



## COS'È L'ARTRITE PSORIASICA?

L'Artrite Psoriasica (AP) è una malattia infiammatoria cronica, eterogenea e potenzialmente invalidante il cui trattamento richiede un approccio multidisciplinare. Si può manifestare in qualsiasi periodo della vita ma più comunemente tra i 30-50 anni di età, con la stessa incidenza tra uomini e donne.<sup>1</sup> Nella maggioranza dei casi il quadro cutaneo precede quello articolare. Circa il 30% delle persone con psoriasi presenta un'artrite psoriasica.<sup>2</sup>

L'artrite psoriasica è una malattia infiammatoria cronica e autoimmune dovuta a un malfunzionamento del sistema immunitario. Si tratta di una forma di artrite infiammatoria cronica sieronegativa (negativa per il fattore reumatoide) in cui il sistema immunitario attacca le cellule che compongono la cute e le articolazioni. Le conseguenze sono spesso dannose e permanenti, se la malattia non è affrontata precocemente. L'impatto della AP sulla qualità della vita è simile a quello dell'artrite reumatoide (AR).<sup>3</sup>

I pazienti con artrite psoriasica possono presentare quadri clinici diversi, con caratteristiche dermatologiche e decorsi della malattia differenti. Inizialmente considerata una patologia di lieve entità, negli ultimi vent'anni si è visto che il 40-60% dei pazienti sviluppa complicanze a livello delle articolazioni che influenzano la qualità della vita a livello lavorativo e relazionale. Il 10-37% dei pazienti ha contemporaneamente sia manifestazioni a carico della pelle (manifestazione cutanea), sia manifestazioni che colpiscono le articolazioni (manifestazione articolare) e il 6-18% ha come prima manifestazione l'artrite rispetto alla psoriasi.<sup>4</sup>

Il controllo di malattia e il raggiungimento della remissione clinica dipendono ampiamente dalla tempestività della diagnosi: più la diagnosi è tempestiva e prima si può intervenire con il trattamento corretto al fine di controllare i sintomi, prevenire i danni alle articolazioni ed evitare che la malattia diventi invalidante.

## CAUSE

L'artrite psoriasica è una patologia cronica infiammatoria a carattere autoimmune. Non è tuttavia del tutto chiaro quali siano i fattori che determinano la comparsa della malattia. Si ritiene che le cause siano di natura multifattoriale e che accanto a fattori immunologici siano coinvolti anche fattori genetici.

## FATTORI GENETICI

Non tutte le persone che hanno la psoriasi sviluppano l'artrite psoriasica. Si ritiene che alcune persone potrebbero essere geneticamente predisposte a sviluppare questa patologia in associazione alla psoriasi. Gli studi dimostrano infatti che esiste un legame genetico e familiare più forte per l'artrite psoriasica rispetto ad altre malattie reumatiche: circa nel **40%** dei casi i pazienti con artrite psoriasica risultano avere in famiglia un parente affetto da psoriasi.<sup>4</sup>

## FATTORI IMMUNOLOGICI

Si ritiene che il meccanismo patogenetico sottostante l'infiammazione cronica delle articolazioni dell'artrite psoriasica sia di carattere autoimmune. Le cellule del sistema immunitario attaccano in modo anomalo le cellule dei tessuti sani delle articolazioni scatenando un processo infiammatorio che, protraendosi nel tempo, può arrivare a determinare erosioni ossee e conseguenti

neoformazioni responsabili delle deformazioni articolari caratteristiche dell'artrite psoriasica. Il meccanismo sarebbe dunque analogo a quello che, nella psoriasi, causa un'inflammazione e una proliferazione abnorme delle cellule della pelle.

## UN QUADRO CLINICO ETEROGENEO E ARTICOLATO

I pazienti potrebbero avere diverse manifestazioni della malattia come alterazioni delle unghie, infiammazioni alle articolazioni periferiche e dello scheletro assiale, infiammazione dei tendini con conseguente dolore. Ciascuna manifestazione può essere presente sia da sola sia in combinazione con le altre.<sup>3</sup>

Sintomi comuni:

- affaticamento generalizzato
- gonfiore, dolore e rigidità (soprattutto al mattino) in una o più articolazioni con calore e arrossamento cutaneo dovuti a infiammazione delle borse sierose delle articolazioni (borsiti) e/o a infiammazioni del punto di inserzione dei tendini sulle ossa (entesite);
- gonfiore generalizzato di un intero dito del piede o della mano, che a volte assomigliano a un salsicciotto;
- striature o sfaldamento delle unghie (onicopatia psoriasica), separazione dell'unghia dal letto ungueale (onicolisi) fino a perdita dell'unghia stessa;
- arrossamento e prurito agli occhi.

## COMORBIDITÀ

I pazienti con artrite psoriasica hanno un maggior rischio di andare incontro ad altre patologie legate all'infiammazione e alla condizione autoimmune dell'artrite psoriasica o a sintomi secondari. Per esempio, è importante per questi pazienti monitorare la qualità del sonno, il livello di fatica e stanchezza cronica, l'insorgere di sintomi depressivi ed eventualmente comunicarli al medico curante. È anche fondamentale tenere sotto controllo il cuore, la pressione, i livelli di glicemia e il peso, poiché chi soffre di artrite psoriasica è più soggetto a malattie cardiovascolari e metaboliche.

Comorbidity associate:<sup>5</sup>

- Malattie cardiovascolari
- Diabete
- Sindrome metabolica
- Depressione

## DIAGNOSI

Le caratteristiche cliniche eterogenee rendono complessa e articolata la diagnosi di artrite psoriasica.<sup>4</sup> Sebbene la diagnosi precoce e il trattamento appropriato siano fondamentali, i pazienti possono dover affrontare un lungo e difficile percorso per raggiungere questi traguardi. I pazienti con artrite psoriasica arrivano a una conferma diagnostica **fino a 7 anni dopo l'insorgenza dei sintomi**.<sup>6</sup> Se non trattata, l'artrite psoriasica potrebbe causare danni articolari irreversibili o addirittura invalidità permanente.<sup>7:8</sup>

Se i pazienti manifestano affaticamento, dolore articolare o rigidità, dovrebbero parlare con il proprio medico. È sempre di fondamentale importanza il ruolo giocato dal medico di famiglia per il

corretto riconoscimento dell'impegno infiammatorio articolare e quindi per una rapida richiesta di consulenza specialistica reumatologica. Il reumatologo in presenza di una mono-oligoartrite e/o del "dito a salsicciotto" e/o della lombalgia infiammatoria e/o di un'entesite dovrà ricercare la psoriasi coinvolgendo nell'iter diagnostico il dermatologo.

È stato dimostrato che la diagnosi tardiva di artrite psoriasica è associata a un peggioramento nelle funzionalità fisiche: un ritardo di 6 mesi dall'insorgenza dei sintomi può comportare maggior danno osseo a livello articolare e di conseguenza un impatto sulla qualità della vita.<sup>9</sup>

Negli ultimi anni, l'ecografia e la risonanza magnetica rappresentano le metodiche d'elezione per la diagnosi di artrite psoriasica.

## LE TERAPIE

È importante farsi visitare da un medico se si ha la psoriasi e si sviluppano dolori alle articolazioni, perché la malattia può danneggiare molto gravemente le articolazioni causando una disabilità

**10**  
permanente. Con le terapie attuali si possono non solo controllare i sintomi ma anche prevenire il danno irreparabile alle articolazioni.

Mentre in passato l'obiettivo del trattamento veniva genericamente definito come best care (migliorare il più possibile la qualità della vita dei pazienti, riducendo l'attività infiammatoria della malattia e prevenendone quindi gli esiti invalidanti), l'introduzione di farmaci più efficaci dei csDMARDs consente ora di raggiungere obiettivi più ambiziosi.

Gli obiettivi del trattamento dell'AP sono il raggiungimento della remissione clinica - definibile come "l'assenza di elementi clinici e laboratoristici di attività infiammatoria", o uno stato di minima attività di malattia (Minimal Disease Activity - MDA) o bassa (Low Disease Activity - LDA) - l'inibizione dello sviluppo del danno strutturale articolare ed il miglioramento della qualità di vita.<sup>4</sup>

È possibile raggiungere tali obiettivi attraverso la strategia definita treat to target (T2T), che prevede l'adeguamento della terapia sulla base di obiettivi prestabiliti e personalizzati nel singolo paziente.

L'approccio al trattamento del paziente affetto da AP deve essere di tipo multidisciplinare, basata sul coinvolgimento del reumatologo per la componente articolare, del dermatologo per quella cutanea, di altri specialisti, quali oculista o gastroenterologo in caso di coinvolgimento di altri organi e apparati.

Dal punto di vista farmacologico trovano frequente utilizzo nella terapia dell'AP gli antinfiammatori non steroidei e talvolta, soprattutto in caso del coinvolgimento di una singola articolazione, l'infiltrazione con glucocorticoidi. Tuttavia, ad eccezione che per forme estremamente lievi, si rende necessario l'utilizzo di farmaci cosiddetti di fondo. Tra questi, quelli utilizzati generalmente in prima linea, soprattutto in presenza di artrite periferica, sono i farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD).<sup>11;12</sup>

In presenza di una componente articolare particolarmente attiva ed in caso di inefficacia dei farmaci antireumatici di sintesi, è possibile ricorrere all'utilizzo dei più recenti farmaci biologici (es. inibitori del TNF, IL-17, IL23, o IL-12/23) come risankizumab, o farmaci sintetici mirati inibitori delle Janus chinasi (anti-JAK) come upadacitinib, caratterizzati dalla capacità di inibire in maniera estremamente selettiva alcuni specifici elementi coinvolti nella risposta del sistema immunitario per ridurre l'infiammazione, agire rapidamente sul dolore e limitare la progressione della malattia.<sup>13;14</sup>

## ALTRE PROCEDURE E TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Oltre alle terapie basate su farmaci, il medico potrebbe suggerire alternative non farmacologiche, come la terapia fisica e occupazionale, la perdita di peso e in generale uno stile di vita sano. La terapia fisica e occupazionale può alleviare il dolore articolare e aiutare ad aumentare le capacità di movimento.<sup>9</sup> Le modifiche allo stile di vita, che possono anche aiutare a ridurre al minimo i sintomi, includono l'esercizio fisico regolare, la limitazione del consumo di alcol e la cessazione del fumo.

1516

## IL TEST PER AIUTARE A IDENTIFICARE SEGNI E SINTOMI

Attualmente, non esiste un test diagnostico specifico per l'artrite psoriasica. Per fortuna, esistono strumenti di screening validati per aiutare a identificare segni e sintomi della malattia.

Sul sito Vicini di Pelle di AbbVie [www.vicinidipelle.it/artrite-psoriasica/risorse/test/](http://www.vicinidipelle.it/artrite-psoriasica/risorse/test/) è disponibile un questionario di screening validato per facilitare la diagnosi. Il PEST<sup>17</sup> (*Psoriasis Epidemiology Screening Tool*) è un **questionario** di screening utilizzato dal medico di famiglia o dal dermatologo per facilitare la diagnosi dell'artrite psoriasica in pazienti con psoriasi. Il 41% delle persone ha scoperto di avere l'artrite psoriasica grazie a questo test.<sup>17</sup>

Il questionario è costituito da 5 semplici domande che indagano sul probabile disagio provocato da articolazioni gonfie e/o dolenti, e valutano la presenza di possibili alterazioni ungueali. Un punteggio totale, uguale o superiore a 3 indica che, probabilmente, potresti avere l'artrite psoriasica.

Hai mai riscontrato gonfiore ad una o più articolazioni?	SI	NO
Un medico ti ha mai detto che potresti avere l'artrite?	SI	NO
Le unghie delle tue mani o dei tuoi piedi presentano piccoli fori o cavità superficiali?	SI	NO
Hai mai avuto dolore al tallone?	SI	NO
Ti è mai capitato di avere un dito delle mani o dei piedi gonfio e dolente senza un motivo apparente?	SI	NO

Il test ha una sensibilità del 97% ed una specificità del 79%; il valore predittivo positivo del test, ovvero, la probabilità che un soggetto positivo al test abbia effettivamente l'artrite psoriasica, è pari al 65%, quindi, il soggetto ha una probabilità del 35% di non avere l'artrite psoriasica, nonostante il test dica il contrario. Il valore predittivo negativo (VPN) del test, cioè la probabilità che un soggetto negativo al test non abbia l'artrite psoriasica è del 99%.<sup>17</sup>

## REFERENZE



- 1 American College of Rheumatology. Diseases & Conditions: Psoriatic Arthritis 2019. <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Psoriatic-Arthritis>.
- 2 Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(5):729-35. doi: 10.1016/j.jaad.2013.07.023.
- 3 <https://www.psoriasis.org/about-psoriatic-arthritis/>
- 4 Liu JT, et al. Psoriatic arthritis: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *World J Orthop* 2014; 5(4):537-543.
- 5 Ocampo D V, Gladman D. Psoriatic arthritis. *F1000Res* 2019; 8:F1000 Faculty Rev-1665.
- 6 Reumatologia, in Italia oltre 1 milione di pazienti “inconsapevoli”, Società Italiana di Reumatologia, 2022.
- 7 Belasco J. Psoriatic Arthritis: What is Happening at the Joint? *Rheum Ther.* 2019.
- 8 Schett G, et al. Structural damage in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: traditional views, novel insights gained from TNF blockade, and concepts for the future. *Arthritis Res & Ther.* 2011
- 9 Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O: Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015; 74(6): 1045–50
- 10 <https://www.psoriasis.org/why-treat-psoriatic-arthritis/>
- 11 Singh JA, Guyatt G, Ogdie A, et al. 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation guideline for the treatment of psoriatic arthritis. *Arthritis Care Res.* 2019
- 12 American College of Rheumatology. Psoriatic arthritis. <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Psoriatic-Arthritis>
- 13 Al Rayes H, Alazmi M, Attar S, et al. Consensus-based recommendations on the diagnosis, referral and clinical management of patients with psoriatic arthritis. *Rheumatol Int.* 2022; 42(3): 391–401. doi:10.1007/s00296-021-05029-5.
- 14 Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis.* 2020; 79: 700–712. <https://ard.bmj.com/content/79/6/700.1>.
- 15 National Psoriasis Foundation. Complementary and integrative medicine. <https://www.psoriasis.org/complementary-and-integrative-medicine/>.
- 16 Elmets C, Korman N, Prater EF, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2018. [jaad.org/article/S0190-9622\(20\)32288-X/fulltext](http://jaad.org/article/S0190-9622(20)32288-X/fulltext).
- 17 Ibrahim G. H. et al., “Evaluation of an existing screening tool for psoriatic arthritis in people with psoriasis and the development of a new instrument: the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) questionnaire”, *Clinical and Experimental Rheumatology*, 2009; 27: 469-474