

Giampiero Girolomoni

Dermatologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Verona

La psoriasi del cuoio capelluto

Per ricevere maggiori informazioni sulla psoriasi del cuoio capelluto iscriviti gratuitamente su:



<http://www.pacinimedica.it/etrivex/>

Psoriasi

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica, immuno-mediata della cute che colpisce il 2-3% della popolazione. La forma più comune (psoriasi cronica in placche) si manifesta con placche eritemato-squamose ed esordisce tipicamente in età giovanile (20-40 anni), assumendo un decorso cronico-recidivante. La psoriasi cronica in placche si localizza più comunemente ai gomiti, ginocchia, mani, regione sacrale e cuoio capelluto. Il 50-90% dei pazienti con psoriasi cronica in placche presenta una localizzazione al cuoio capelluto, soprattutto in sede parietale, retro auricolare e occipitale^{1,2}. Il cuoio capelluto è spesso la prima sede di comparsa della psoriasi e nel 20% circa dei casi può essere l'unica sede colpita. La psoriasi del cuoio capelluto può avere un importante impatto sul benessere e sulla qualità di vita del paziente, poiché è quasi sempre molto pruriginosa, è spesso visibile (Fig. 1) ed è associata a una abbondante desquamazione con squame biancastre (Fig. 2) che rende il paziente facilmente stigmatizzato per la sua malattia. In una parte significativa di pazienti le lesioni sono estese a vaste aree del cuoio capelluto (Fig. 3). Inoltre il cuoio capelluto è una delle sedi (insieme alle unghie) più difficili e complesse da trattare. È facilmente comprensibile, quindi, come la psoriasi possa essere causa di grave fastidio e anche di sofferenza psicologica, perdita di autostima,

difficoltà nelle relazioni interpersonali e nell'attività lavorativa³.

La principale diagnosi differenziale della psoriasi del cuoio capelluto è la dermatite seborroica, che si caratterizza per la presenza di squame giallastre e untuose⁴. La psoriasi del cuoio capelluto in genere non causa alopecia. Tuttavia, le squame spesso intrappolano i fusti dei peli e se queste vengono rimosse bruscamente possono esitare in piccole aree alopeciche⁵. Questo fenomeno si osserva soprattutto nella psoriasi amantacea dei bambini. La psoriasi del cuoio capelluto, insieme alla psoriasi interglutea e alla psoriasi delle unghie, è un fattore di rischio per lo sviluppo dell'artrite psoriasica⁶.

La terapia della psoriasi del cuoio capelluto

La psoriasi del cuoio capelluto è difficile da trattare perché la presenza dei capelli rende problematica l'applicazione dei prodotti topici, che arruffano e ungono i capelli, dando la sensazione di perenne senso di "sporco", e non fanno sentire a proprio agio il paziente^{1,2,7}. Pertanto l'aderenza alla terapia tende a decadere rapidamente dopo le prime applicazioni, talvolta inducendo nel paziente un circolo vizioso negativo di insuccesso – insoddisfazione – sfiducia nel medico e nelle cure – scoraggiamento – sperpero di prodotti. In effetti un recente e ampio studio osservazionale condotto a

FIGURA 1.

La psoriasi del cuoio capelluto è soprattutto visibile lungo l'inserzione frontale e in sede retroauricolare.



FIGURA 2.

La psoriasi del cuoio capelluto diventa evidente spostando o tagliando i capelli.



FIGURA 3.

Psoriasi grave del cuoio capelluto.



livello europeo ha confermato che il problema della aderenza è assai rilevante nei pazienti con psoriasi del cuoio capelluto, evidenziando che questa è insufficiente nel 73% dei casi. Le ragioni principali riportate per motivare la non aderenza sono la bassa efficacia, le caratteristiche cosmetiche poco gradevoli (sensazione di “capelli sempre untì”) con conseguente desiderio di lavarsi subito dopo il trattamento, l’elevato tempo necessario per l’applicazione e gli effetti indesiderati⁸.

La psoriasi del cuoio capelluto si cura

mediante preparati a base di acido salicilico o urea, che rimuovono le squame, e di corticosteroidi topici e derivati della vitamina D¹ quali calcipotriolo e tacalcitolo, disponibili in forma di lozioni, gel, soluzioni o schiume⁷. I preparati a base di catrame non vengono praticamente più impiegati sia per le caratteristiche sgradevoli sia perché poco efficaci. I corticosteroidi (soli o in associazione) in schiuma o lozione sono i farmaci in genere più impiegati. Questi preparati devono tuttavia essere applicati una o due volte al giorno per diverse settimane per avere un

significativo effetto terapeutico. Il loro effetto è spesso transitorio, per cui la malattia recidiva rapidamente alla sospensione della cura. Del resto la presenza dei capelli ostacola l’impiego di altre modalità terapeutiche impiegate invece nella cute glabra, come per esempio la fototerapia. Pertanto la cura della psoriasi del cuoio capelluto con le terapie attualmente disponibili non è ottimale e spesso deludente.

Il bisogno espresso dal paziente con psoriasi del cuoio capelluto è quello di un prodotto da applicare facilmente e rimuovere dopo breve tempo, proprio come fosse uno shampoo. Nell’impiego delle terapie tradizionali, infatti, è consuetudine consigliare (e richiedere da parte del paziente) uno shampoo con cui rimuovere i preparati farmaceutici. Pertanto appare particolarmente apprezzabile la possibilità di combinare l’efficacia di un cortisonico (clobetasolo propionato) a una formulazione innovativa, gradevole e facile da utilizzare per il paziente. Clobetasolo propionato shampoo è un prodotto innovativo nella terapia della psoriasi del cuoio capelluto. È il primo farmaco indicato in formulazione rinse-off, che permette di migliorare l’aderenza del paziente. Studi clinici randomizzati e controllati hanno dimostrato che *l’applicazione del prodotto per 15 minuti (e poi risciacquato) una volta al giorno per un mese* riduce sostanzialmente i segni della malattia quali l’eritema, la desquamazione e l’ispessimento delle placche, nonché l’area del cuoio capelluto

affetta. Infine, il prurito migliora rapidamente⁹⁻¹¹. Dal punto di vista della sicurezza, gli eventi avversi sono stati assai rari, transitori e d'intensità moderata. In particolare, non sono stati riportati casi di atrofia cutanea o comparsa di telangectasie nei pazienti trattati. L'elevato grado di accettabilità si può tradurre in un miglioramento dell'aderenza al trattamento nella pratica clinica e quindi in una massimizzazione dell'efficacia, con conseguente riduzione dei costi necessari per il trattamento di questi pazienti.

Conclusioni

La terapia della psoriasi del cuoio capelluto è spesso laboriosa, mal accettata e deludente. I corticosteroidi sottoforma di lozioni, shampoo o schiume e la combinazione di beta-metasone/calcipotriolo in gel vengono considerati il trattamento topico di prima scelta seguiti dagli analoghi della vitamina D. Clobetasolo propionato shampoo (Etrivex[®], rimborsabile SSN) è il primo farmaco indicato per il trattamento della psoriasi del cuoio capelluto in formulazione rinse-off, che permette di ridurre il tempo di contatto del corticosteroide con la pelle, diminuendo la probabilità di assorbimento sistemico

e minimizzando di conseguenza i possibili effetti collaterali locali e sistemici dei farmaci corticosteroidi che non vanno scioccati. Questa riduzione dei tempi di contatto potrebbe permettere inoltre l'utilizzo di questo prodotto anche in quei pazienti in cui i cortisonici non sono indicati, per esempio nei soggetti affetti da glaucoma. Non meno importante, la facilità d'impiego del farmaco che risponde alle esigenze dei pazienti, può migliorare notevolmente l'aderenza e in definitiva tradursi in un risparmio di risorse.

Bibliografia

- 1 Crowley J. *Scalp psoriasis: an overview of the disease and available therapies*. J Drugs Dermatol 2010;9:912-8.
- 2 Kircik LH, Kumar S. *Scalp psoriasis*. J Drugs Dermatol 2010;9 (8 Suppl ODAC Conf Pt 2):s101-5.
- 3 Chen SC, Yeung J, Chren MM. *Scalpdex: a quality-of-life instrument for scalp dermatitis*. Arch Dermatol 2002;138:803-7.
- 4 Rosina P, Zamperetti MR, Giovannini A, et al. *Videocapillaroscopy in the differential diagnosis between psoriasis and seborrheic dermatitis of the scalp*. Dermatology 2007;214:21-4.
- 5 George SM, Taylor MR, Farrant PB. *Psoriatic alopecia*. Clin Exp Dermatol 2015;40:717-21.
- 6 Rouzaud M, Sevrain M, Villani AP, et al. *Is there a psoriasis skin phenotype associated with psoriatic arthritis? Systematic literature review*. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014;28 Suppl 5:17-26.
- 7 Mason AR, Mason JM, Cork MJ, et al. *Topical treatments for chronic plaque psoriasis of the scalp: a systematic review*. Br J Dermatol 2013;169:519-27.
- 8 Fouéré S, Adadj L, Pawin H. *How patients experience psoriasis: results from a European survey*. J Eur Acad Dermatol Venereol 2005;19:2-7.
- 9 Kircik L. *The evolving role of therapeutic shampoos for targeting symptoms of inflammatory scalp disorders*. J Drugs Dermatol 2010;9:41-8.
- 10 Griffiths CEM, Finlay AY, Fleming CJ et al. *A randomized, investigator-masked clinical evaluation of the efficacy and safety of clobetasol propionate shampoo 0.05% and tar blend 1% shampoo in the treatment of moderate to severe scalp psoriasis*. J Dermatolog Treat 2006;17:90-5.
- 11 Andres P, Poncet M, Farzaneh S, et al. *Short-term safety assessment of clobetasol propionate 0.05% shampoo: hypothalamic-pituitary-adrenal axis suppression, atrophogenicity, and ocular safety in subjects with scalp psoriasis*. J Drugs Dermatol 2006;5:328-32.

Prescrizione di statine: Nota 13, evidenze scientifiche e buona pratica clinica

Come doverosa premessa a questo articolo, si deve ribadire che le note AIFA, ben lungi dall'essere linee guida, devono essere conosciute e considerate come disposizioni normative nate per il controllo della spesa, pur se ispirate a evidenze scientifiche. Alcune note devono essere applicate nell'attività quotidiana dei medici di medicina generale perché regolano la rimborsabilità di farmaci di estrema importanza e di vastissimo uso.

Tra queste è la Nota 13.

Questa Nota, dalla sua istituzione, è stata considerata a ragione tra le più complesse per la molteplicità delle situazioni cliniche considerate nella normativa legata alla rimborsabilità dei farmaci antidislipidemi, e per le numerose modifiche che via via si sono susseguite. Ricordiamo come per il calcolo del rischio cardiovascolare siano state adottate, in tempi diversi, prima le carte di Framingham, poi le carte del Progetto Cuore, e in ultimo le carte del rischio europee. L'utilizzo di questi farmaci, e in particolare delle statine, si deve estendere trasversalmente a pazienti con rischio cardiovascolare moderato, elevato e molto elevato, che possono trovarsi in prevenzione cardiovascolare primaria o secondaria, con presenza variabile e spesso contemporanea di danni d'organo, patologie cardiovascolari associate, diabete mellito, insufficienza renale, alterazioni genetiche e altre situazioni di comorbilità e di complessità clinica e gestionale.

Ne deriva che la Nota 13, dovendosi districare tra una miriade di situazioni cliniche con proiezioni di rischio variabile e talvolta di difficile valutazione, è di per sé un documento complesso, e per questo proponiamo qui alcuni algoritmi con l'intento di semplificare la sua interpretazione e applicazione, incrociando poi le disposizioni della Nota con le evidenze scientifiche note dalla letteratura.

Focalizzando l'attenzione sull'ipercolesterolemia, quando dobbiamo decidere il trattamento di un paziente con questa condizione, dobbiamo porci alcune domande:

- Quali sono le condizioni cliniche del paziente?
- Qual è il rischio cardiovascolare assoluto del paziente?
- Qual è il suo target di colesterolo-LDL?
- Con quali farmaci può essere raggiunto?

Alla luce di questi quesiti, occorre conoscere prima di tutto la storia clinica personale e familiare, avere i dati di sesso, età, peso, BMI, abitudine al fumo, pressione arteriosa; occorre avere i dati di glicemia, colesterolemia frazionata e trigliceridemia, creatininemia con il calcolo della clearance della creatinina; occorre valutare eventualmente la presenza di danni d'organo, tipo microalbuminuria, ipertrofia ventricolare sx, presenza di placche aterosclerotiche.

A questo punto deve essere individuata la presenza di una o più di queste condizioni:

- 1) prevenzione cardiovascolare secondaria;

- 2) diabete mellito;
- 3) insufficienza renale cronica stadio III o IV (FG < 60 ml/min);
- 4) dislipidemia familiare;
- 5) prevenzione cardiovascolare primaria con rischio cardiovascolare globale moderato o elevato (risk score > 1 e < 4 secondo le carte del rischio europee).

Se il paziente presenta contemporaneamente più di una delle precedenti condizioni, va assegnato per il trattamento a quella a maggiore rischio cardiovascolare globale.

Paziente in prevenzione cardiovascolare secondaria

Documentazione clinica di malattia aterosclerotica già diagnosticata (angina cronica stabile, pregressa sindrome coronarica acuta = pregresso infarto miocardico STEMI o NSTEMI, angina instabile), interventi di rivascularizzazione coronarica (bypass aortocoronarico, angioplastica), stroke ischemico, arteriopatie aterosclerotiche periferiche.

In questo caso l'algoritmo di trattamento, in accordo con le disposizioni della Nota 13, può essere quello riportato in Figura 1.

Paziente con diabete mellito

Sappiamo che la presenza di diabete mellito rappresenta una condizione a elevato rischio cardiovascolare, che tuttavia risulta essere diverso, a seconda della presenza o