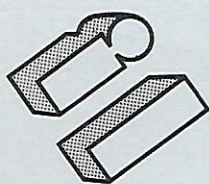
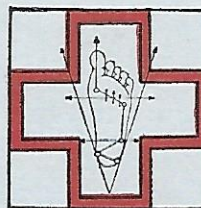
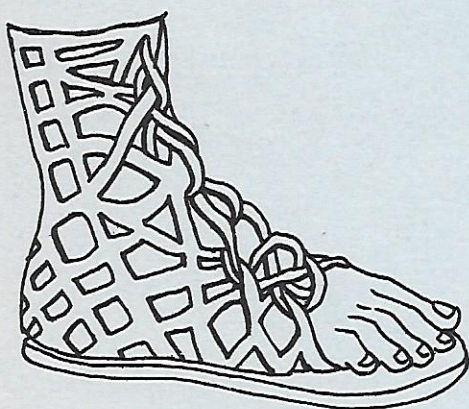


RIVISTA QUADRIMESTRALE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PODOLOGI



PODOLOGIA



N. 22 - anno VIII - settembre-dicembre 1985

Redazione: Via Tuscolana, 713 - 00175 Roma - spedizione in abbonamento postale gr. IV - 70%

NOTE SULLA PSORIASI

GIUSEPPE CANNATA * MICHELE LUCIO PIETRAPERTOSA *

L'origine della parola «psoriasi» viene fatta risalire all'antica Grecia, in cui le ricerche scientifiche subirono un grande impulso e le scienze mediche registrarono notevoli progressi, sebbene il campo della dermatologia presentasse fin da allora incertezze e confusioni durate poi per molti secoli.

Negli antichi testi greci ritroviamo infatti il termine «psóra», che sembra indicasse una generica dermatosi con desquamazione furfuracea e prurito intenso (sintomo quest'ultimo che peraltro nella psoriasi non è molto frequente), e che dai traduttori viene di solito identificata con la scabbia (ma erroneamente, in quanto gli antichi non conoscevano l'acaro, agente etiologico di quest'ultima malattia).

Altra denominazione usata per indicare in senso lato una dermatosi caratterizzata da produzione di squame era «lépra», termine che in seguito ha subito un'evoluzione linguistica inaspettata, dando origine alla parola «lebbra» che oggi, come è noto, indica un'affezione del tutto diversa.

Non si può inoltre escludere che forme psoriasiche siano state indicate con una serie di altri termini disparati, fatto questo che, se da un lato sottolinea la ricchezza lessicale e l'acuto spirito di osservazione di quei tempi, dall'altro ha contribuito a generare confusioni ed errori che si sono perpetuati nei secoli successivi fino a lasciare tracce anche nell'attuale nomenclatura dermatologica. In effetti, la psoriasi come tale ha avuto un preciso inquadramento nosografico solo a partire da epoche relativamente recenti (XVIII-XIX secolo).

Si tratta di una dermatosi cronica a carattere eritemato-squamoso con evoluzione imprevedibile e tendenza alle recidive. È un'affezione piuttosto comune, costituendo il 5-10% di tutte le malattie cutanee; si è calcolato che colpisca circa il 2% dei soggetti di razza caucasica, mentre sembra più rara nella razza negra.

Insorge generalmente tra i 15 ed i 30 anni, ma è possibile un suo esordio anche in età più avanzata e nell'infanzia; colpisce indifferentemente i due sessi.

Sebbene l'etiopatogenesi della psoriasi non sia stata ancora chiarita, sembra ormai accertato il ruolo svolto dalla predisposizione genetica e da fattori esogeni ed endogeni.

L'intervento del fattore ereditario è messo in rilievo dall'alta incidenza della psoriasi in alcuni gruppi parentali. Secondo alcune ipotesi, questa predisposizione ereditaria potrebbe essere ricercata in una vulnerabilità nei confronti di particolari infezioni virali, o in alterazioni del controllo della proliferazione cellulare nell'epidermide, o in disturbi immunitari che darebbero luogo ad una reazione contro gli stessi componenti della cute.

Traumi, infezioni streptococciche, alterazioni endocrine, farmaci ed altri fattori esogeni o endogeni, in cui è indicato di volta in volta il momento causale della malattia, agirebbero in realtà come occasionali momenti rivelatori.

Qualunque sia la causa della malattia, il suo effetto è l'aumento dell'attività riproduttiva nello strato germinativo dell'epidermide, che determina in definitiva l'accumulo di squame cornee caratteristico della lesione psoriasica.

Questa è tipicamente costituita da una

* Clinica Ortopedica della II^a Università degli Studi di Roma.

placca eritemato-squamosa rilevata, a margini netti, con forma e dimensioni assai variabili: da elementi molto piccoli, pressoché puntiformi (psoriasi punctata), a formazioni lenticolari (psoriasi guttata) o della grandezza di una moneta (psoriasi nummulare), fino a chiazze che occupano estese superfici cutanee (psoriasi a chiazze) e talvolta regrediscono nella parte centrale, assumendo l'aspetto di ampi anelli (psoriasi anulare).

La componente squamosa è costituita da lamelle biancastre, facilmente staccabili: esse possono ricoprire totalmente l'eritema, che in altri casi si manifesta come una placca di colore dal rosso al rosa o come un sottile orletto posto perifericamente all'ammasso squamoso. Talora le lamelle appaiono disposte in strati concentrici, che ricordano il guscio di un'ostrica (psoriasi ostracea o rupioides).

Con il grattamento metodico di Brocq, che consiste nell'asportare gradualmente i vari strati della lesione dalla superficie alla profondità mediante unghia o curetta, si rilevano caratteri semeiologici di notevole interesse. Le squame più superficiali si lasciano distaccare con facilità sotto forma di frammenti (segno della macchia di cera o «tache de bougie» degli Autori francesi). Eliminato lo strato squamoso, si evidenzia una membranza liscia, rosea, che si può asportare in blocco (cuticola sottosquamosa di Duncan Bulkley o pellicola scollabile di Brocq) mettendo allo scoperto una superficie rossa, lucente, su cui compaiono fini emorragie puntiformi (segno di Auspitz).

Le lesioni possono interessare qualsiasi zona della cute, ma con una netta predilezione per le superfici estensorie degli arti (gomiti, ginocchia), la regione sacrale, il cuoio capelluto, le regioni palmari e plantari (fig. 1). Le mucose non sono quasi mai colpite, in quanto hanno già una cinetica proliferativa simile a quella dell'epidermide psoriasica; possibile invece l'interessamento delle pseudomucose dei genitali (glande, labbra). L'estensione a buona parte del tegumento configura il quadro

della psoriasi diffusa o universale.

In alcune sedi la malattia assume particolari caratteristiche morfologiche.

Nel cuoio capelluto si osserva una formazione di ammassi cornei irregolari con desquamazione abbondante. I capelli possono presentarsi secchi e diradati, ma in genere sono normali; l'affezione non determina alopecia.

L'interessamento delle pieghe cutanee (psoriasi invertita) ha carattere prevalentemente eritematoso, con desquamazione

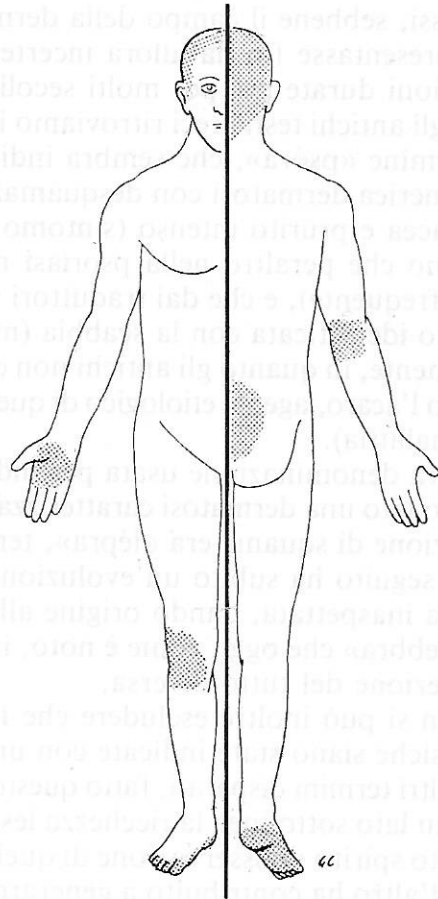


Fig. 1 - Sedi cutanee elettive della psoriasi.

scarsa. Talora, soprattutto negli spazi interdigitali, le lesioni assumono un aspetto macerato (psoriasi bianca).

La localizzazione alle regioni palmari e plantari si manifesta con diversi aspetti morfologici, che hanno tendenza alla sim-

metria: placche tipiche, eritemato-squamo-se, spesso ragadiformi; piccole lesioni puntiformi, ipercheratosiche, biancastre (chiodi psoriasici); focolai circoscritti notevolmente rilevati, a carattere cheratosico-verrucoso, circondati da alone eritematoso; aree di ipercheratosi estese, che possono occupare l'intera superficie palmare o plantare e talvolta manifestarsi anche in altri distretti, soprattutto dell'arto inferiore (psoriasi verrucosa). Il palmo e la pianta sono inoltre le sedi elettive della psoriasi pustolosa circoscritta di Barber, caratterizzata da pustole sterili di piccole dimensioni, piatte: esse si localizzano primitivamente all'eminanza tenar ed alla regione centrale della pianta, e da queste zone tendono a raggiungere la superficie flessoria ed il dorso delle dita, risparmiando in genere i contorni ungueali. Tali formazioni, essiccandosi, desquamano a piccoli lembi lasciando una superficie di aspetto eritematoso. Nelle regioni plantari possono essere reperite anche lesioni di tipo rupioide, isolate o associate a lesioni pustolose.

Le unghie sono frequentemente colpite (onicopatia psoriasica) e non raramente rappresentano l'unica localizzazione della malattia (psoriasi ungueale). Si possono osservare depressioni puntiformi, in numero assai variabile, simili ad impronte lasciate dalla testa di uno spillo («pitting» o unghie a ditale di cucito); striature trasversali; piccole zone color camoscio (unghie a macchie d'olio). La lamina può apparire ispessita fino a qualche millimetro (pachionichia), ma fragile e desquamante nella parte inferiore (unghie a midolla di sambuco); altre volte è più compatta, fino a conferire all'unghia l'aspetto di un vero e proprio artiglio (onicogrifosi). I margini si presentano più o meno scollati dal letto ungueale (onicolisi): in forme intense tutta la lamina è sollevata da ammassi di materiale cheratosico (ipercheratosi sottoungueale), che ne possono determinare la caduta. La parte ispessita e scollata assume un colorito biancastro e opaco, oppure risulta pigmentata ad opera di batteri cromogeni

che colonizzano l'area sottoungueale; spesso una banda gialla caratteristica si interpone tra questa zona ed il tratto di unghia aderente al letto ungueale, di colorito roseo.

Qualora le unghie risultino l'unica localizzazione della psoriasi, una diagnosi differenziale, specie nei confronti di infezioni micotiche, può rivelarsi estremamente difficile. In tali casi può essere necessario procedere a prove colturali ed esami microscopici dell'unghia per escludere la presenza di miceti.

Nelle forme tipiche, le lesioni psoriasiche risultano variabilmente pruriginose, producendo in genere fastidi più intensi nei soggetti a carattere ansioso. Si comprende poi come in alcuni casi, ed in relazione alla sede colpita, spesse placche cheratosiche possano costituire un ostacolo ai movimenti, suscitando sensazioni dolorose. Né sono da trascurare gli inconvenienti di carattere estetico, che per taluni di questi pazienti possono da soli costituire il disturbo più importante.

Il decorso della malattia è tipicamente cronico, con fasi di attività alternate a periodi di remissione. È caratteristica la comparsa di nuove lesioni psoriasiche nelle zone cutanee sottoposte a traumatismi (fenomeno isomorfo di Koebner). Lo stato generale non è mai compromesso.

La psoriasi può tuttavia manifestarsi con quadri clinici di maggiore gravità.

Nell'eritrodermia psoriasica compare un eritema generalizzato con abbondante desquamazione superficiale, e conseguente perdita attraverso la cute di calore, acqua, proteine, ecc.

Manifestazioni di tipo pustoloso, oltre che nella forma palmo-plantare di Barber, si osservano nella forma diffusa di Zumbusch, che si accompagna a forte rialzo termico e grave compromissione dello stato generale, talvolta fino all'exitus.

Nel 5-10% dei casi di psoriasi si verifica inoltre una compromissione articolare, con caratteristiche simili all'artrite reumatoide. L'artropatia psoriasica si sviluppa generalmente diversi anni dopo l'esordio

delle manifestazioni cutanee, più spesso quando queste siano presenti in forma generalizzata ed abbiano interessato l'apparato ungueale. I sintomi iniziali si manifestano generalmente a carico di una singola articolazione, più spesso l'interfalangea di un dito. L'affezione decorre con periodi di esacerbazione alternati a remissioni anche notevoli; in stadi avanzati si possono instaurare danni irreversibili, con deformità e limitazioni funzionali gravi.

Nella mano sono interessate le articolazioni interfalangee distali e, successivamente, le prossimali e più di rado le metacarpofalangee. Le dita possono apparire tumefatte (dita a salsicciotto) e contratte in flessione. Le suddette articolazioni vengono talvolta colpite da un grave processo osteolitico (artrite mutilante), che provoca un'estrema deformità di molte dita.

Nel piede sono analogamente interessate le articolazioni interfalangee distali e prossimali e le metatarsofalangee. Le dita sono frequentemente sublussate e dislocate dorsalmente in corrispondenza delle articolazioni metatarsofalangee. L'alluce, quando sia coinvolto, presenta tipicamente una grave distruzione dell'articolazione interfalangea, che può essere erroneamente interpretata come artrite gottosa.

Tra le altre articolazioni, sono più frequentemente colpite le intervertebrali e le sacroiliache (fig. 2).

La terapia della psoriasi è rivolta essenzialmente ad eliminare le squame cornee e ad inibire la proliferazione epiteliale: è quindi capace di dare delle remissioni ma non di guarire la malattia, in quanto non agisce sulle cause vere e proprie, che risultano a tutt'oggi sconosciute.

Per eliminare la componente squamosa vengono impiegati bagni caldi emollienti (solforosi o alcalini) e pomate a base di sostanze cheratolitiche (acido salicilico, urea, resorcina).

Il dithranol (desmetilcrisarobina), l'acido pirogallico, la cignolina, l'antralina, l'olio di cade, i catrami (più attivo il catrame minerale o coaltar) ed altre sostanze ridu-

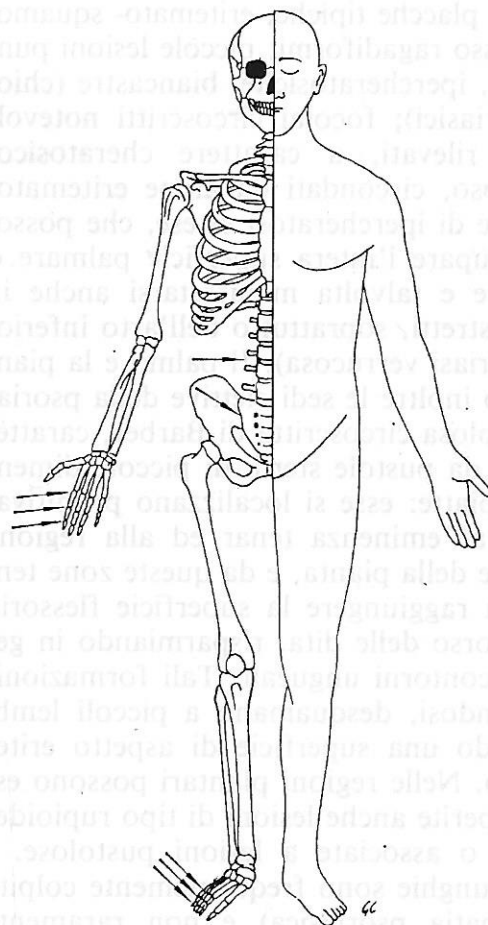


Fig. 2 - Articolazioni più frequentemente colpite dall'artropatia psoriasica.

centi usate per via topica risultano efficaci in quanto inibiscono le attività enzimatiche e la sintesi del DNA nella cute psoriasica, frenando la moltiplicazione cellulare.

I raggi ultravioletti, anche sotto forma di elioterapia e di talassoterapia, inducono miglioramenti anche notevoli, specialmente se associati all'applicazione di sostanze riducenti come il coaltar (metodo di Goekermann) o il dithranol (metodo di Ingram). La fotochemioterapia PUVA sfrutta l'azione combinata di raggi ultravioletti A (lunghezza d'onda: 320-400 nm) e dello psoralene, agente fotosensibilizzante assunto per os o applicato localmente.

Gli steroidi topici trovano indicazione in periodi di particolare acuzie e nelle forme eritrodermiche. Risultano inoltre utili

nella psoriasi delle pieghe e del viso, dato il maggior assorbimento del principio attivo in queste zone; sotto forma di lozioni o gel vengono impiegati in alternativa a sostanze riducenti leggere (calomelano) nel trattamento della psoriasi del cuoio capelluto. Nel caso di placche particolarmente persistenti si può ricorrere alle medicazioni occlusive per aumentare l'efficacia di questi prodotti. Va sempre tenuta presente l'eventualità di effetti collaterali (atrofia del sottocutaneo, striae distensae, infezioni secondarie, ecc.), la cui incidenza aumenta proporzionalmente alla durata dell'impiego ed alla potenza del prodotto. Gli steroidi sono inoltre sconsigliabili per via generale, considerati i problemi e le complicanze che questo genere di terapia comporta, ed il rischio di recidive alla sua sospensione; rimangono comunque indicazioni per le forme particolarmente gravi e ribelli ai vari presidi terapeutici e per l'artropatia.

Gli acidi retinoici (derivati della vitamina A), somministrati per os, possono rivelarsi efficaci nel trattamento della malattia.

L'impiego di citostatici (methotrexate, idrossiurea, ametopterina) per via generale risulta particolarmente rischioso per la possibilità di danni a tessuti con alto ritmo di proliferazione (tratto intestinale, midollo osseo) e di altri severi effetti collaterali; trova limitate indicazioni nelle forme gravi e diffuse, nell'eritrodermia, nelle forme pustolose, nell'artropatia.

Il trattamento dell'onicopatia si avvale di medicamenti topici (dithranol, acido pirrogallico, olio di cade, catrami, ecc.), previa toilette dell'unghia; utili le infiltrazioni di preparati corticosteroidi a livello della matrice. Qualora la terapia medica non dia risultati soddisfacenti, può risultare opportuna l'asportazione chirurgica della lamina e delle masse ipercheratosiche.

Per quanto riguarda l'artropatia, oltre ai corticosteroidi ed ai citostatici (con le dovute cautele), vengono impiegati con successo i semplici analgesici, come aspirina

ed antiinfiammatori non steroidei (evitando il fenilbutazone e l'indometacina per i gravi effetti collaterali). Per la profilassi ed il trattamento delle limitazioni funzionali e delle deformità, vengono consigliati, accanto a presidi ortopedici, cicli di psamatoterapia associata a talassoterapia. Talvolta l'artropatia psoriasica trae un chiaro giovamento anche dalla terapia instaurata nei confronti delle alterazioni cutanee (raggi ultravioletti, metodo di Goeckermann, fotochemioterapia).

In conclusione, il trattamento delle alterazioni estetiche, delle deformità articolari e dei disturbi funzionali che derivano dall'interessamento sia cutaneo che articolare, richiede di intervenire con i presidi terapeutici che di volta in volta potranno dimostrarsi più idonei, in base ad una valutazione strettamente personalizzata per ogni singolo paziente. È chiaro comunque che da una migliore conoscenza degli aspetti etiopatogenetici della malattia potranno scaturire orientamenti terapeutici sempre più efficaci.

RIASSUNTO

Dopo alcuni cenni storici, gli Autori esaminano gli aspetti etiopatogenetici, clinici e terapeutici della psoriasi, affezione cutanea cronica a carattere eritematosquamoso.

Tra le complicanze della malattia viene in particolare segnalato il possibile coinvolgimento delle articolazioni (artropatia psoriasica).

Circa le metodiche di trattamento, si ritiene infine opportuno sottolineare come il tipo di intervento vada stabilito in base ad una valutazione attenta di ogni singolo caso.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ASGHAR S.S., ALI BRIGGS E.F., REIMER G., CORMANE R.H.: Interactions of psoriasis scale non-histone proteins with the antibodies eluted from lymphocytes of psoriatic patients reactive with basal cell nuclei. *Acta Derm. Venereol. (Suppl.)* [Stockh.], 113, 50-54, 1984.
- 2) BAUM J., HURD E., LEWIS D., FERGUSON J.L., ZIFF M.: Treatment of psoriatic arthritis with 6-mercaptopurine. *Arthritis Rheum.*, 16, 139-147, 1973.
- 3) BEAULIEU A.D., ROY R., MATHOU G., MORISSETTE J., LATULIPPE L., LANG J.Y., MATHIEU J.P., BRUNET D., HEBERT J., ARCHAMBAULT H., CLOUTIER R.: Psoriatic arthritis: risk factors for patients with psoriasis — A study based on histocompatibility antigen frequencies. *J. Rheumatol.*, 10, 633-636, 1983.
- 4) BJERKE J.R., DEGRÈ M., HAUKENES G., KROGH H.K., LIUDEN J.K., MATRE R.: T cells, interferons and Retrovirus-like particles in psoriatic lesions. *Acta Derm. Venereol. (Suppl.)* [Stockh.], 113, 29-33, 1984.
- 5) DALEN A., HELLGREN L., IVERSEN O.J., VINCENT J.: Presence of Retrovirus in psoriasis. *J. Invest. Dermatol.*, 74, 450-451, 1980.
- 6) DE PANFILIS G., MANFREDI G., BRIGATI C., ALLEGRA F.: Cell subpopulations in psoriasis. *Acta Derm. Venereol. (Suppl.)* [Stockh.], 113, 12-16, 1984.
- 7) Mc DEVITT H.O., ENGLEMAN E.G.: Association between genes in the major histocompatibility complex and disease susceptibility. *Arthritis Rheum.* 20, 19-20, 1977.
- 8) FARBER E.M., FRAKI J.E.: Activation pathways in psoriasis. *Cutis*, 34, 535, 1984.
- 9) FELDGES D.H., BARNES C.G.: Treatment of psoriatic arthropathy with either azathioprine or methotrexate. *Rheumatol. Rehabil.*, 13, 120-124, 1974.
- 10) FRY L.: «Dermatologia — una guida illustrata». Ed. Libreria Cortina, Verona, 35-45, 1981.
- 11) GLINSKY W., JABLONSKA S.: Role of polymorphonuclear leukocytes and their proteinases in psoriasis. *Acta Derm. Venereol. (Suppl.)* [Stockh.], 113, 34-37, 1984.
- 12) GUILHOU J.J., MEYNADIER J., CLOT J.: New concepts in the pathogenesis of psoriasis. *Br. J. Dermatol.*, 98, 585-592, 1978.
- 13) KIMBERLING W., DOBSON R.L.: The inheritance of psoriasis. *J. Invest. Dermatol.*, 60, 528-540, 1973.
- 14) LEVINE S., PAULUS H.E.: Treatment of psoriatic arthritis with azaribine. *Arthritis Rheum.*, 19, 21-28, 1976.
- 15) LIGRESTI D.J., NEFF J.C., LOWNEY E.D.: Increased helper-suppressor T-cell ratio in psoriasis. *Arch. Dermatol.*, 118, 966-970, 1982.
- 16) MARCONI M., MONTAGNA D., ALBERINI C., PORTA F., LEMBO G., GIANNETTI A.: In vivo and in vitro evaluation of the influence of aromatic retinoid RO 10-9359 and of its metabolite TMMP-RA, RO 10-1670 on polymorphonuclear leukocyte and lymphocyte functions in psoriatic patients. *Acta Derm. Venereol. (Suppl.)* [Stockh.], 113, 47-49, 1984.
- 17) Mc MICHAEL A.J., MORHENN V., PAYNE R., SASAZUKY T., FARBER E.M.: HLA C and D antigens associated with psoriasis. *Br. J. Dermatol.*, 98, 287-292, 1978.
- 18) MONTAGNANI A., PISANI M.: «Manuale di dermatologia e venereologia». Ed. Monduzzi, Bologna, 221-330, 1977.
- 19) MONTELEONE M., ROMANO M.: Sulla artropatia psoriasica. *Atti S.O.T.I.M.I.*, 13, 255-259, 1966.
- 20) NARDELLI L.: La psoriasi nella storia della medicina. *G. Ital. Derm.*, 100, 363-388, 1959.
- 21) RIBUFFO A.: «Manuale di dermatologia». Ed. Lombardo, Roma, 78-87, 1980.
- 22) RUSCIANI L., LARUSSA F.M., VENIER A., DE SOLE P., LIPPA S., ORADEI A.: Functional study of PMN neutrophils in psoriatics under different forms of treatment. *Acta Derm. Venereol. (Suppl.)* [Stockh.], 113, 43-46, 1984.
- 23) SANY J., CLOT J.: Immunological abnormalities in psoriatic arthropathy. *J. Rheumatol.*, 7, 438-444, 1980.
- 24) SAPUPPO A.: «Clinica dermosifilopatica». Ed. Piccin, Padova, 234-243, 1978.
- 25) TIWARI J.L., LOWE N.J., ABRAMOVITS W., HAWKINS B.R., PARK M.S.: Association of psoriasis with HLA-DR7. *Br. J. Dermatol.*, 106, 227-230, 1982.
- 26) TUREK S.L.: «Orthopaedics». Ed. Lippincott, Philadelphia, 1, 430-434, 1984.
- 27) WATSON W., CANN H.M., FARBER E.M., NALL M.L.: The genetics of psoriasis. *Arch. Dermatol.*, 105, 197-207, 1972.
- 28) ZINA G.: «Elementi di dermatologia e venereologia». Ed. Minerva Medica, Saluzzo, 172-180, 1981.