

**Associazione Medica per Lo Studio dell'Agopuntura
Scuola Italo-Cinese di Agopuntura di Roma
AUSL 04 L'Aquila
Servizio di Agopuntura e Moxa UO di Dermatologia**

**Trattamento dell'artropatia psoriasica con agopuntura
A cura di: Carlo Di Stanislao****

*"Nemmeno un ammazzacani può imparare il proprio mestiere dai libri,
ma solo dall'esperienza.
E quanto questo è vero per il medico."
Paracelso*

Riassunto: Dopo una dettagliata premessa sulla definizione scientifica ed i criteri di diagnosi di artropatia psoriasica, gli AA presentano le caratteristiche di un protocollo osservazionale aperto, atto a valutare, nel breve termine, l'azione dell'agopuntura tradizionale. Si discute, anche, sui punti prescelti e sui motivi della loro selezione. I risultati preliminari, valutati al giugno 2001, relativi a 6 pazienti, dimostrano miglioramento del dolore, del mornig stiffness, della dolorabilità delle articolazioni colpite (ed una riduzione degli indici di flogosi (VES e PCR).

Parole chiave: artropatia psoriasica, agopuntura, dolore, rigidità mattutina, dolorabilità, indici di flogosi.

Summary: After detailing premised on the scientific definition and the criteria of diagnosis of psoriatic arthropathy, the AA introduce the characteristics of a protocol of study in open, action to estimate, in the short term, the effectiveness of the traditional acupuncture. It is discussed, also, on the prechosen points and the reasons of their selection. The preliminary result, estimated to june 2001, are relative to 6 patients and demonstrate improvement of the pain, the mornig stiffness, the painfull sensibility of the hit articulations (and one reduction of the indices of inflammation (VES and CRP).

Key words: psoriatic arthropathy, acupuncture, pain, morning stiffness, painful sensibility, indices of inflammation.

Introduzione

L'artrite psoriasica (PsA) è un'artropatia infiammatoria associata a psoriasi, in assenza di fattore reumatoide e noduli reumatoidi.

La prevalenza dell'artrite nei soggetti affetti da psoriasi è maggiore di quella che si riscontra nella popolazione generale e tale rimane anche escludendo le malattie articolari degenerative e l'artrite reumatoide. Mentre abbiamo dati certi sulla prevalenza della malattia cutanea nella popolazione generale, stimata tra l'1% ed il 3% (1), è tuttora oggetto di discussione la percentuale di pazienti psoriasici che sviluppa manifestazioni reumatologiche, essendo stati riportati in letteratura valori altamente variabili compresi tra lo 0.2% ed il 42%. Tuttavia due studi italiani condotti su casistiche dermatologiche non selezionate hanno individuato percentuali simili, ovvero del 28% e del 33% rispettivamente (2, 3). Sulla base di questi risultati sembra verosimile valutare la prevalenza dell'artrite psoriasica nella popolazione

generale italiana fra lo 0,5 ed l'1%.

L'eziopatogenesi dell'artrite psoriasica è sconosciuta, tuttavia alcuni studi hanno dimostrato che l'artrite è più frequente nei parenti di primo grado dei pazienti con psoriasi, suggerendo che fattori genetici svolgono un ruolo importante. Già da diversi anni è stata evidenziata l'associazione tra psoriasi e PsA con alcuni antigeni di istocompatibilità. In particolare la psoriasi volgare si associa frequentemente all'antigene HLA-Cw6, la artrite psoriasica con prevalente interessamento delle articolazioni periferiche agli antigeni HLA-Bw38 e HLA-Bw39, l'artrite psoriasica simil-reumatoide all'antigene DR4, la spondilite psoriasica all'antigene HLA-B27 e l'artrite psoriasica giovanile all'antigene HLA-A2 (4, 5).

L'età di esordio della PsA corrisponde in genere alla terza e quarta decade di vita, la distribuzione fra i due sessi è approssimativamente uguale.

La psoriasi, nella maggior parte dei casi precede l'esordio dell'artrite, mentre nel 15-20% dei pazienti la comparsa di lesioni cutanee segue, anche di qualche anno, l'interessamento delle articolazioni. Non esiste alcun particolare pattern di psoriasi associato all'artrite. La maggior parte dei pazienti presenta psoriasi di limitata estensione, anche se i pazienti affetti da PsA deformante mostrano di solito una grave psoriasi esfoliativa.

I criteri per la diagnosi di artropatia psoriasica maggiormente seguiti sono quelli proposti da Vasey ed Espinoza nel 1984 (6).

Nel corso della PsA possono essere interessate varie strutture muscolo-scheletriche: le articolazioni periferiche (comprese le articolazioni interfalangee distali -IFD-, spesso risparmiate nell'artrite reumatoide), le entesi, le guaine tendinee, le articolazioni sacroiliache, il rachide. L'interessamento oculare, ed in particolare la congiuntivite, può essere osservato in circa 1/3 dei pazienti (7). Così come avviene nella spondilite anchilosante, complicazioni, quali l'uveite, l'insufficienza aortica e la fibrosi polmonare, localizzata a livello dei lobi superiori, possono verificarsi, ma sono rare (7).

Sono state proposte varie classificazioni delle varianti cliniche della PsA. La classificazione di Moll e Wright (8) prevede 5 forme. La prima, che si osserva nel 5% dei casi, è caratterizzata dal prevalente interessamento delle IFD delle mani e dalla frequente associazione con l'onicopatia psoriasica. La seconda, molto rara, è rappresentata da una forma gravemente distruttiva di artrite (artrite mutilante). La terza forma, la poliartrite simmetrica simil-reumatoide, si riscontra nel 15% dei pazienti. Questa variante clinica si differenzia dall'artrite reumatoide per l'assenza del fattore reumatoide e dei noduli reumatoidi, per una maggiore asimmetria dell'interessamento articolare e per la maggiore frequenza dell'anchilosi ossea. La quarta forma, quella oligoarticolare, è la più frequente (70% dei casi) ed è caratterizzata dall'interessamento asimmetrico di un numero uguale o inferiore a 5 articolazioni, soprattutto a livello degli arti inferiori. I pazienti con la forma oligoarticolare presentano spesso la dattilite. La quinta forma è caratterizzata dall'interessamento assiale, si associa frequentemente alla positività dell'HLA-B27 e si riscontra nel 10% dei casi.

Nel 1991 Helliwell *et al.* (9) hanno proposto di classificare la PsA in 3 forme: (a) la poliartrite simmetrica simil-reumatoide, caratterizzata dalla presenza di dattilite, entesite periferica, linfedema degli arti superiori, interessamento delle articolazioni IFD ed artrite mutilante, parametri che permettono di differenziare tale forma dall'artrite reumatoide; (b) la sacroileite e la spondilite; (c) le sindromi con manifestazioni ossee extraarticolari, inclusa la sindrome SAFHO (Synovitis, Acne, Pustolosis, Hyperostosis, Osteomyelitis). I pazienti con psoriasi possono sviluppare una o più di tali forme e spesso una forma può evolvere in un'altra dando origine ad una eterogenea combinazione di interessamento articolare; tutte le forme possono essere complicate da un interessamento delle sacroiliache e/o del rachide.

Secondo i criteri della Medicina Occidentale, il trattamento della PsA dipende dal tipo di malattia (interessamento assiale versus coinvolgimento di articolazioni periferiche) e dalla gravità delle lesioni cutanee ed articolari. Una contemporanea attività di malattia sia a livello cutaneo che articolare viene osservata in circa 1/3 dei pazienti con PsA, soprattutto in quelli con malattia non-spondilite (10).

I farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) per via orale o per via parenterale ed i cortisonici per via intra-articolare sono efficaci nel controllo della sintomatologia articolare di gran parte dei pazienti. Tuttavia nei pazienti in cui la terapia sintomatica con FANS e/o cortisonici locali risulta fallimentare, oppure nei pazienti che presentano una malattia poliarticolare e/o erosiva e/o progressiva, viene consigliato l'uso precoce dei "disease-

modifying anti-rheumatic drugs" (DMARDs) (7, 11). Risulta tuttora discusso l'uso dei DMARDs nella forma spondiliteca, non associata ad interessamento delle articolazioni periferiche (12, 13).

In un recente studio di metanalisi Jones G. *et al* hanno confrontato, mediante il "pooled index", l'efficacia clinica nel controllo della malattia articolare di farmaci, quali il methotrexate, la salazopirina, l'azathioprina, l'etetrinato e la colchicina (non vengono presi in considerazione gli anti-malarici e la ciclosporina A per l'assenza di studi randomizzati e controllati) (14). Benché tutti i farmaci esaminati risultino essere più efficaci del placebo, solo gli studi, nei quali vengono usate alte dosi parenterali di methotrexate oppure la salazopirina, sono considerati adeguati per dimostrare la reale efficacia dei suddetti farmaci nella PsA. Il basso numero di pazienti utilizzati nei "trials" esaminati non consente di avere dati conclusivi sulla tossicità dei farmaci.

I cortisonici per via orale possono essere usati in piccole dosi, in associazione con i DMARDs nei casi di artrite refrattaria alle terapie di fondo, oppure in attesa dell'inizio dell'azione dei DMARDs (15).

La scelta del trattamento per la psoriasi si basa sulla gravità e sull'estensione delle lesioni cutanee. Nei casi meno severi i farmaci di prima linea sono rappresentati dai rimedi topici, quali i corticosteroidi ed i derivati della vitamina A e della vitamina D (16, 17). Se i trattamenti topici sono inefficaci, la fototerapia con i raggi ultravioletti A e la fotochemioterapia con psoralene associato ai raggi ultravioletti A (PUVA) rappresentano la scelta successiva (16, 17). Se, infine, la psoriasi è refrattaria ai suddetti trattamenti vengono prese in considerazione terapie sistemiche. Sia il methotrexate che la ciclosporina A sono risultati efficaci nel controllo della psoriasi (16, 17, 18, 19, 20), mentre la sulfasalazina non presenta effetti benefici sulla malattia cutanea (16, 17).

Nei testi antichi della MTC, e più precisamente nel capitolo 43 del "Sowen" (21, 22, 23) e nei capitoli 7 e 8 dello "Shang Han Lun" (24) vengono descritti i *bi-zheng*, malattie caratterizzate da dolori e tumefazioni articolari, causate dall'attacco di energie perverse, *Xie-Qi* in individui con deficit di energia corretta, *Zheng-Qi*, e costituzione debole.

Il termine *bi-zheng* è stato tradotto con il termine generico di "reumatismo" (25), che comprende sia le malattie reumatiche degenerative, come l'osteoartrosi, che le malattie reumatiche infiammatorie, quali l'artropatia psoriasica e l'artrite reumatoide (26). Dal momento che gli schemi di trattamento indicati per i *bi-zheng*, risultano efficaci solo nel controllo delle malattie reumatiche degenerative, ma non di quelle infiammatorie, riteniamo che l'eziopatogenesi e la terapia di quest'ultime siano diverse da quelle raccomandate nei testi classici per i *bi-zheng*. Più precisamente sosteniamo che le malattie reumatiche infiammatorie ed in particolare l'artropatia psoriasica possano essere correlate all'attacco del Livello Yang Ming da parte di Calore esterno e/o "latente" (27). Secondo i testi antichi molteplici sono le modalità con cui si può produrre il Calore "latente": (a) la mancata eliminazione di calore esterno (Ling Shu cap 58: "...Qi Bo: ...la causa è la ritenzione dei Perversi"); (b) il vuoto di Yin-Jing di un organo; (c) la stasi di sangue; (d) il ristagno di alimenti; (e) l'umidità esterna ed interna; (f) i sette sentimenti protratti. L'aggressione elettiva del Livello Yang Ming da parte del Calore è documentata nel capitolo 24 del *Sowen* ed nel capitolo 2 dello *Shang Han Lun* (28, 29). E' possibile, inoltre, individuare uno stretto legame tra i meccanismi patogenetici del calore latente e l'attacco del Livello Yang Ming. Infatti il Meridiano Shou Yang Ming controlla i liquidi Jin e di conseguenza lo Yin degli organi (*Sowen* cap 23); tutto il sangue (Ling Shu cap 44) e la propulsione degli alimenti (Pin Wei Lun, cap 3) sono governati dal Livello Yang Ming; l'umidità lesiona l'Organo-Milza associato secondo la legge Biao-Li con il Viscere-Stomaco, che risuona sul Meridiano Zu Yang Ming; infine i 7 Sentimenti, se protratti, presentano una componente ossessiva, con lesione dello Spirito Yi che si esprime sul Livello Yang Ming (Da Cheng enunciato 134) (30).

L'attacco del Livello Yang Ming da parte del Calore comporta una Stasi di Liquidi e di Sangue. Tale Stasi si esprime inizialmente con un mancato nutrimento di tendini e articolazioni che divengono dolenti e successivamente con l'accumulo di *Tan* (Catarrhi) a livello delle articolazioni che appaiono, pertanto, tumefatte (31).

La Stasi di Sangue può manifestarsi anche a carico della cute con comparsa delle lesioni psoriasiche. Esse si presentano eritematose ed infiltrate (es. forme lichenoidi e/o ruppioidi), se il Calore si associa ad Umidità, oppure apparire scarsamente arrossate e ricche di

desquamazioni (es. aspetti cheratodermici palmo-plantari), se il Calore si associa a Secchezza (32).

Perché la stasi del sangue nei pazienti con artropatia psoriasica si esprime prevalentemente a livello di articolazioni e cute? La risposta ci viene suggerita dall'articolo di Sciarretta del 1985 (33): in accordo con l'Autore riteniamo che il Sangue, la pelle e le articolazioni siano accomunate dall'essere "mezzi di comunicazione". Secondo i principi della MTC il Sangue diffonde i "messaggi e la gioia" del Cuore e consente quindi la comunicazione tra il centro e la periferia, tra la "sede imperiale e le parti più lontane dell'impero"; inoltre il sangue in quanto, depositario dello Shen che rende l'Uomo essere unico ed irripetibile, rappresenta la Creazione e permette la comunicazione tra Cielo e Terra (*Ling Shu* cap 8: "Quando lo Yin e lo Yang, invece di fronteggiarsi, si uniscono si ha la comparsa dello Shen" e con esso l'Uomo è creato) (34). La cute rappresenta, invece, non solo la "presa di forma", lo schermo che protegge l'individuo dalle Energie Perverse esterne, ma anche un mezzo di scambio e di comunicazione con tutto ciò che è a lui esteriore. Infine le articolazioni, essendo legate alla risonanza Zu Shao Yang e quindi all'idea di perno e di cerniera, consentono la separazione, ma anche la comunicazione tra parti diverse dello scheletro. Riteniamo, pertanto, che i soggetti con reumatismo psoriasico, manifestino il Calore latente, sviluppatosi secondo le modalità sopra descritte, a livello delle articolazioni e della cute perché presentano difficoltà di "comunicazione".

Per la MTC il termine "articolazione" evoca l'idea di Barriera, ovvero di un luogo di passaggio dell'energia che circola da una parte all'altra del corpo con tendenza ad un ristagno fisiologico. Ogni "articolazione" appartiene all'Uomo, che riunisce in sé tutte le caratteristiche del Cielo e della Terra e presenta, pertanto, sia un aspetto *yin*, materiale, che un aspetto *yang*, immateriale, in stretto rapporto tra di loro. La funzione *yang* si identifica con la capacità di "dividere", di "separare", caratteristica del Cielo, mentre la funzione *yin* è rappresentata dall'attitudine propria della Terra a "riunire", a "far comunicare". Dal momento che la pelle ha le caratteristiche di una Barriera, può essere considerata essa stessa come un'"articolazione". Inoltre, la cute essendo in relazione con l'Organo Polmone che appartiene al Cielo, sarebbe correlata soprattutto all'aspetto yang, immateriale della comunicazione, con particolare riferimento ai rapporti che l'individuo instaura con il mondo esterno oppure al modo in cui mette in relazione parti diverse del proprio essere, ma sempre su un piano strettamente immateriale, psichico. Le strutture articolari ossee, invece, in quanto espressione del Connettivo dipendente dall'Organo Milza-Terra, sarebbero più legate ad un aspetto *yin*, materiale della comunicazione, che si concretizza nei rapporti che l'individuo stabilisce con gli altri sulla base di componenti prevalentemente fisiche. (comunicazione personale del Dott. Selmi Massimo).

Si potrebbe, pertanto, ipotizzare che la presenza di artrite sia dovuta ad un'alterazione dell'aspetto materiale della comunicazione (es.: difficoltà a stabilire rapporti con l'altro sesso mediante la sessualità, probabilmente per una mancanza di carattere, di "presa di forma"), mentre la comparsa di lesioni cutanee sia legata ad un'anormalità della comunicazione sul piano psichico (es.: difficoltà ai rapporti affettivi, di qualsiasi tipo, oppure incapacità di armonizzare aspetti diversi della propria indole). Questo potrebbe spiegare perché le lesioni psoriasiche e le lesioni articolari spesso non seguono uno stesso decorso. Sulla base dell'ipotesi patogenetica esposta, proponiamo in caso di artropatia psoriasica il seguente schema trattamentale:

- 17 GV: denominato *naohu*, finestra del cervello, è localizzato sotto la protuberanza occipitale esterna, 1,5 cun sopra a 16 GV (35). E' punto "del mare dei midolli", con Baihui (20 GV). Alcuni testi antichi (Tong Ren , Lei Jng Tu Yi) ne vietano puntura e moxa. Lo Zhen Jiu Jia Yi Jing lo indica in tutti i dolori con gonfiore e stasi del sangue. I testi moderni (36, 37) lo impiegano nelle cefalee nucleari associate ad occhi rossi e nelle patologie cerebrali bulbari e pontine. Sciarretta (33) lo consiglia in tutti i dolori da stasi di sangue (dolori notturni aggravati dal freddo e dal riposo). Il 17 GV svolge, pertanto, la funzione di mettere in movimento il sangue, eliminando i segni della stasi.
- 21 SP: denominato *dabao*, grande placenta, è localizzato sulla linea ascellare media, nel VI spazio intercostale (35). L'ideogramma *bao* racchiude in sé la nozione di filtrazione, nutrizione e di sangue. E' il punto terminale del Meridiano Zu Tai Yin; da esso si origina il

grande Luo della Milza da cui si dipartono numerosi vasi secondari che si ramificano al petto ed ai fianchi ed hanno la funzione di alimentare con i liquidi provenienti dallo stomaco gli organi e tutte le parti del corpo (Ling Shu cap. 10) (30). Il 21 SP, quindi, ha il compito di nutrire con i liquidi le articolazioni e, grazie alla sua funzione *Luo*, svolge un ruolo importante nella "comunicazione" ossia nella regolazione degli scambi, sia che essi interessino parti diverse di uno stesso organismo, sia che essi rappresentino le relazioni che l'uomo stabilisce con il mondo esterno (38).

- uno dei punti di comando anteriori di Kespì (39), scelto in base alla costituzione del paziente e all'anamnesi, secondo i criteri della MTC. I punti anteriori di comando sono localizzati a livello del tratto toraco-addominale del Meridiano Zu Shao Yin e sono rappresentati dal 14 KI, che regge il rene, dal 17 KI, che comanda la rate, dal 21 KI che corrisponde al fegato, dal 22 KI che governa il polmone e dal 23 KI è in relazione con il cuore. Il 27 KI ha funzione di comando su tutti gli Organi. La scelta di questi punti è stata motivata dall'evidenza che essi sono strettamente correlati non solo alla funzione "ministeriale" degli Organi, ma anche alle loro funzioni metaboliche e nutrizionali su un piano prevalentemente Yin (Energia nutritiva o *Yingqi*). Infatti secondo Kespì (39) il meridiano Zu Shao Yin, essendo in relazione che l'Elemento Acqua che regge la creazione e la costante ricreazione dell'essere, permette l'incessante rigenerazione di tutti gli Organi su un piano profondo, Yin. Inoltre l'Elemento Acqua comanda il ripiegamento in profondità, l'interiorizzazione dell'energia e, pertanto, il meridiano Zu Shao Yin, ha la funzione di tesaurizzare lo Yin negli Organi. Infine da un punto di vista dialettico il Livello Shao Yin è all'inizio di tutte le mutazioni Yin, comprese quelle degli Organi. La scelta dei punti di comando anteriori è stata, poi, suggerita dalla dimostrazione da parte di Helliwel *et al* (9) che in più della metà di un gruppo di pazienti affetti da artrite psoriasica è presente una flogosi a livello delle articolazioni sterno-claveare e condro-sternali, documentata da un'ipercaptazione dell'isotopo radioattivo del Tecnezio (Tc99m), anche in assenza di segni radiologici e clinici di infiammazione. Dal momento che i punti di comando anteriori di Kespì, appartenendo al Meridiano del Rene, sono localizzati proprio a livello delle articolazioni sede di infiammazione subclinica e, quindi, di "Calore latente" ci è sembrato opportuno l'uso di questi punti piuttosto che l'utilizzo di altri punti di regolazione degli Organi (es: i punti Shu antichi, localizzati a livello degli arti ed in relazione con i Cinque Movimenti; i punti Mo, con localizzazione metamerica, legati ai movimenti energetici delle Quattro Stagioni, piuttosto che agli Organi; i punti Shu del dorso, situati a livello del dorso, lungo il decorso del Meridiano della Vescica, che, accelerando lo Yang per consentire la circolazione dello Yin del tronco, trasportano i Soffi per offrirli agli Organi) (40, 41, 42).

Obiettivi dello studio

Ci proponiamo di valutare l'efficacia del trattamento con agopuntura in pazienti con PsA. Il primo obiettivo del presente studio è quello valutare l'efficacia dell'agopuntura nella riduzione di sintomi e segni clinici di PsA in fase di riacutizzazione clinica, nell'arco di quattro settimane dall'inizio del trattamento. Il secondo obiettivo è quello di determinare la durata della remissione clinica (controlli a sei mesi e ad un anno dall'inizio della terapia).

Piano dello studio

Lo studio è sequenziale e prospettico (è previsto un follow-up di un anno). Dopo questi risultati preliminari verrà varata una fase multicentrica con inclusione di almeno tre diversi centri.

Caratteristiche dei pazienti

Criteri di inclusione:

- diagnosi di PsA in accordo con i criteri di Vasey ed Espinoza (verranno incluse tutte le forme di PsA secondo la classificazione di Moll e Wright).
- uomini e donne con età compresa tra 18 e 75 anni.
- presenza di malattia in fase di attività clinica, definita sulla base dei seguenti criteri: a) "morning stiffness"> 45 minuti, b) segni di artrite in una o più articolazioni periferiche e/o sintomi di spondilite. L'artrite verrà definita dalla presenza di dolorabilità e di tumefazione articolare secondo le direttive dell'EULAR (43), mentre i sintomi di spondilite verranno stabiliti sulla base dei criteri di New

York modificati (44).

- assenza di terapia di fondo al momento dell'arruolamento nello studio.
- assenza di terapia con FANS e/o corticosteroidi (sia somministrati per via orale che per via intra-articolare) al momento dell'arruolamento nello studio.
- i pazienti dovranno firmare il consenso informato.

Criteri di esclusione:

- assunzione di terapie di fondo al momento dell'arruolamento nello studio
- assunzione di FANS e/o corticosteroidi (sia somministrati per via orale che per via intra-articolare) al momento dell'arruolamento nello studio.

Trattamento

Il trattamento con agopuntura manuale semplice ha previsto dieci sedute di agopuntura, somministrate due volte alla settimana, per una durata complessiva di cinque settimane. Durante ogni seduta sono stati stimolati GV 17, SP 21 (punto bilateralmente) ed un punto anteriore di comando di comando di Kespì, scelto sulla base dell'organo o del viscere interessati dall'alterazione energetica, identificata in accordo con i criteri diagnostici della MTC (anche questo punto verrà punto bilateralmente). Gli aghi, da 0,30x0,30 monouso sono stati lasciati in "situ" per 20 minuti.

Durante il trattamento con agopuntura non è stato consentito l'uso di FANS e/o corticosteroidi.

I pazienti che non hanno presentato una diminuzione della flogosi articolare dopo la quarta seduta di agopuntura, saranno invitati ad interrompere il trattamento ed assumere FANS e/o corticosteroidi.

Follow-up" della valutazione clinica e di laboratorio

Prima dell'inizio del trattamento e prima di ogni seduta di agopuntura un reumatologo esperto ha valutato l'astenia ed il dolore soggettivo sulla base di scale visive analogiche, la "morning stiffness" (se > oppure < a 30 minuti), la dolorabilità di 68 articolazioni periferiche (2 temporo-mandibolari, 2 sternoclaveari, 2 acromio-claveari, 2 scapolo-omerali, 2 gomiti, 2 polsi, 10 metacarpofalangee, 8 interfalangee prossimali delle mani, 8 interfalangee distali delle mani, 2 interfalangee dei pollici, 2 coxofemorali, 2 ginocchi, 2 caviglie, 2 mediotarsiche, 10 metatarsofalangee, 8 interfalangee prossimali dei piedi e 2 interfalangee degli alluci) e la tumefazione di 66 articolazioni periferiche (le articolazioni coxo-femorali vengono escluse dalla valutazione per edema). Si è inoltre valutata la dolorabilità delle articolazioni sacroiliache, del rachide cervicale, dorsale e lombare. Sia alla dolorabilità che alla tumefazione delle singole articolazioni si è attribuita una valutazione numerica usando le scale riportate nella tab.1.

Prima dell'inizio della terapia con agopuntura nei pazienti con spondilite documentata sono stati misurati lo Shoher test e l'espansione toracica.

Prima dell'inizio del trattamento, inoltre, in ogni paziente sono stati documentati i seguenti parametri di laboratorio: VES, PCR, emocromo.

Per meglio distinguere tra interessamento articolare e/o tendineo si è eseguito un esame ecografico articolare al momento dell'arruolamento dei pazienti. Tale esame è stato ripetuto dopo 6 settimane dall'inizio del trattamento con agopuntura.

Tab. 1
<i>Per valutare il numero delle articolazioni periferiche dolorabili e il grado di dolorabilità verrà usata la seguente scala (verranno esaminate 68 articolazioni):</i>
0 = assenza di dolore spontaneo e di dolorabilità
1 = dolorabilità lieve (il paziente lamenta il dolore articolare, quando gli viene richiesto nel corso della palpazione)
2 = dolorabilità moderata (il paziente si lamenta spontaneamente e fa una smorfia nel corso della palpazione)
3 = dolorabilità marcata (il paziente ritira l'arto nel corso della palpazione)
<i>Per valutare il numero delle articolazioni periferiche tumefatte ed il grado di tumefazione verrà usata la seguente scala (verranno esaminate 66 articolazioni):</i>
0 = assenza di edema
1 = tumefazione lieve (si riscontra versamento articolare, in assenza di alterazione dei contorni ossei)
2 = tumefazione moderata (si rileva versamento articolare con perdita della distinzione dei capi ossei articolari)
3 = tumefazione grave (l'articolazione è vistosamente tumefatta, con deformità articolare spiccata)

RISULTATI AL GIUGNO 2006

Abbiamo trattato con agopuntura secondo lo schema sovraespresso sei pazienti (quattro uomini e due donne), con PsA periferica e d'età compresa fra i 27 ed i 52 anni, tutti con forme acute articolari e non trattati mediante FANS o antidolorifici.

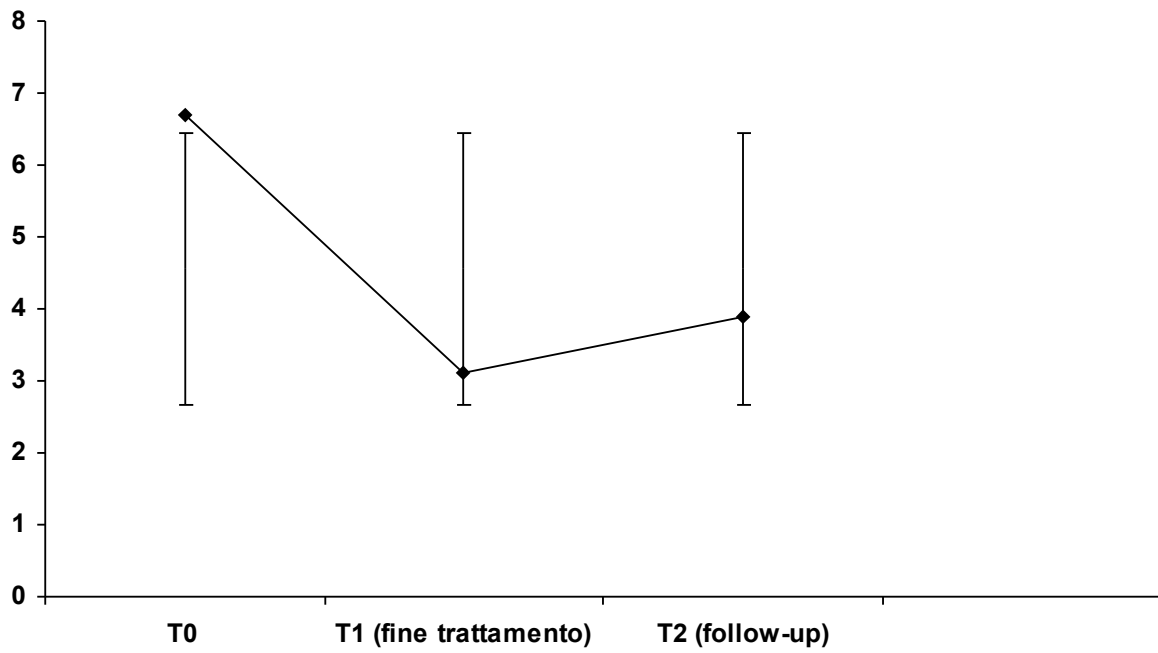
Abbiamo valutato, come da protocollo, l'andamento del dolore con scala analogica di Scott-Hutchinson a 10 punti (Garf. 1), il mornig stiffness (Graf. 2), la dolorabilità delle articolazioni colpite (in media 10) (Graf. 3), l'andamento della VES e della PCR. Il follow up effettuato è stato di 2 mesi.

I risultati dimostrano che l'agopuntura migliora il quadro clinico e riduce gli indici di flogosi in corso di PsA. L'esame ecografico ha mostrato netta riduzione dell'interessamento dei tessuti molli peri e para-articolari in 5 pazienti su 6.

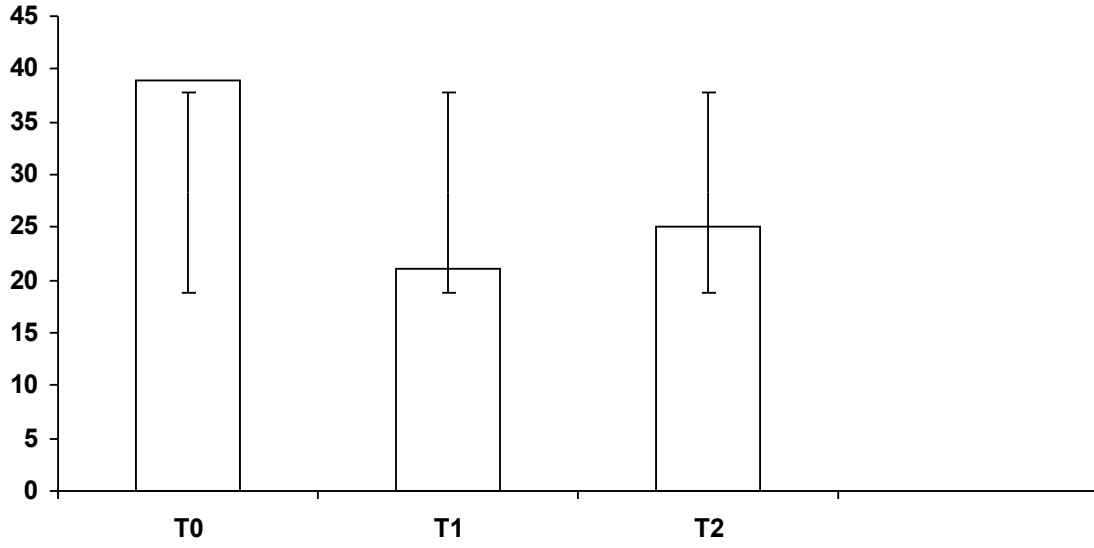
Naturalmente stiamo continuando lo studio al fine di avere una casistica più ampia ed in grado di fornirci risultati più significativi. Inoltre valutando l'andamento in un gruppo sottoposto a terapia farmacologia sintomatica e senza terapia di base, si potranno applicare test statistici di confronto (t di Student) dopo un periodo attivo ed un follow up di almeno sei mesi.

Nel proseguo della ricerca valuteremo anche (a fine terapia e dopo follow-up) i livelli di Interleuchina-10 (IL-10) che sembrano essere molto sensibili nella definizione dello stato di flogosi articolare (43). L'IL-10 o Cytokines Synthesis Inibithory Factor, è prodotta da cloni Th₂ ed inibisce la sintesi di citochine prodotte da cloni Th₁. Svolge azione inibente sul γ -interferone e sulla IL-2 (44-45). E' un mediatore tipico sia delle reazioni allergiche IgE-mediate (44) che delle cosiddette flogosi neurogene (45). Le variazioni di tale citochina indubbiamente servirà a definire il ruolo non solo antalgico ma antiflogistico dei punti di agopuntura selezionati.

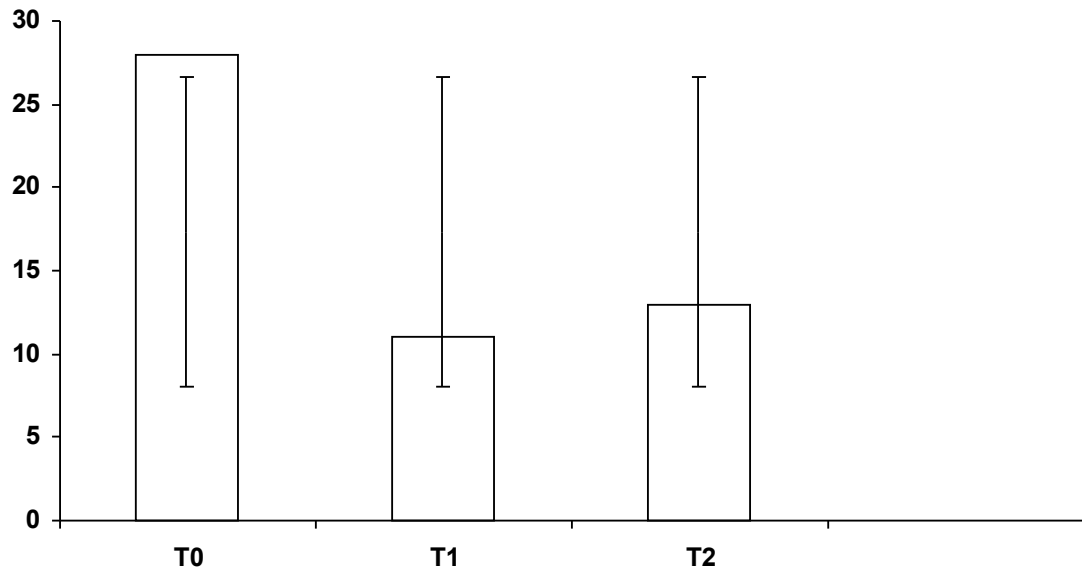
Grafico 1: Andamento del dolore



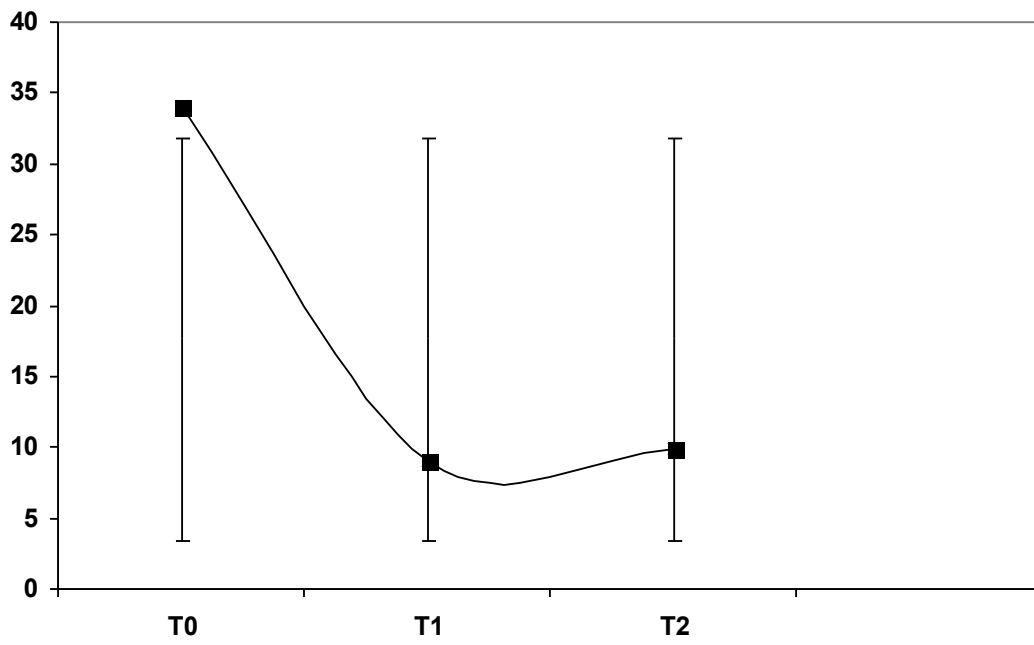
Gaf. 2: Morning stiffness in minuti



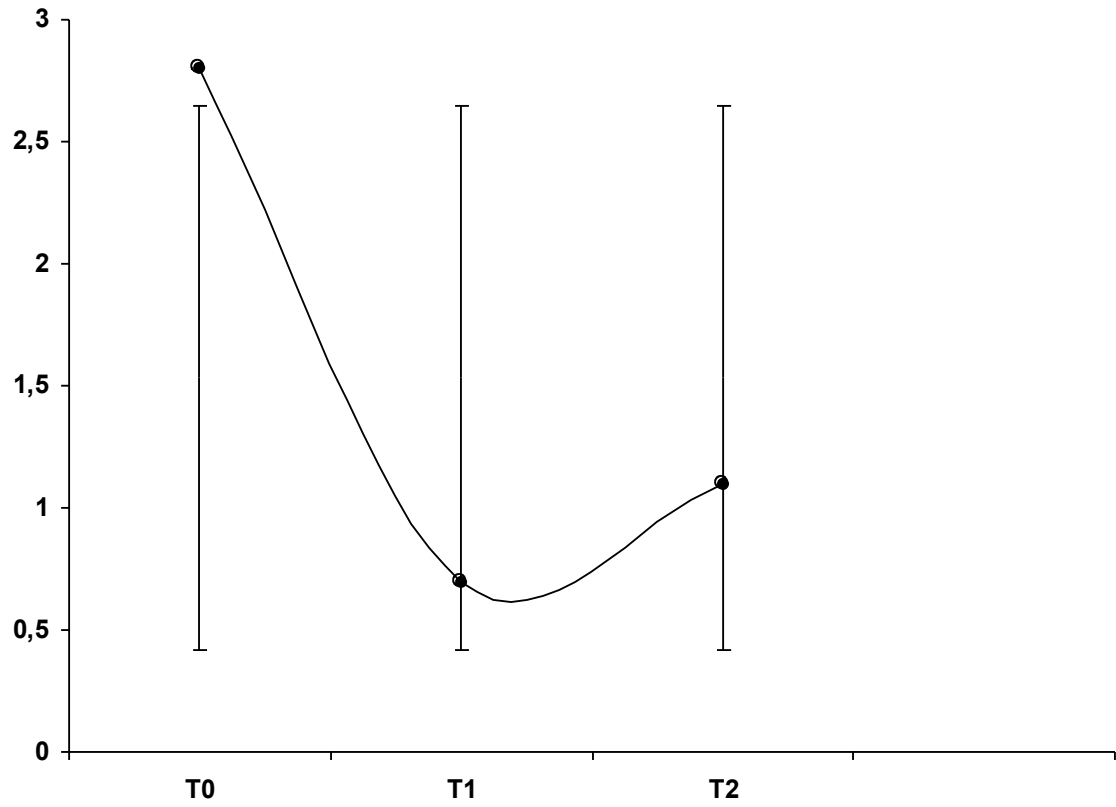
Graf. 3: Dolorabilità articolare media



Graf. 4: Andamento della VES



Graf. 5: Andamento PCR



Bibliografia

- 1) Faber EM, Scott EV: Psoriasis. In: Fitzpatrick et al editors. *Dermatology in General Medicine*. New York: McGrawhill, 233-247, 1979.
- 2) Salvarani C, Lo Scocco G, Macchioni PL. Prevalenza dell'artropatia psoriasica in una popolazione del Nord Italia con psoriasi cutanea. XXIX Congresso della SIR. *Reumatismo* 44: 92, 1992.
- 3) Martini P, Ruju GP, Padula A, Olivieri I. Psoriasis and rheumatological manifestations in an unselected group of dermatologic patients. 4th European Symposium on Psoriasis. Trieste, 16-19 September 1993: Abs 49.
- 4) Gladman DD, Anhorn KAB, Schachter RK, Mervart H. HLA antigens in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 13: 586-92, 1986.
- 5) Hamilton ML, Gladman DD, Shore A, Laxer RM, Silverman ED. Juvenile psoriatic arthritis and HLA antigens. *Ann Rheum Dis* 49: 694-7, 1990.
- 6) Vasey FB, Espinoza LR: Psoriatic arthropathy. In: Calin A editor *Spondylarthropathies*. Orlando: Grune&Stratton, 1984.
- 7) Boumpas DT, Tassioulas IO: Psoriatic arthritis. In: Klippel JH, ed. *Primer on the rheumatic diseases*. Atlanta, Arthritis Foundation, 1997.
- 8) Moll JMH, Wright V: Psoriatic arthritis. *Sem Arthr Reum* 3: 55-78, 1973.
- 9) Helliwell P, Marchesoni A, Peters M, Barker M, Wright V: A reevaluation of the osteoarticular manifestations of psoriasis. *Br J Rheumatol* 3: 339-345, 199.
- 10) Perlman SG, Gerber L, Roberts M, Nigra TP, Bartth WF: Photochemotherapy and psoriatic arthritis. A prospective study. *Ann Intern Med* 91: 717-722, 1979.
- 11) Gerber LH, Espinoza LR: *Psoriatic Arthritis*. New York: Grune and Stratton, 1985.
- 12) Dougados M, Van Der Linden S, Leirisalo-Repo M, et al: Sulfasalazine in the treatment of spondyloarthopathy. A randomized, multicenter, doubleblind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 38:618-627, 1995.
- 13) Clegg DO, Reda DJ, Abdellatif M. Comparison of sulfasalazine and placebo for the treatment of axial and peripheral articular manifestations of the seronegative spondylarthropathies: a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Arthritis Rheum* 42:2325-9,1999
- 14) Jones G, Crotty M, Brooks P and the Psoriatic Arthritis Meta-analysis Study Group. Psoriatic arthritis: A quantitative overview of therapeutic options. *Br J Rheumatol* 36: 95-99, 1997.
- 15) Piro MH, Cash JM: Treatment of refractory psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin N Am* 21: 129-149, 1995.
- 16) Koo JY. Current consensus and update on psoriasis therapy: a perspective from the U.S. *J Dermatol* 23: 723-33, 1999.
- 17) Linden KG, Weinstein GD. Psoriasis: current perspectives with an emphasis on treatment. *Am J Med* 107: 595-605, 1999.
- 18) Espinoza LR, Oui LZ, Espinoza CG, et al: Psoriatic arthritis : clinical response and side effects to methotrexate. *J Rheumatol* 16: 872-877, 1992.
- 19) Bright RD. Methotrexate in the treatment of psoriasis. *Cutis* 64: 332-4, 1999.
- 20) Ozawa A, Sugai J, Ohkido M, Ohtsuki M, Nakagawa H, Kitahara H, Tamaki K, Urabe K, Nakayama J, Horikoshi T, Morimoto Y, Jimbow K. Cyclosporin in psoriasis: continuous monotherapy versus intermittent long-term therapy. *Eur J Dermatol* 9:218-23, 1999.
- 21) Boweri Q.: *The Essence of The Yellow Empeor's Classic*, People's Health Press, Beijing, 1957.
- 22) Zhelin X.: *Phase Energetics of The Yellow Empeor's Classic*, Shandong Science and Thecnology Press, Shandong, 1990.
- 23) Maoshin N.I.: *The Yellow Empeor's Classic of Medicine*, Ed. Shamballa, London-New York, 1995.
- 24) Despeux C.: *Shanghan lun. Trités des "cuups de froid"*, Ed. De La Tisserande, Paris, 1985. Ming O.: *Chinese-English Glossary of Common Terms in TCM*, Ed. Joint Publishing House, Hong Kong, 1982.
- 25) Corradin M. e Di Stanislao C. *Elementi di dietetica energetica in corso di affezioni reumatiche (bizheng)*. La Mandorla 5, 1998.

- 26) Montanari R., De Berardinis D. Il Calore in Medicina Tradizionale Cinese. La Mandorla (<http://www.agopuntura.org/Rivista>) 3, 1997.
- 27) Auteroche B.: Diagnostic et therapeutique des maladies de Yang Ming, MÉR. 105: 147-166, 1995.
- 28) Zhanxi W., Huanling L et Auteroche B.: Neike Zhenjiu Peixue Xinbian, Ed. Kexue Jishu Wenxian Chubanshe, Beijing, 1993.
- 29) Corradin M., Di Stanislao C. Lo Psicismo in Medicina Energetica, ed. AMSA, L'Aquila, 1995.
- 30) Bologna M., Di Stanislao C., Corradin M. et al.: Dietetica Medica Scientifica e Tradizionale, Parte II, Ed. CEA, Milano, 1999.
- 31) Di Stanislao C. e Corbellin C. La cura della psoriasi in Medicina Tradizionale Cinese. Yi Dao Za Zhi 9: 3-4, 1998.
- 32) Sciarretta C. Il reumatismo ed il sangue. Riv It Agopunt 54: 12-19, 1985.
- 33) Wong M.: Lingshu, Ed. Masson, Paris, 1987.
- 34) Hempten CH. Atlante di agopuntura. Hoepli Ed. Milano, 1999.
- 35) Roustan C.: Traité D'Acupuncture, voll I-III, Ed. Masson, Paris, 1984.
- 36) P. Deadman et al.: Manuale di Agopuntura, Ed. CEA, Milano, 2000.
- 37) De Berardinis D e Borgonuovo R. Il dolore da "non nutrizione". Riv It Agopunt 77: 31-38, 1993.
- 38) Kespi JM. Acupuncture. Paris: Maissonneuve, 1982.
- 39) De Berardinis D.: Fuxie. I Perversi Latenti, La Mandorla (www.agopuntura.org), 2, 1997.
- 40) Traidou P.: Le temps du discours de la MTC, MÉR.,110: 67-86, 1998.
- 41) Traidou P. Histoire de la notion de maladie en Chine. Rev. Fr. d'Acupunct., 99: 6-25, 1999.
- 42) Scott DL, Van Riel PL, Van der Heijde D, Stundnika Benke A. Assessing disease activity in rheumatoid arthritis. The EULAR handbook of standard methods. Pharmacia AB Press, Uppsala, 1995.
- 43) The HSG, Steven MM, Van der Linden Sm, Cats A: Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis : a comparison of the Rome, New York and modified New York criteria in patients with a positive clinical history screening test for ankylosing spondylitis. Br.J.Rheumatol. 24:242, 1985.
- 44) McInnes I.B., Illei G.G., Danning C.L., et al.: IL-10 improves skin disease and modulates endothelial activation and leukocyte effector function in patients with psoriatic arthritis, J. Immunol. 2001,167(7):4075-4082.
- 45) Borish L., Rosenwasser L.J.: Update cytochines, J. Allergy Clin. Immunol., 1996, 97: 719-730.
- 46) Crini N., Prosperino G.: Flogosi neurogena, Gior. It. Allergol. Immunol. Clin., 1998, 8: 41-50.

Indirizzo per chiarimenti

Carlo Di Stanislao

mailto: c.distanislao@agopuntura.org - amsaaq@tin.it