# Ψωρίαση και συν-νοσηρότητα

*Οι συστηματικοί κίνδυνοι που κρύβονται σε μια συχνή δερματοπάθεια*

**ΓΙΩΡΓΟΣ ΧΡ. ΧΑΪΔΕΜΕΝΟΣ**
**Δρ Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης**
**Αν/τής Διευθυντής του ΕΣΥ στο ΝΑΔΝ Θεσσαλονίκης,**
**Πρόεδρος της Ελληνικής Δερματολογικής & Αφροδισιολογικής Εταιρίας**

***Περίληψη:*** *Η ψωρίαση είναι μια συχνή δερματοπάθεια η οποία συνδυάζεται με αρθροπάθεια και σειρά άλλων καταστάσεων και παθήσεων που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για συστηματική νόσο. Το 75% των ασθενών παρουσιάζουν επιπρόσθετα και μια άλλη πάθηση, συχνότερα την Υπέρταση, Δυσλιπιδαιμία, Σακχαρώδη διαβήτη και Καρδιαγγειακή νόσο. Το Μεταβολικό Σύνδρομο, το οποίο συνδυάζει τα ανωτέρω με την παχυσαρκία και επιφέρει μεγαλύτερο κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς απ' ό,τι ο καθένας παράγοντας χωριστά, είναι πέντε φορές συχνότερος στη σοβαρή ψωρίαση από το γενικό πληθυσμό. Στους ασθενείς με ψωρίαση και ιστορικό τουλάχιστον μιας εισόδου στο Νοσοκομείο λόγω της δερματοπάθειας, υπήρχε περίπου 50% αύξηση του κινδύνου θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό.*

***Λέξεις ευρετηρίου:*** *συν-νοσηρότητα, ψωρίαση.*

**Η ψωρίαση είναι μια δερματοπάθεια που προσβάλλει το 2-4% του γενικού πληθυσμού και χαρακτηρίζεται από ερυθηματώδεις πλάκες με λέπι που συνήθως έχει αργυρό χρώμα. Η αυξημένη επίπτωση της νόσου και τα σημαντικά προβλήματα ποιότητας ζωής που επιφέρει, έχουν οδηγήσει την Παγκόσμια Κοινότητα στην καθιέρωση ειδικής ημέρας, την 29η Οκτωβρίου, αφιερωμένης στους πάσχοντες από Ψωρίαση. Δεν είναι όμως μόνον η όψη των βλαβών και η επιβαρυμένη ποιότητα ζωής που συνδέεται με την πάθηση. Είναι ακόμη η συσχέτισή της με άλλες παθήσεις, η οποία αποκαλείται και «Συν-νοσηρότητα».**

Περίπου ένας στους τρεις ασθενείς με ψωρίαση πάσχει από ψωριασική αρθρίτιδα η οποία επιβεβαιώνεται με τον ακτινολογικό έλεγχο. Συνήθως όμως διαγιγνώσκεται λόγω της συνύπαρξης της δερματοπάθειας και της απουσίας του ρευματοειδούς παράγοντα στην εξέταση αίματος[1]. Σε μελέτη που αφορούσε ασθενείς με ψωρίαση από ειδικό Δερματολογικό Νοσοκομείο της Ελλάδας, διαπιστώθηκε πως το 40% παραπονούνται για αρθραλγίες, αλλά μόνον στο 15% επιβεβαιώνεται εργαστηριακά πως πρόκειται για ψωριασική αρθροπάθεια[2].

Η νόσος του Crohn παρουσιάζεται 7 φορές συχνότερα στους ασθενείς με ψωρίαση[3], και η στρεπτοκοκκική λοίμωξη του ρινοφάρυγγα, τρεις φορές συχνότερα[4]. Επίσης, η παχυσαρκία και η υπέρταση παρουσιάζονται σε διπλάσιο ποσοστό και ο Σακχαρώδης διαβήτης κατά 50% συχνότερα στην Ψωρίαση από ό,τι στον υπόλοιπο πληθυσμό[4]. Σε άλλη συγκριτική έρευνα που αφορούσε σε ασθενείς με σοβαρή ψωρίαση, τα ποσοστά της συν-νοσηρότητας ήταν υψηλότερα. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως ο Διαβήτης τύπου 2 ήταν κατά 2.5 φορές συχνότερος, η αρτηριακή υπέρταση 3.3 φορές, η υπερλιπιδαιμία 2.09 και η νόσος των στεφανιαίων 1.95 φορές συχνότεροι[5]. Στην ίδια μελέτη, η συνδυασμένη παρουσία των ανωτέρω παθήσεων με την παχυσαρκία, γνωστή ως Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ), παρουσιάσθηκε κατά 5.9 φορές συχνότερη[5].

Σε άλλη έρευνα, η συχνότητα ήταν στατιστικά σημαντικά ανώτερη αλλά μόνο κατά 65% της ομάδας ελέγχου, και αφορούσε ιδιαίτερα στους ασθενείς με μακρά διάρκεια της νόσου, ανεξάρτητα από τη βαρύτητά της[6].

## Μεταβολικό σύνδρομο και ψωρίαση

Με τον όρο Μεταβολικό Σύνδρομο εννοείται η συνδρομή παραγόντων κινδύνου που περιλαμβάνουν την κεντρική παχυσαρκία, την αθηρωματογόνο δυσλιπιδαιμία, την υπέρταση και τη δυσανεξία στη γλυκόζη[7] (Πίνακας 1). Η σημασία του ΜΣ, το οποίο υπολογίζεται οτι προσβάλλει το 15-35% του πληθυσμού, ευρίσκεται στο γεγονός ότι αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη για καρδιαγγειακή νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο και σακχαρώδη διαβήτη[8], ενώ παρουσιάζει το χαρακτηριστικό ότι συνδέεται με κίνδυνο καρδιαγγειακού επεισοδίου μεγαλύτερο από τον καθένα από τους παράγοντες που το συναποτελούν. Οι άνδρες μάλιστα με το σύνδρομο, έχουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να καταλήξουν από καρδιαγγειακή νόσο, μετά την αφαίρεση των συμβατικών παραγόντων κινδύνου[9].

Σειρά καλά ελεγμένων μελετών έδειξαν την αυξημένη παρουσία του ΜΣ μεταξύ των ασθενών με Ψωρίαση, ιδιαίτερα όταν η τελευταία είναι σοβαρής μορφής με πρώϊμη έναρξη και μακρά πορεία[5]. Άλλοι ερευνητές παρατήρησαν μικρότερη αλλά στατιστικά σημαντική αύξηση του ΜΣ ακόμη και στις ηλικίες άνω των 40 ετών, σε άμεση συνάφεια με τη διάρκεια της Ψωρίασης[6]. Ο ρόλος της διαταραγμένης αντίστασης στην ινσουλίνη έχει πρωταρχική θέση στην παθογένεια του ΜΣ, και η χρόνια φλεγμονή που συνοδεύει την Ψωρίαση θεωρείται τμήμα αυτής της διαταραχής, που χαρακτηριστικά αποκαλείται IRS (Insulin Resistance Syndrome,) και θεωρείται συνώνυμη του ΜΣ[10]. Η θεραπευτική παρέμβαση κατά των Ρευματικών νοσημάτων με Μεθοτρεξάτη ή αντι-TNF παράγοντες, φαίνεται να μειώνει το πρόβλημα του συνδρόμου IRS[11].

## Ψωρίαση και καρδιαγγειακή νόσος

Αποτελεί παλαιά αλλά αποσπασματική γνώση, η παρατήρηση πως η αποφρακτική καρδιοπάθεια παρουσιάζεται συχνότερα στους ασθενείς με Ψωρίαση[12]. Τα τελευταία έτη, μετά τη διαπίστωση πως η Ψω- ⇨

***Εικόνα 1.*** *Ψωρίαση.*

ρίαση αποτελεί ένα παράδειγμα χρόνιας και υποτροπιάζουσας φλεγμονώδους δερματοπάθειας που δεν περιορίζεται μόνο στο δέρμα, οδήγησε τους ερευνητές σε επανεκτίμηση της φύσεως της νόσου. Επιβεβαιώθηκε πως η η ψωριασική αρθροπάθεια παριστά μια ορορρνητική αρθροπάθεια που παρουσιάζει ευρήματα επικαλυπτόμενα με τη Ρευματοειδή αρθρίτιδα[13]. Η διασύνδεση της τελευταίας με το IRS (ΜΣ) και την καρδιαγγειακή νόσο, οδήγησε στην διερεύνηση των ίδιων συσχετίσεων και στην Ψωρίαση.

Στους ασθενείς με ψωρίαση και ιστορικό τουλάχιστον μιας εισόδου στο Νοσοκομείο λόγω της δερματοπάθειας, υπήρχε περίπου 50% αύξηση του κινδύνου θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό[14]. Οι ίδιοι ερευνητές όπως και άλλοι δεν διαπίστωσαν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο στους εξωτερικούς ασθενείς με ήπια ψωρίαση[14,15], υποδηλώνοντας πως ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου περιορίζεται στις σοβαρές μόνο μορφές της νόσου. Ωστόσο πρόσφατη και ευρεία μελέτη προοπτικής από τη Μ. Βρετανία έδειξε σημαντικό, παρότι πολύ μικρότερο κίνδυνο και για την ήπια νόσο. Σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 680.000 ασθενών, εκ των οποίων 130.000 με ψωρίαση, διαπιστώθηκε πως ο σχετικός κίνδυνος (RR) για έμφραγμα του μυοκαρδίου στον 30 χρόνο ασθενή με ψωρίαση ήταν 1.29 στην ήπια και 3.29 στη σοβαρή νόσο. Στον 60χρονο ασθενή ο σχετικός κίνδυνος ήταν αντίστοιχα 1.08 και 1.36 για την ήπια και σοβαρή ψωρίαση[16].

Πολλοί παράγοντες που παρατηρούνται στους ασθενείς με ψωρίαση μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (Πίνακας 2). Τόσο η Ψωρίαση όσο και η Αθηροσκλήρωση, παρουσιάζουν ομοιότητες στον παθογενετικό τους μηχανισμό. Συνιστούν φλεγμονώδεις καταστάσεις που συσχετίζονται με το Τ-λεμφοκύτταρο. Η δυσλιπιδαιμία που παρουσιάζεται στους Ψωριασικούς ασθενείς οδηγεί σε προβλήματα σχετικά με την μετακίνηση των δενδριτικών κυττάρων από το δέρμα, παρόμοια με τη δυσκολία της απομάκρυνσής τους από τις αθηρωματικές πλάκες[18]. Επιπρόσθετα, ο αυξητικός παράγοντας του αγγειακού ενδοθηλίου (Vascular Endothelial Growth Factor, VEGF) ο οποίος παρατηρείται σε υψηλές τιμές στον ορό των ψωριασικών ασθενών, προκαλεί αγγειογένεση που μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αθηρωματικών πλακών[19]. Η υπερινσουλιναιμία η οποία παρατηρείται πέντε φορές συχνότερα στους ασθενείς με ψωρίαση[5], οδηγεί στην ανάπτυξη των μεταβολικών παραγόντων που οδηγούν σε νόσο των στεφανιαίων αγγείων όπως η υπέρταση, η χαμηλή τιμή HDL και η παχυσαρκία[20].

Οι φλεγμονώδεις μεταβολές που προκαλούνται από την Ψωρίαση ασκούν άμεσο ρόλο στη διαμόρφωση των παραγόντων κινδύνου που συνιστούν το ΜΣ και προκαλούν το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αυτό είναι προφανές στην Ψωριασική αρθρίτιδα η οποία έχει πολλά κοινά στοιχεία με τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα[21]. Αλλά και το ίδιο το δέρμα αποτελεί ένα όργανο-εργοστάσιο στο οποίο οποιαδήποτε επίπτωση έχει συνέπειες σε όλο τον ανθρώπινο οργανισμό. Οι ανοσολογικές αντιδράσεις στην Ψωρίαση είναι τόσο έντονες ώστε να υπολογίζεται πως περί τα 20 δισεκατομμύρια Τ-λεμφοκύτταρα διηθούν το δέρμα ενός ασθενή με σοβαρή νόσο. Ως συνέπεια, αυξάνονται τα δενδριτικά κύτταρα, οι Th1 κυτταροκίνες (π.χ. Ιντερφερόνη, TNFα) και χημειοκίνες[22].

Αυτός ο ανοσολογικός καταρράκτης οδηγεί πιθανώς στον αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος μυοκαρδίου[16]. Δεν πρέπει επίσης να παραβλέπονται οι ψυχολογικοί παράγοντες ή η ραθυμία που συνοδεύουν συχνά τους ασθενείς με σοβαρή ψωρίαση, και η συνακόλουθη ελλιπής αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου[16]. Σημειώνεται πως οι ασθενείς αυτοί καπνίζουν και πίνουν πολύ, ενώ δεν ακολουθούν σωστές διαιτητικές συμπεριφορές[23]. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με σοβαρή ψωρίαση κάνουν κατάχρηση αλκοόλ 9 φορές συχνότερα[24] ενώ καπνίζουν σε διπλάσιο ποσοστό από τους μη πάσχοντες[25]. Ως συνέπεια των ανωτέρω, παρατηρείται αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα στους ψωριασικούς ασθενείς από αιτίες που άμεσα σχετίζονται με το αλκοόλ και το κάπνισμα[26].

Η διπλάσια πιθανότητα ασβεστοποίησης των στεφανιαίων[27] και η γενετική διασύνδεση της Ψωρίασης με λιπιδαιμιδικές μεταβολές[28] υποδηλώνουν πως η Ψωρίαση πιθανώς να αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου[16].

## Ψωρίαση και παχυσαρκία

Από παλιές επιδημιολογικές μελέτες είναι γνωστό πως οι διαιτητικές συμπεριφορές επηρεάζουν την έκφραση της ψωρίασης[29] και πως σε περιοχές με περιορισμένη παροχή τροφής, όπως στα στρατόπεδα φυλακισμένων, η ψωρίαση βελτιώνεται[30]. Αντίθετα η ύφεση της νόσου δεν οδηγούσε σε απώλεια του βάρους. Αργότερα διαπιστώθηκε πως η παχυσαρκία ήταν δύο φορές πιο συχνή στους ασθενείς με ψωρίαση[4] και η αυξημένη συσχέτιση των δύο καταστάσεων επιβεβαιώθηκε σε κατοπινές μελέτες[31].

Δεν είναι γνωστό εάν η Ψωρίαση είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της παχυσαρκίας. Η ψυχολογική επιβάρυνση και ιδιαίτερα η κατάθλιψη που συνοδεύουν τη νόσο[32] οδηγούν σε διαιτητικές συμπεριφορές, φυσική δραστηριότητα και συνήθειες, όπως το κάπνισμα, που μεταβάλλουν τη σύσταση του σώματος και τον μεταβολισμό[33]. Από την άλλη πλευρά, ο λιπώδης ιστός αποτελεί μια πλούσια πηγή φλεγμονωδών μεσολαβητών, όπως των λιποκυτοκινών[34] οι οποίες παρέχουν τον σημαντικό αιτιοπαθογενετικό σύνδεσμο μεταξύ της παχυσαρκίας, της αντίστασης στην ινσουλίνη και φλεγμονωδών καταστάσεων στις οποίες περιλαμβάνονται η ψωρίαση και η αθηροσκλήρωση. Ο λιπώδης ιστός παράγει επίσης προϊόντα με γνωστή δράση στην παθογένεια της ψωρίασης όπως ο παράγων TNF-α και η ιντερλευκίνη 6[6].

Βεβαίως, η παχυσαρκία αποτελεί από μόνη της παράγοντα κινδύνου για καρδιακή ανεπάρκεια, και μάλιστα σε πρώϊμο στάδιο. Ο κίνδυνος καρδιακής ανεπάρκειας είναι 104% μεγαλύτερος σε όσους έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) πάνω από 30, με αύξηση μόλις 34% όταν ο ΔΜΣ είναι 26-30[35]. Να σημειωθεί πως ο ΔΜΣ εκφράζεται ως το πηλίκον του βάρους σώματος προς το ύψος εις το τετράγωνο (kg/m$^2$)[36]. Υπενθυμίζεται πως η Ψωρίαση συνδέεται στενά με

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ***

- Κοιλιακή παχυσαρκία
  περιφέρεια κοιλιάς: >102 εκμ. στους άνδρες ή 88 εκμ. στις γυναίκες.
- Επίπεδα γλυκόζης νήστείας > 100mg/dl
- Τριγλυκερίδια > 150 mg/dl
- Μειωμένη HDL. <40mg/dl στους άνδρες και <50 mg/dl στις γυναίκες
- Αρτηριακή υπέρταση άνω του 135/85 mmHg

** Απαραίτητη η παρουσία του 1ου και τουλάχιστον άλλων δύο στοιχείων.*

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΚΑΝ) ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ***

1. Παράγοντες κοινοί στην Ψωρίαση και ΚΑΝ:
   Κάπνισμα, Παχυσαρκία, Υπέρταση, Κατάχρηση Αλκοόλ.
2. Χρήση θεραπειών που οδηγούν σε δυσλιπιδαιμία:
   Κορτικοστεροειδή, Ασιτρετίνη, Κυκλοσπορίνη
3. Συνοδά διαταραγμένα επίπεδα λιπιδίων:
   Υψηλά τριγλυκερίδια, χαμηλό HDL.
4. Δυσλειτουργία ενδοθηλίου
5. Μή ελεγχόμενη φλεγμονή
6. Συνδυασμός μερικών από τα ανωτέρω
7. Η Ψωρίαση αυτή καθ' εαυτή.

** (Τροποποιημένο από τον Mrowietz και συν. 17)*

το ΜΣ, το οποίο έχει ως απαραίτητο στοιχείο την κεντρική παχυσαρκία που εκφράζεται με ΔΜΣ άνω των 25.

Είναι φανερό πως η έρευνα σχετικά με τυχόν ευεργετική επίδραση της θεραπείας της ψωρίασης στο συνοδό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Ασθενείς που έλαβαν Μεθοτρεξάτη, παρουσίασαν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου, συγκριτικά με εκείνους που δεν πήραν το φάρμακο. Ο σχετικός κίνδυνος μειώθηκε στο 0.73 για την Ψωρίαση και 0.83 για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα[37], παρότι η Μεθοτρεξάτη συνδέεται με την υπερομοκυστεϊναιμία η οποία με τη σειρά της αποτελεί παράγοντα κινδύνου για έμφραγμα μυοκαρδίου.

Άλλη έρευνα με αντι-TNF παράγοντες στη Ρευματοειδή αρθρίτιδα, έδειξε πως οι παράγοντες αυτοί μπορούν να προσφέρουν σχετική καρδιαγγειακή προστασία συγκριτικά με τους αντιμετωπιζόμενους με συμβατική αγωγή[38]. Πρόσφατες ωστόσο μελέτες συνέδεσαν την χρήση των αντι-TNF παραγόντων με την αύξηση του βάρους τόσο στους ασθενείς με Ψωρίαση όσο και σε εκείνους με σπονδυλαρθροπάθεια ή νόσο του Crohn, όχι όμως και με τη Ρευματοειδή αρθρίτιδα[39]. Η αύξηση του βάρους δεν συνδεόταν με αλλαγή στη δραστηριότητα, δίαιτα, όρεξη ή μεταβολές στη γλυκόζη, τα τριγλυκερίδια ή το HDL, ούτε με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας[39].

Ο γράφων σε μελέτη παρατήρησης 6 μηνών 120 Ελλήνων ασθενών με ψωρίαση που αντιμετωπίσθηκαν με αντι-TNF παράγοντες, δεν παρατήρησε ανάλογα φαινόμενα παχυσαρκίας. Υπήρξαν μόνον δύο ασθενείς με σημαντική αύξηση βάρους που δεν μπορούσε να αποδοθεί σε διαιτητικούς παράγοντες. Μια ευρεία και πολυκεντρική συγκριτική μελέτη προοπτικής στην Ελληνική επικράτεια, θα είχε προφανή επιστημονική βαρύτητα και θα ήταν ευπρόδεκτη.

## Επίλογος

Η Ψωρίαση είναι μια συχνή δερματοπάθεια η οποία συνδυάζεται με αρθροπάθεια και σειρά άλλων καταστάσεων και παθήσεων που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για συστηματική νόσο. Το 75% των ασθενών παρουσιάζουν επιπρόσθετα και μία άλλη πάθηση, συχνότερα την Υπέρταση, Δυσλιπιδαιμία, Σακχαρώδη διαβήτη και Καρδιαγγειακή νόσο[40]. Το Μεταβολικό Σύνδρομο, το οποίο συνδυάζει τα ανωτέρω με την παχυσαρκία και επιφέρει μεγαλύτερο κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς απ' ό,τι ο καθένας παράγοντας χωριστά, είναι πέντε φορές συχνότερος στη σοβαρή ψωρίαση από το γενικό πληθυσμό.

Η καρδιαγγειακή νόσος κατατάσσεται ως πρώτη αιτία και υπολογίζεται πως είναι υπεύθυνη για το 30% όλων των θανάτων σε όλο τον κόσμο το 2005[41], ενώ η σοβαρή και πρώϊμης εμφάνισης Ψωρίαση αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η επιβάρυνση των ψωριασικών ασθενών λόγω του ΜΣ και της παρουσίας ισχυρής συν-νοσηρότητας, έχει οδηγήσει τους μελετητές στη διαμόρφωση πολύ απαισιόδοξων προοπτικών για τους νεαρούς πάσχοντες από σοβαρή νόσο. Έχει υποστηριχθεί μάλιστα, πως η έναρξη της Ψωρίασης μετά το 25ο έτος μειώνει το προσδόκιμο ζωής από το 80ό στο 70ό έτος, ενώ η έναρξη της νόσου πριν το 25ο έτος οδηγεί το προσδόκιμο στο 60ό έτος[42].

Είναι επομένως σημαντικό να εντοπισθούν και αντιμετωπισθούν όλοι οι παράγοντες κινδύνου που παρατηρούνται στην Ψωρίαση και μπορούν να τροποποιηθούν. Με αφορμή την Ημέρα κατά της Ψωρίασης στις 29 Οκτωβρίου, η επίσημη Πολιτεία, οι Επιστημονικοί και Κοινωνικοί Φορείς αλλά και ο απλός πολίτης πρέπει να αγκαλιάσουν έμπρακτα τις πρωτοβουλίες των Οργανώσεων των Ελλήνων Ψωριασικών Ασθενών, όπως το "ΚΑΛΥΨΩ". Από κοινού, πρέπει να αναληφθούν προσπάθειες ώστε να αντιμετωπισθούν ή περιορισθούν εκείνοι οι παράγοντες κινδύνου των Ψωριασικών ασθενών που μπορούν να τροποποιηθούν: Αυτοί είναι το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, οι διαιτητικές συμπεριφορές, η απουσία φυσικής άσκησης και οι ψυχοκοινωνικές συμπεριφορές που παρακολουθούν τη νόσο.

## Βιβλιογραφία


1. Zachariae H, Zachariae R, Blomqvist K, et al. Quality of life and prevalence of arthritis reported by 5,795 members of the Nordic Psoriasis Associations. Acta Derm Venereol 2002; 82: 108-113
2. Chaidemenos G, Chrysomallis F, Mourellou O, et al. Psoriasis in Northern Greece: an epidemiologic study. 7th International Psoriasis Symposium, Milan, Sept. 2-5 1998: pp.106
3. Lee FJ, Bellary SV, Francis C. Increased occurrence of psoriasis in patients with Crohn's disease and their relatives. Am J Gastroenterol 1990; 85: 962-963
4. Henseler T, Christophers A. Disease concomitance in psoriasis. J Am Acad Dermatol 1995; 32: 982-986
5. Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, et al. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. Arch Dermatol Res 2006; 298: 321-328
6. Gisondi P, Tessari G, Conti A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. Br J Dermatol 2007; 157: 68-73
7. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. Lancet 2005; 365: 1415-1428
8. Wannamethee SG, Shaper AG, Lennon L, Morris RW. Metabolic syndrome vs Framingham Risk Score for prediction of coronary heart disease, stroke, and type 2 diabetes mellitus. Arch Intern Med 2005; 165: 2644-2650
9. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. JAMA 2002; 288: 2709-2716

10. Bloomgarden ZT. Definitions of the insulin resistance syndrome: the 1st World Congress on the insulin resistance syndrome. Diabetes Care 2004; 27: 824-830
11. Kiortsis DN, Mavridis AK, Vasakos S, et al. Effects of infliximab treatment on insulin resistance in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 2005; 64: 765-766
12. McDonald CJ, Calabresi P. Psoriasis and occlusive vascular disease. Br J Dermatol 1978; 99:469-475
13. Winchester R. Psoriatic arthritis. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF (Eds) Dermatology in general medicine, 4th edition, McGraw-Hill Book Company, New York, 1993: pp 515-527
14. Mallbris L, Akre O, Granath F, et al. Increased risk for cardiovascular mortality in psoriasis inpatients but not in outpatients. Eur J Epidemiol 2004; 19: 225-230
15. Stern RS, Lange R. Cardiovascular disease, cancer, and cause of death in patients with psoriasis: 10 years prospective experience in a cohort of 1.380 patients. J Invest Dermatol 1988; 91: 197-201
16. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, et al. Risk of myocardial infarction in patienta with psoriasis. JAMA 2006; 296: 1735-1741
17. Mrowietz U, Elder JT, Barker J. The importance of disease associations and concomitant therapy for the long-term management of psoriasis patients. Arch Dermatol Res 2006; 298: 309-319
18. Angeli V, Llodra J, Rong JX, et al. Dyslipidemia associated with atherosclerotic disease systemically alters dendritic cell mobilization. Immunity 2004; 21: 561-574
19. Belgore F, Blann A, Neil D, et al. Localization of members of the vascular endothelial growth factor (VEGF) family and their receptors in human atherosclerotic arteries. J Clin Pathol 2004; 57: 266-272
20. Kendall DM, Sobel BE, Coulston AM, et al. The insulin resistance syndrome and coronary artery disease. Coron Artery Dis 2003; 14: 335-348
21. Kimbi O, Caspi D, Bornstein NM, et al. Prevalence and risk factors of atherosclerosis in patients with psoriatic arthritis. Semin Arthritis Rheum 2007; 36: 203-209
22. Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. Ann Rheum Dis 2005; 64(Suppl 2): ii30-ii36
23. Neimann AL, Porter SB, Gelfand JM. Epidemiology of psoriasis. Expert Rev Dermatol 2006; 1: 63-75
24. Morse RM, Perry HO, Hurt RD. Alcoholism and psoriasis. Alcohol Clin Exp Res 1985; 9: 396-399
25. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. J Invest Dermatol 2005; 125: 61-67
26. Poikolainen K, Karvonen J, Pukkal E. Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis. Arch Dermatol 1999; 135: 1490-1493
27. Ludvig RJ, Herzog C, Rostock A, et al. Psoriasis: a possible risk factor for development of coronary artery calcification. Br J Dermatol 2007; 156: 271-276
28. Mallbris L, Granath F, Hamsten A, Stahle M. Psoriasis is associated with lipid abnormalities at the onset of skin disease. J Am Acad Dermatol 2006; 54:614-621
29. Spiera H, Lefkovitz AM, Oreskes I. A dietary regimen in the treatment of psoriasis. Br J Dermatol 1971; 85:277-285
30. Simons RD. Additional studies on psoriasis in the tropics and in starvation camps. J Invest Dermatol 1949; 12: 285-294
31. Neimann AL, Shin DB, Wang X, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol 2006; 55: 829-835
32. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, et al. An Italian study on psoriasis and depression. Dermatology 2006; 212: 123-127
33. Metsios GS, Stavropoulos-Kalinoglou A, Nevill AM, et al. Smoking significantly increases basal metabolic rate in patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2008; 67: 70-73
34. Tilg H, Moschen AR. Adipocytokines: mediators linking adipose tissue, inflammation and immunity. Nat Rev Immunol 2005; 6: 537-539
35. Kenchaiah S, Evans JS, Levy D, et al. Obesity and the Risk of Heart August N Engl J Med 2002;347: 305-313
36. Yanovski SZ, Yanovski JA. Obesity. N Engl J Med 2002; 346: 591-602
37. Prodanowich S, Ma F, Taylor JR, et al. Methotrexate reduces incidence of vascular diseases in veterans with psoriasis or rheumatoid arthritis. J Am Acad Dermatol 2005; 52: 262-267
38. Jacobsson LTH, Turesson C, Gulfe A, et al. Treatment with tumor necrosis factor blockers is associated with a lower incidence of first cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 2005; 32: 1213-1218
39. Gisondi P, Cotena C, Tessari G, Girolomoni G. Anti-tumour necrosis factor-α therapy increases body weight in patients with chronic plaque psoriasis: a retrospective cohort study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008; 22:341-4.
40. Pearce DJ, Morrison AE, Higgins KB, et al. The comorbid state of psoriasis patients in a University Dermatology practice. J Dermatol Treat 2005; 16: 319-323
41. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? Lancet 2005; 366: 1578-1582
42. Gulliver WP. CDA 2007, Comorbidities Associated with Psoriasis in NL Founder Population. Adopted from Christophers E. Comorbidities in Psoriasis, Clinics in Dermatology 2007; 25: 529-534.