

[----> torna alla home page](#)

Diagnosi e trattamento della psoriasi

a cura della Redazione

La psoriasi è una dermatite eritemato-squamosa a decorso cronico, associata spesso ad un'artropatia, e caratterizzata da una genesi multifattoriale, a cui concorrono fattori genetici e ambientali.

Il peso del problema

Studi di prevalenza sulla popolazione dei Paesi occidentali indicano tassi oscillanti tra 1,4 e il 4,8 % con valori superiori nei Paesi del Nord Europa rispetto al Sud. Un medico generale, con 1000 assistiti, dovrebbe avere in carico da 15 a 50 pazienti circa affetti da psoriasi. Non c'è differenza tra i due sessi, anche se le donne tendono ad ammalarsi più precocemente; la maggior parte dei casi si sviluppa entro la terza decade di vita. Nei bambini la psoriasi compare tra i 5 e i 12 anni di vita (talora anche prima), spesso in modo eruttivo dopo una tonsillite strep-tococcica o una vaccinazione. La familiarità è stata dimostrata in più di un terzo dei casi. La modalità di trasmissione più accreditata è quella autosomica domi-nante a ridotta penetranza o con eredità multifattoriale, poligenica. Indagini sugli antigeni HLA di classe I e II hanno permesso di identificare due tipi di psoriasi (I e II), il tipo I caratterizzato da esordio prima dei 40 anni, elevata familiarità e forte associazione con gli antigeni CW-6 e DR-7 e il tipo II caratterizzato da esordio tardivo, bassa familiarità e rara associazione con gli antigeni sopra ricordati; la spondilite psoriasica si associa a HLAB-28 (La caratterizzazione degli antigeni di istocompatibilità può essere utile nelle artropatie psoriasiche sine psoriasi, ovvero senza manifestazioni cutanee di psoriasi).

E' importante porre tempestivamente la diagnosi di artropatia psoriasica, con anamnesi familiare e determinazione degli antigeni di istocompatibilità (vedi oltre le caratteristiche cliniche e radiologiche) in quanto la terapia specifica, ben diversa da quella delle altre reumopatie, può modificare drasticamente il decorso talora assai invalidante della malattia.

Fattori scatenanti

Il passaggio dalla forma latente genotipica, alla forma clinicamente evidente fenotipica della psoriasi, si realizza per l'intervento di una serie di fattori scatenanti, endogeni ed esogeni.

- Traumi: inducono il fenomeno dell'isomorfismo reattivo o fenomeno di Koebner, cioè la comparsa di una lesione psoriasica nella sede del trauma, a distanza di 1-2 settimane dall'evento traumatico.
- Episodi infettivi: alcuni casi di psoriasi, quasi sempre la varietà eruttiva, specie nei bambini, sono preceduti da infezioni, in genere streptococciche, il cui tratta-mento specifico porta a qualche miglioramento della malattia.
- Periodo premenstruale, assunzione di estrogeni ad alte dosi: determinano, in genere, un peggioramento della psoriasi.
- Pubertà, menopausa: in questi periodi sono stati osservati picchi di incidenza; la gravidanza sembra ininfluenza.
- Eliobalneoterapia: nella grande maggioranza dei casi l'esposizione solare e i bagni di mare rappresentano un fattore di miglioramento, anche se alcuni soggetti fotosensibili, con fototipo chiaro, di tipo I e II, possono peggiorare per una sor-ta di fenomeno di Koebner indotto dagli UV (esposizione violente con eritema so-lare importante).
- Eventi stressanti: sono importanti nel condizionare la storia della malattia, infatti in oltre il 75% dei casi le recidive o le esacerbazioni sono precedute da stress. Malgrado una riconosciuta tendenza degli psoriasici a vivere con maggiore fragi-lità gli eventi stressanti, non si ritiene che esistano particolari "devianze psicologiche o psichiatriche" in questi pazienti. Talora la manifestazione della malattia è essa stessa un fattore di stress.
- Farmaci: beta-bloccanti, litio, antimalarici, FANS, progesterone e cortisonici, possono esacerbare la malattia; in particolare, i cortisonici, specie se somministrati per via sistemica, sono in grado di scatenare forme gravi di psoriasi (eritrodermica, pustolosa generalizzata).
- Alcool: viene ritenuto principalmente un epifenomeno.
- Fumo: sembra giocare un ruolo importante, anche in funzione della dose.
- Dieta: il suo ruolo non è chiaro, anche se la bassissima prevalenza della psoriasi in alcune popolazioni (lapponi, norvegesi) ha attirato l'attenzione sull'effetto benefico dell'olio di pesce e degli acidi grassi polinsaturi.

Sappiamo per certo che la malattia ha un andamento cronico, con numerose ricadute, miglioramenti e talora persistenti remissioni. Queste si riscontrano nel 17-55% dei casi e possono avere una durata da 1 a 50 anni. In genere l'esordio precoce, nell'adolescenza, è predittivo di una maggiore gravità della psoriasi. Alcune terapie, specie quelle di lunga durata, condizionano la prognosi a causa degli effetti collaterali a esse correlate (PUVA, responsabili di neoplasie; methotrexate, responsabile di epatopatie). È quindi importante evitare un eccesso terapeutico e introdurre pause tra i cicli di cura, modulando quest'ultima non sulla singola lesione, ma sull'espressività clinica complessiva della malattia.

Come riconoscere la psoriasi

La psoriasi mostra un notevole polimorfismo clinico per aspetto, estensione, distribuzione ed evoluzione delle lesioni. Il medico deve pertanto confrontarsi con due difficoltà diagnostiche opposte: da una parte differenziare le lesioni psoriasiche dalle altre dermatiti eritemato-squamose e, nelle forme atipiche, dalle altre patologie dall'altra riconoscere le varianti cliniche come diverse espressioni della stessa patologia.

La lesione elementare è una maculo-papula eritemato-squamosa, generalmente arrotondata, dai bordi netti. Le squame sono biancastre, secche, in genere piuttosto grandi e spesse. L'asportazione avviene facilmente e la diagnosi può essere facilitata da alcune semplici manovre (spesso dimenticate anche dai dermatologi) quali il grattamento metodico delle squame che vengono allontanate come gocce di cera (segno della goccia), lasciando un'ultima pellicola piuttosto aderente (pellicola di Duncan) che, asportata, fa intravedere un fine stillicidio ematico (segno della rugiada). Nella maggior parte dei casi la lesione è asintomatica, mentre nei soggetti ansiosi può associarsi prurito più o meno intenso.

Si descrivono una psoriasi volgare o in placche, una psoriasi guttata e nummulare, espressioni in genere della varietà eruttiva, una psoriasi figurata (anulare o geografica), una psoriasi invertita localizzata elettivamente alle pieghe, una psoriasi universale, una psoriasi pustolosa, localizzata e generalizzata, una psoriasi eritrodermica e un'artropatia psoriasica. Aspetti clinici particolari assumono la psoriasi delle unghie e delle mucose. Le dimensioni delle lesioni variano da pochi millimetri (forma guttata), a qualche centimetro (forma nummulare) a una decina di centimetri e oltre (forma in placche). La topografia delle lesioni è abbastanza tipica delle diverse forme cliniche: simmetrica alle superfici estensorie dei gomiti e delle ginocchia, in regione sacrale e al cuoio capelluto nella forma a placche; al tronco e agli arti in quella eruttiva; alle superfici palmo-plantari in quella pustolosa localizzata.

Le varianti cliniche

La psoriasi volgare, localizzata nelle sedi tipiche (superfici estensorie di gomiti, ginocchia, regione lombo-sacrale, cuoio capelluto, mani), si presenta con placche di forma tondeggianti o ovalari, a bordi netti, infiltrate, spesso simmetriche.

Al cuoio capelluto le placche possono essere isolate o confluire più o meno estesamente, con una linea netta di demarcazione all'attaccatura dei capelli, il cui aspetto e la cui crescita non vengono compromessi. Talvolta la psoriasi del cuoio capelluto è difficilmente distinguibile dalla dermatite seborroica (sebo-psoriasi). Essa si presenta infatti con chiazze eritematose, ricoperte da squame untuose, modicamente aderenti, localizzate generalmente all'attaccatura dei capelli e lievemente debordanti sulla cute glabra, con possibile interessamento di altre aree seborroiche (orecchie, pieghe retroauricolari, glabella, sopracciglia, pieghe naso-geniali, regioni presternali e interscapolari). Si ritiene che la dermatite seborroica rappresenti uno stimolo koebneriano per la trasformazione in psoriasi. Alla superficie palmo-plantare la psoriasi può assumere un aspetto ipercheratosico con fissurazioni ragadiformi o può presentarsi con lesioni ipercheratose circoscritte o a forma di cono (chiodi psoriasici).

La psoriasi guttata soprattutto, ma anche quella nummulare, rappresentano le lesioni più frequenti della psoriasi eruttiva. Nella forma guttata gli elementi sono di piccola taglia (1 cm) con localizzazione preferenziale al tronco; in quella nummulare la taglia è lievemente più grande (4 cm), l'aspetto è anulare, la localizzazione al tronco e agli arti. La psoriasi invertita interessa le grandi pieghe (ascellari, sottomammare, addominali, inguinali, interglutea), soprattutto nei soggetti obesi e/o diabetici. Le lesioni si presentano come macule eritematose, lisce, lucenti, spesso macerate, prive di squame. Si ritiene che le infezioni da *Candida albicans* o batteriche (*S. aureus* e *S. epidermidis*) svolgano un ruolo attivo nell'induzione della psoriasi invertita (beneficio con terapie antibatteriche e/o antimicotiche). La psoriasi può estendersi a tutto l'ambito cutaneo, risparmiando solo alcune zone; la desquamazione è particolarmente abbondante, mentre l'eritema è modesto (psoriasi universale).

Forme di competenza specialistica

La psoriasi eritrodermica si osserva in genere per errori terapeutici (più frequentemente per sospensione improvvisa della terapia steroidea sistemica), molto raramente rappresenta la modalità d'esordio della malattia. La cute è

intensamente eritematosa, subedematosa, finemente desquamante; è presente una linfadenite superficiale generalizzata; spesso si riscontrano brividi, febbre, astenia, malessere generale. Se l'eritrodermia permane per alcuni giorni, si manifestano ipoalbuminemia, iposideremia, iposodiemia, e può subentrare uno scompenso cardiocircolatorio.

La variante più frequente di psoriasi pustolosa localizzata è quella circoscritta in sede palmo-plantare (psoriasi palmo-plantare di Barber), che colpisce prevalentemente le donne di media età. Le lesioni sono pustole delle dimensioni di qualche millimetro, sterili, ben incassate nella cute, talvolta precedute da vescicole o vescico-pustole che si essiccano in alcuni giorni. In genere l'eruzione procede a poussées, senza cause apparenti; ha un andamento cronico, anche se non sono rarissimi periodi di remissione anche prolungata. Talvolta è presente prurito intenso. L'acrodermatite continua suppurativa di Hallopeau si caratterizza per le pustole localizzate alle falangi distali delle dita delle mani e dei piedi e particolarmente alla piega e al letto ungueale.

Le pustole, numerose e inizialmente di piccola taglia, confluiscono a formare laghi di pus, che si essiccano in croste, sotto le quali si formano nuove pustole. La lamina ungueale viene distrutta e fenomeni di osteolisi possono portare a mutilazione dell'ultima falange. La forma può estendersi centrifugamente, con un bordo attivo rilevato desquamante e aree centrali di cute eritematosa e lucente. L'acrodermatite può associarsi ad una psoriasi franca o evolvere in una forma pustolosa generalizzata. La psoriasi pustolosa generalizzata di Von Zumbush insorge generalmente in un soggetto notoriamente psoriasico e si caratterizza per la comparsa improvvisa di numerose pustole superficiali biancogiallastre, amicrobiche, della grandezza iniziale di una testa di spillo, poi raggruppate in ampie raccolte di pus alla periferia delle chiazze psoriasiche, di solito localizzate alle pieghe e particolarmente infiammate. In pochi giorni le zone interessate aumentano, con poussées spesso subentranti di nuove pustole, che possono ripetersi per settimane. Le pustole evolvono in croste giallo-brunastre che cadono con facilità, lasciando superfici essudanti, eritematose, a estensione centrifuga, alla cui periferia si osservano nuove pustole. L'interessamento di ampie zone porta a una franca eritrodermia, che si osserva in oltre il 60% dei casi. Lo stato generale è fortemente compromesso: sono presenti febbre elevata, malessere generale, mialgie, poliartralgie. Alterazioni elettrolitiche e ipoalbuminemia sono il risultato della condizione essudativa. La prognosi rimane severa, anche se gli interventi terapeutici (soprattutto i retinoidi) sono molto efficaci.

La psoriasi delle mucose può interessare frequentemente il glande con possibile estensione alla lamina interna del prepuzio: la chiazza è ben delimitata, eritematosa, con desquamazione modesta o assente.

La psoriasi vulvare è spesso rilevata da prurito vulvare o dalla comparsa spontanea o causata da rapporti di fissurazioni interlabiali. Nelle pieghe vulvari, le lesioni psoriasiche perdono il loro aspetto eritemato-squamoso e divengono rosse, come verniciate. Il carattere spesso pruriginoso della psoriasi genitale porta a una lichenificazione di colorito roseo. È frequente la sovrainfezione da Candida. Sulla lingua sono classici gli aspetti di lingua geografica o di lingua scrotale. Il coinvolgimento ungueale varia dal 10 al 55%; è più raro nel bambino e molto frequente nella psoriasi artropatica (70%). Le mani sono colpite più dei piedi; in genere sono ammalate più dita, anche se l'onicodistrofia può limitarsi a una sola unghia. Le alterazioni più frequenti sono: depressioni puntiformi sulla superficie della lamina ungueale (pitting), chiazze a macchia d'olio, che si presentano come aree a contorni irregolari di colore giallo o rosa salmone, visibili attraverso la lamina trasparente, onicolisi, cioè distacco della lamina dal letto ungueale, ipercheratosi subungueale, dovuto a un accumulo di squame sotto la porzione distale della lamina ungueale, altre anomalie di superficie della lamina ungueale, come solchi trasversali, incisure longitudinali ed infine emorragie a scheggia.

L'artrite psoriasica

Nel 5,4-7% degli psoriasici (quindi mediamente 3-4 persone nella popolazione di un medico generale) e nel 30-40% di quelli con forma severa si riscontra una particolare forma di artrite infiammatoria, solitamente con fattore reumatoide negativo. Essa segue la psoriasi nel 75% dei casi; la precede nel 15%, con un esordio contemporaneo nel 10%. L'età di insorgenza più frequente è compresa tra i 30 e i 50 anni. Molto importanti sono i fattori genetici: nell'artropatia psoriasica periferica si evidenziano prevalentemente HLA-B38,39 e DR-7; è stato notato un parallelismo tra DR-4 e artrite severa erosiva, mentre la spondilite è associata all'HLA-B27. Sul piano clinico l'artrite psoriasica può presentarsi in 5 forme diverse.

- Forma oligoarticolare asimmetrica, la più frequente, osservabile in oltre il 70% dei casi, con interessamento interfalangeo distale, prossimale e metacarpo-falangeo e formazione di dita a salsicciotto in presenza di tenosinoviti.
- Forma simmetrica simil-reumatoide con una frequenza del 15%.
- Forma a prevalente interessamento delle articolazioni interfalangee distali nel 5% dei casi.
- Forma mutilante, che colpisce soggetti tra i 20 e i 30 anni e coinvolge prevalentemente le piccole articolazioni delle mani e dei piedi, con distruzioni ossee.

- Forma spondilitica, che si manifesta nel 5% dei casi con quadro radiologico abbastanza caratteristico (fenomeni erosivi e proliferativi), e con aumento degli indici infiammatori, talvolta dell'uricemia, mentre il fattore reumatoide risulta positivo solo nel 3% dei casi, come nella popolazione generale.

Come sospettarla

Assai evocativo per artrite psoriasica è l'interessamento contemporaneo di una grossa articolazione (ginocchio, caviglia ecc.) con importante versamento persi-stente e/o recidivante, e una tenosinovite (caratteristica quella del tendine di Achille).

In questo caso è giustificato pensare a un'artrite psoriasica anche in assenza di lesioni cutanee, che comunque possono insorgere dopo la comparsa del coinvolgimento articolare o essere presenti in aree molto limitate. Bisogna comunque sottolineare che non tutte le artriti che compaiono in un soggetto psoriasico siano da attribuirsi alla psoriasi e che per porre diagnosi di artrite psoriasica vanno rispettati i criteri radiologici sopradescritti.

Spesso si etichettano come artriti psoriasiche patologie di tutt'altra natura solo perché comparse in un paziente psoriasico.

Come impostare il trattamento

Il trattamento della psoriasi varia a seconda della varietà clinica, della sede delle lesioni, dell'età del paziente, della storia naturale della malattia. Nella variante pustolosa e in quella eritrodermica sono necessari trattamenti aggressivi, così come nella variante pustolosa localizzata o nelle forme di psoriasi volgare, molto diffusa e invalidante, sono giustificati trattamenti anche a rischio di effetti collaterali relativamente importanti.

Psoriasi volgare

- Emollienti e cheratolitici: la psoriasi volgare si avvale soprattutto di trattamenti topici, rappresentati da emollienti (per esempio vaselina filante) e cheratolitici (come acido salicilico al 10-15%, urea al 5-10-20%, acido lattico al 5%, glicole propilenico) in genere associati per ottenere l'allontanamento delle squame, necessario per il successo di ogni terapia locale.

Attenzione. Quando si trattano superfici molto estese, soprattutto di bambini o anziani con eventuale insufficienza renale, occorre considerare la possibilità di assorbimento eccessivo di acido salicilico e dei relativi effetti tossici (salicilismo) e pertanto occorre impiegare il galenico su superfici limitate.

- Catrame vegetale: allontanate le squame, si usano topici a base di catrame vegetale (coaltar) alla concentrazione del 3-5% in creme o unguenti, del 50% in eteri, variabile negli shampoo per cicli di 30 giorni circa. L'efficacia del coaltar è da correlarsi a un'azione citostatica sulle cellule basali dell'epidermide, probabilmente fotoindotta dagli UVA e dalla luce visibile.

Attenzione. Effetti collaterali possibili sono irritazione e follicoliti, mentre non sembra dimostrata una sicura azione carcinogenetica.

- Ditrano: in alternativa ai catrami si impiegano topici a base di ditranolo (cignolina) alla concentrazione dello 0,5-4% o inferiore in soggetti con cute facilmente irritabile, applicati per 30 minuti circa, sempre per cicli di 30 giorni circa (preparazioni galeniche in unguenti o paste grasse o Psoriderm crema). La sua attività, sicuramente notevole, è legata ad una riduzione delle mitosi delle cellule dello strato basale dell'epidermide per inibizione della respirazione cellulare. Metabolizzato a livello cutaneo, non determina fenomeni secondari da assorbimento sistemico.

Attenzione. L'effetto collaterale più frequente è ancora un'irritazione cutanea locale con eritema, prurito e colorazione brunastra reversibile, specialmente su cute sana perilesionale. Il miglioramento che si ottiene con la cignolina è più lento di quello che si ha con i cortisonici topici, ma più duraturo, tanto che c'è chi ne promuove l'associazione riducendo gli effetti collaterali e ottenendo un risultato più rapido.

- Calomelano (cloruro mercurioso): sotto forma di unguento generalmente al 10% o in concentrazione inferiore è impiegato nelle pieghe, in regione ano-genitale, su zone ricoperte da peli e al volto.

Attenzione. Non dovrebbe essere utilizzato su superfici troppo estese, per lunghi periodi e nei bambini per i possibili effetti tossici legati all'assorbimento sistemico, soprattutto a carico del SNC, del rene e del tubo digerente.

- Analoghi della vitamina D3: prodotti topici a base di analoghi della vitamina D3 (calcipotriolo, Daivonex/Psorcutan in crema e lozione) vengono impiegati per cicli simili a quelli sopraindicati, eventualmente associati a UVB-terapia. La loro efficacia sarebbe legata a un'attività antiproliferativa e alla promozione del normale differenziamento epidermico, oltre a numerose attività immunologiche come l'inibizione dell'attivazione dei linfociti, similmente alla ciclosporina.

Attenzione. Effetti collaterali sono ancora irritazioni cutanee circoscritte che possono essere limitate dalla concomitante applicazione di steroidi topici.

- Cortisonici topici: vengono impiegati per localizzazioni particolari, come viso, genitali, pieghe cutanee, specialmente se le lesioni sono particolarmente infiammate, per periodi brevi, inferiori ai 15 giorni.

- Retinoidi topici: di recente introduzione il tazarotene (Zorac crema), il primo retinoidi topico con scarso assorbimento sistemico attivo sul differenziamento dei cheratinociti e nel ridurre i processi flogistici locali. Attenzione. Come numerosi altri prodotti il tazarotene può indurre irritazione nelle sedi di applicazione.

- Associazioni: il tazarotene è consigliato in associazione, almeno inizialmente con i corticosteroidi topici. I cortisonici topici, associati all'acido salicilico, sono particolarmente indicati nelle localizzazioni al cuoio capelluto, dove hanno utilità anche shampoo a base di catrame da impiegarsi non più di due volte alla settimana. Attenzione. Possibili effetti collaterali derivano solo dall'uso prolungato dei corticosteroidi che vanno pertanto riservati ai periodi d'acuzie con lesioni eritematose e intenso prurito, e impiegati per non oltre 10-15 giorni consecutivi.

- Terapie fisiche con UV di tipo A e/o B: vengono impiegate (spesso in associazione alle terapie topiche) nella psoriasi volgare in placche estese a oltre il 50% della superficie cutanea o resistenti al trattamento topico. Lo schema di Goeckerman prevede l'impiego combinato di catrame e UVB, mentre lo schema di Ingram quello di ditranolo, catrame e UVB.

- Fotochemioterapia: prevede l'associazione di sostanze fotoattive (psoraleni) e di UVA (PUVA-terapia) e si è rivelata molto efficace. Gli psoraleni attivati dagli UVA si legano essenzialmente a due catene di DNA, formando un legame crociato intercatenario e provocando un effetto antimitotico sui cheratinociti, impedendo così l'iperplasia epidermica.

Lo psoralene 8 o 5 MOP viene somministrato alla dose di 0,6-0,8 mg/kg/die, 2 o-re prima dell'esposizione agli UVA. La dose di UVA va aumentata gradualmente da I a 2 J/cm² (a seconda del fototipo) fino a raggiungere la dose di mantenimento fissata a circa 7-10 J/cm². I cicli terapeutici sono di circa 30-60 giorni e prevedono 3-4 applicazioni settimanali in fase d'attacco e 2 applicazioni in fase di mantenimento. Casi di psoriasi localizzata di particolare resistenza alle cure, come la psoriasi pustolosa localizzata in sede palmo-plantare o al cuoio capelluto, possono essere trattati con successo con PUVA-terapia locale, cioè dirigendo le radiazioni UV solo nella zona interessata, ricorrendo anche a dispositivi appositi. Casi resistenti alla PUVA-terapia possono essere trattati con i retinoidi (acitretina) da soli o associati alla PUVA-terapia.

Attenzione. Effetti collaterali principali della PUVA-terapia sono i potenziali rischi cancerogeni cutanei nei soggetti trattati per lunghi periodi.

- Acitretina retinoidi: somministrati alla dose di 0,3-1 mg/kg/die essi trovano l'indicazione elettiva nella psoriasi pustolosa. Il principale meccanismo d'azione è legato alla capacità di controllo della differenziazione cheratinocitaria, nonché dell'immunoflogosi.

Attenzione. Effetti collaterali importanti sono la teratogenicità (per cui la somministrazione in donne in età fertile va accompagnata a contraccezione estroprogestinica da protrarsi per 1 anno dopo la sospensione della terapia), oltre che alterazioni metaboliche a carico di trigliceridi, colesterolo, e funzionalità epatica, riscontrabili in oltre il 20% dei casi.

- Ciclosporina A: la somministrazione di ciclosporina A alla dose di 3-5 mg/kg/die, somministrata per cicli terapeutici anche di diversi mesi, si è rivelata molto efficace sia sulle lesioni cutanee, sia sull'artropatia. Il meccanismo d'azione è complesso, ma essenzialmente basato sulla capacità del farmaco di agire sull'attivazione dei linfociti T helper (attraverso un recettore specifico intracellulare), impedendone l'espansione e quindi controllando l'immunoflogosi. Effetti collaterali maggiori sono ipertensione e glomerulonefropatia.

- Methotrexate: viene utilizzato con successo nelle psoriasi estese con artropatia associata, alle dosi iniziali di 25 mg i.m. alla settimana da ridurre gradualmente per passare poi alla via di somministrazione orale (25 mg da assumersi nell'arco di 24 ore, una volta alla settimana).

Attenzione. La tossicità è essenzialmente epatica (nei casi in cui la dose cumulativa raggiunga 1,5 gr , come può capitare dopo 4-5 anni di terapia continuativa, è necessario un controllo istologico del parenchima epatico), ma anche ematica (anemia, leucopenia, piastrinopenia) e polmonare (possibile fibrosi) per dosaggi elevati, prolungati nel tempo.

- Elio-balneoterapia: è in grado di indurre notevoli miglioramenti e la regressione in oltre l'80% dei casi.
- Terapia termale: la sua efficacia rimane dubbia, anche se esistono numerose segnalazioni favorevoli.
- Psicoterapia: l'approccio al paziente psoriasico non può prescindere da una attenzione particolare ai suoi bisogni psicologici.

[----> torna alla home page](#)