



CON IL PATROCINIO E IL SOSTEGNO ECONOMICO DI



ARTRITE PSORIASICA



CODICE DI ESENZIONE PER PATOLOGIA PSORIASI ARTROPATICA: COD. N. 045

Grande importanza è **farsi riconoscere il certificato di esenzione per patologia cronica.**

FARSI RICONOSCERE L'ESENZIONE PER PATOLOGIA. PERCHÉ?

L'esenzione offre l'opportunità di poter usufruire di tutta una serie di prestazioni sanitarie che sono previste per la specifica patologia

L'esenzione rappresenta un diritto della persona che permette ed aiuta l'intero sistema sanitario a prevedere costi e applicare strategie di intervento per il futuro

Attraverso l'esenzione si riesce con assoluta certezza ad avere la fotografia dell'impatto sociale che le malattie reumatiche comportano sul territorio e la conseguente possibilità di sensibilizzare le autorità sociosanitarie sull'argomento

Per verificare la vostra tabella di esenzione per patologia e cosa essa prevede potete visitare il sito web del Ministero della Salute:

www.ministerosalute.it/esenzioniTicket/paginaMenuEsenzioniTicket.jsp

N.B. Le informazioni contenute in questo opuscolo hanno solo un fine illustrativo: non sono riferibili né a prescrizioni né a consigli medici.

La riproduzione, anche parziale, delle illustrazioni e del testo deve essere debitamente autorizzata. Stampato in aprile 2009 a cura di AMRER onlus.

CHE COS'È

L'Artrite Psoriasica (AP) è una malattia infiammatoria cronica delle articolazioni associata alla presenza di psoriasi cutanea o alla familiarità per psoriasi.

L'AP viene descritta per la prima volta nel 1818 dal medico francese Jean Lous Alibert, e si presenta come un'artrite cronica rientrante nel gruppo delle spondiloartropatie, malattie reumatiche infiammatorie tra loro connesse e sovrapponibili, che comprendono:

- Spondilite anchilosante
- Artrite reattiva
- Artrite enteropatica
- Artrite psoriasica
- Spondiloartropatia indifferenziata
- Spondiloartropatia giovanile

L'Artrite Psoriasica interessa sia uomini che donne, in ugual misura e si rivela prevalentemente tra i 30 e i 50 anni di età, con uno spettro di manifestazioni tali da richiedere una classificazione in varie forme (simil-reumatoide, spondilite).

E COS'È LA PSORIASI?

La psoriasi (FIG 1) è una malattia infiammatoria della pelle, solitamente cronica, non infettiva.



FIG. 1

Le manifestazioni più comuni sono rappresentate da chiazze arrossate ben delimitate ricoperte da desquamazioni color argento o opalescenti. Le lesioni sono di varie dimensioni e la severità può variare da pochi punti di desquamazione di tipo forforoso a forme più estese

con esfoliazioni ed eruzioni più importanti. Il prurito non è sempre presente. Le sedi cutanee più interessate sono: gomiti, ginocchia, cuoio capelluto, regione lombare; meno frequentemente può manifestarsi nelle superfici di flessione, sui genitali, sulla pianta dei piedi e il palmo delle mani. Possono essere coinvolte anche le unghie delle mani e dei piedi che appaiono ispessite, giallastre e di consistenza friabile, con irregolarità della superficie.

LE CAUSE

La causa della Artrite Psoriasica è ancora di origine sconosciuta ma, come anche per la psoriasi, è stata osservata una particolare predisposizione familiare (più del 40% delle persone affette da AP hanno una storia familiare di psoriasi o di artrite psoriasica nei parenti più stretti) e quindi è opportuno parlare di "familiarità"

piuttosto che di ereditarietà.

L'Artrite Psoriasica, come tutte le spondiloartropatie, si manifesta in soggetti geneticamente predisposti nei quali il sistema immunitario può attaccare articolazioni e pelle, a seguito di fattori scatenanti quali alcune infezioni. Tuttavia gli antibiotici non sono utili nel trattamento dell'artrite psoriasica.

IL QUADRO CLINICO

Le manifestazioni cliniche dell'Artrite Psoriasica sono principalmente a carico delle articolazioni.

Le sedi più colpite sono mani, caviglie, ginocchia che appaiono tumefatte, calde, dolenti con distribuzione tipicamente asimmetrica e rigidità mattutina prolungata. Possono essere coinvolte poche articolazioni (forma oligoarticolare) o diverse (forma poliarticolare).

L'interessamento articolare può svilupparsi lentamente con sintomi lievi oppure rapidamente ed in forma severa. Tendiniti e borsiti (infiammazione dei tendini e delle borse - strutture contenenti fluido situate tra i tendini e l'osso o adiacenti l'articolazione con funzione di cuscinetto e lubrificazione) possono essere segni distintivi.



Entesite del tendine d'Achille



Fascite plantare (prossimale e distale)

Manifestazione caratteristica di questa malattia è la **dattilite**, il cosiddetto "dito a salsicciotto", che si manifesta con gonfiore omogeneo di un dito della mano o del piede per infiammazione dei tendini e delle articolazioni del dito interessato.

Frequenti sono le **entesiti** (infiammazioni dell'entesi, ossia del sito di inserzione dei tendini e dei legamenti sull'osso) con

localizzazione più frequentemente a carico dell'inserzione del tendine d'Achille, posteriormente alla caviglia. Sempre a causa delle entesiti rientra il coinvolgimento, sia pur minimo, della colonna vertebrale e delle articolazioni sacroiliache (variante spondilitica). Il dolore alla colonna può localizzarsi in zone più o meno estese, ma soprattutto a livello sacroiliaco con dolore per lo più monolaterale. L'impegno extra articolare nell'Artrite Psoriasica è raro. In alcuni casi, in gran parte nella variante spondilitica, si possono associare disturbi oculari quali congiuntiviti (arrossamento e sensazione di prurito all'occhio) e più raramente uveiti (infiammazione dell'occhio intorno alla pupilla che si manifesta con rossore, dolore e disturbi visivi). In concomitanza al fenomeno psoriasico si associa frequentemente il coinvolgimento delle unghie delle mani e dei piedi (onicopatia), caratterizzato da ispessimento dell'unghia, che talora può assumere colorito giallastro con produzione di materiale secco e biancastro che si stacca dal bordo, e appare sollevato. Possono essere inoltre presenti striature (come solchi) sulla superficie dell'unghia stessa, a mimare un'infezione fungina.

LA DIAGNOSI

Per definire un'Artropatia Psoriasica non esistono esami specifici e la diagnosi si basa essenzialmente sull'anamnesi (storia clinica) e sull'esame obiettivo (visita) del paziente. Gli elementi distintivi della malattia, oltre l'associazione con le manifestazioni cutanee, sono rappresentati dalla distribuzione e dal tipo di lesione: si riscontrano per lo più artriti di poche articolazioni a carattere asimmetrico e con il coinvolgimento delle entesi.

A livello di esami strumentali importanti per una corretta diagnosi sono le immagini radiografiche, che presentano specifiche caratteristiche soprattutto a livello di mani e bacino. Tuttavia nelle primissime fasi della malattia la radiografia convenzionale non è utile poiché le alterazioni caratteristiche della malattia (fenomeni di riassorbimento e proliferazione dell'osso) compaiono solo dopo mesi o anni dall'insorgenza dei sintomi. L'ecografia articolare è un esame strumentale utile sia nelle prime fasi che in quelle successive, poiché ha una maggiore sensibilità rispetto alla radiografia nel rilevare segni di infiammazione nelle diverse strutture dell'articolazione (versamento nello spazio articolare, studio della membrana sinoviale, ecc.). Gli esami di laboratorio non sono specifici e sebbene l'AP a volte si associ ad anemia e ad aumentati valori degli indici di infiammazione (VES, proteina C reattiva, fibrinogeno) e dell'acido urico (in base alla presenza e gravità della psoriasi cutanea) tali alterazioni sono presenti anche in altre malattie reumatiche, come la gotta. Non è raro osservare dei casi di AP con normalità degli indicatori citati. Nei pazienti con diagnosi dubbia, l'artrocentesi (prelievo del liquido presente nella cavità articolare) per l'analisi del liquido sinoviale può essere dirimente. Distinguere una forma

di artrite gottosa da una forma di artrite psoriasica è importante poiché diversa è la terapia. Una caratteristica dell'AP è l'assenza di un anticorpo chiamato fattore reumatoide, spesso associato all'artrite reumatoide.

L'EVOLUZIONE E LA TERAPIA

In generale l'Artrite Psoriasica è una patologia ad evoluzione non particolarmente sfavorevole, spesso caratterizzata da periodi di crisi alternati a periodi di benessere. Una corretta diagnosi e tempestiva impostazione terapeutica possono aiutare a prevenire o limitare il danno articolare che compare negli stadi avanzati della malattia.

La terapia è consigliata dal medico in base alla storia clinica del paziente, alla severità del coinvolgimento articolare e alla tollerabilità ai diversi tipi di farmaci.

OBIETTIVI DELLA TERAPIA SONO:

- **alleviare il dolore**
- **ridurre il gonfiore**
- **prevenire il danno articolare**

Attualmente una volta formulata la diagnosi, si preferisce fin dall'inizio utilizzare i **farmaci di fondo**, così chiamati perché agiscono sul gonfiore e sul danno articolare modificando il decorso della malattia (in inglese sono definiti con l'acronimo DMARDs).

Quelli più comunemente utilizzati sono Salazopirina, Methotrexate, Arava, Ciclosporina. I DMARDs sono utili per impedire l'instaurarsi di erosioni, controllare l'artrite e il dolore e si è notato che alcuni di essi agiscono favorevolmente anche sulle lesioni cutanee. È bene però precisare che tante volte l'evoluzione naturale della malattia non prevede un andamento parallelo delle lesioni cutanee e di quelle articolari. I farmaci di fondo non agiscono rapidamente e quindi vanno assunti per alcune settimane prima che si manifesti il loro effetto benefico. Durante questa terapia è necessario effettuare periodicamente esami di laboratorio per il controllo di eventuali effetti collaterali, come riduzione di alcune cellule del sangue o danno al fegato e reni. Nei casi di riacutizzazione della malattia è di solito sufficiente a controllare il dolore e la rigidità articolare il trattamento con i farmaci anti-infiammatori non steroidei (*FANS*), per brevi periodi. L'uso dei **corticosteroidi (cortisone)** è limitato alle forme particolarmente aggressive, e viene somministrato per via intra-articolare (iniettando il farmaco all'interno dell'articolazione infiammata) o per via sistemica (per bocca, intra-muscolo o endovena). Nelle forme più resistenti di malattia, che non trovano giovamento dalle terapie convenzionali, possono essere introdotti i "farmaci biotecnologici" (*anti-TNF*), il quale impiego va attentamente valutato con esami preliminari (di screening) per verificare l'idoneità del paziente ad intraprendere tale terapia.

ARTROPATIA PSORASICA E GRAVIDANZA

L'artropatia psoriasica non ha effetti sul proseguimento della gravidanza, tuttavia è consigliabile che il paziente sia in fase di remissione o che la malattia sia sotto controllo durante il concepimento.

E' fondamentale inoltre programmare la gravidanza perché alcuni farmaci antireumatici presentano una potenziale tossicità per la madre e per il feto; ed è necessario quindi modificare la terapia farmacologica in preparazione al concepimento stesso.

I figli di genitori con la psoriasi hanno un rischio maggiore di soffrire a loro volta di psoriasi. Una storia di psoriasi in uno dei genitori aumenta di 8 volte il rischio di sviluppare la psoriasi nei figli.

Per quanto riguarda *l'allattamento*, è consigliato, di solito, solo per un breve periodo per consentire la ripresa della terapia farmacologica evitando così riacutizzazioni della malattia.

Nei casi in cui l'assunzione della terapia non è procrastinabile, è sconsigliato allattare per evitare possibili effetti nocivi al bambino. È comunque preferibile privilegiare le condizioni di salute della madre affinché possa accudire serenamente il neonato.

VIVERE CON L'ARTROPATIA PSORIASICA

L'artrite psoriasica essendo una patologia cronica che vede accompagnare il dolore a possibili effetti estetici dovuti alla psoriasi può comportare un colpo alla stima e fiducia in sé stessi.

Fortunatamente, molte persone che hanno avuto una diagnosi di AP vedranno che, con una cura appropriata, esercizio fisico e buone abitudini di vita, la loro condizione può essere adeguatamente controllata. Anche se l'interessamento articolare non è diffuso la presenza di manifestazioni cutanee su aree normalmente scoperte come viso, mani, unghie, cuoio capelluto può esercitare importanti conseguenze sulla percezione dell'immagine corporea, sulle relazioni sociali e sulla qualità di vita del paziente. È importante affrontare serenamente questi inconvenienti e non tendere a deprimersi né ad auto-isolarsi.

Per gestire le eventuali manifestazioni cutanee della psoriasi si ripropone un utile decalogo sviluppato dall'Associazione a difesa degli Psoriasici

Anche se l'interessamento articolare non è diffuso la presenza di manifestazioni cutanee su aree normalmente scoperte come viso, mani, unghie, cuoio capelluto può esercitare importanti conseguenze sulla percezione dell'immagine corporea, sulle relazioni sociali e sulla qualità di vita del paziente. È importante affrontare serenamente questi inconvenienti e non tendere a deprimersi né ad auto-isolarsi.

Per gestire le eventuali manifestazioni cutanee della psoriasi si ripropone un utile decalogo sviluppato dall'Associazione a difesa degli Psoriasici

1. **Scegliete qualsiasi cosa sentiate comoda** e in cui vi sentite a vostro agio: indossate preferibilmente indumenti leggeri ed evitate la pressione della stoffa che sfrega contro la vostra pelle.
2. **Aumentate l'uso di creme idratanti e di unguenti durante l'inverno**, applicandone degli strati consistenti.
3. **Spalmate creme idratanti** quando la vostra pelle è secca o arrossata.
4. **Riducete al minimo alcol e fumo**, ponendo un'attenzione particolare all'alimentazione.
5. **Non grattate le lesioni**, alleviando il prurito mediante l'applicazione di creme e oli idonei.
6. **Non vergognatevi e non sentitevi in colpa.**
7. **Evitate qualsiasi cosa possa danneggiare la vostra pelle.**
8. **Per asciugarvi tamponate** con un asciugamano senza strofinare.
9. **Usate saponi e articoli da toilette adeguati**, che non favoriscono l'insorgere della psoriasi.
10. **Diffidate delle cure miracolose** proposte da anonimi guaritori che promettono la guarigione.



A.M.R.E.R. ASSOCIAZIONE MALATI REUMATICI EMILIA ROMAGNA

AMRER nasce nel 1979 e con il riconoscimento regionale DPGR n. 570 del 17/07/95 è ONLUS di diritto.

AMRER è impegnata nella tutela dei diritti sociosanitari della persona affetta da malattie reumatiche, e nella divulgazione dell'informazione al paziente e alla cittadinanza circa gli effetti di tali patologie.

Chi opera in sede, sul territorio regionale e nazionale sono tutti volontari e per la maggior parte malati reumatici, i quali, vivendo nelle condizioni indotte dalla malattia, ben conoscono i problemi che vengono loro esposti.

L'Associazione svolge la sua attività in stretta collaborazione con i Reumatologi della Regione, gli esperti in campo socio sanitario, e in piena sintonia con gli operatori del volontariato sul territorio.

Non ha alcuna finalità di lucro.

Con Deliberazione n. 12 del 15/01/2007 la Regione Emilia Romagna ha riconosciuto AMRER come Organizzazione a Rilevanza Regionale



ISCRIVERSI E SOSTENERE AMRER ONLUS È FACILE!!

Basta fare un versamento di almeno 10 Euro sul c.c.p. 12172409

Intestato a AMRER Onlus - Via Gandusio, 12 - 40128 Bologna

ASSOCIARSI PER:

- Sentirsi rappresentati
- Avere informazioni corrette e aggiornate
- Sostenere ed esprimere al meglio le proprie idee
- Studiare e creare opportunità per il malato
- Trovare soluzioni a problemi che superano il singolo



A.M.R.E.R. Onlus

Via Gandusio, 12 - 40128 Bologna

Tel-Fax: 051 24.90.45 - Cell.: 335 622.38.95

ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

C.F. 80095010379