



# La psoriasi lieve e moderata

Riconoscimento differenziale e trattamenti topici

di **CORRADO GIUA**, docente master Clinical Pharmacy Università di Milano e Cagliari, e **VALERIO CIMINO**, ricercatore Società italiana farmacia clinica (Sifac)

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica, dovuta a una disfunzione del sistema immunitario e caratterizzata da diverse forme di lesioni. In questo articolo ci soffermeremo sul ruolo del farmacista nel riconoscimento e nel trattamento della psoriasi a placche lievi e moderata attraverso l'impiego di trattamenti topici per i quali non è richiesta la ricetta medica. Le forme gravi della malattia non possono essere trattate dal farmacista ma necessitano dell'intervento dello specialista dermatologo.

## EPIDEMIOLOGIA

La psoriasi è molto diffusa nel mondo ma è più frequente nei caucasici (60 casi ogni 100.000 persone/anno). La sua incidenza è minore nei climi più caldi e soleggiati rispetto a quelli nordici, probabilmente grazie al benefico influsso del sole. In Italia colpisce il 3-4 per cento della popolazione adulta.

Si presenta in qualsiasi età della vita ma con un picco tra i 20-30 e tra i 50-60 anni. Il 10 per cento circa dei malati è affetto da forme particolarmente gravi (eritrodermiche, pustolose generalizzate, artropatia psoriasica). Nel 30 per

cento dei casi vi è anche una familiarità di primo o secondo grado che farebbe pensare a una possibile predisposizione genetica. I fattori ambientali hanno, comunque, un ruolo importante: spesso le lesioni si sviluppano da un sito della pelle sottoposto a un trauma come una ferita o un'ustione solare (reazione di Koebner), in seguito a una infezione della gola da Streptococco o durante un periodo di stress. La psoriasi è associata a diverse malattie concomitanti (comorbidità): riduzione della qualità della vita, depressione, aumento del rischio cardiovascolare, diabete di tipo 2, sindrome metabolica, morbo di Crohn, artrite psoriasica.

## LA PSORIASI A PLACCHE

La forma più comune è la psoriasi a placche, caratterizzata da placche rosa-salmone, circoscritte e ispessite ricoperte da squame micacee di color bianco-argento. Le lesioni possono essere anche numerose, variano nella forma (da irregolare a ovale), nell'estensione (da uno a molti centimetri) e nella distribuzione sia nello spazio che nel tempo. Le chiazze sono generalmente simmetriche e localizzate nel cuoio capelluto, nel tronco, negli arti (soprattutto nelle superfici estensorie di gomiti e ginocchia). Frequente è anche la localizzazione nel cuoio capelluto, soprattutto all'attaccatura del capillizio o dietro le orecchie. La psoriasi può anche localizzarsi a livello delle unghie con onicolisi, ipercheratosi subungueale. Se le scaglie vengono rimosse la lesione si arrossa e si formano delle ferite piccole a punta di spillo da cui fuoriescono gocce di sangue (segno di Auspitz). Nelle chiazze la funzione barriera della pelle è alterata: si ha una maggiore permeabilità a microrganismi, a inquinanti ambientali e all'acqua.

## ALTRE FORME

Nella psoriasi pustolosa si formano pustole contenenti liquido sterile nella parte più esterna delle lesioni (specie nel palmo della mano e nella pianta del piede).

La psoriasi seborroica è caratterizzata da lesioni pruriginose prive di scaglie localizzate nello scalpo e nelle pieghe del corpo come ascelle o inguine.

La psoriasi guttata è caratterizzata da gruppi di piccole lesioni (inferiori a 1 cm) coperte da leggeri fiocchi di scaglie localizzate nel tronco e nelle parti prossimali degli arti.

La psoriasi eritrodermica invece si distingue per un esteso eritema e per poche lesioni classiche. È difficile da diagnosticare e può mettere a rischio la vita per la severità dei sintomi: febbre, dolori articolari e diarrea.

## MALATTIE SIMILI

La *Tinea corporis*, un'infezione fungina, può mostrare sintomi simili alla psoriasi. Analogamente il *Lichen planus* che si distingue perché le lesioni sono pruriginose e localizzate nelle superfici interne dei polsi e degli stinchi. Inoltre la mucosa orale presenta delle lesioni biancastre a tela di ragno. Anche la fase acuta della *Pityriasis rosea* può essere confusa con la psoriasi a placche. In questo caso le placche eritematose con squame sono localizzate al tronco, sono di un colore rosa più chiaro e possono essere leggermente pruriginose. La malattia scompare spontaneamente in 4-8 settimane. La presenza di alopecia è, invece, un segno che distingue la *Tinea capitis* dalla psoriasi del cuoio capelluto. Una psoriasi leggera del cuoio capelluto non è facilmente distinguibile dalla dermatite seborroica ma ciò non costituisce un problema in quanto i farmaci utilizzati sono gli stessi per tutte e due le patologie.

## RED FLAGS

Le *red flags* (bandiere rosse) sono i sintomi o le situazioni di rischio che impongono il rinvio della valutazione al medico. Nel caso della psoriasi le *red flags* sono: lesioni molto estese che seguono recenti infezioni o che causano prurito moderato o severo, pazienti con lesioni di tipo psoriasico che non hanno una storia personale o familiare di psoriasi, lesioni psoriasiche con pustole.

## TERAPIA TOPICA

La terapia topica è il trattamento di prima scelta della psoriasi lieve ma può essere utilizzata anche nella psoriasi severa con coinvolgimento della superficie corporea inferiore al 20 per

cento. Oltre tale valore l'assorbimento transcutaneo della sostanza potrebbe essere significativo. Nelle lesioni cutanee si applicano creme e unguenti (specie nelle forme cheratosiche), nel cuoio capelluto le lozioni. Un singolo principio attivo spesso non è sufficiente per cui, di solito, si combinano e si alternano diversi medicinali per ridurre le conseguenze degli effetti collaterali.

Gli emollienti sono utili nel trattamento iniziale in quanto idratano e ammorbidiscono la cute, favoriscono il distacco delle squame, non interagiscono con i medicinali. Possono essere usati più volte al giorno e anche in pazienti pediatrici. Non vi sono, però, dati scientifici che permettono di affermare la superiorità di un prodotto rispetto a un altro: i pazienti dovranno provare diversi prodotti prima di trovare quello più efficace per la propria pelle.

Prima di applicare qualunque altro trattamento è preferibile utilizzare prodotti cheratolitici che rimuovono le squame, facilitando poi la penetrazione degli altri principi attivi nella cute. I più usati sono l'acido salicilico (3-10 per cento), l'urea 10-50 per cento (a

basse concentrazioni emolliente, ad alte dosi cheratolitica) e l'acido lattico (o altri alfa-idrossiacidi) che elimina le squame.

L'acido salicilico può causare irritazioni e dermatiti e non si usa nei bambini poiché il suo assorbimento potrebbe dar luogo a fenomeni di salicilismo.

Il *coal tar* (catrame minerale) è un principio attivo riducente che riduce l'infiammazione e il *turnover* epidermico. È utilizzabile anche dalle donne in gravidanza e in allattamento ma può causare irritazioni locali, macchia la pelle e i vestiti, è puzzolente e sembra essere associato al cancro della pelle per cui oggi è poco usato.

Il ditranolo (antralina) è una molecola molto efficace: genera specie reattive dell'ossigeno che danneggiano le molecole del Dna, gli enzimi e i fosfolipidi di membrana con conseguente morte cellulare. Si comincia la terapia con una concentrazione molto bassa (0,1 per cento) per poi aumentarla gradualmente finché non si evidenziano miglioramenti (massimo 1 per cento). La preparazione per uso topico viene tenuta sulla pelle per 15-30 minuti e poi si toglie lavando accuratamente. Si ▶

## Flow chart per la diagnosi differenziale

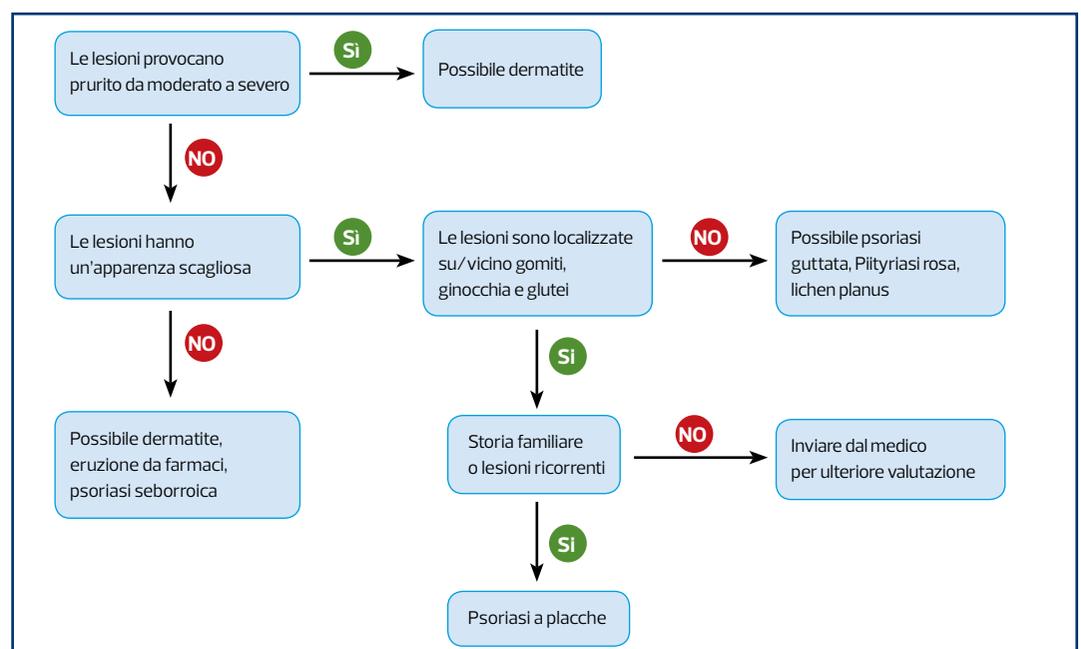


Figura 1

## DOMANDE DA PORRE AL PAZIENTE

### Inizio

La psoriasi si può sviluppare in pazienti di tutte le età sebbene appaia per la prima volta nei giovani adulti. Nei pazienti giovani e negli anziani le lesioni tendono a essere atipiche.

### Distribuzione delle lesioni

La psoriasi ha spesso una distribuzione simmetrica e coinvolge di solito lo scalpo, le parti estensorie dei gomiti e delle ginocchia, i glutei e l'ombelico. Malattie come il *Lichen planus* (parte interna dei polsi) e la Pityriasi rosa (cosce e tronco) hanno una distribuzione diversa.

### Altri sintomi

Il prurito non è la caratteristica principale della psoriasi, a differenza della dermatite e delle infezioni fungine. Il coinvolgimento delle unghie è normalmente presente nei pazienti che hanno la psoriasi da lungo tempo.

### Le lesioni

La caratteristica principale delle lesioni psoriasiche è la presenza di squame. Quando la psoriasi è moderata non è possibile distinguerla dalla dermatite seborroica.

### Storia delle lesioni

La psoriasi è una malattia cronica recidivante e remittente ed è possibile che il paziente abbia avuto delle lesioni nel passato. Altre malattie della pelle, come le infezioni fungine, sono acute e non hanno normalmente una storia progressiva.

dovrebbe usare su piccole aree e per tempi limitati, mai sul viso. Il ditranolo colora la pelle di marrone porpora. Non può essere utilizzato per lunghi periodi perché provoca irritazione e bruciore.

I corticosteroidi topici hanno azione antinfiammatoria e inibente la proliferazione dei

cheratinociti. Sono molto rapidi (basta una sola applicazione al giorno) e non causano irritazione. Le molecole a bassa potenza si usano per le lesioni del viso mentre quelle più potenti, betametasona e clobetasolo, nel resto del corpo.

Gli effetti collaterali sono: atrofia cutanea, ipopigmentazione, infezioni, soppressione adrenocorticale con effetto *rebound* e si manifestano con l'uso protratto oltre le due settimane di molecole ad alta potenza.

Le formulazioni in spray, lozione o schiuma di clobetasolo bupropionato danno gli stessi risultati delle formulazioni in crema o unguento. Si trovano anche in formulazioni combinate con acido salicilico, retinoidi o derivati della vitamina D<sub>3</sub> (hanno un'efficacia simile ma sono meno irritanti).

Gli analoghi della vitamina D<sub>3</sub> (calcipotriolo e tacalcitolo) inducono la differenziazione cellulare e inibiscono la proliferazione dei cheratinociti. Hanno una efficacia paragonabile al ditranolo e ai cortisonici (sulla pelle ma non sul cuoio capelluto). Possono essere usati per lunghi periodi senza determinare alterazioni cutanee anche se, nelle prime settimane, possono provocare irritazioni cutanee, prurito ed eritema (specie nelle pieghe cutanee). Non devono essere applicati su aree superiori al 20 per cento della superficie in quanto agiscono sul metabolismo del calcio determinando ipercalcemia e ipercalcemia.

I retinoidi topici (tretinoina e tazarotene) normalizzano la differenziazione dei cheratinociti e hanno azione antinfiammatoria.

Agiscono lentamente e possono essere usati nelle terapie croniche con somministrazione a giorni alterni. Hanno un forte effetto irritante che ne può limitare l'uso per cui si associano a un cortisonico per ridurre la dose e gli eventi avversi.

Il tazarotene è potenzialmente teratogeno perciò è controindicato nelle donne in gravidanza o che intendono avere un figlio.

I trattamenti topici più efficaci sono i derivati della vitamina D e i corticosteroidi. L'associazione preconstituita di calcipotriolo (50 mcg/g) e betametasona dipropionato (0,5 mg/g) è più efficace dei principi attivi

somministrati singolarmente. Si applica una volta al giorno per quattro settimane sullo scalpo o per otto nel corpo.

Per i trattamenti a lungo termine è preferibile l'utilizzo di un analogo della vitamina D come il calcipotriolo. Se questo non è tollerato o non è efficace si può utilizzare il ditranolo o il tazarotene in gel.

## INFORMAZIONE AL PAZIENTE

Il paziente deve essere informato che la psoriasi è una malattia cronica non contagiosa e benigna, che la terapia è di lungo termine e, spesso, non risolutiva. Occorre informare il paziente che la psoriasi può essere aggravata dall'uso di alcuni farmaci, tra i quali aceto salicilici, alcol, beta bloccanti, cloroquina, sali di litio, fans, terbinafina, acetazolamide, olanzapina, metformina, glibenclamide, cortisonici, candesartan, vaccino Bcg, calcio antagonisti e interferone-alfa. ●

## BIBLIOGRAFIA

- *Linea guida. Il trattamento della psoriasi nell'adulto.* Sistema Nazionale Linee Guida - ministero della Salute, Istituto superiore di sanità, Associazione dermatologi ospedalieri italiani. Maggio 2013
- Paul Rutter. *Community Pharmacy. Symptoms, Diagnosis and Treatment.* Churchill Livingstone Elsevier, Third edition 2013
- Harvey Lui. *Plaque Psoriasis.* Medscape reference.
- Jeffrey Meffert. *Psoriasis.* Medscape reference.
- Michael Traub, Keri Marshall. *Psoriasis - Pathophysiology, Conventional, and Alternative Approaches to Treatment.* Alternative Medicine Review Volume 12, Number 4 2007
- Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Hancock H. *Topical treatments for chronic plaque psoriasis (Review).* The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2013