

# Il Fisiatra



2

Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione  
Periodico bimestrale a cura della Sezione Regionale Laziale  
Anno II, N. 2 Marzo-Aprile 1989

1989

## SOMMARIO

**Indicazioni e limiti della terapia fisica nell'artrite psoriasica** di U. Tarantino e G. Cannata



**Disturbi dello schema corporeo in adolescenti con lesioni transitorie degli arti**

di G. Borri e F. Della Torre

**È proponibile la riabilitazione vascolare per l'arteriopatico anziano?**

di C. Sottini, G. Lombardi, R. Caregnato, A. Ranzenigo e M. Inzoli

**Appunti di viaggio in URSS**

di M. Pizzetti

### Quaderni di storia

**Il trattamento del piede torto congenito nella storia della medicina (II parte)**

di L. Romanini e Q. Mollica

Rubriche redazionali

Appuntamenti - Libri



## Indicazioni e limiti della terapia fisica nell'artrite psoriasica

U. Tarantino, G. Cannata

*Pagine di Fisiatria a cura di Maurizio Monteleone*

*Direttore dell'Istituto di Clinica Ortopedica, Università di Tor Vergata, Roma*

Il trattamento dell'artrite psoriasica costituisce sicuramente un problema ancora lontano dal potersi considerare risolto.

I vari farmaci proposti risultano in genere meno efficaci e sicuri rispetto ad altre forme reumatiche, ed a lungo andare vengono sovente mal tollerati. La terapia chirurgica offre indicazioni limitate alle forme particolarmente gravi ed invalidanti, come estrema alternativa nei confronti di una patologia ormai avanzata (16).

In questa malattia, dall'evoluzione così incerta e difficilmente controllabile, può rivelarsi utile l'impiego di metodiche a carattere fisiocinesiterapico e riabilitativo. Secondo il prevalente meccanismo d'azione, possono essere distinte:

- 1) metodiche analoghe a quelle impiegate nel trattamento di altre affezioni articolari, quali l'artrite reumatoide e la spondilite anchilosante, con le limitazioni imposte dalla patologia cutanea concomitante;
- 2) metodiche per il trattamento della patologia cutanea che giovano secondariamente anche all'artrite;
- 3) metodiche volte al trattamento simultaneo delle lesioni cutanee ed articolari.

A causa delle incertezze che permangono circa l'eziopatogenesi dell'affezione e l'effetto biologico di vari presidi fisioterapici, questo schema non va comunque interpretato troppo rigidamente.

La notevole variabilità delle manifestazioni articolari nell'artrite psoriasica ha indotto una distinzione in diverse forme cliniche (20). In linea di massima, tuttavia, il tipo di interessamento articolare può essere assimilato ad una poliartrite reumatoide o ad una spondilite anchilosante: quindi i presidi ortesici, cinesiterapici e riabilitativi non si discostano molto da quelli adottati nei confronti di queste due affezioni, tranne il problema specifico generato dalla patologia cutanea (13).

Sebbene la cinesiterapia trovi indicazioni molto limitate nelle fasi di acuzie, la prolungata immobilità antalgica delle articolazioni infiammate favorisce la successiva evoluzione in rigidità ed anchilosi o sublussazione dei capi articolari, assai frequenti e spiccate

in questa patologia: è quindi opportuno alternare salutarmente al riposo assoluto una cauta mobilizzazione attiva e passiva.

La rieducazione funzionale riveste un ruolo fondamentale anche nelle eventuali fasi pre- e post-operatorie, sia per interventi specifici quali tenosinoviectomie, decompressioni nervose, sinoviectomie, ricostruzioni tendinee, artrodesi ed artroprotesi (1, 9), sia per altre indicazioni, mediche o chirurgiche, che comportino prolungati periodi di riposo a letto.

È necessario ricordare che spesse placche ipercheratosiche, in alcuni casi, ed in relazione alla sede colpita, possono ostacolare il movimento, suscitando dolore (14). In queste circostanze sarà quindi opportuno un idoneo trattamento preliminare delle lesioni cutanee distrettuali. Va sempre evitato qualsiasi traumatismo all'apparato tegumentario che possa generare nuove lesioni psoriasiche (fenomeno isomorfo di Koebner): i massaggi dovranno essere dunque particolarmente cauti e le ortesi confezionate con la massima cura, facendo largo uso di materiali morbidi ed anallergici e di imbottiture, al fine di escludere qualsiasi azione irritativa meccanica.

I raggi ultravioletti, applicati con diverse metodiche, rientrano fra quelle modalità di trattamento della psoriasi cutanea, da cui la complicità artropatica può trarre vantaggio. È noto come, anche sotto forma di elio-talassoterapia, essi inducano remissioni marcate delle lesioni cutanee (5); a tale azione si associa, in alcuni casi, un miglioramento variabile della sintomatologia articolare, al quale non è ovviamente estraneo il generico effetto antalgico ed equilibratore sul sistema nervoso, che favorisce la cenestesi e lo stato di salute generale. Può inoltre rivelarsi utile l'associazione tra raggi ultravioletti ed infrarossi: i primi recano prevalente beneficio all'eruzione cutanea, i secondi ad un'artrite in fase di remissione (20).

L'azione combinata dei raggi ultravioletti A (lunghezza d'onda = 320-400 nm) e dello psoralene, agente fotosensibilizzante assunto per via orale o applicato topicamente, è alla base della fotochemioterapia PUVA, metodica di indubbia efficacia nel trattamento della psoriasi cutanea. L'esposizione alla luce ultravioletta

A di intensità elevata attiva lo psoralene, che si lega ai residui pirimidinici del DNA frenando la replicazione cellulare; poiché tuttavia la radiazione non oltrepassa lo strato dermico, si ritiene che lo psoralene non venga attivato nei tessuti più profondi, e probabilmente la fotochemioterapia non esercita alcun effetto antinfiammatorio diretto sulle articolazioni colpite dall'artrite psoriasica. L'analisi sistematica dei caratteri clinici e dell'evoluzione delle alterazioni cutanee ed articolari, in pazienti artritici sottoposti a fotochemioterapia, ha evidenziato come la risposta delle articolazioni al trattamento possa venire influenzata, entro certi limiti, dall'attività e dall'estensione delle manifestazioni cutanee (12).

Le dosi massive di radiazioni ultraviolette, potenziate dall'agente fotosensibilizzante, non sono prive di effetti a lungo termine anche gravi, quali l'azione senilizzante e cancerogena ed il fototraumatismo sul cristallino che può evolvere in cataratta, se l'occhio non è adeguatamente protetto. Tali considerazioni hanno indotto ad associare alla PUVA un agente di provata efficacia nella terapia medica della psoriasi, il retinoide aromatico RO 10.9359, nel tentativo di potenziare il trattamento, riducendone gli effetti collaterali (17, 18). Gli incoraggianti risultati dimostrano i vantaggi della terapia combinata rispetto alle due metodiche impiegate separatamente: il trattamento risulta efficace anche nelle forme refrattarie alla terapia PUVA isolata, in particolare nell'artropatia, mentre la remissione della psoriasi cutanea avviene più rapidamente e necessita di un'irradiazione ridotta. Tra gli effetti secondari, generalmente transitori e ben tollerati, viene segnalato soprattutto il rischio teratogeno del retinoide aromatico, che controindica tale trattamento in gravidanza ed in genere nella donna in età fertile. La limitazione del dosaggio di UVA riduce il rischio carcinogeno della fotochemioterapia; inoltre lo stesso retinoide sembra svolgere un'azione preventiva nei confronti delle neoplasie epiteliali.

Sono stati ottenuti risultati interessanti dall'irradiazione mediante laser UV a lunghezza d'onda di 337,15 nm, associata a somministrazione di psoralene per os o topico (PULaserterapia). La metodica è in grado di produrre effetti antinfiammatori ed analgesici, normalizzare la permeabilità della membrana sinoviale e migliorare il microcircolo regionale, in assenza delle reazioni secondarie tipiche della terapia PUVA (10).

In linea di principio l'applicazione locale di calore, sotto forma di termoterapia esogena ed endogena, viene riservata alle forme in remissione; in quelle acute si raccomanda invece l'impiego dell'ipotermoterapia (7).

Secondo alcune esperienze, la paraffina o viceversa il ghiaccio, applicati alle piccole articolazioni, non aggravano la psoriasi cutanea; le frizioni iperemizzanti con impiego di unguenti medicamentosi vengono invece sconsigliate per l'eccessivo traumatismo che inducono sulla cute (20). Alle menzionate pratiche di

talassoterapia può essere vantaggiosamente associata la psammoterapia (11).

Sempre nelle fasi di remissione, grande importanza viene attribuita alla balneoterapia ed alla lutoterapia, in quanto risultano in grado di lenire la sintomatologia algica, stimolare l'irrorazione sanguigna dei tessuti e rilasciare le contratture muscolari, diminuendo la rigidità articolare (2, 3, 4, 5, 6, 19). Queste forme di termoterapia esogena assumono particolare significato qualora alla remissione dell'obiettività clinica si associ una normalizzazione degli indici di laboratorio. Acque sodio-clorurate o solforose trovano applicazione nella terapia simultanea della psoriasi cutanea e dell'artropatia; acque ipertermiche, radioattive ed a contenuto minerale più elevato vengono impiegate soprattutto nei confronti del reumatismo psoriasico, presupponendo un'attività ridotta delle lesioni cutanee. In nessun caso la balneoterapia è indicata in presenza di una psoriasi eritrodermica.

Accanto a risultati favorevoli, ottenuti più spesso nelle forme stabilizzate che associano spondiloartrite ed artriti periferiche, viene tuttavia annoverata una discreta percentuale di insuccessi, non di rado accompagnati da un peggioramento della componente dermatologica (6, 8, 15). Si tratta sovente di forme in fase iniziale, a decorso ancora incerto, o di forme altamente evolutive, con velocità di eritrosedimentazione molto elevata. Talora viene segnalato un eccessivo effetto irritante sulla cute dei bagni in acqua salata, tale da costituirne una seria controindicazione; inoltre è possibile che l'azione specifica dello zolfo, favorevole in altre affezioni cutanee e reumatiche, si riveli nociva nell'artrite psoriasica, esacerbandone le manifestazioni tegumentarie. Comunque, la crenoterapia merita un posto ben definito nel trattamento di questa patologia: particolare interesse rivela il suo oculato impiego a sostegno della terapia farmacologica (8, 19, 21).

Tra le diverse forme di termoterapia endogena, meritano di essere menzionate le onde corte (3, 7).

L'elettroterapia antalgica trova utile impiego nelle forme dolorose che non abbiano un impegno cutaneo locale.

Le correnti di stimolazione risultano efficaci negli esiti delle fasi acute, per accelerare i processi di recupero muscolare.

Per quanto riguarda altre metodiche proposte, l'impiego degli ultrasuoni è ritenuto più efficace nelle forme croniche evolutive con erosione articolare e con processi degenerativi secondari (7); vengono inoltre riferiti buoni risultati con i campi elettromagnetici alternati a bassa frequenza (2). Sarebbe opportuno un maggior numero di studi specifici al fine di verificare la reale efficacia di tali provvedimenti terapeutici.

In conclusione, nel complesso trattamento dell'artrite psoriasica, la terapia fisica si rivela sotto diversi aspetti indubbiamente efficace, soprattutto in associazione

con quella farmacologica. Costituisce tuttavia un errore impiegare nei riguardi di tale affezione i vari strumenti fisioterapici secondo facili empirismi che portino a prescrizioni indiscriminate, tralasciando lo stretto rapporto con una patologia cutanea che, se da talune metodiche trae giovamento parallelamente all'artrite, da altre può venire aggravata. È comunque necessario un maggiore apporto di studi che utilizzino criteri rigorosamente scientifici nella valutazione dei risultati ottenuti da uno o più presidi fisioterapici, eventualmente associati ad uno specifico trattamento farmacologico. La migliore riuscita del programma terapeutico non potrà che scaturire da una più stretta collaborazione interdisciplinare.

### Bibliografia

1. BELSKY M.R., FELDON P., MILLENDER L.H., NALEBUFF E.A., PHILLIPS C. - Hand involvement in psoriatic arthritis. *J. Hand Surg. (Am.)* 7: 203-207, 1982.
2. BRAITSEV A.V., MARZEEVA G.I., SLONIMSKAYA E.S., RUTSHTAIN L.G., BASHLYKOVA T.M., ROITBURT M.F., KLYAVINA V.R. - Fizio-terapevticheskie i bal'neologicheskie metodi v kompleksnoi lechenii bol'nykh psoriaticheskoj artropatiej. *Vestn. Dermatol. Venerol.* 10: 71-74, 1976.
3. DOROGINA V.M., PERSHIN S.B. - Deistvie radonovykh vann i voln detsmetrovogo diapazona na bol'nykh psoriaticheskim poliartritom. *Vopr. Kurortol. Fizioter. Lech. Fiz. Kult.* 5: 46-49, 1985.
4. FORMENTIN M., PITTARELLO A. - Osservazioni sulla psoriasi-artropatica in corso di lutoterapia. *Arch. Osp. Mare* 2(4): 176-186, 1950.
5. GIARDINO G. - Talassoterapia termale per la psoriasi artropatica e la psoriasi nell'anziano. *G. Gerontol.* 14: 441-446, 1966.
6. GOUHOT P. - Rhumatisme et psoriasis. La cure thermale de Bourbon-L'Archambault. *Concours Med.* 87: 3775-3781, 1965.
7. HEIN G., KNOPF B., BARTA U. - Die Therapie der Arthritis psoriatica. *Dermatol. Monatsschr.* 172: 65-72, 1986.
8. KABROWSKI J. - Balneotherapie der Psoriasis Arthropathica. *Z. Rheumaforsch.* 26: 471-473, 1967.
9. LAMBERT J.R., WRIGHT V. - Surgery in patients with psoriasis and arthritis. *Rheumatol. Rehabil.* 18: 35-37, 1979.
10. MATULIS A.A., VASILENKAITIS V.V., RAISTENSKY I.L., CHEREMNYKH-ALEXEENKO E.N., GAIGALENE B.A. - Lazernaia terapia i lazeropunctura pri revmatoidnom artrite, deformiruiushchem osteoartroze i psoriaticheskoj artropatii. *Ter. Arkh.* 55(7): 92-97, 1983.
11. MONTELEONE M., ROMANO M. - Sulla artropatia psoriasica. *Atti SO-TIMI* 13: 255-259, 1966.
12. PERLMAN S.G., GERBER L.H., ROBERTS R.M., NIGRA T.P., BARTH W.F. - Photochemotherapy and psoriatic arthritis. A prospective study. *Ann. Intern. Med.* 91: 717-722, 1979.
13. SANY J. - Réadaptation fonctionnelle des rhumatismes inflammatoires. *Concours Med.* 104: 3591-3602, 1982.
14. SAPUPPO A. - *Clinica dermosifilopatica*. Piccin, Padova, 234-243, 1978.
15. SCHRODER G., LUHR K., EVERS A. - Zur Balneotherapie der Psoriasis vulgaris und Psoriasis arthropathica. *Z. Angew. Bader-Klimaheilk.* 17: 160-187, 1970.
16. TARANTINO U., CANNATA G. - Psoriasi ed apparato locomotore. *Riv. Patologia Apparato Locomotore* 6(1): 67-78, 1986.
17. THIVOLET J., ROBERT S., VIGNON E. - L'association rétinolide aromatique PUVA-thérapie dans le traitement des psoriasis arthropathiques. Étude préliminaire. *Ann. Dermatol. Venereol. (Paris)* 106: 1037-1038, 1979.
18. THIVOLET J., ROBERT S., VIGNON E. - Le rétinolide aromatique associé a la photochimiothérapie pour le traitement du psoriasis et du rhumatisme psoriasique. *Ann. Dermatol. Venereol. (Paris)* 108: 131-137, 1981.
19. VLČEK F. - Einige therapieprobleme de Psoriasis arthritica. *Z. Hautkr.* 54: 551-553, 1979.
20. WRIGHT V., MOLL J.M.H. - *Seronegative polyarthritis*. Elsevier/North-Holland Biomedical Press, Amsterdam, 1976.
21. ZBOJANOVA M., TRNAVSKY K., VLČEK F. - Súčasný stav liečby psoriatickej artritídi. *Fysiatr. Reumatol. Vestn.* 52: 272-275, 1974.

