Cinque cose da sapere su... manifestazioni della psoriasi e comorbosità

Five things to know about... psoriasis manifestations and comorbosities

Luigi Tramonte
SIMG macroarea cronicità

La psoriasi è una patologia infiammatoria cronica, recidivante, immunomediata che colpisce il 2% della popolazione. La sua prevalenza varia dallo 0.6 al 4.8%, con differenze tra gruppi etnici. Alcuni studi suggeriscono una maggiore incidenza in sottogruppi di popolazione, ma le cause di questa variabilità non sono del tutto note. Inoltre, alcune evidenze indicano una maggiore incidenza nelle donne, soprattutto in menopausa.
I fattori di rischio includono predisposizione genetica, fumo, obesità, infezioni e consumo di alcol. L'esposizione ai raggi UV, in alcuni casi, è riconosciuta come fattore protettivo. Per quanto riguarda la predisposizione genetica, sono stati identificati nove loci, da PSORS1 a PSORS9; tra questi, il più importante è PSORS1, localizzato sul cromosoma 6, associato a circa il 35-50% dei casi ereditari della malattia.
Alcuni farmaci possono indurre la comparsa di psoriasi come effetto collaterale, soprattutto nelle donne, e tra questi il litio, i beta-bloccanti, e gli antimalarici di sintesi. Risulta quindi molto importante la scelta dei farmaci per trattare le eventuali comorbilità allo scopo di evitare peggioramenti della patologia.
Dal punto di vista clinico, le manifestazioni più comuni includono papule e placche eritemato-squamose spesso associate a prurito, bruciore (psoriasi pustolosa), desquamazione cutanea, formazione di pustole bianco-rossastre e/o squamose, deformazioni delle unghie (ipercheratosi, deformazione, ispessimento, onicolisi, alterazioni della pigmentazione), rigidità e dolore articolare (artrite psoriasica) (**Figura 1**).
Le sedi più comuni delle lesioni sono il cuoio capelluto (inclusa la zona retro-auricolare), le superfici estensorie di gomito e ginocchio e la zona lombo-sacrale. In alcuni casi la psoriasi si manifesta anche nelle pieghe cutanee, sui genitali, sulla pianta dei piedi e sul palmo delle mani. (**Figura 2**)

1 ▸ Forme cliniche e classificazione della psoriasi

Si distinguono diverse forme cliniche di psoriasi:
▸ A placche: la più frequente, 80% ▸ Guttata
▸ Inversa ▸ Eritrodermica ▸ Pustolosa
▸ Tra le più rare: Psoriasi al cuoio capelluto, la Psoriasi pustolosa - palmare e plantare e l'onicopsoriasi
Per definire la gravità della malattia, esistono diverse scale di valutazione. Il **PASI** (*Psoriasis Area Severity Index*) è lo strumento più utilizzato e combina la valutazione di gravità delle lesioni (eritema, desquamazione, ispessimento) e la percentuale di superficie corporea interessata. Viene definita lieve una psoriasi con indice PASI <10, moderata se compreso tra 10 e 20, psoriasi severa se indice PASI >20.

2 ▸ Le terapie disponibili sono in grado di controllare le manifestazioni della psoriasi

Il trattamento della psoriasi deve essere personalizzato in base alla gravità della malattia, alla superficie corporea coinvolta, all'età, all'attività lavorativa e all'impatto psicologico.
Il primo approccio terapeutico è **topico**, seguito dalla **terapia sistemica** nei casi più gravi. La scelta della terapia sistemica può dipendere anche dalla necessità di evitare effetti collaterali specifici.
Il paziente deve essere indirizzato allo specialista dermatologo nei seguenti casi:
- Incertezza diagnostica
- Necessità di una terapia topica di secondo livello
- Malattia estesa a oltre il 10% della superficie corporea
- Fallimento della terapia topica
- Candidatura a fototerapia o farmaci sistemici
- Coinvolgimento di sedi difficili (cuoio capelluto, area genitale, unghie)
- Psoriasi invalidante o severa, in rapida evoluzione o con impatto sulla vita professionale.

3 ▸ Altre patologie immunomediate possono accompagnare la psoriasi

La psoriasi può coinvolgere altri organi e apparati. L'**artrite psoriasica** è una malattia infiammatoria cronica delle articolazioni, che solitamente insorge circa 10 anni dopo l'esordio della psoriasi, ma può anche manifestarsi prima o indipendentemente.
Lo screening dell'artrite nei pazienti con psoriasi è raccomandato annualmente e si avvale della ricerca di sintomi come dolore articolare persistente, rigidità prolungata dopo inattività e gonfiore delle dita (dattilite). E' importante che la strategia terapeutica dei pazienti con artrite psoriasica preveda trattamenti efficaci sia per le manifestazioni cutanee che per l'artrite: gli inibitori del TNF e gli inibitori dell'IL-17 hanno dimostrato

Conflitto di interessi
L' Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Cinque cose da sapere su... manifestazioni della psoriasi e comorbosita' Rivista SIMG 2025; 32 (04):40-41.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

di migliorare i sintomi dell'artrite psoriasica, di inibire la progressione radiografica della malattia, risultando efficaci anche sulla malattia cutanea.
Altre patologie autoimmuni associate alla psoriasi includono **malattia di Crohn e colite ulcerosa**, con una predisposizione genetica e un profilo infiammatorio condiviso. Alcuni farmaci biologici si sono dimostrati efficaci sia nella malattia infiammatoria cronica intestinale che nella psoriasi, in particolare adalimumab e infliximab, inibitori del TNF, ustekinumab (inibitore di IL-12/23) e risankizumab (inibitore di IL-23).

4 ▸ I pazienti con psoriasi sono maggiormente esposti al rischio cardio-metabolico

Secondo un documento dell'*American College of Cardiology*, rispetto alla popolazione generale, i pazienti con psoriasi hanno un rischio quasi doppio di sviluppare la **sindrome metabolica**, con conseguente aumento del rischio di malattia cardiovascolare aterosclerotica. Alcuni studi hanno evidenziato un legame tra la gravità della psoriasi e il rischio di malattie cardiovascolari, probabilmente a causa di interazioni tra una predisposizione genetica, produzione di citochine e fattori ambientali. Le linee guida dell'*American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation* (AAD-NPF) raccomandano screening e trattamenti mirati per queste condizioni.
La psoriasi è anche un fattore di rischio indipendente per **infarto miocardico e ictus**. Una metanalisi ha rilevato un aumento del rischio di infarto miocardico (RR 1.70) nei pazienti con psoriasi, soprattutto in quelli con malattia grave. L'analisi ha inoltre stimato che la psoriasi grave era associata a un rischio significativamente aumentato di mortalità cardiovascolare (RR 1.39).
Alcuni studi hanno suggerito un minor rischio cardiovascolare nei pazienti trattati con inibitori del TNF rispetto a quelli trattati con metotrexato, ma i risultati non sono

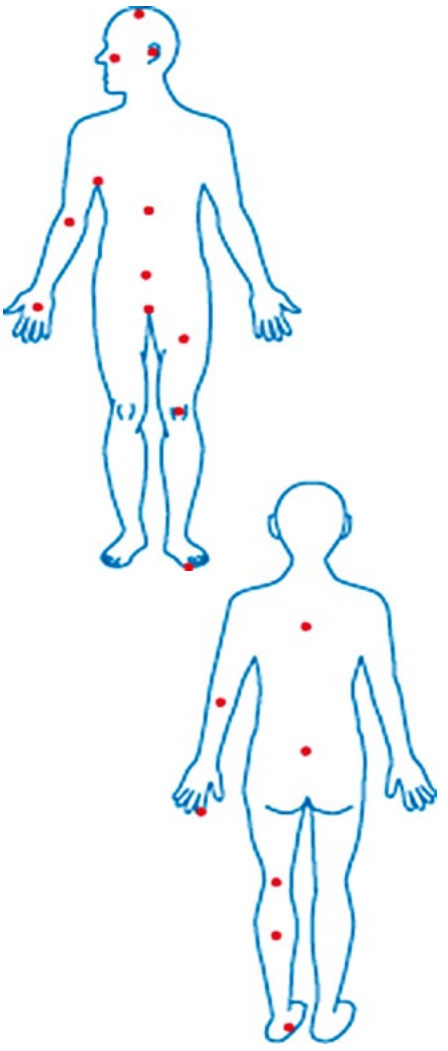

Figura 2 - Comuni sedi di localizzazione delle lesioni psoriasiche

conclusivi. In uno studio retrospettivo è stato dimostrato un numero statisticamente inferiore di eventi CV nei pazienti psoriasici trattati con inibitori del TNF (1.45%) rispetto ai pazienti trattati con metotrexato (4.09%). Negli studi randomizzati e controllati, tuttavia, l'effetto del trattamento degli inibitori del TNF sulla malattia CV è meno chiaro.

5 ▸ Nei pazienti con psoriasi la depressione è comune e spesso sottodiagnosticata

I pazienti con psoriasi presentano un rischio più elevato di **depressione e ansia**, che aumenta con la gravità della malattia. Le linee guida dell'AAD-NPF sottolineano l'importanza di una valutazione e di una assistenza psicologica nel percorso di cura della psoriasi.

Bibliografia

1. *Garshick MS, et al. Cardiovascular risk in patients with psoriasis: JACC review topic of the week. J Am Coll Cardiol 2021;77:1670-80.*
2. *Guo J, et al. Signaling pathways and targeted therapies for psoriasis. Signal Transduct Target Ther 2023;8:437.*
3. *Jain H, et al. Association between psoriasis and atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. Curr Probl Cardiol 2024;49:102538.*
4. *Carmona-Rocha E, et al. New and emerging oral/topical small-molecule treatments for psoriasis. Pharmaceutics 2024;16:239.*
5. *Su Z, et al. Dupilumab-associated psoriasis and psoriasiform manifestations: a scoping review. Dermatology 2023;239:646-57.*
6. *Wang Y, et al. Evidence for a causal association between psoriasis and psychiatric disorders using a bidirectional Mendelian randomization analysis in up to 902,341 individuals. J Affect Dis 2023 Sep;337:27-36.*
7. *Yang S-F, et al. Genetics of generalized pustular psoriasis: current understanding and implications for future therapeutics. Genes 2023;14:1297.*
8. *Berna-Rico E, et al. Genetic influence on treatment response in psoriasis: new insights into personalized medicine. Int J Mol Sci 2023;24:9850.*

Figura 1 - Manifestazioni cutanee tipiche della psoriasi