di Antonio Pugliese - Medico di medicina generale, Castellaneta (TA), Responsabile Nazionale Dipartimento di Dermatologia AIMEF

Clinica e comorbilità della psoriasi

La psoriasi necessita di una valutazione globale del paziente, che consideri le eventuali comorbilità, tenendo presente che la malattia compromette la qualità di vita, provocando disagio psicologico. Costruire una valida alleanza terapeutica tra medico e paziente facilita l'intero processo di gestione della malattia

La psoriasi è una patologia infiammatoria cronica, immunomediata, geneticamente determinata, che può essere slatentizzata da eventi stressanti, infezioni e uso di farmaci; si esprime prevalentemente sulla pelle con una dermatosi eritemato-squamosa, cronicizzante o tendente alle recidive con ritmo estremamente variabile. L'esordio può insorgere a qualunque età: dalla prima infanzia alla senilità avanzata.

Nella pelle i danni principali sono rappresentati a livello dei cheratinociti con iperproliferazione, alterata differenziazione e resistenza all'apoptosi; a livello dermo-epidermico da uno stato infiammatorio rappresentato da aumentata presenza di neutrofili, natural killer, linfociti T (CD8+, CD103+, CD4+) con liberazione di molti mediatori dell'infiammazione quali interleuchine, TNF-alfa, VEGF (vascular endothelial growth factor) e interferone.

Clinicamente la lesione caratteristica è una chiazza o placca eritemato-squamosa, di grandezza variabile, più o meno rilevata, a margini regolari, più o meno infiltrata, di colorito rosso vivo o rosa pallido. Le squame sono secche, bianco-argentee, formate da lamelle sovrapposte e facilmente staccabili *(figura 1)*.

Grattando la lesione a scopo diagnostico viene asportata la parte superficiale delle squame, con esposizione della zona sottostante, brillante e argentea. Continuando il grattamento, si evidenzia una lamella trasparente, liscia, rosea, che si lascia distaccare in blocco (segno della goccia di cera), che è costituita dagli strati più profondi delle cellule cornee paracheratosiche. Il distacco mette a nudo una superficie eritematosa, sanguinante in modo puntiforme (segno della rugiada sanguigna o di Auspitz) legato alla dilatazione e ipertrofia dei capillari delle papille dermiche (dilatati e tortuosi alla capillaroscopia).

La storia della psoriasi con il suo andamento cronico, la comparsa in età giovanile e pediatrica, la possibilità di presentare un andamento grave e inabilitante (eritrodermia, artropatia, forme pustolose) comporta un forte impatto psicologico ed economico individuale, ma soprattutto un importante problema socio-economico collettivo, tanto da definirla "malattia sociale".

Ancora oggi questa patologia rappresenta per il medico un problema di difficile gestione in quanto riconosce diversi livelli di gravità. La definizione di psoriasi lieve, moderata e grave pubblicata dalla National Psoriasis Foundation appare la più adeguata alle esigenze gestionali del medico di famiglia e forse la più corretta per comunicare fra chi conosce il paziente in modo olistico - il medico di famiglia - e chi si occupa della pelle - lo specialista dermatologo.

Inoltre bisogna chiedersi in base a quali criteri definire i pazienti candidati al trattamento sistemico, locale o combinato. È necessario prendere in considerazione parametri come qualità di vita dei pazienti, sicurezza e costo dei trattamenti. L'uso dei parametri clinici valutati secondo il PASI (Psoriasis Area and Severity Index) è senza dubbio utile, ma a questo vanno aggiunti i parametri globali di gestione del paziente.

Figura 1

Lesione psoriasica

Comorbilità della psoriasi

Un aspetto attualmente emergente riguarda le comorbilità: la psoriasi è spesso associata a malattie sistemiche *(tabella 1)*.

L'associazione con l'artrite psoriasica e con il morbo di Crohn condivide lo stesso meccanismo patogenetico della psoriasi. Generalmente la manifestazione articolare si presenta a distanza di circa dieci anni dall'insorgenza della patologia cutanea, solo nel 15% dei casi la precede. Quando compare, l'andamento è progres-

Tabella 1

Comorbilità della psoriasi

- Comorbilità correlate alla patologia di base: artrite psoriasica, morbo di Crohn
- Comorbilità conseguenti allo stato infiammatorio: sindrome metabolica (insulino-resistenza, diabete mellito di tipo 2, dislipidemia, aterosclerosi, ipertensione arteriosa)
- Comorbilità correlate alle ripercussioni psichiche e sul comportamento emotivo del paziente
- Comorbilità correlate allo sviluppo di tumori cutanei, linfomi e/o infezioni, come effetto collaterale di alcune terapie se utilizzate per lunghi periodi

sivamente ingravescente e solitamente irreversibile. È una condizione che necessita di riconoscimento e valutazione precoce per prevenire i danni a lungo termine alle articolazioni.
I sintomi clinici che devono fare sospettare l'artropatia psoriasica sono: dattilite, episodi ricorrenti di gonfiore a piedi e ginocchia, dolorabilità del calcagno, lombalgia. Certamente la diagnosi di artrite psoriasica presenta delle difficoltà nelle forme lievi e in fase iniziale, va infatti differenziata dall'artrite reumatoide, dall'artrosi, dalle spondilopatie e dalle malattie del connettivo.
In studi epidemiologici recenti è stato evidenziato come la comorbilità della psoriasi sia sette volte più frequente nei pazienti affetti da morbo di Crohn rispetto a quelli non affetti, nell'ambito della popolazione generale. Inoltre è stato segnalato come il gene CARD-15 coinvolto nella patogenesi del morbo di Crohn sia sito sul cromosoma 16q21, dove è sito il gene PSORS8, facendo supporre una comune derivazione genica delle due malattie.
I sintomi principali del morbo Crohn sono astenia, calo ponderale, febbre, diarrea, dolori addominali ricorrenti.
Le comorbilità emergenti sono legate alla sindrome metabolica e quindi alle malattie cardiovascolari. Queste forme hanno la chiave di lettura nell'infiammazione cronica persistente che favorisce lo svilupparsi della resistenza all'insulina e dei fattori di rischio cardiovascolare, con il conseguente aumento del rischio di mortalità. È interessante notare come sia dimostrata una correlazione tra BMI (indice di massa corporea) e alti livelli circolanti di TNF-alfa, PCR e IL6. Queste citochine pro-infiammatorie, cronicamente presenti, contribuiscono all'insorgenza di questa sindrome. Un ruolo chiave sarebbe da attribuire all'insulino-resistenza da queste indotta. Considerando i tessuti adiposi come "organo endocrino", l'eccesso di grasso viscerale favorisce la sintesi di mediatori pro-infiammazione da parte dei macrofagi: aumentata produzione di IL-6, TNF-alfa, PCR (marcatore fondamentale dell'infiammazione correlato all'IMA), inoltre vi è un aumento della resistina (aumentata resistenza all'insulina) e una diminuzione dell'adiponectina (contrasta l'infiammazione e migliora la resistenza all'insulina).
Tali fattori, associati all'ipercolesterolemia, alla maggiore liberazione di adrenalina (con conseguente vasocostrizione) portano al danno endoteliale, all'ipertensione arteriosa e quindi alla sindrome coronarica acuta o alle ischemie cerebrali. Quindi la psoriasi, in passato ritenuta "la malattia dei sani", può essere riconosciuta in molti casi una "malattia sistemica" per la presenza di una sindrome metabolica complessa.

Comorbilità psico-emotive

Ultime, non per importanza, sono le comorbilità psico-emotive: la comparsa e la cronicità della psoriasi non mette in pericolo la vita del paziente, ma ne compromette la qualità di vita, provocando una sofferenza psichica non commisurata alla gravità effettiva della malattia. La pelle è ciò che mostriamo agli altri, il nostro biglietto da visita, quindi il problema nasce con la comparsa delle lesioni cutanee. La psoriasi è una malattia visibile e sviluppa pregiudizi nei pazienti, nei familiari, negli amici e spesso anche nei medici
Nell'immaginario collettivo talora le chiazze psoriasiche vengono vissute come malattia che divora il peccatore o come la lebbra che va isolata. Alcuni psoriasici si vergognano, si isolano, tanto che al limite preferirebbero avere un tumore che non si vede al posto della visibile psoriasi. In queste condizioni il "sistema vitale" di questi pazienti, rappresentato dalla volontà, dalla genetica, dall'ambiente e dall'inconscio individuale e collettivo, si collassa.
Malattie che diventano croniche o che accennano a cronicizzarsi risvegliano paure e disturbi infantili anche se superati nell'adolescenza. Gran parte delle malattie della pelle e, in particolare quelle a maggiore componente psicosomatica, sono appunto malattie croniche, che magari sono semplici da diagnosticare, ma più difficoltose da curare, con le evidenti ricadute che questo crea nel rapporto medico-paziente.
Per il medico di famiglia gestire la qualità della vita del paziente psoriasico ha un ruolo centrale nella gestione della malattia. Tenendo conto che la comparsa della psoriasi può essere scatenata da un evento stressante, studiare anche la comunicazione non verbale del paziente e il suo contorno familiare e affettivo ci permette di evidenziare eventi stressanti negativi (lutti, separazioni, divorzi, mancate nascite), ma anche eventi positivi quali matrimoni, traslochi, nascite (per esempio neonati che piangono e non fanno dormire la notte). Attivare una buona alleanza terapeutica limita i fallimenti.

Ulteriori problematiche

A mio giudizio bisogna gestire bene altri due comportamenti errati nei confronti della malattia psoriasica:

- stato di frustrazione del paziente, che spesso si presenta in seguito alla disponibilità di nuovi farmaci;
- idea della "incurabilità" della malattia.

Spesso la disponibilità di un nuovo farmaco provoca grandi aspettative, ma solo pochi trattamenti sembrano garantire un mantenimento di risultati a lungo termine. Pertanto è auspicabile che si giunga alla definizione dei criteri certi per stabilire i pazienti da trattare e il ruolo specifico di ciascun farmaco, vecchio o nuovo che sia.

Stabilendo delle linee guida e avendo chiari i percorsi clinico-terapeutici potrà essere sconfitta l'idea dell'incurabilità della malattia psoriasica. Evitando che la mancata guarigione diventi una "colpa del medico" si evita innanzitutto il "peregrinare" dei pazienti da un medico all'altro alla ricerca della "cura definitiva", così come si evita l'aggressività nei confronti del medico curante, colpevole di non raggiungere i risultati sperati. Essere in grado di gestire l'aggressività dei pazienti rappresenta una forma di cura e noi medici dobbiamo essere preparati ad accettarla e gestirla. A tal fine è importante costruire "un'alleanza terapeutica" che aiuti a soddisfare la ricerca dei disturbi della personalità nei pazienti psoriasici. Inoltre nella scelta della terapia è fondamentale stabilire come la pensa il paziente prima di prescrivergli una cura. Se per esempio in quel determinato paziente le creme vengono vissute come puzzolenti, sporche e irritanti, non le userà o le utilizzerà solo per brevi periodi, al contrario se pensa che le creme possano essere lenitive, morbide e calmanti, le userà e per lunghi periodi. Lo stesso discorso vale per i farmaci sistemici.

BIBLIOGRAFIA

- Esposito M et al. *Dermatol* 2006; 212: 123-27.
- Henseler T, Christophers E. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 982–86.
- Gelfand JM et al. *J Invest Dermatol* 2006; 126: 2194-201.
- Krueger GG et al. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 281-5.
- Mallbris L et al. *Eur J Epidemiol* 2004; 19: 225-30.
- Mrowietz U et al. *Arch Dermatol Res* 2006; 298: 309-18.
- Najarin DJ et al. *Am Acad Dermatol* 2003; 48: 805-21.
- Neimann AL et al. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 829-35.
- Sommer DM et al. *Arch Dermatol Res* 2006; 298: 321-28.
- Yates VM et al. *Br J Dermatol* 1982; 106: 323-30.

Il profilo psicologico del paziente psoriasico

di Ferdinando Pellegrino - Direttore UO Salute Mentale ASL Salerno 1, Costa d'Amalfi (SA)

Gli aspetti psicologici e psicopatologici delle patologie organiche vengono sempre più considerati importanti nel contesto medico; qualsiasi forma di malessere fisico implica qualche sofferenza psichica, che in alcune situazioni può essere rilevante dal punto di vista clinico, come nel caso della psoriasi. A questa patologia si associa spesso una compromissione della qualità di vita dei pazienti, legata sia all'andamento cronico sia alle sue modalità espressive.

La pelle, che funge da contatto con gli altri, da immagine di sé in relazione al mondo, è l'elemento espressivo non solo del corpo ma anche dell'anima: una pelle macchiata evoca insicurezza, vergogna, mancanza di pulizia, colpa, bisogno di coprirsi, di nascondersi e di isolarsi dagli altri. Ciò può diventare devastante sul profilo psicologico e rendere il soggetto particolarmente vulnerabile allo sviluppo di patologie psichiatriche, soprattutto dello spettro ansioso-depressivo. Per un giovane l'effetto psicologico può essere ancora più pervasivo e devastante in quanto va ad agire su una personalità in fieri, non del tutto strutturata, più fragile, agendo come fattore inibente; il giovane può chiudersi in se stesso, ridimensionare i propri progetti vitali e le proprie aspettative sociali, affettive, relazionali e lavorative. Al vissuto di isolamento può associarsi la rabbia, il rancore, il senso di colpa, l'incomprensibilità rispetto a una patologia inguaribile, a una malattia che evoca negli altri la paura del contagio, della pietà.

Ciò può trasformarsi in irritabilità, incostanza nell'assolvere agli impegni scolastici o lavorativi, labilità emotiva e in molti casi la psoriasi può favorire l'acquisizione di stili di vita disfunzionali (eccessivo fumo di sigarette, sedentarietà o disturbi della condotta alimentare).

In ogni caso la psoriasi si associa a quadri clinici ben strutturati, come l'ansia e la depressione, con inevitabili conseguenze sulla prognosi stessa della patologia. È noto infatti che queste patologie psichiche hanno un impatto negativo sulla storia naturale delle patologie organiche, contribuiscono alla loro cronicizzazione, ne rallentano la remissione, ne favoriscono le riacutizzazioni. Inoltre, la compromissione della stabilità psicologica di un soggetto determina un atteggiamento negativo rispetto all'accettazione del programma terapeutico, ne compromette la compliance e rende più difficile il rapporto medico-paziente. A ciò si aggiunge il fatto che difficilmente un paziente accetta l'invio allo psichiatra, per cui la gestione di queste problematiche deve essere, laddove possibile, effettuata dal Mmg in collaborazione con il dermatologo. L'invio allo psichiatra può essere indicato in casi particolari o in un secondo momento, quando da parte del paziente vi è una maggiore consapevolezza del disagio psicologico.

Esistono oggi specifiche strategie di intervento che possono aiutare il medico a gestire con efficacia le

problematiche psicologiche connesse alle patologie organiche improntate su alcune evidenze; l'obiettivo principale è quello di andare a incidere sullo stile di vita del paziente, su alcuni fattori della sua personalità e sulle sue modalità di gestire le reazioni nei confronti di situazioni stressanti o croniche.

Lo studio di pazienti con psoriasi ha consentito di osservare la presenza di eventi stressanti in circa il 90% dei casi nei sei mesi precedenti l'esordio della patologia e in ogni caso è possibile evidenziare la presenza di stress emotivi sia nella fase di esordio sia di riacutizzazione; gli stressors più frequenti sono il lutto, una malattia fisica, gravi disaccordi o conflittualità familiari e lavorative, la presenza di difficoltà economiche o di vertenze legali.

L'osservazione che l'attività psoriasica si riduce in seguito alla diminuzione dello stress consente al medico di indirizzare gli sforzi aiutando il paziente a utilizzare strategie efficaci di *coping*, il cui obiettivo è quello di favorire una condizione di adattamento attivo nei confronti dello stress; riuscire infatti a incidere sulle modalità di reazione e di gestione dello stress rafforza la fiducia del paziente rispetto alla sua capacità di avere un controllo sugli eventi, piuttosto che esserne vittima inerme.

Questa strategia è anche supportata da evidenze che dimostrano che il successo del trattamento è correlato positivamente a un miglioramento complessivo del benessere psicologico del paziente; analizzando infatti i fattori di personalità più frequentemente riscontrati si osserva che la psoriasi colpisce persone ipersensibili (sensibilità a "fior di pelle"), che hanno un gran bisogno dell'amore degli altri, che tendono a vivere nella paura di essere ferite da una o più persone del loro ambiente, che tendono ad avere nei confronti delle circostanze un atteggiamento passivo.

Se non si va a incidere su questi fattori si corre il rischio che il paziente strutturi nel tempo un circolo vizioso che alimenta vissuti di insicurezza e il senso di sfiducia nell'operato del medico e della medicina. Ciò innesca un atteggiamento di arrendevolezza, di inerzia, di scoraggiamento per cui gli psoriasici tendono a cedere di fronte agli eventi stressanti, ad arrendersi, a rinchiudersi in se stessi fino ad avere quadri depressivi ad elevata espressività clinica.

In molti casi si arriva anche a sviluppare un'ideazione ipocondriaca, il paziente inizia a polarizzare i contenuti ideativi sulla convinzione di essere affetto da qualche malattia, per cui si rivolge continuamente al suo medico chiedendo nuove indagini di laboratorio o strumentali; questi pazienti sono sempre più numerosi e affollano lo studio del medico di medicina generale e degli specialisti e non sono facili da gestire.

Sempre più si rende quindi necessario l'utilizzo in medicina di strumenti psicologici efficaci che possano aiutare i pazienti ad assumere nei confronti della patologia e più in generale della vita un atteggiamento positivo (*good copers*) in grado di ridimensionare la vulnerabilità soggettiva al rischio psicosomatico. Molti medici hanno acquisito con l'esperienza abilità psicologiche già orientate in tal senso; essi riescono ad instaurare con i propri pazienti un rapporto forte e positivo. Occorre tuttavia riflettere sulla necessità di partecipare a percorsi formativi che vadano a implementare e rafforzare in modo sistematizzato le conoscenze e competenze già acquisite con l'esperienza (*action learning*).