

**vivere bene
con la
PSORIASI**



Questo opuscolo non intende sostituirsi al medico ed al personale sanitario.

Nulla di quanto è scritto in queste pagine può essere usato per eseguire indagini cliniche e per formulare diagnosi su malattie o disturbi: è questo un compito che spetta solo al medico curante.

Ancora, questo opuscolo non intende proporre indicazioni per terapie, che possono essere prescritte anch'esse unicamente dal medico.

vivere bene
con la
PSORIASI

a cura di **Mara Maccarone** e **Luigi Naldi**

Ha ricevuto una diagnosi di psoriasi.

Le è stato detto: una malattia con cui convivere a lungo.

Forse si è già documentato o ha ricevuto informazioni dal medico.

Forse ha già organizzato la propria vita per ridurre al minimo i disagi.

Questo opuscolo potrebbe essere, dunque, superfluo: l'intento è quello di fornire risposte semplici ai problemi che con più frequenza si possono presentare, alla ricerca di un benessere possibile.

CHE COSA È LA PSORIASI?

La psoriasi è una malattia della pelle.

Malattie di altri organi come il cuore od i reni sono considerate con grande serietà perché possono mettere a repentaglio la vita.

Alla pelle, al contrario, può non essere data molta importanza.

Eppure, la pelle è l'organo che più direttamente concorre, nel bene o nel male, al nostro benessere come persone che vivono in una rete di relazioni sociali.

Abbiamo memoria da secoli passati di una sorta di stigmatizzazione della persona sofferente di pelle: sia essa l'ulceroso od il lebbroso.

Corpi lisci e pelli lucide occhieggiano, ai nostri giorni, dalle pagine dei quotidiani. Il lavoro che ci attende, come persone che soffrono di psoriasi, riguarda, innanzitutto, la possibilità di farci valere per quello che siamo, al di là della superficie - è il caso di dirlo - e delle apparenze.

Non può essere solo una questione di "pelle"!

Dicevamo che la psoriasi è una malattia della pelle.

Nella variante più comune (*psoriasi cronica a placche*) si formano delle chiazze arrossate a limiti piuttosto netti, ricoperte da squame biancastre, in alcune



sedi tipiche come i gomiti, le ginocchia, la regione sacrale, il capo. Le lesioni sono stabili e persistono a lungo.

In realtà, il difetto che sta alla base della psoriasi riguarda l'intera superficie cutanea. Espressa nei termini più semplici, si tratta di un'enorme accelerazione dei tempi con cui le cellule della porzione più superficiale della pelle, l'epidermide, si rinnovano (il cosiddetto *turnover*). Queste cellule sono disposte a strati compatti ed, in situazioni normali, passano progressivamente dallo strato più profondo dell'epidermide (lo *strato basale*) a quello più superficiale (lo *strato corneo*) nell'arco di circa 28 giorni.

Una volta raggiunta la superficie si distaccano e si disperdono nell'ambiente.

Ora, questo processo è grandemente accelerato nelle persone con psoriasi ed il ciclo completo si può compiere nel giro di soli tre, quattro giorni.

La velocità del ciclo fa sì che le cellule più superficiali, per così dire, si ammassino e si rendano visibili come squame.





CHE COSA NON È LA PSORIASI

Esistono molti pregiudizi riguardo alle malattie della pelle.

La psoriasi non è contagiosa, non si trasmette da una persona all'altra, e neppure è una malattia infettiva.

Non è assolutamente causata da una scarsa igiene o pulizia.

Non è infine un tumore.

Chi soffre di psoriasi ha un'attesa di vita che è del tutto analoga a quella di una persona normale.

COSA SAPPIAMO CIRCA LE CAUSE

La psoriasi ha quasi certamente una **base genetica**. In altre parole, la tendenza a sviluppare psoriasi si trasmette da una generazione all'altra col patrimonio ereditario.

Circa il 60% dei soggetti con psoriasi riferisce una storia della malattia tra i parenti di primo grado (genitori, fratelli, figli).

Il meccanismo di trasmissione ereditaria è complesso e coinvolge molto probabilmente in modo simultaneo svariati geni.

Accanto a fattori ereditari sembrano avere una certa importanza alcuni **fattori ambientali**.

È esperienza comune, ad esempio, che la psoriasi migliori con l'esposizione prolungata al **sole**. Fanno eccezione i rari casi di *psoriasi fotosensibile*, di psoriasi che tende a peggiorare con l'esposizione solare.



Al contrario, esistono dati che suggeriscono come il **fumo** di sigaretta possa rendere manifesta la malattia associandosi, in particolare, con forme di *psoriasi pustolosa*.

Anche l'abuso di **alcolici** è stato associato con un peggioramento della malattia e con una maggior resistenza ai trattamenti.

Esiste una relazione diretta tra presenza di psoriasi ed indici di massa corporea: la frequenza di psoriasi è più elevata tra i soggetti in **sovrappeso**.

Periodi di digiuno "terapeutico" sono stati associati con un miglioramento della malattia.

In generale, è consigliabile mantenere una dieta povera di grassi animali e ricca di frutta e verdura fresca.

Soprattutto nel soggetto giovane, la

psoriasi tende a comparire dopo alcuni **eventi stressanti** (ad esempio, un lutto od un fallimento lavorativo) e sempre nel soggetto giovane, si può osservare la comparsa di una forma particolare di psoriasi, la *psoriasi guttata*, in concomitanza con un **episodio infettivo**.



Esistono infine dati che suggeriscono come alcuni **farmaci**, (ad esempio, i *betabloccanti* ed i *calcioantagonisti*), possano, in alcuni individui, scatenare o peggiorare la malattia. **Traumatismi** cutanei (come una contusione od anche il grattamento intenso) possono essere responsabili della comparsa di lesioni nell'area del trauma (si tratta di un fenomeno conosciuto come *fenomeno di Koebner*).

In conclusione, analogamente ad altre malattie croniche, la psoriasi è una **malattia multifattoriale**, alla cui comparsa concorre una costellazione di fattori genetici ed ambientali in misura variabile da un individuo all'altro. È stato suggerito come il meccanismo alterato nella psoriasi sia in parte sovrapponibile al meccanismo che si innesca, in condizioni fisiologiche, in risposta ad una ferita: aumento dell'irrorazione cutanea, produzione di sostanze che attivano le cellule infiammatorie dell'organismo e proliferazione cellulare. Tale meccanismo si attiverebbe "spontaneamente" (in assenza cioè di una ferita) nei soggetti con psoriasi.

QUANTO È FREQUENTE...

La psoriasi è malattia piuttosto frequente. Si calcola che circa il 2% della popolazione italiana ne sia colpito (vi sarebbero, in altre parole, in Italia, oltre un milione di persone affette).

L'esordio della malattia avviene, in genere, attorno ai 20-30 anni.

È comunque possibile un inizio in età infantile o nella persona anziana.

Per motivi non chiariti, i maschi tendono ad essere più colpiti delle femmine.



... E COME SI MANIFESTA

Alcuni segni minori possono essere osservati per lungo tempo prima della comparsa delle lesioni più caratteristiche. Si tratta della presenza di squamette all'interno dei padiglioni auricolari, di piccole depressioni (come quelle alla superficie di un ditale) della lamina ungueale, di una forfora secca accentuata, di arrossamento al solco intergluteo ed in regione sacrale.

Nella forma di malattia conclamata si distinguono alcune varietà cliniche che possono essere combinate variamente tra loro o succedersi nel tempo.

Psoriasi cronica a placche

È la varietà più comune. Abbiamo dato più sopra una sommaria descrizione. Si tratta di chiazze arrossate ed a limiti netti rivestite da squame biancastre piuttosto aderenti. Le lesioni tendono a persistere indefinitivamente e si localizzano più frequentemente ai gomiti, ginocchia, dorso, cuoio capelluto. Circa l'80% dei pazienti presenta questa forma.

Psoriasi guttata

È il quadro clinico di più comune osservazione nei bambini. Si tratta di una eruzione di piccole chiazzerette rosate e modestamente desquamanti su gran parte della superficie cutanea. L'eruzione segue, in genere, un'infezione del cavo orale e persiste per settimane. Solo una proporzione (non superiore al 60%) di tutti coloro che in età infantile hanno presentato una storia di psoriasi guttata sviluppa una qualche altra varietà di psoriasi in età più adulta.



Psoriasi invertita

Si tratta di una psoriasi localizzata, in modo prevalente, alle aree di piega: ascelle, inguine, solco intergluteo, regione sottomammaria.

In questo caso, le chiazze sono arrossate e la superficie può essere umida.



Psoriasi pustolosa

Si tratta di una varietà particolarmente disturbante di psoriasi. Se ne distinguono due forme: una forma *localizzata* ed una *generalizzata*.

La *forma localizzata* è di gran lunga più frequente nel sesso femminile e presenta una forte associazione con il fumo di sigaretta.

Le lesioni sono localizzate al palmo delle mani ed alla pianta dei piedi interferendo con le attività quotidiane.

Si tratta di chiazze arrossate e desquamanti nel cui contesto si osservano numerose pustole.

La forma *generalizzata* è assai rara e grave.

Si osservano lesioni arrossate estese disseminate di pustole.

Vi può essere febbre e la malattia può interferire con i meccanismi della termoregolazione e del controllo dei liquidi (*omeostasi*).

Le manifestazioni possono comportare il trattamento in regime di ricovero ospedaliero.

Eritrodermia psoriasica

Analogamente severa è questa forma di psoriasi.

Si tratta di una sorta di scompenso della cute che segue, in genere, una psoriasi in placche estesa non adeguatamente o correttamente trattata.

L'intera cute diviene arrossata e solo modestamente desquamante.

Viene a mancare la capacità di controllo della temperatura corporea e si perdono liquidi. Si tratta di una forma rara che richiede un trattamento in regime di ricovero ospedaliero.

Artrite psoriasica

Alcuni soggetti con psoriasi (non più del 2% se si considerano le stime di popolazione) possono presentare un'artrite peculiare che prende il nome di *artrite psoriasica*. In questo caso, si osservano tumefazioni dolenti in corrispondenza di alcune articolazioni.

Tra le più colpite le articolazioni delle mani, dei polsi, i gomiti, le ginocchia, e la colonna lombosacrale.



Le **unghie** possono essere colpite in tutte le forme di psoriasi più sopra menzionate: possono essere ispessite ed a superficie irregolare, possono spezzarsi e presentare cambiamenti di colore.

COME AVVIENE LA DIAGNOSI

La diagnosi di psoriasi avviene attraverso l'esame clinico da parte di un medico esperto (in genere, un dermatologo).

Non sono, per lo più, necessari ulteriori accertamenti.

Solo in alcuni casi dubbi, può essere utile eseguire un prelievo di pelle per un esame istologico. Nel caso del sospetto di un'artrite psoriasica, si rende opportuna la valutazione di indici infiammatori attraverso un esame del sangue ed il parere di un reumatologo.



SUGGERIMENTI E PRECAUZIONI PER IL TRATTAMENTO

È evidente come, per una malattia cronica quale è la psoriasi, si renda indispensabile definire un *piano di gestione* a lungo termine che faccia un uso ottimale delle risorse terapeutiche disponibili e che tenga, soprattutto, in adeguata considerazione le particolari esigenze del singolo paziente.

Lo scopo principale del trattamento è, infatti, quello di rendere sopportabile al singolo paziente il carico della propria malattia riducendo al minimo l'impatto della malattia con le attività quotidiane e garantendo una soddisfacente vita di relazione.

Salvo rare eccezioni, come quelle della *psoriasi pustolosa generalizzata* e della *eritrodermia psoriasica*, il trattamento della psoriasi non richiede il ricovero ospedaliero.



Un aspetto di frequente trascurato è quello relativo alla promozione di un salutare *stile di vita*.

È consigliabile (salvo nei casi di *psoriasi fotosensibile*) programmare per quanto possibile durante l'anno, adeguati periodi di esposizione solare in clima adatto.



È opportuno controllare il peso, ridurre o eliminare il fumo e moderare il consumo di alcolici.

È anche opportuno non coltivare attese irrealistiche riguardo ai *trattamenti disponibili*: questi possono garantire un adeguato controllo a breve termine della malattia. A più lungo termine, si tratta di bilanciare i benefici con i rischi dei potenziali effetti avversi di un trattamento protratto nel tempo.

Allo stato attuale delle conoscenze, nessun trattamento può fornire una guarigione definitiva della malattia. Un certo numero di nuovi farmaci ed interventi è stato introdotto in questi ultimi anni. Si tratta di modalità promettenti.

Tuttavia, come per qualsiasi altro intervento medico di recente introduzione, bisogna considerare che il profilo di sicurezza può non essere definito in modo così preciso come per le modalità terapeutiche sperimentate da più lungo tempo.

È bene dunque riferire al medico anche piccoli disturbi che si possono verificare nel corso di tali trattamenti.



Accanto ai trattamenti con sostanze farmacologicamente attive, non va dimenticata l'importanza di una adeguata cura del corpo ed, in particolare, l'impiego regolare di sostanze che riducano la secchezza cutanea (*emollienti*) e facilitino l'eliminazione delle squame dalla superficie cutanea.

MODALITÀ TERAPEUTICHE

Le modalità terapeutiche per la psoriasi sono, in genere classificate in tre grandi gruppi.

trattamenti topici

In questo caso, i farmaci vengono applicati direttamente sulla superficie cutanea sotto forma di unguenti (più grassi e untuosi), creme, paste, lozioni (queste ultime adatte all'applicazione sulle zone pelose del corpo).

I prodotti più recenti (steroidi topici, derivati della vitamina D e A) sono dotati di maggiore accettabilità cosmetologica (non macchiano, non hanno odore sgradevole) rispetto ai rimedi più antichi (catrami, ditranolo).



Per essere efficaci i trattamenti topici debbono essere applicati secondo tempi ben definiti. Si richiedono, in genere, due tre settimane di trattamento regolare perché si possano osservare i primi effetti terapeutici.

Una modalità particolare è la cosiddetta "occlusione" che consiste nella copertura dell'area trattata con fogli di vari materiali che permettono una maggiore penetrazione del principio attivo al di sotto dello strato epidermico più superficiale.



trattamenti con luce ultravioletta

Impiegano l'esposizione a fonti di luce ultravioletta (UVB e UVA).

I raggi ultravioletti possono essere impiegati da soli od in associazione con farmaci topici o sistemici.

Una modalità particolare è quella che prevede l'associazione di radiazioni UVA e di farmaci che prendono il nome di *psoraleni* assunti per bocca od anche disciolti in una vasca ove viene immerso il paziente. Tali modalità prendono il nome di *fototerapia*.

trattamenti sistemici

Si tratta di farmaci che vengono immessi nell'organismo, assunti per bocca od iniettati, e che hanno effetti che non sono limitati alla pelle.

Per via degli effetti sistemici, l'impiego di questi farmaci viene ristretto alle forme di psoriasi più severa.

I prodotti di più frequente impiego in Italia sono la ciclosporina, l'acitretina, il metotrexate. Tra i prodotti di recente sviluppo, possiamo ricordare l'alefacept, l'infliximab, l'etanercept.



Non è solo importante cosa si somministra ma come lo si somministra nel tempo. Al fine di ottimizzare l'efficacia di differenti modalità terapeutiche riducendo, parallelamente, i possibili effetti avversi connessi con il trattamento protratto, è stata proposta una strategia di **rotazione** dei trattamenti.

Si tratta di un piano terapeutico che prevede la somministrazione in successione e per tempi adeguati di differenti farmaci.

Un altro approccio che si prefigge di potenziare gli effetti terapeutici prevede la **combinazione** simultanea di differenti modalità terapeutiche.

PSORIASI E GRAVIDANZA

La psoriasi non ha effetti costanti sulla gravidanza.

I figli di genitori con psoriasi hanno un rischio aumentato di soffrire a loro volta di psoriasi.

Una storia di psoriasi in uno dei genitori aumenta di oltre otto volte il rischio di sviluppare la psoriasi nei figli.

Alcuni farmaci sistemici assunti per la psoriasi sono controindicati in gravidanza.

Chi assume *acitretina*, in particolare, deve garantire una contraccezione adeguata per oltre tre anni dopo la sospensione del farmaco.



CONVIVERE CON LA MALATTIA

Una migliore comprensione della malattia può rappresentare un primo passo verso la sua accettazione ed una partecipazione consapevole alle decisioni terapeutiche.

Le reazioni di repulsione di chi ci sta accanto possono essere particolarmente penose. È bene diffondere conoscenze su cosa sia realmente la psoriasi. In alcuni casi, può essere particolarmente utile un sostegno psicologico che aiuti a ridurre lo stress connesso alla malattia.

È stato dimostrato che alcune tecniche di rilassamento e meditazione ed il *biofeedback* possono avere effetti benefici sulla evoluzione della psoriasi.

In molti casi, può essere di sollievo anche solo avere una spalla su cui piangere: confidarsi con un amico od un familiare o mettere a confronto le proprie esperienze con quelle di altre persone affette.



SOSTIENI PER ESSERE SOSTENUTO!

La ricerca sulla psoriasi si sta sviluppando in maniera esponenziale. Nel non lontano futuro è probabile che si rendano disponibili trattamenti più efficaci e sicuri.

I pazienti con psoriasi possono ottenere maggiori informazioni ed essere aggiornati su quanto riguarda la propria malattia contattando un'associazione di supporto dei pazienti con psoriasi:
Associazione per la Difesa degli Psoriasici (**A.DI.PSO.**)



A.DI.PSO.
Via Tacito, 90
00193 - ROMA
tel. e fax 06.3211545
www.adipso.org

progetto coordinato da:



Il Gruppo Italiano Studi Epidemiologici in Dermatologia (GISED), gruppo di lavoro della Società Italiana di Dermatologia e Venereologia, conduce, fin dal lontano 1986, ricerca clinico-epidemiologica in dermatologia. Questo opuscolo rientra in una serie di materiali educativi rivolti al pubblico con l'obiettivo di migliorare la comprensione dei problemi e la comunicazione tra medico e paziente.

Per ulteriori informazioni:

Centro di Coordinamento GISED
U.O. Dermatologia, Ospedali Riuniti
Largo Barozzi, 1 24128 Bergamo
Tel. 035-400625 Fax 035-253070
e-mail: info@gised.it



È rigorosamente vietata la riproduzione totale o parziale del presente volume in qualsiasi forma ottenibile, sia essa fotocopia o registrazione su dischi magnetici od altre, senza previa autorizzazione scritta degli autori.

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by other any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the authors.

illustrazioni di **Alessandro Sanna** ©2003
progetto grafico di **Marco d'Agostino**



giugno 2003