

Psoriasi: Le manifestazioni - Fattori di rischio e fattori scatenanti - Fattori di rischio e fattori scatenanti la psoriasi - La diagnosi

Salute e Benessere

Inviato da : Dott. Giuseppe Arno

Pubblicato il : 8/1/2024 8:10:00



La psoriasi è una patologia infiammatoria della cute, generalmente cronica e spesso recidivante, che colpisce circa l'1-2% della popolazione mondiale; colpisce in ugual misura uomini e donne anche se esistono sottotipi della patologia in cui c'è prevalenza di uno dei due sessi. Le donne, generalmente, sono colpite più precocemente rispetto agli uomini, inoltre i soggetti dalla pelle chiara sono più colpiti rispetto a quelli con cute più scura.



Le manifestazioni della psoriasi

La psoriasi si manifesta con chiazze eritematose di colore rosso ricoperte di squame secche e biancastre a volte associate a prurito e bruciore. Quando la patologia progredisce può esservi anche la comparsa di lesioni di tipo pustoloso.

Le lesioni psoriasiche possono interessare tutto il corpo (le mucose però non sono mai interessate), ma più frequentemente sono localizzate in corrispondenza dei gomiti, delle ginocchia, del cuoio capelluto e delle zone ombelicali e sacrali. Una caratteristica tipica, anche se non esclusiva, della psoriasi è il cosiddetto fenomeno di Koebner (anche isomorfismo reattivo), tale fenomeno consiste nella comparsa di lesioni di tipo psoriasico in punti nei quali si è verificato un trauma di tipo fisico (sfregamento, bruciatura, cicatrici ecc.).

Fattori di rischio e fattori scatenanti la psoriasi

L'etiologia della psoriasi non è ancora conosciuta, ma si ritiene che vi siano fattori di rischio che possano predisporre allo sviluppo della patologia. Vi sono poi alcune condizioni che, pur non essendo classificate come fattori di rischio, possono essere la causa scatenante la psoriasi in soggetti che sono considerati predisposti; tali condizioni sono quindi definite come fattori scatenanti.

Tra i fattori di rischio citiamo:

- predisposizione di tipo genetico
- processi infettivi
- stile di vita
- presenza di altre patologie (comorbidità).

Predisposizione di tipo genetico - Circa il 33% dei casi di psoriasi riguarda soggetti che hanno familiari affetti da tale patologia. Ciò suggerisce la presenza di una componente genetica ereditaria della patologia.

Processi infettivi - Alcuni soggetti si ammalano di psoriasi dopo essere stati colpiti da un'infezione virale o da un'infezione batterica. Per esempio, infezioni da streptococco β -emolitico di Gruppo A precedono a volte la comparsa di psoriasi. Si ritiene che un'eccessiva risposta del sistema immunitario a determinate infezioni possa provocare la comparsa della psoriasi in soggetti predisposti.

Stile di vita - Molti studi sembrano indicare che le persone con un buon stile di vita abbiano una minore tendenza allo sviluppo della psoriasi; alcuni autori ritengono che sia l'abuso di alcol che quello di fumo predispongano allo sviluppo della malattia. Anche l'obesità è considerato un fattore di rischio.

Comorbidità - È stato osservato che i soggetti affetti da morbo di Crohn, colite ulcerosa o da problemi di tipo metabolico sviluppano frequentemente la malattia.

È

Tra i fattori scatenanti sono compresi lo stress, le lesioni cutanee, le ustioni solari, alcuni tipi di farmaci, le alterazioni di tipo ormonale ecc.

L'evoluzione della psoriasi

La psoriasi può esordire in modo improvviso oppure gradualmente. Tra i segni e i sintomi più caratteristici della psoriasi si ricordano la xerosi (seccchezza della pelle), eritema e desquamazione, ipercheratosi, fissurazioni e pustole. Frequentemente è presente anche il prurito. Inoltre possono verificarsi onicopatia (onicopatia è un termine generico che si utilizza per indicare le lesioni a carico delle unghie; molte volte è il primo segno che si manifesta in caso di psoriasi, si parla infatti di onicopatia psoriasica) e, nell'uomo, lesioni a carico del glande. Rari sono i problemi oculari (bruciore, secrezioni e aumento della lacrimazione). Nei casi di artrite psoriasica si riscontrano dolori articolari e manifestazioni artritiche.

La patologia ha un decorso altalenante con episodi di ricadute e successive remissioni.

Le problematiche a livello cutaneo rappresentano per molti soggetti un problema che ha ripercussioni di tipo psicologico non indifferente che portano a un notevole scaldamento della qualità della vita. La perdita dei capelli è un evento abbastanza raro, mentre nella metà dei pazienti è presente l'onicopatia. Un numero significativo di soggetti (dal 10 al 30% circa) è affetto anche da artrite psoriasica.

Le forme di psoriasi

Vi sono diverse forme di psoriasi; esse vengono distinte a seconda delle loro peculiari caratteristiche; le varianti in cui si distingue la psoriasi sono le seguenti:

- psoriasi a placche (anche psoriasi volgare)

- psoriasi guttata

- psoriasi pustolosa

- psoriasi invertita

- psoriasi entrodermica.

La **psoriasi a placche** costituisce circa l'80% di tutti i casi di psoriasi. È una forma generalmente lieve della patologia e colpisce la superficie corporea per meno del 2%. Si presenta con placche ispessite e arrossate poco più grandi di un cm e di forma ovale o rotonda. Questa forma di psoriasi colpisce generalmente il cuoio capelluto, la zona sotto al ginocchio, la zona estensoria dell'avambraccio e la zona sacrale.

La **psoriasi guttata** riguarda circa il 18% dei casi di psoriasi. Colpisce con più frequenza i bambini e i giovani adulti. La psoriasi guttata è considerata una forma mediana più severa rispetto alla psoriasi a placche. Si presenta con piccole lesioni il cui diametro va da un mm a circa un cm. Tali lesioni, dalla caratteristica forma a gocciola, si localizzano prevalentemente sugli arti, sul viso e sul tronco. Fra i fattori scatenanti più comuni della psoriasi guttata vi sono le tonsilliti e le faringiti.

La **psoriasi pustolosa** è una forma di psoriasi abbastanza rara (meno del 2% dei casi); solitamente la sua comparsa è preceduta da altre varianti di psoriasi. Ne esistono due sottotipi: la psoriasi pustolosa localizzata di Barber (più comune) e la psoriasi pustolosa generalizzata di von Zumbusch.

La **psoriasi invertita** è una forma di psoriasi che si presenta molto spesso con la forma a placche. Colpisce con una certa frequenza i soggetti in sovrappeso e si presenta con zone cutanee entematose, ma senza la presenza di squame. Le parti del corpo più frequentemente colpite sono l'inguine, le ascelle e il solco sottomammario.

La **psoriasi entrodermica** è una forma molto rara di psoriasi, ma è certamente la più grave e può debilitare chi ne è colpito in modo molto severo e può avere complicanze di notevole gravità. Colpisce più frequentemente i soggetti di sesso maschile e l'età di insorgenza è media (intorno ai 50 anni). Solitamente la psoriasi entrodermica rappresenta un'evoluzione di altre forme psoriasiche (psoriasi a placche e psoriasi pustolosa generalizzata di von Zumbusch).

La diagnosi di psoriasi

La diagnosi di psoriasi è generalmente basata sul caratteristico aspetto delle chiazze. Non sempre però è facile diagnosticare tale patologia dal momento che vi sono altre malattie il cui quadro clinico presenta diverse similitudini. La diagnosi differenziale viene posta generalmente con l'eczema, la dermatite atopica, la sifilide e alcune patologie neoplastiche. Un importante obiettivo della diagnosi è quello di individuare la forma di psoriasi dal momento che l'approccio terapeutico è diverso a seconda del tipo di variante clinica.

Oltre al necessario esame obiettivo, gli strumenti utilizzati dal medico per l'effettuazione della diagnosi sono ovviamente la raccolta dei dati anamnestici e le indagini di laboratorio.

L'anamnesi permette la valutazione di parametri importanti quali la durata, la localizzazione e l'estensione della patologia, la familiarità e l'eventuale presenza di fattori che possano aver scatenato il processo patologico.

Generalmente l'esame obiettivo e la raccolta dei dati anamnestici sono sufficienti a porre la diagnosi di psoriasi, ma, nel caso sussistano ancora dubbi, è possibile ricorrere a indagini di laboratorio quali la biopsia della cute e la tipizzazione linfocitaria.

In base all'osservazione delle zone colpite dalla psoriasi il medico distingue il grado di gravità della malattia in lieve, moderato, moderato-grave e grave.

Il trattamento della psoriasi

Il decorso della psoriasi è difficilmente prevedibile e i soggetti colpiti dalla malattia possono presentare forme differenti e il cui grado di gravità è molto diverso. A tutt'oggi non esiste una cura definitiva per la psoriasi e, sfortunatamente, le cure a medio-lungo termine hanno talvolta effetti collaterali anche pesanti.

La scelta del trattamento si basa generalmente sul grado di gravità della malattia, sulla forma di psoriasi. Le modalità di trattamento sono svariate, tra esse ricordiamo:

- trattamenti topici
- fototerapia
- trattamenti farmacologici topici con associazioni
- trattamenti topici del cuoio capelluto
- trattamenti sistemici.

I trattamenti topici, usati generalmente nelle forme lievi di psoriasi, consistono in farmaci emollienti i cui scopi sono quelli di ammorbidire le squame e rimuoverle. Si utilizzano inoltre farmaci a base di antrralina, corticosteroidi, unguenti a base di acido salicilico, retinoidi, unguenti a base di analoghi della vitamina D₃.

La fototerapia viene generalmente usata per trattare le forme psoriasiche di media e severa gravità. Agisce eliminando o comunque migliorando lo stato delle lesioni provocate dalla patologia.

I trattamenti farmacologici con associazioni più utilizzati sono due: calcipotriolo associato a un corticosteroide topico e il tazarotene associato a un corticosteroide topico.

Per il trattamento delle psoriasi che colpiscono il cuoio capelluto si utilizzano trattamenti topici a base di corticosteroidi, shampoo al catrame e calcipotriolo.

Per la terapia delle psoriasi di una certa gravità si utilizzano trattamenti sistemici quali l'acitretina, la ciclosporina-A, il methotrexate, l'azotretinoina e l'idrossiurea.

I **farmaci biologici** - La classe di farmaci più recenti utilizzati nel trattamento delle psoriasi sono i cosiddetti farmaci biologici fra i quali ricordiamo gli anticorpi monoclonali, le citochine, le proteine di fusione e i fattori di crescita tissutali. Fra le molecole più studiate attualmente ricordiamo l'alefacept, l'efalizumab, l'etanercept, l'infliximab e l'adalimumab.

A

A