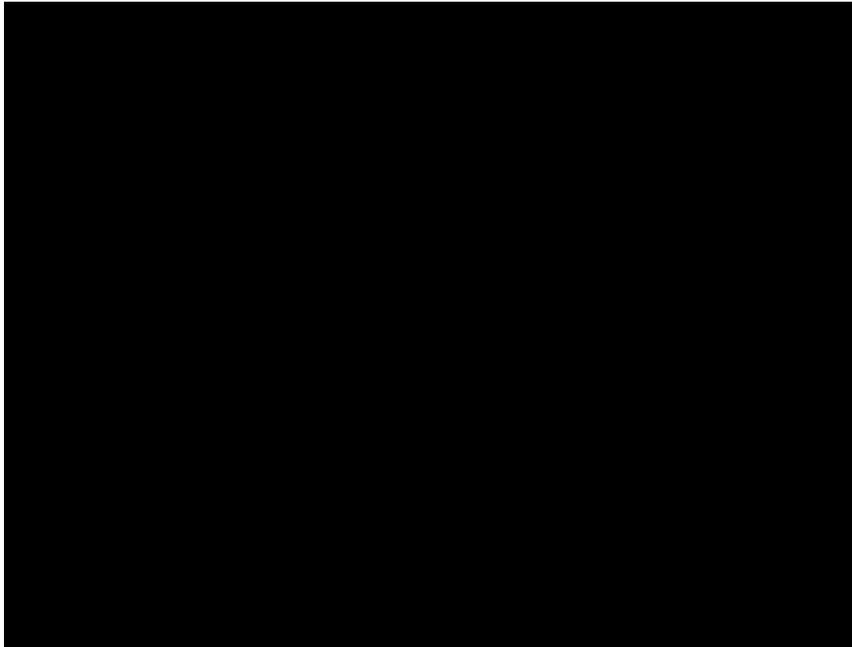


Cos'è la psoriasi - Come si presentano le lesioni - Come evolve la malattia

Categoria : RUBRICA MEDICA

Publicato da [Dott. Gianni Fusco](#) in 24/2/2009



La psoriasi è una malattia cronica della cute, frequente, che colpisce milioni di persone in tutto il mondo. Il primo sintomo è rappresentato dalla comparsa di una chiazza eritematosa associata a una sensazione di bruciore e di prurito. La psoriasi colpisce lo 0,1-3 per cento della popolazione mondiale, di cui il 75-80 per cento dei casi presenta forme lievi (psoriasi minima). Uomini e donne ne sono affetti in uguale misura, anche se in alcuni sottotipi specifici esiste una differenza fra i due sessi. Sembra che la malattia colpisca le donne a un'età inferiore rispetto agli uomini. Le persone con cute più chiara sono interessate più spesso rispetto alle persone con cute più scura. La psoriasi è una malattia cronica. L'esordio può insorgere a qualsiasi età ma più frequentemente fra i 20 i 30 anni e non colpisce mai le mucose. Circa il 15 per cento di tutti i casi di psoriasi vengono diagnosticati in bambini di età inferiore a 10 anni.





Come si manifesta

La psoriasi può esordire acutamente o gradualmente con chiazze eritematose, cioè aree arrossate, e squame. Le chiazze, a volte pruriginose, hanno un colore che varia da rosa a rosso, con un netto margine di demarcazione. Quando la malattia progredisce, si sviluppano squame di colore bianco-argentino e possono anche comparire lesioni pustolose. Le lesioni si possono localizzare su tutto il corpo, ma più spesso interessano il cuoio capelluto, i gomiti, le ginocchia, la zona ombelicale e quella sacrale. In alcuni pazienti compaiono nuove lesioni laddove c'era stato un trauma (per esempio tatuaggi, bruciature) o anche un'infezione. Tale fenomeno viene chiamato fenomeno di Koebner.

Come si presentano le le



sioni

Le lesioni psoriasiche sono caratterizzate da: iperproliferazione dei cheratinociti: i cheratinociti si dividono circa 9 volte più rapidamente che nella cute normale, con conseguente alterazione del normale ricambio (turnover). Nell'epidermide normale il ciclo di sviluppo, maturazione e desquamazione dei cheratinociti ha una durata di circa 26 giorni, mentre in un paziente affetto da psoriasi il turnover si riduce a 4 giorni. I cheratinociti maturi si portano verso la superficie cutanea e si accumulano, producendo le caratteristiche squame;



sviluppo anomalo dei cheratinociti: la distribuzione dei 5 strati dell'epidermide in una cute affetta da psoriasi è alterata. Lo strato granuloso è ridotto o assente, mentre lo strato corneo è significativamente aumentato a causa dell'accumulo di cheratinociti. La distribuzione delle varie forme di cheratina è inoltre alterata rispetto alla cute normale a causa di un ritardo nello sviluppo dello strato basale dell'epidermide psoriasica; infiltrazione di cellule infiammatorie

nella cute: numerose cellule del sistema immunitario migrano verso la cute psoriasica



a, provocando infiammazione. I macrofagi e i linfociti T predominano nelle lesioni precoci.

Fattori di rischio

La causa della psoriasi non è del tutto nota; tuttavia fattori genetici, infezioni, abitudini di vita ed eventuali patologie concomitanti possono essere predisponenti per lo sviluppo della malattia.

Predisposizione genetica. Un terzo dei casi di psoriasi si manifesta in persone che hanno parenti affetti da psoriasi, suggerendo la presenza di una componente genetica ereditaria della malattia. I geni candidati allo sviluppo della psoriasi sono localizzati sui cromosomi 1, 3, 4 e 6. Molti di questi geni presenti sul cromosoma 6 presentano un legame con le molecole di classe I del complesso maggiore di istocompatibilità (HLA). Questi geni comprendono gli antigeni leucocitari umani (HLA)-Cw6, HLA-DR7, HLA-A2, HLA-B17, e HLA-B13.

Infezioni. Alcuni individui sviluppano una psoriasi dopo un'infezione causata da batteri o virus. Le infezioni da streptococco e in particolare quelle da streptococco β -Emolitico di Gruppo A possono precedere la comparsa della psoriasi, come avviene nella psoriasi guttata. La maggior parte delle persone nel corso della vita soffre di infezioni da streptococco, reagendo con risposte del sistema immunitario diverse. Un'eccessiva risposta immunitaria all'infezione può scatenare la psoriasi in persone predisposte. Anche infezioni virali acute e croniche possono favorire lo sviluppo della malattia.

Abitudini di vita.

In generale, alcuni studi indicano che i soggetti che conducono uno stile di vita sano hanno una minore tendenza a sviluppare la psoriasi. Altri studi suggeriscono che l'abuso di alcolici e di tabacco predispongano alla psoriasi, così come un consumo limitato di frutta e di verdura. L'obesità costituisce un fattore di rischio aggiuntivo.

Comorbilità. Particolari comorbilità (presenza di altre patologie) predispongono alla psoriasi. Per esempio, pazienti affetti da malattia di Crohn (MC), da colite ulcerosa (CU) o da dismetabolismi sviluppano frequentemente psoriasi.

Fattori scatenanti. Anche se non sono considerate fattori di rischio, alcune condizioni ambientali possono scatenare l'esordio della psoriasi in persone predisposte. Si stima che le situazioni di stress peggiorino la psoriasi nel 40-80 per cento dei pazienti. I fattori scatenanti comprendono lesioni cutanee, punture di insetti, infezioni virali, micotiche, da lieviti o batteriche, alterazioni ormonali, ustioni solari, cambiamenti climatici, farmaci e stress.

Come evolve la malattia

L'&esordio della psoriasi può essere improvviso o graduale.

I segni e i sintomi caratteristici comprendono: xerosi, ovvero secchezza cutanea, arrossamento e desquamazione, zone ipercheratosiche, fissurazioni, pustole e aspetto infiammatorio;

prurito (frequente); dolore articolare e segni di artrite (nel caso di artrite psoriasica); onicopatia (coinvolgimento delle unghie), come "pitting", depressioni puntiformi di tipo "ditale da cucito", strie, chiazze eritematose, ipercheratosi e esiti iper o ipopigmentari; lesioni a livello del glande nell'uomo; coinvolgimento oculare con sensazione di bruciore, prurito, secrezione e aumento della lacrimazione (raramente). Il decorso tipico di questa malattia è caratterizzato da episodi di riacutizzazione, seguiti da remissione. Il periodo di recrudescenza varia per durata e frequenza. L'interessamento cutaneo, pur non coinvolgendo lo stato di salute generale, rappresenta una condizione cronica che può interferire in modo significativo sulla qualità della vita, con ripercussioni psicologiche e sociali talvolta invalidanti.

Alcuni pazienti manifestano depressione e si isolano a causa del loro aspetto, con tendenze suicidarie, soprattutto nel Nord Europa. La psoriasi può interessare anche gli annessi cutanei. La perdita di capelli a causa del coinvolgimento del cuoio capelluto è rara mentre il coinvolgimento delle unghie (onicopatia) si manifesta nel 50 per cento dei pazienti.

Circa il 10-30 per cento dei pazienti presenta artrite psoriasica (AP).

Le diverse forme di psoriasi

Esistono diverse forme di psoriasi, suddivise in base ai rispettivi segni e sintomi caratteristici. Le varianti sono: psoriasi a placche (psoriasi volgare): rappresenta la forma più comune di psoriasi, comprende infatti circa l'80 per cento dei casi. In genere è lieve o moderata e interessa meno del 2 per cento della superficie corporea. Si presenta con aree cutanee (chiazze/placche) sollevate, ispessite, di cute arrossata, ricoperte da squame bianco-argentee. Le placche hanno una dimensione superiore a 1 cm di diametro e sono ben demarcate con forma da rotonda a ovale.

La psoriasi a placche interessa tipicamente cuoio capelluto, superficie estensoria della gamba, sotto il ginocchio, superficie estensoria dell'avambraccio, sotto il gomito, e regione sacrale. È presente il segno di Auspitz alla rimozione della squama (vedi figura "Psoriasi a placche"); psoriasi guttata: responsabile di circa il 18 per cento dei casi, spesso interessa bambini e giovani adulti. I casi tendono a essere di gravità da media a moderata, sebbene esistano anche forme più severe. Si manifesta con piccole lesioni a forma di goccia, con un diametro da 0,1 a 1 cm, presenti prevalentemente sul tronco, sugli arti e sul volto. Con il tempo le zone colpite diventano simmetriche. Fra i principali fattori scatenanti della psoriasi guttata si ricordano le infezioni delle vie aeree superiori, quali faringiti e tonsilliti.

Le lesioni guttate possono sovrainfettarsi per opera di diverse specie streptococciche, soprattutto nei bambini. In questi casi, e nelle forme in cui l'infezione è preesistente, la terapia antibiotica è risolutiva (vedi figura "Psoriasi guttata"); psoriasi pustolosa: generalmente preceduta da altre varianti, la psoriasi pustolosa si presenta con pustole sterili (vedi figura "Psoriasi pustolosa"). Questa variante è relativamente rara e rappresenta meno del 2 per cento dei casi. La psoriasi pustolosa viene

suddivisa nei sottotipi: localizzata di Barber: la forma più comune di psoriasi pustolosa localizzata è quella pustolosa palmoplantare, che interessa sia il palmo sia la pianta. Le lesioni tipiche compaiono come pustole diffuse con un diametro di 0,5 cm su placche cutanee eritematose. Con il tempo le pustole diventano scure e desquamano. La pustolosa palmoplantare è più comune nelle donne fra i 20 e i 60 anni di età. Può essere scatenata da infezioni o da stress. Può essere invalidante, causando fissurazioni della pianta e del palmo che creano problemi nella deambulazione e nell'esecuzione dei compiti manuali; generalizzata di von Zumbusch: compare con macchie irregolari rosso vivo, di diametro da 0,1 cm a 1,0 cm, con bordi non ben delineati. I pazienti frequentemente manifestano febbre alta e aumento dei globuli bianchi (leucocitosi). La psoriasi pustolosa generalizzata si manifesta quando le pustole confluiscono e si allargano. Ciò può avvenire a seguito di infezioni, interruzione improvvisa della terapia steroidea, gravidanza e dopo l'impiego di farmaci.

Questa forma di psoriasi pustolosa è estesa e invalidante; psoriasi invertita: colpisce molto spesso le persone in sovrappeso e si manifesta frequentemente insieme alla psoriasi a placche. Appare con zone di cute levigata ed essudante, rosse ed eritematose ma senza squame. Le zone colpite sono prevalentemente le ascelle, la regione inguinale, il solco sottomammario e le altre pieghe cutanee.

Tra i fattori scatenanti una psoriasi invertita ricordiamo l'eccessiva sudorazione. L'obesità può contribuire allo sviluppo di una psoriasi invertita a livello delle pieghe cutanee (vedi figura "Psoriasi invertita").

psoriasi eritrodermica: è la forma meno comune ma più grave di psoriasi. Si manifesta con arrossamento vivo e diffuso della cute (vedi figura "Psoriasi eritrodermica"). I pazienti lamentano prurito, dolore e gonfiore che accompagnano il rash cutaneo. In genere si tratta di un'evoluzione della psoriasi a placche o della psoriasi pustolosa generalizzata, dovuta alla confluenza di più zone colpite, e interessa gran parte della superficie corporea. I fattori scatenanti possono essere: malattie sistemiche, stress, alcolismo, ustioni solari e farmaci.

La psoriasi eritrodermica colpisce più frequentemente gli uomini rispetto alle donne, con età media di insorgenza intorno ai 50 anni. La maggior parte dei casi di psoriasi eritrodermica è di grado severo, e può portare a uno stato di debilitazione generale e a complicanze anche gravi.