correlata a faringite streptococcica;
- *psoriasi pustolosa*: si presenta sotto forma di piccole pustole che ricoprono aree delimitate (palmi delle mani o piante dei piedi), oppure tutto il corpo;
- *psoriasi inversa*: è comune nelle persone anziane e colpisce le pieghe (regione ascellare, inguinale e pieghe sottomammarie). Le lesioni possono essere umide;
- *psoriasi eritrodermica (detta anche psoriasi esfoliativa)*: è interessata tutta la superficie cutanea che si presenta uniformemente arrossata con desquamazione intensa.

La psoriasi lieve-moderata

La maggior parte delle persone affette da psoriasi (circa l'80%) soffre di psoriasi a placche, nella forma lieve o moderata. La psoriasi si definisce:

- **lieve**, quando interessa meno del 10% della superficie ed è controllata con successo dalla terapia locale;
- **moderata**, quando interessa dal 10 al 20% della superficie corporea o meno del 10% ma con localizzazioni importanti (viso e mani) che pesano sulla qualità di vita del paziente, ed è ben controllata con la terapia locale.

Molto spesso la psoriasi lieve-moderata non viene riconosciuta e adeguatamente trattata. Inoltre, sono soprattutto i pazienti affetti da queste forme a manifestare il maggior grado d'insoddisfazione riguardo alla gestione terapeutica e clinica della malattia, dal momento che le terapie sistemiche, anche in considerazione del profilo di sicurezza per svariati aspetti non ottimale, sono riservate a forme di psoriasi moderata-grave.

La psoriasi può inoltre presentarsi di livello **moderato-grave**, quando interessa più del 10% della superficie corporea ma non risponde alla terapia locale, o che interessa meno del 10% della superficie corporea ma è presente in aree “problematiche” (cuoio capelluto, mani e piedi); è **grave** quando coinvolge più del 20% della superficie corporea o meno del 20% ma è instabile, rapidamente progressiva e interessa parti importanti come le superfici palmo-plantari e il cuoio capelluto.

Epidemiologia

La psoriasi colpisce in egual misura gli uomini e le donne, anche se studi sull'incidenza della patologia suggeriscono che tende a manifestarsi più precocemente nella popolazione femminile⁴. L'incidenza è intorno ai 6 casi per 10.000 abitanti ogni anno, e appare più alta nei Paesi sviluppati, mentre si riduce tra Neri e Asiatici e in alcuni gruppi etnici, come gli Aborigeni australiani, ed è del tutto eccezionale nei Nativi americani. Tuttavia, le minoranze sono soggette ad ammalarsi nella forma grave e a soffrire di un maggiore *distress* sociale ed emozionale⁵.

La patologia può insorgere a qualsiasi età, ma nelle forme dell'adulto è più comunemente diagnosticata ai 20 e ai 50 anni d'età.

Ripercussioni sulla qualità di vita

La psoriasi incide su gran parte degli aspetti del vivere quotidiano del paziente, dalla scelta dei vestiti alle attività sportive, come ad esempio il nuoto, dove l'esposizione di aree cutanee affette comporta emarginazione ed esclusione. L'impatto negativo della patologia si ripercuote anche sulle attività lavorative e scolastiche e sulle relazioni affettive. La compromissione dell'aspetto estetico può dar luogo a disturbi a livello psichico, affettivo e professionale. Il peso psicologico e sociale che essa impone spesso oltrepassa la gravità del disturbo in sé: più del 60% dei pazienti associa alla malattia una diagnosi di depressione e, di questi, il 10% ha idee di suicidio⁶.

Le manifestazioni cutanee della malattia, oltre al dolore e al prurito, provocano disagio, frustrazione e vergogna, da cui deriva la perdita di autostima e un senso di stigmatizzazione. I pazienti provano insicurezza e cercano di nascondere agli altri il proprio problema, spesso isolandosi per paura del rifiuto sociale. Questo forte disagio è ulteriormente esacerbato dal pregiudizio, purtroppo ancora diffuso nella maggior parte degli italiani, che la patologia sia contagiosa e questo fa sì che molte persone con psoriasi frequentino esclusivamente persone affette dalla stessa malattia.

La psoriasi può dunque essere considerata a tutti gli effetti una patologia invalidante, per via dell'impatto fortemente negativo sui pazienti che ne soffrono, che può arrivare a condizionare anche i progetti lavorativi e di carriera.

A tutto ciò si aggiunge anche la frustrazione derivante dalle terapie tradizionali che, in cambio di una risoluzione di breve durata, impongono trattamenti laboriosi che spesso vincolano il paziente a estenuanti medicazioni e influiscono negativamente sulla capacità di adesione alla cura: ciò contribuisce a instaurare un circolo vizioso, che si traduce in una qualità di vita estremamente depauperata.

Eziologia

La psoriasi non è una malattia infettiva e non si trasmette per contatto. La psoriasi è una malattia che si trasmette geneticamente, anche se, in molti casi, le cause che possono provocarne l'origine sono sconosciute.

Circa la metà delle persone colpite da psoriasi proviene da famiglie in cui vi sono altri casi; soprattutto nei gemelli monozigoti (con identico patrimonio genetico e con caratteristiche fisiche uguali) la psoriasi colpisce entrambi i fratelli nel 65-70% dei casi. I recenti risultati di una ricerca che ha visto collaborare i principali gruppi di ricerca genetica europei e che ha coinvolto 7.000 pazienti, hanno confermato la doppia natura ambientale e genetica della malattia, sulla base dell'identificazione delle varianti di rischio sia nei geni suscettibili dell'epidermide sia in quelli che regolano l'immunità⁷.

A seguito di un'errata regolazione dei linfociti-T, il ciclo di replicazione delle cellule (turn over) dello strato superficiale della pelle, attraverso il rilascio di citochine, è 5 volte più veloce rispetto al normale, mentre è rallentato il normale processo di apoptosi (cioè di morte cellulare programmata). È l'azione contemporanea di questi due fattori a determinare la formazione delle lesioni psoriasiche.

Fattori scatenanti

La psoriasi è una malattia a carattere genetico: circa il 30% dei soggetti con psoriasi ha una storia familiare nei parenti di primo grado. La probabilità di ammalarsi con entrambi i genitori affetti da psoriasi è di circa il 40%⁸.

Molti possono essere i fattori ambientali scatenanti. Tra questi:

- **i traumi fisici**, come il grattamento, le ustioni, le cicatrici chirurgiche o i traumi accidentali;
- **lo stress emotivo**;
- **l'aumento dell'indice di massa corporea**, correlato all'incremento del rischio di manifestare la malattia;
- **le infezioni** delle alte vie respiratorie, causate prevalentemente dallo streptococco betaemolitico, soprattutto nei pazienti pediatrici;
- **alcuni farmaci**, ad esempio sali di litio, beta-bloccanti, antimalarici, FANS;
- **l'etilismo e il fumo**, che spesso accompagnano le forme gravi di psoriasi e sono maggiormente correlati all'insorgenza di psoriasi pustolosa.

Note

¹ National Psoriasis Foundation. *Statistics*. www.psoriasis.org/learn_statistics (03/12).

² Gisondi P., Tessari G., Conti A., *et al.* Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case control study. *British Journal of Dermatology* 2007, 157:68-73.

³ Chimenti S., *Psoriasis*. Firenze: SEE Editrice, 2005.

⁴ Naldi L., Gamini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clinics in Dermatology* 2007, 25: 510-518.

⁵ National Psoriasis Foundation. *Statistics*. www.psoriasis.org/learn_statistics (03/12).

⁶ Esposito M., Saraceno R., Giunta A., Maccarone M., Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology* 2006, 212 (2): 123-127.

⁷ Strange A. *et al.* A genome-wide association study identifies new psoriasis susceptibility loci and an interaction between HLA-C and ERAP1. *Nature Genetics*, November 2010, 42 (11): 985-990.

National Psoriasis Foundation. *New stories*. www.psoriasis.org/page.aspx?pid=1350 (03/12).

⁸ Cfr. <http://psocare.agenziafarmaco.it/progetto.htm>