

L' Artrite Psoriasica

Dr. Roberto Gorla



[Pagina iniziale del sito](http://www.artriti.it)

Ultimo aggiornamento
5-11-2006

L'Artrite Psoriasica (AP) è una malattia reumatica infiammatoria cronica associata alla psoriasi.

Viene classificata con le spondiloartriti sieronegative (assenza del fattore reumatoide) e presenta una vasta eterogeneità del tipo di presentazione, decorso e articolazioni colpite. In un elevato numero di casi il coinvolgimento erosivo poliarticolare, al pari di quanto osservato nell'AR, è responsabile di disabilità e riduzione della qualità di vita. Nei soggetti con persistente quadro infiammatorio anche la aspettativa di vita è ridotta rispetto alla popolazione generale. L'eziologia è sconosciuta. A differenza della SpA e delle forme reattive para-infettive non vi è una stretta associazione con l'antigene HLA B27 che è più frequente nei malati di AP con coinvolgimento spondiliteico.

L'AP si manifesta in circa il 5 - 30 % dei malati di psoriasi (1) e, nella popolazione generale, la sua prevalenza è sottostimata, soprattutto perché AP può essere diagnosticata in soggetti "sine psoriasi", ma con familiarità di primo grado con portatori di psoriasi. Il picco di incidenza è tra i 20 e i 40 anni senza distinzione tra i sessi.

Quadro clinico

In oltre il 75% dei casi l'insorgenza della psoriasi precede quella dell'artrite. In un paziente con psoriasi il rischio di sviluppare AP è maggiore se ha familiarità per AP, se la psoriasi è estesa e se è localizzata anche alle unghie e se è presente l'antigene HLA B27 o B7 (2).

In base al tipo e alla localizzazione del coinvolgimento infiammatorio articolare vengono classicamente distinti diversi tipi di AP. La variante più frequente è quella simil-reumatoide, a differenza di quanto ritenuto in passato, dove si osserva una poliartrite simmetrica che coinvolge le piccole articolazioni delle mani e dei piedi (3). A differenza dell'AR sono frequentemente colpite le articolazioni interfalangee distali. In queste sedi, prevalentemente nei pazienti che presentano onicopatia psoriasica, si possono osservare erosioni e deformazioni che sono clinicamente e radiologicamente difficilmente distinguibili dalla variante erosiva dell'osteoartrosi. La dattilite, con tumefazione in toto di un dito per il coinvolgimento infiammatorio delle strutture periarticolari ed edema linfatico, è una manifestazione caratteristica della AP. Anche le grandi articolazioni sono spesso coinvolte in modo asimmetrico e con importante componente tenosinovitica ed entesitica. Sempre a distinzione dell'AR sta il possibile coinvolgimento infiammatorio del rachide e delle articolazioni sacroiliache.

Rispetto alla AR i pazienti lamentano rigidità mattutina meno prolungata e il dolore è ridotto e più sensibile ai FANS. La ridotta componente algica dell'AP (4), rappresenta un elemento di sottovalutazione del quadro clinico e ritardo diagnostico. Si possono osservare forme con mutilazioni articolari e deformità di grado evoluto (dita a canocchiale) decorse in modo paucisintomatico. Si ritiene che questo tipo di evoluzione del danno sia sostenuto da un processo flogistico che induce denervazione e conseguente ridotta percezione del dolore. Frequente è la monoartrite di ginocchio, responsabile di un elevato numero di manovre chirurgiche ortopediche sia diagnostiche (biopsia sinoviale) sia terapeutiche (sinoviectomia). Nei soggetti con AP sono frequenti le entesiti, multiple o isolate. Il coinvolgimento del tendine di Achille, la fascite plantare, la flogosi delle inserzioni muscolo-tendinee pelviche sono frequenti. Inoltre

in molti soggetti (variante con spondilite) sono evidenti sacroileite e spondilite, con i relativi sintomi e segni. A differenza della Spondilite Anchilosante Idiopatica il coinvolgimento delle sacroiliache è spesso asimmetrico.

Va ricordata una rara variante dove la associazione fra psoriasi pustolosa palmo-plantare e una forma articolare distinta, caratterizzata dal coinvolgimento della parete toracica anteriore oltrechè da iperostosi spinale e osteomielite sterile multifocale la fa definire sindrome SAPHO (Sinovite, acne, pustolosi, iperostosi e osteomielite).

In alcuni soggetti con AP può esservi coinvolgimento oculare (congiuntivite, iridociclite), come in altre spondilo-artriti.

L'esordio dell'AP è generalmente subdolo e il decorso variabile tra forme persistenti e forme con artrite episodica. Un esordio acuto di severa psoriasi con artrite deve indurre alla esecuzione di tests per l'esclusione di infezione da HIV.

Diagnosi

La presenza di psoriasi, anche minima (localizzazione al cuoio capelluto o pitting ungueale) o familiarità per tale malattia vanno ricercate in ogni soggetto, soprattutto giovane, che presenti artralgia, artrite, rachialgia, entesite o tendinite. Non vi è correlazione tra il tipo di psoriasi e il tipo e grado di coinvolgimento articolare. Quando è evidente artrite delle interfalangee distali, è presente psoriasi ungueale nella maggior parte dei casi. La dattilite singola può generare confusione diagnostica differenziale con infezioni della falange distale o con l'artrite gottosa o pseudo-gottosa. La diagnosi differenziale con la gotta è talvolta difficile perché l'uricemia può dimostrarsi moderatamente incrementata nei malati di psoriasi. In questo caso la necessità di dimostrare l'assenza dei cristalli di acido urico o di pirofosfato di calcio nel liquido sinoviale può rappresentare una importante indicazione all'artrocentesi diagnostica.

L'aspetto delle mani del soggetto con AP che coinvolge le IFD induce difficoltà diagnostico-differenziale con l'osteoartrosi delle mani. Sono evidenti noduli e deviazioni della falange ungueale che clinicamente sono sovrapponibili ai quadri artrosici. In questi casi anche la interpretazione radiologica può essere difficoltosa, specie nella distinzione con la variante erosiva dell'osteoartrosi. In quest'ultima forma le erosioni sono generalmente centrali, mentre nella forma psoriasica sono laterali sulla epifisi iuxta-articolare della falange intermedia e centrali in quella distale a configurare la classica immagine a "penna nel calamaio".

Il quadro radiologico differenziale rispetto alla AR delle articolazioni periferiche della mano è maggiormente marcato con caratteri distintivi che facilitano la distinzione delle due forme artritiche. Nella AP è generalmente assente la osteoporosi iuxta-articolare tipica dell'AR ed è invece osservabile una iperostosi reattiva (periostite) dei capi contrapposti a formare la rima articolare. Nella forma mutilante sono evidenti osteolisi. Inoltre, lungo la diafisi falangea, non sono infrequenti irregolarità dei profili a testimonianza di pregressi eventi entesitici. Caratteristica dell'entesite achillea è la formazione di speroni calcaneali, radiologicamente osservabili, e, talvolta, la calcificazione si estende lungo la fascia plantare. La radiologia convenzionale delle grandi articolazioni non è utile nelle fasi iniziali del processo flogistico. La dimostrazione ecografica o in risonanza magnetica di versamento articolare, sinovite e entesite possono essere di maggiore ausilio diagnostico e fare escludere altre patologie dell'articolazione (ligamentose, meniscali, ecc).

Nel caso di coinvolgimento assiale la radiologia può fare evidenziare caratteristiche distintive rispetto alla Spondilite Idiopatica. Nella AP la formazione di sindesmofiti è caratteristicamente asimmetrica, così come può esserlo la sacroileite, a differenza della SpA.

Il fattore reumatoide è assente nella AP e la sua presenza, possibile ad esempio in casi di associazione con infezioni croniche (ad esempio in epatiti virali), dovrebbe mettere in discussione la diagnosi. Gli indici laboratoristici di flogosi (VES e PCR) sono incrementati, ma possono essere assenti in taluni casi, specie nella variante con coinvolgimento entesitico o assiale limitato.

L'istologia sinoviale è spesso aspecifica, dimostrante quadri di sinovite cronica che non aiutano la diagnosi.

TERAPIA

Nelle varianti persistenti e aggressive di artrite psoriasica la terapia anti-reumatica viene protratta, come nell'AR, a lungo termine, se non a vita, per rallentare il decorso del danno anatomico articolare e la conseguente disabilità.

La diagnosi e il trattamento precoci sono indispensabili per modificare il decorso della AP aggressiva. L'atteggiamento terapeutico dell'AP non differisce da quello adottato nella AR. Oltre ai farmaci sintomatici anti-infiammatori non steroidei o steroidei a bassa posologia, vengono impiegati farmaci anti-reumatici che si siano dimostrati in grado di ridurre i sintomi e l'evoluzione distruttiva dell'artrite (DMARDs). La Sulfasalazina (SSZ), il Methotrexate (MTX), la Ciclosporina (CSA) e la Leflunomide (LEF) sono efficaci nella AP, in particolare sulle manifestazioni artritiche periferiche (5). MTX e CSA sono in grado di ridurre anche le lesioni cutanee psoriasiche. La gestione a lungo termine di questi farmaci prevede che il paziente venga seguito nel tempo dallo specialista reumatologo. Nei casi resistenti a tali terapie, là dove il quadro clinico artritico e/o l'evoluzione del danno articolare non siano controllabili, trovano indicazione i farmaci biologici anti-TNF?, dispensati e gestiti in ambienti specialistici di riferimento.

Anche nell'AP Infliximab, Etanercept e Adalimumab rappresentano il trattamento più efficace nei casi ad evoluzione aggressiva e resistenti alle terapie convenzionali (6). Questi farmaci rappresentano anche la terapia più innovativa ed efficace per la psoriasi grave.

BIBLIOGRAFIA

1. Scarpa R, Oriente P, Pucino A, Torella M, Vignone L, Riccio A, et al. Psoriatic arthritis in psoriatic patients. *Br J Rheumatol* 1984;23:246-50.
2. Gladman DD, Rahman P, in Ruddy S, Harris ED Jr, Sledge CB et al (eds), *Kelley's Textbook of Rheumatology*. Vol 2. 6th ed. New York, NY: WB Saunders Co, 2001, pp 1071-1079
3. McHugh NJ, Balachrishnan C, Jones SM. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a 5-yr prospective study. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42:778-83
4. Gladman DD. Clinical aspects of the spondyloarthropathies. *Am J Med Sci* 1998;316:234-8
5. Gladman D. Effectiveness of Psoriatic Arthritis Therapies. *Semin Arthritis Rheum* 2003; 33:29-37
6. P J Mease, C E Antoni. Psoriatic arthritis treatment: biological response modifiers *Ann Rheum Dis* 2005;64(Suppl II):ii78-ii82