

Η Ψωρίαση είναι μία από τις δεκάδες αυτοάνοσες διαταραχές... Γνωρίζετε ότι (όπως και οι υπόλοιπες) χρήζει ειδικής διατροφικής φροντίδας; Ενημερωθείτε για τα διατροφικά μέτρα που πρέπει να λάβετε!

Η **ψωρίαση** είναι ένα από τα τουλάχιστον 80 καταγεγραμμένα [αυτοάνοσα νοσήματα](#) (AARDA, 2016) που εντοπίζονται στους ανθρώπους.

-

Η διατροφική της αντιμετώπιση βασίζεται στη **λογική της ρύθμισης των λειτουργιών του ανοσοποιητικού** αλλά και στην προστασία του δέρματος. Ας δούμε λοιπόν τις αναλυτικές διατροφικές πληροφορίες που έχουμε και σχετίζονται με το θέμα αυτό.

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια, **μη μεταδοτική αυτοάνοση ασθένεια**, που προσβάλλει το δέρμα και τις αρθρώσεις (ψωριασική αρθρίτιδα). Προκαλεί συνήθως κοκκινίλες, φολιδωτές κηλίδες που εμφανίζονται στην επιδερμίδα. Οι λεπιδώδεις κηλίδες που προκαλούνται από την ψωρίαση ονομάζονται ψωριασικές πλάκες (περιοχές με φλεγμονή).

Η ψωρίαση είναι πιθανώς μία από τις πιο γνωστές και ταυτόχρονα από τις πιο παρεξηγημένες ασθένειες που προσβάλλουν τον άνθρωπο. Ορισμένοι μελετητές θεωρούν ότι στην Αγία Γραφή η ψωρίαση έχει συμπεριληφθεί μεταξύ των παθήσεων του δέρματος και ονομάζεται tzaraat. Σε πιο πρόσφατες περιόδους, η ψωρίαση συχνά περιγράφεται ως **μια μορφή λέπρας**.

Οι Έλληνες χρησιμοποιούσαν τον όρο «λεπρα» (λέπρα) για τις φολιδωτές δερματικές παθήσεις και τον όρο «ψώρα» για να περιγράψουν τη φαγούρα που προκαλείται από δερματικές παθήσεις.

Στα τέλη του 18ου αιώνα, έγινε γνωστό από τους Άγγλους δερματολόγους Robert Willan και Thomas Bateman ότι η λέπρα διαφοροποιείται από τις άλλες δερματικές παθήσεις. Η λέπρα διακρίνεται από την κανονική κυκλική μορφή των πλακών, ενώ στην ψωρίαση είναι πάντα παράτυπες.

Ο ρόλος της διατροφής στην αντιμετώπιση της ψωρίασης έχει μελετηθεί εδώ και πολλά χρόνια.

Πρόσφατα, η παρατήρηση των συνθηκών συννοσηρότητας που σχετίζονται με την ψωρίαση ανανέωσε το ενδιαφέρον για τη διατροφή, ως σημαντικό μέσο αντιμετώπισης τόσο των συμπτωμάτων της νόσου όσο και της ίδιας της υποκείμενης ασθένειας του δέρματος.

Ακολούθως, παραθέτω αναλυτικά όλα τα τελευταία ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τον ρόλο των διατροφικών συστατικών στην αντιμετώπιση της ψωρίασης.

Πολυακόρεστα λιπαρά και ψωρίαση

Τα επίπεδα αραχιδονικού οξέος είναι αυξημένα σε ψωριασικές βλάβες. Το αραχιδονικό οξύ μετατρέπεται σε λευκοτριένιο B₄, το οποίο αποτελεί **ισχυρή προφλεγμονώδη ουσία**.

Πολυακόρεστα ω-3 λιπαρά, όπως το εικοσαπεντανοϊκό οξύ (EPA) και το δοκοσαεξαενοϊκό οξύ (DHA), μεταβολίζονται σε λευκοτριένιο B₅, το οποίο αντιστρέφει τη φλεγμονώδη δράση του αραχιδονικού, μειώνοντας τη συνολική φλεγμονή.

Αυξημένα επίπεδα των παραπάνω ω-3 λιπαρών θεωρούνται ότι μειώνουν σημαντικά τη φλεγμονή και βελτιώνουν τα συμπτώματα της ψωρίασης.

Ιχθυέλαια και ψωρίαση

Τα ιχθυέλαια είναι **πλούσια σε ω-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα** και κυρίως σε εικοσιπεντανοϊκό (EPA) και δοκοσαεξαενοϊκό οξύ (DHA). Σε πρόσφατη ανασκόπηση βρέθηκαν συνολικά δεκαπέντε έρευνες αξιολόγησης σχετικά με τη χρήση τους στη θεραπεία της ψωρίασης.

Παρά το γεγονός ότι οι πληθυσμοί που μελετήθηκαν και τα αποτελέσματα που αξιολογήθηκαν ήταν ετερογενή, συνολικά υπήρξαν σημαντικές ενδείξεις για το **όφελος από τη χρήση των συμπληρωμάτων ιχθυελαίων στην ψωρίαση**. Από τις δεκαπέντε, οι δώδεκα μελέτες παρουσίασαν κλινικό όφελος στην αντιμετώπιση της ψωρίασης (Jillian et al. 2014).

Μεταξύ άλλων, η ανασκόπηση των Jillian και συν. (2014) παρουσίασε μια διπλή-τυφλή ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη 24 ασθενών με χρόνια ψωρίαση κατά πλάκας. Η ομάδα που έλαβε 1,8 γρ. EPA και 1,2 γρ. DHA ημερησίως για 12 εβδομάδες παρουσίασε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στο ερύθημα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Αρκετές μη ελεγχόμενες μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι η χορήγηση ιχθυελαίου (από 0,54 έως 13,5 γρ. EPA και 0,5 έως 9,0 γρ. DHA ημερησίως από 6 εβδομάδες έως 6 μήνες) οδήγησε σε **βελτίωση της κλινικής εικόνας**. Σε άλλη **μελέτη 40 ασθενών με χρόνια ψωρίαση κατά πλάκας** αναφέρθηκε μεγαλύτερη κλινική βελτίωση με τη χορήγηση ιχθυελαίου σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή (ετρετινάτη) σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία. Τέλος, φαίνεται ότι τα διαιτητικά ιχθυέλαια μπορούν να μειώσουν τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής για την ψωρίαση.

Βιταμίνη D και ψωρίαση

Η **ανεπάρκεια βιταμίνης D**, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, συνδέεται στενά με την αιτιολογία αλλά και την αντιμετώπιση της ψωρίασης (Ricketts et al. 2010).

Ο επιπολασμός της ανεπάρκειας βιταμίνης D είναι πολύ υψηλός στις ΗΠΑ, στην Ευρώπη, αλλά και ειδικότερα στην Ελλάδα.

Φυλλικό οξύ και ψωρίαση

Η αυξημένη **συχνότητα εμφάνισης ανεπάρκειας φυλλικού οξέος** έχει αναφερθεί σε ασθενείς με ψωρίαση. Η ανεπάρκεια αυτή μπορεί να σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης λόγω της φλεγμονής, η οποία μειώνει την εντερική απορρόφηση του φυλλικού οξέος.

Η ανεπάρκεια σε φυλλικό οξύ εμπλέκεται επίσης στην **επιδείνωση της κλινικής εικόνας της ψωρίασης**.

Σε μια μελέτη, σημαντικά αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης και σημαντικά μειωμένα επίπεδα φυλλικού οξέος στο πλάσμα βρέθηκαν στους ασθενείς με ψωρίαση, σε σύγκριση με τους υγιείς εθελοντές.

Τα επίπεδα ομοκυστεΐνης πλάσματος συσχετίζονται θετικά με την **κλίμακα PASI**, ενώ τα επίπεδα φυλλικού οξέος είναι αντιστρόφως ανάλογα με την κλίμακα PASI.

Η συμπληρωματική χορήγηση φυλλικού οξέος έχει προταθεί ότι παρουσιάζει **αντιθρομβωτικό και καρδιοπροστατευτικό ρόλο** σε ορισμένους ασθενείς με ψωρίαση.

Η συμπληρωματική χορήγηση φυλλικού οξέος μπορεί να είναι χρήσιμη για τους ασθενείς με ψωρίαση που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με μεθοτρεξάτη (Millsop et al. 2014).

Τέσσερις συστηματικές ανασκοπήσεις έδειξαν μειωμένες ανεπιθύμητες παρενέργειες της θεραπείας με μεθοτρεξάτη, όπως ηπατοτοξικότητα και γαστρεντερική δυσανεξία, μετά τη χορήγηση φυλλικού οξέος.

Βιταμίνη B12 και ψωρίαση

Έχει αναφερθεί ότι η ανεπάρκεια βιταμίνης B12 σχετίζεται με την ψωρίαση. Οι Millsop και συν. (2014) στην ανασκόπησή τους παρουσίασαν μια μελέτη παρατήρησης και δύο μελέτες παρέμβασης σχετικά με τη βιταμίνη B12.

Συγκεκριμένα, μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης των 98 ασθενών με ψωρίαση κατά πλάκας και 98 υγιών μαρτύρων έδειξε χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης B12 στους ασθενείς σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τον ρόλο της **χορήγησης βιταμίνης B12 στη θεραπεία της ψωρίασης**.

Η ενδομυϊκή χορήγηση 1.000 μg βιταμίνης B12 για 10 συνεχόμενες ημέρες, ακολουθούμενη από μια δόση συντήρησης, παρουσίασε ευνοϊκά αποτελέσματα.

Στο 32% (11 από 34) των ασθενών εξαφανίστηκαν τα συμπτώματα της ψωρίασης και στο 29% (10 από 34) η βελτίωση ανήλθε στο 75% στην κλίμακα PASI (PASI 75). Από τους 34 ασθενείς, οι 6 ανέφεραν αρχικά σοβαρό κνησμό, ο οποίος υποχώρησε ύστερα από 2-3 συνεδρίες. Σε αντίθεση με τα θετικά αυτά αποτελέσματα, μια διπλά τυφλή ελεγχόμενη μελέτη δεν έδειξε διαφορά από την ενδομυϊκή χορήγηση βιταμίνης B12.

Σε αυτή τη μελέτη, που περιλάμβανε 73 ασθενείς, ενδομυϊκές ενέσεις 1.000 μg βιταμίνης B12 ή εικονικό φάρμακο χορηγήθηκαν για 5 ημέρες την εβδομάδα επί 3 εβδομάδες. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό όφελος στην ομάδα της βιταμίνης B12 σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο.

Για τη **βιταμίνη B12 σπάνια έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητες ενέργειες**, οι οποίες περιλαμβάνουν αντίδραση υπερευαισθησίας, ναυτία, εμετό, μυαλγία και πρήξιμο.

Αντιοξειδωτικές ουσίες

Τα αυξημένα επίπεδα οξειδωτικού στρες και η υπερσυγκέντρωση ελεύθερων ριζών μπορεί να συμβάλουν στη **φλεγμονώδη εξέλιξη της ψωρίασης**.

Οι αντιοξειδωτικές ουσίες, ειδικότερα η **βιταμίνη Ε** και το **β-καροτένιο**, αλλά και το **σελήνιο** με τον έμμεσο αντιοξειδωτικό του ρόλο, μπορούν να αντισταθμίσουν αυτή την οξειδωτική ανισορροπία.

Ωστόσο, οι αποδείξεις που υποστηρίζουν τη βελτίωση των συμπτωμάτων της ψωρίασης μετά τη λήψη αντιοξειδωτικών ουσιών είναι ασθενείς. Τρεις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες που παρουσίασαν στην ανασκόπησή τους οι Millsop και συν. (2014) ανέφεραν αντιφατικά αποτελέσματα.

Η **χορήγηση συμπληρώματος βιταμίνης Ε και σεληνίου** για 12 εβδομάδες σε πάσχοντες με μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας δεν απέδωσε καμία αξιοσημείωτη μεταβολή στις δερματικές αλλοιώσεις, παρά την επίτευξη αυξημένης δραστηριότητας του ενδογενούς αντιοξειδωτικού ενζύμου υπεροξειδάση της γλουταθειόνης.

Αντίθετα, μια τυχαιοποιημένη, διπλή-τυφλή, ελεγχόμενη μελέτη με εικονικό φάρμακο, που εξέτασε τον **ρόλο της συμπληρωματικής χορήγησης β-καροτένιου**, ανέφερε κλινική βελτίωση της ψωρίασης, τόσο στην κλίμακα PASI όσο και στην DLQI (Dermatology Life Quality Index).

Σε μια άλλη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, το β-καροτένιο συσχετίστηκε με πιο γρήγορη κλινική βελτίωση σε ασθενείς με σοβαρή ερυθροδερμική και αρθροπαθική ψωρίαση.

Υπήρχαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στις κλινικές παραμέτρους στις ομάδες με ψωρίαση που έλαβαν αντιοξειδωτικά συστατικά, σε σύγκριση με τις αντίστοιχες ομάδες που έλαβαν εικονικό φάρμακο.

Η **συνδυασμένη παρέμβαση με βιταμίνη Ε, συνένζυμο Q10 και σελήνιο** συσχετίστηκε με ταχεία κλινική βελτίωση (Kharaeva et al. 2009). Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική κλινική βελτίωση της ψωρίασης στην κλίμακα PASI και ειδικά στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων όπως η απολέπιση πλακών, η υπεραιμία πλακών, η φλεγμονή της πλάκας, η δυστροφία νυχιών και ο πόνος στις αρθρώσεις ($p < 0,05$).

Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε επίσης μείωση του κυτταρικού οξειδωτικού στρες, το οποίο μετρήθηκε μέσω της δραστηριότητας των ενζύμων καταλάση και υπεροξειδική δισμουτάση.

Σελήνιο και ψωρίαση

Το σελήνιο είναι απαραίτητο για τη **φυσιολογική λειτουργία του αντιοξειδωτικού ενζύμου υπεροξειδάσης της γλουταθειόνης**.

Είναι επίσης γνωστό για τις έμμεσες αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές του. Χαμηλά επίπεδα σεληνίου συχνά ανευρίσκονται σε ασθενείς με ψωρίαση, ιδιαίτερα σε εκείνους με παρατεταμένη χρονική διάρκεια της νόσου. Στην ανασκόπηση των Ricketts και συν. (2010) παρουσιάστηκαν μια μελέτη παρατήρησης και μια παρέμβασης.

Συγκεκριμένα, η μελέτη παρατήρησης ανέδειξε ότι τα **επίπεδα σεληνίου ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα σε ασθενείς με ιστορικό ψωρίασης για περισσότερο από τρία χρόνια**, σε σύγκριση με υγιείς εθελοντές ($p < 0,05$).

Η μικρή μελέτη παρέμβασης σε επτά ψωριασικούς ασθενείς με φυσιολογικά αρχικά επίπεδα σεληνίου απέτυχε να αποδείξει βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων μετά τη συμπληρωματική χορήγηση σεληνίου για 6 εβδομάδες (400 μg/ημέρα).

Σε γενικές γραμμές, η **σχέση μεταξύ της χορήγησης σεληνίου και ψωρίασης έχει αξιολογηθεί σε διάφορες πιλοτικές και ανοιχτές μελέτες**. Ωστόσο, τα συμπληρώματα σεληνίου από μόνα τους δεν έχει αποδειχτεί ότι βελτιώνουν τα κλινικά συμπτώματά της.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την υπερδοσολογία σεληνίου είναι αρκετά ασυνήθιστες και παρατηρούνται σε δόσεις άνω των 400 μg/ημέρα.

Αυτές περιλαμβάνουν ναυτία, εμετό, σπάσιμο νυχιών, πτώση μαλλιών, απώλεια ενέργειας και ευερεθιστότητα. Η μακροπρόθεσμη τοξικότητα του σεληνίου μπορεί να μιμηθεί τη δηλητηρίαση με αρσενικό.

Βιταμίνη A και ψωρίαση

Παράγωγα της βιταμίνης A έχουν χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση της ψωρίασης. Υπάρχουν αντικρουόμενες αναφορές σχετικά με τα επίπεδα της βιταμίνης A σε ασθενείς με ψωρίαση.

Σύμφωνα με τους Murzaku και συν. (2014) κάποιοι ερευνητές έχουν αναφέρει μειωμένα επίπεδα βιταμίνης A σε ασθενείς με διάφορες μορφές ψωρίασης, ενώ άλλοι δεν διαπίστωσαν καμία διαφορά μεταξύ ασθενών και υγιών εθελοντών.

Η αποτελεσματικότητα των τοπικών και συστηματικών αναλόγων της βιταμίνης A στην ψωρίαση περιορίζεται από τις πιθανές παρενέργειές τους: απώλεια μαλλιών, υπερτριγλυκεριδαιμία, υπερόστωση, ασβεστοποίηση των ιστών, ξηροδερμία, και τερατογένεση, δημιουργώντας ένα σημαντικό εμπόδιο για την ευρεία χρήση τους.

Ινοσιτόλη και ψευδάργυρος στην ψωρίαση

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Millsop και συν. (2014), μια τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη διπλή-τυφλή μελέτη με εικονικό φάρμακο έδειξε σημαντική βελτίωση στη βαθμολογία PASI σε ασθενείς οι οποίοι έλαβαν ινοσιτόλη (6 γρ./ημέρα) για 10 εβδομάδες έναντι της ομάδας placebo. Αντίθετα, τα **συμπληρώματα ψευδαργύρου** δεν απόδωσαν σημαντική βελτίωση στη βαθμολογία PASI σε καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες.

Δίαιτα χωρίς γλουτένη, ψωρίαση και κοιλιοκάκη

Η κοιλιοκάκη και η ψωρίαση έχει αναφερθεί ότι μπορεί να λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα στο ίδιο άτομο. Ο μηχανισμός με τον οποίο η κοιλιοκάκη σχετίζεται με την ψωρίαση είναι προς το παρόν ασαφής.

Ωστόσο, αμφότερες περιλαμβάνουν τις Th1 κυτοκίνες στην παθογένεση και στην εξέλιξή τους. Στη βιβλιογραφία γενικά επικρατεί μια διχογνωμία σχετικά με τη συσχέτιση της κοιλιοκάκης και της ψωρίασης: αρκετοί ερευνητές προτείνουν μια αυξημένη συσχέτιση, ενώ άλλοι αρνούνται οποιαδήποτε σχέση. Εάν ασθενείς με ψωρίαση παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα αντισωμάτων που συνδέονται με την κοιλιοκάκη είναι επίσης αμφιλεγόμενο (Bhatia et al. 2014).

Για τους ασθενείς με ψωρίαση που φέρουν ειδικά αντισώματα κοιλιοκάκης, μια **δίαιτα χωρίς γλουτένη** μπορεί να βελτιώνει τα συμπτώματα της ψωρίασης. Είναι ενδιαφέρον ότι σε μια μελέτη 28 ασθενών με ψωρίαση, ύστερα από τρεις μήνες με δίαιτα χωρίς γλουτένη, παρατηρήθηκε κλινική βελτίωση που συνοδεύτηκε από μειωμένη έκφραση της τρανσγλουταμινάσης.

Πληθυσμιακές μελέτες για τη σχέση της ψωρίασης με την κοιλιοκάκη

Πρόσφατη θεωρία που συνδέει την ψωρίαση με την κοιλιοκάκη περιλαμβάνει την υπόθεση της αυξημένης εντερικής διαπερατότητας, η οποία παρατηρείται και στις δύο περιπτώσεις, αλλά και την άποψη ότι η ψωρίαση σε ασθενείς με κοιλιοκάκη (ή και αντίστροφα) μπορεί να προκληθεί από ανεπάρκεια βιταμίνης D.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ψωρίαση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για κοιλιοκάκη.

Σύμφωνα με τη σχετική ανασκόπηση των Bhatia και συν. (2014), μια αναδρομική μελέτη σε 25.341 ασθενείς με ψωρίαση έδειξε ότι παρουσίαζαν 2,2 περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κοιλιοκάκη. Ομοίως, μια μελέτη ασθενών-μαρτύρων, συγκρίνοντας 12.502 ασθενείς με ψωρίαση, βρήκε την επικράτηση κοιλιοκάκης σε αναλογία πιθανοτήτων 2,73.

Το αντίστροφο ερώτημα, εάν οι ασθενείς με κοιλιοκάκη έχουν αυξημένο κίνδυνο της ψωρίασης, έχει επίσης γίνει προσπάθεια να απαντηθεί. Μια ομάδα από 28.958 ασθενείς με κοιλιοκάκη από τη Σουηδία επιβεβαίωσε 1,72 περισσότερες πιθανότητες κινδύνου για ανάπτυξη ψωρίασης στο μέλλον.

Η μετα-ανάλυση εννέα πληθυσμιακών μελετών έδειξε ότι η ψωρίαση σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα των δεικτών κοιλιοκάκης (λόγος πιθανοτήτων 2,36, 95% 1,15 – 4,83).

Από την άλλη πλευρά, όμως, κάποιες μελέτες δεν βρήκαν στοιχεία σύνδεσης μεταξύ ψωρίασης και κοιλιοκάκης. Ωστόσο οι μελέτες αυτές είχαν μικρότερο μέγεθος και κάποιοι συγγραφείς δεν χρησιμοποίησαν ομάδα ελέγχου (Bhatia et al. 2014).

Συμπερασματικά, οι περισσότερες επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες δείχνουν ότι **πράγματι μπορεί να υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ της ψωρίασης και της κοιλιοκάκης.**

Υπάρχουν πρώιμα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι μια διατροφή χωρίς γλουτένη (βλ. περιγραφή στην ενότητα για την κοιλιοκάκη) μπορεί να

ωφελήσει ορισμένους ασθενείς με ψωρίαση. Ωστόσο, περισσότερες μελέτες σε διευρυμένους πληθυσμούς είναι απαραίτητες.

Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να ερευνούν εάν **οι ασθενείς με ψωρίαση παρουσιάζουν συμπτώματα κοιλιοκάκης**, όπως διάρροια, εντερική διάταση, μετεωρισμό, κόπωση και ιστορικό σιδηροπενικής αναιμίας.

Η ύπαρξη των παραπάνω συμπτωμάτων θα πρέπει να τους ενεργοποιήσει, ώστε να διερευνήσουν περεταίρω την ύπαρξη IgA EMA ή IgA tTG αντισωμάτων και σε περίπτωση θετικών αποτελεσμάτων να συστήσουν το πιθανό όφελος της δίαιτας χωρίς γλουτένη.

Η δίαιτα χωρίς γλουτένη έχει αναφερθεί ότι είναι ευεργετική σε ορισμένους ασθενείς με ψωρίαση, ιδιαίτερα σε εκείνους που είναι θετικοί σε δείκτες της κοιλιοκακικής νόσου.

Κατάχρηση αλκοόλ και ψωρίαση

Σε ασθενείς με ψωρίαση χωρίς υγιεινές διατροφικές συνήθειες σε συνδυασμό με την κατάχρηση αλκοόλ, **μπορεί να επιδεινωθεί η πορεία της νόσου**.

Ωστόσο, το εάν η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ από ασθενείς με ψωρίαση συνδέεται με ταυτόχρονα επιβαρυντικές διατροφικές συνήθειες δεν είναι ακόμη σαφές (Ricketts et al. 2010).

Δίαιτα χαμηλή σε θερμίδες και ψωρίαση

Πολλές μελέτες έχουν αξιολογήσει την **επίδραση του περιορισμού των θερμίδων στην ψωρίαση**.

Η ιδέα ξεκίνησε από μελέτες ατόμων με ψωρίαση που υποβλήθηκαν σε διαιτητικό περιορισμό κατά τη διάρκεια του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου, οι οποίες έδειξαν κάποια βελτίωση. Στο πρόσφατο παρελθόν, όμως, καμία μελέτη δεν έχει δώσει αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με το όφελος του περιορισμού θερμίδων για παρατεταμένη χρονική περίοδο (Ricketts et al. 2010). Μελέτη που αξιολόγησε την επίδραση μιας δίαιτας χαμηλής σε ενέργεια (500 θερμίδες) σε ασθενείς με ψωρίαση είτε δεν βρήκε κανένα όφελος είτε διαπίστωσε ακόμα και επιδείνωση της νόσου.

Η απώλεια σωματικού βάρους στην αντιμετώπιση της ψωρίασης

Τα αποτελέσματα είναι διαφορετικά από εκείνα του περιορισμού των θερμίδων σχετικά με τον γενικότερο έλεγχο του σωματικού βάρους σε ασθενείς με ψωρίαση. Σε κλινικές μελέτες, η απώλεια βάρους φαίνεται να βελτιώνει σημαντικά τα συμπτώματα της ψωρίασης. **Δίαιτα και άσκηση** σε μελέτες παρέμβασης σε ασθενείς μειώνουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων όπως αυτά προσδιορίζονται στην κλίμακα PASI. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Ricketts και συν. (2010), μια τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 61 παχύσαρκους ασθενείς (Δείκτης Μάζας Σώματος > 30 kg/m²) με μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας χρόνια, οι οποίοι λάμβαναν χαμηλή δόση κυκλοσπορίνης (2,5 mg/kg/ημέρα).

Στην πειραματική ομάδα, η οποία μείωσε σημαντικά το σωματικό βάρος (p<0,001), σε ένα σημαντικό ποσοστό (66,7%) βελτιώθηκαν τα συμπτώματα της ψωρίασης (p<0,001). Μια μέτρια σε θερμίδες δίαιτα και η συνεπακόλουθη

απώλεια βάρους, επίσης, οδήγησαν σε βελτίωση της κλίμακας PASI και του δείκτη DLQI, αλλά και στα επίπεδα λιπιδίων ορού.

Επιπλέον, χειρουργική επέμβαση που προκάλεσε **απώλεια βάρους** σε ασθενείς με σοβαρή παχυσαρκία οδήγησε στην κλινική βελτίωση της ψωρίασης και σε μειωμένη ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, η απώλεια βάρους μπορεί επίσης να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα ορισμένων φαρμάκων κατά της ψωρίασης.

Πόσο διαδεδομένα είναι τα συμπληρώματα στους ασθενείς με ψωρίαση

Οι ασθενείς με ψωρίαση συχνά βρίσκουν ανεπαρκείς τις παραδοσιακές ιατρικές θεραπείες και καταφεύγουν στα συμπληρώματα διατροφής, ως εναλλακτική ή συμπληρωματική θεραπεία. Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων του 2009-2010 της μελέτης NHEHNES του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Διατροφής της Αμερικής, οι πάσχοντες από ψωρίαση χρησιμοποιούν σε υψηλή συχνότητα συμπληρώματα διατροφής.

Πολυβιταμινούχα συμπληρώματα είναι τα πιο συνηθισμένα διατροφικά συμπληρώματα που λαμβάνονται από τους ασθενείς (29,6%), με προφανή στόχο τη βελτίωση της υγείας τους.

Εκτός από τα πολυβιταμινούχα, αρκετά δημοφιλή είναι μεμονωμένα συμπληρώματα που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας του δέρματος και της ξηροδερμίας, όπως είναι η βιταμίνη E, τα ιχθυέλαια/ω-3 λιπαρά, η βιταμίνη A και η βιοτίνη κ.ά. (Wilson 2014).

Στην πράξη, οι ασθενείς συχνά θεωρούν ότι επωφελούνται από **συμπληρώματα διατροφής** όπως η βιταμίνη D, η βιταμίνη B12, το σελήνιο και τα ω-3 λιπαρά οξέα από ιχθυέλαια. Οι μέχρι σήμερα ενδείξεις οφέλους για τους ασθενείς είναι περισσότερες για τα ιχθυέλαια και ίσως για τη βιταμίνη D.

Για τα άλλα συμπληρώματα, υπάρχει ανάγκη για πρόσθετες, μεγάλες, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, ώστε να αποδείξουν την αποτελεσματικότητά τους.

Συμπεράσματα σχετικά με τον ρόλο της διατροφής στην ψωρίαση

Από τα διάφορα συμπληρώματα διατροφής, τα ιχθυέλαια και η βιταμίνη D φαίνεται να είναι τα πιο **ελπιδοφόρα**. Αρκετές μελέτες προτείνουν ότι τα ω-3 λιπαρά οξέα μπορούν να είναι ωφέλιμα ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές αγωγές σε δόσεις που κυμαίνονται από 0,45 έως 13,5 g EPA και 0,5 έως 9,0 g DHA ημερησίως, από 6 εβδομάδες έως 6 μήνες.

Η υψηλή κατανάλωση ω-3 λιπαρών οξέων που παρατηρείται στους πληθυσμούς των χωρών της Δυτικής Αφρικής έχει συνδεθεί με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης της ψωρίασης σε αυτή την περιοχή.

Υπάρχουν **ενδιαφέρουσες και πολλά υποσχόμενες μελέτες**, που αναδεικνύουν τη σημασία της βιταμίνης D στην αντιμετώπιση της ψωρίασης,

καθώς και τα σημαντικά αποτελέσματα του συνδυασμού των ιχθυελαίων μαζί με βιταμίνη D (Murzaku et al. 2014).

Σχετικά με τα υπόλοιπα θρεπτικά συστατικά (βιταμίνη A, σελήνιο, ινοσιτόλη και ψευδάργυρος), απαιτούνται συμπληρωματικές μελέτες. Ίσως οι αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά των ασθενών με ψωρίαση θα πρέπει να είναι συνολικές, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της κλασικής θεραπείας.

Η υιοθέτηση ενός μοντέλου υγιεινής διατροφής, η βιταμίνη B12, το φυλλικό οξύ, επιλεγμένα αντιοξειδωτικά συστατικά και ο περιορισμός της κατάχρησης αλκοόλ μπορούν να παράσχουν κάποια οφέλη. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι θα πρέπει να διενεργείται έλεγχος για την ύπαρξη συμπτωμάτων κοιλιοκάκης. Στην περίπτωση αυτή, η εφαρμογή μιας δίαιτας χωρίς γλουτένη μπορεί να βελτιώσει και τα δύο νοσήματα, εφόσον συνυπάρχουν ταυτόχρονα (Bhatia et al. 2014).

Οι δερματολόγοι θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς να επιτύχουν **απώλεια βάρους** σε συνδυασμό με αυξημένη σωματική δραστηριότητα, προκειμένου να βελτιωθούν τα συμπτώματα της ψωρίασης και η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής.

Παρά το γεγονός ότι πολλοί δερματολόγοι συχνά παραβλέπουν τον ρόλο της διατροφής στη θεραπεία της ψωρίασης, όπως διαπιστώθηκε η διατροφική παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση της νόσου.

Τι πρέπει να θυμάστε για τη σχέση διατροφής και ψωρίασης (Key points)

- Η απώλεια βάρους και η περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ μπορούν να βελτιώσουν τα συμπτώματα της ψωρίασης και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα ορισμένων φαρμάκων κατά της ψωρίασης.
- Διαιτητικά συμπληρώματα με ω-3 λιπαρά οξέα, φυλλικό οξύ, βιταμίνη D και αντιοξειδωτικά συστατικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν επικουρικά στη διαχείριση των ασθενών με ψωρίαση.
- Μια δίαιτα ελεύθερη γλουτένης μπορεί να είναι αποτελεσματική στη βελτίωση των δερματικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ψωρίαση που παρουσιάζουν αντισώματα που σχετίζονται με την κοιλιοκάκη.

Παραπομπές

- Bhatia BK, Millsop JW, Debbaneh M, Koo J, Linos E & Liao W (2014). Diet and psoriasis, part II: Celiac disease and role of a gluten-free diet. *J Am Acad Dermatol* 71(2):350–358. Review
- Fu LW & Vender R (2011). Systemic role for vitamin d in the treatment of psoriasis and metabolic syndrome. *Dermatol Res Pract* 2011:276079. Review
- Kharaeva Z, Gostova E, De Luca C, Raskovic D & Korkina L (2009). Clinical and biochemical effects of coenzyme Q(10), vitamin E, and selenium supplementation to psoriasis patients. *Nutrition* 25(3):295-302.
- Millsop JW, Bhatia BK, Debbaneh M, Koo J & Liao W (2014). Diet and psoriasis, part III: role of nutritional supplements. *J Am Acad Dermatol* 71(3):561-9. Review
- Murzaku EC, Bronsnick T & Rao BK (2014). Diet in dermatology : Part II. Melanoma, chronic urticaria, and psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 71(6): 1053.e1–1053.e16. Review
- Ricketts JR, Rothe MJ & Grant-Kels JM (2010). Nutrition and psoriasis. *Clin Dermatol* 28(6):615–626. Review
- Wilson PB (2014). Is dietary supplementation more common among adults with psoriasis? Results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Complement Ther Med* 22(1):159-165.