

L'artrite psoriasica delle falangi in alcune tipologie occupazionali: valutazione dei danni articolari, cutanei e psicosociali in uno studio su 69 casi

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE*

RIASSUNTO: L'artrite psoriasica delle falangi in alcune tipologie occupazionali: valutazione dei danni articolari, cutanei e psicosociali in uno studio su 69 casi.

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE

Introduzione. L'artrite psoriasica nel 95% dei casi interessa le articolazioni falangee distali (APF) e può causare danni articolari e/o cutanei e psicosociali.

Scopo. Sono state descritte le tecniche che permettono di valutare i danni e gli aspetti psicosociali in alcune tipologie occupazionali.

Materiali e Metodi. Sono stati sottoposti allo studio 35 uomini e 34 donne, di 31-48 anni, affetti da APF. Sono stati valutati i danni: - articolari con l'ecografia (US) ed il Range of Motion (ROM) - cutanei con l'indice Psoriasis Area and Severity Index - i danni psicosociali con il questionario sulla qualità della vita occupazionale.

Risultati. La gravità clinica è stata descritta in quattro stadi progressivi. Erano presenti l'interessamento cutaneo in 54 casi (78,2608%) ed il disagio psicosociale in 56 casi (81,1594%). Le correlazioni di Spearman hanno evidenziato $p < 0,0001$ tra i risultati US, ROM e del questionario.

Discussione. Le lesioni "visibili" e la riduzione del "movimento" delle dita possono produrre imbarazzo e difficoltà di relazione (socializzazione). Tale stato di disagio (danno psicosociale) può interferire sulla qualità della vita e sull'attività lavorativa. Esso inoltre può determinare l'insorgenza delle lesioni cutanee o può derivare dalla presenza delle lesioni articolari e/o cutanee.

Conclusioni. Le tecniche possono aiutare il sanitario nel definire la diagnosi, valutare la terapia e quantizzare i danni funzionali, estetici e psicosociali.

SUMMARY: Psoriatic phalangeal arthritis in same occupational types: evaluation of the articular, skin and psychosocial damages in a study on 69 cases.

S. IURASSICH, A.M. IANNACCONE

Background. The psoriatic arthritis in the 95% of cases involves the phalangeal distal joints (PFA) and can produce articular and/or skin and/or psychosocial damages.

Objectives. Have been described the techniques that can appraise the damages and the psychosocial aspects in same occupational types.

Materials and methods. Were enrolled in this study 35 men and 34 women, aged 31-48 years, with PFA. Have been appraised: - articular damages by with the ultrasound test (US) and the Range of Motion (ROM) - skin damages by the Psoriasis Area and Severity Index - the psychosocial damages by the questionnaire or the quality of the occupational life.

Results. Have been observed skin lesion in 54 cases (78,2608%), psychosocial damages in 56 cases (81,1594%). The clinical importance has been described in 4 progressive degrees. The correlations of Spearman showed $p < 0,0001$ among US, ROM and questionnaire results.

Discussion. The "visible" lesions and the reduction in "movement" of the fingers can produce embarrassment and difficulty of relationship (socialization). Such this state of uneasiness (psychosocial damage) can interfere on the quality of the life and on the working activity. Besides it can determine the onset of the skin lesions or it can derive from the presence of the articular and/or skin lesions.

Conclusions. The techniques can help the physician to define the diagnosis, value the therapy and appraise the damages.

KEY WORDS: Artrite psoriasica - Disagio - Tecniche diagnostiche.
Psoriatic arthritis - Uneasiness - Diagnostic techniques.

Introduzione

L'artrite psoriasica è un processo infiammatorio che coinvolge in modo asimmetrico, nel 95% dei casi, le articolazioni falangee distali (APF). Essa è presente nel 5,4% dei pazienti affetti da psoriasi tra i 30 ed i 50 anni di età e nel 30-40% delle forme di psoriasi severa (1-3). L'APF può insorgere come unica espressione della patologia o

Seconda Università degli Studi di Napoli
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile,
Audiofoniatra e Dermatovenereologia
* Università degli Studi di Salerno
Facoltà di Farmacia
Dipartimento di Scienze Farmaceutiche

essere associata alla componente cutanea e/o psicosociale ed è stata distinta in 5 forme cliniche (classificazione di Moll e Wright): l'oligoarticolare asimmetrica (70% dei casi) che interessa le articolazioni interfalangee e metacarpofalangee, la simmetrica similreumatoide (15% dei casi), l'interfalangea distale (5% dei casi), la mutilante (5% dei casi) con distruzione delle articolazioni falangee e la spondilitica (5% dei casi) con positività degli indici infiammatori. La diagnosi richiede la presenza dei segni clinici ed ecografici (US) e l'assenza, nelle indagini ematochimiche, del fattore reumatoide. L'APF deve essere differenziata da artrite reumatoide, artriti reattive, tendiniti, spondiliti e borsiti (4-6).

I danni articolari sono infiammatori (noduli, tumefazione, dolore), ossei (sublussazioni, osteoporosi, distruzione, deformazione "a cupola" e proliferazione marginale dell'osso) e funzionali (riduzione dei movimenti di flesso-estensione delle dita) (2, 5, 6). La componente cutanea evidenzia danni infiammatori ed estetici (lesioni eritemato-squamose o essudanti o pustolose, ipercheratosi e ragadi palmoplantari). Essa precede l'artrite nell'80% dei casi, mentre questa precede la prima nel 15% dei casi. L'onicopatia è presente nel 30-50% dei pazienti, è raramente una manifestazione unica e nell'80% dei casi evidenzia depressioni puntiformi (1, 3). La componente psicosociale è causata dallo stato di disagio. Questo nella vita di relazione ed occupazionale può essere indotto dagli inestetismi delle lesioni cutanee e/o dalla riduzione dei movimenti delle dita (perdita dell'indipendenza e/o della capacità lavorativa) (2, 6). In tal senso nella letteratura non è stata descritta una personalità psoriasica, ma è stata differenziata la psoriasi cutanea insorta sul lavoro di origine psicosomatica da quella indotta da traumi (7, 8). Nel primo caso lo stato di disagio psicosociale può essere convertito nei disturbi e/o nelle patologie elencate nella Tabella 1, mentre nel secondo caso il trauma-danno fisico determina la comparsa della lesione psoriasica cutanea mediante l'isomorfismo reattivo o segno del Koebner (7, 8). I pazienti con APF, in particolare i giovani e le donne, presentano (nel 40% dei casi) i disturbi psichici descritti nella Tabella 1 (1, 2, 9, 10).

Diverse attività occupazionali richiedono, in modo prevalente, l'impiego delle mani sia come immagine o mezzo di presentazione e/o di comunicazione, sia come funzione o ampiezza dei movimenti delle dita. Sono state descritte le tecniche che permettono di valutare i danni articolari e/o cutanei e gli aspetti psicosociali nei pazienti con APF in alcune tipologie occupazionali.

Materiali e metodi

Sono stati sottoposti allo studio, dopo consenso informato, 69 pazienti (35 uomini, 34 donne) di 31-48 anni (39,1739 media aritmetica, 105887,08 fattore di corre-

TABELLA 1 - DISTURBI DI ORIGINE PSICOSOMATICA.

disturbi psichici	ansia disturbi depressivi perdita della conoscenza perdita di memoria attacchi di panico disturbi del comportamento disturbi del sonno disturbi della condotta alimentare disturbo post-traumatico da stress
disturbi d'organo	aritmia gastrite ulcera nausea perdita del visus cefalea
disturbi diversi	facili infezioni ipersudorazione mialgia astenia

zione, 1793,92 devianza, 26,3811 varianza, 5,1362 deviazione standard, 13,1143 coefficiente di variazione), affetti da APF. Erano presenti le forme: oligoarticolare in 50 pazienti, similreumatoide in 12 pazienti, interfalangea in 4 pazienti e mutilante in 3 pazienti (Tab. 2). I pazienti svolgevano le attività lavorative descritte nella Tabella 2 e sono stati divisi in due gruppi: il primo, di 38 pazienti (19 uomini, 19 donne), comprendeva 10 occupazioni che richiedevano in modo frequente l'impiego dei movimenti fini e non determinavano abitualmente microtraumi alle mani, il secondo gruppo, di 31 pazienti (16 uomini, 15 donne), includeva 10 occupazioni con movimenti fini/grossolani e con facile esposizione ai microtraumi (Tab. 2).

Sono stati studiati: (Tab. 3) - *i danni articolari ossei e/o infiammatori con l'ecografia (US)*, quelli funzionali con il *Range of Motion attivo (ROM)* - *i danni cutanei con l'indice Psoriasis Area and Severity Index (PASI)* - *i danni psicosociali con un questionario sulla qualità della vita occupazionale* (7, 8, 10). Il *PASI* esprime in valori numerici (N) tra 0 e 72 sia la gravità dei 3 aspetti clinici della lesione quali l'eritema (E), l'infiltrazione (I) e la desquamazione (D), ciascuna con valore tra 0 e 4, sia la percentuale di estensione della lesione (A) nei 4 distretti cutanei: testa, tronco, arti superiori ed inferiori. Il calcolo ($N = \sum E-I-D \times A$) è agevolato dall'impiego di tabelle. L'US, con una sonda da 7,5 e 10 MHz ed un distanziatore a base di silicone, registra i segni dei danni articolari: l'infiammatorio e l'osseo. Il primo è evidenziato dalla riduzione dello spazio intra-articolare e dall'aumento dello spessore del tendine estensore, del derma e dell'ipoderma ad esso sovrastanti, il secondo dall'aspetto ad "uncino" dei capi ossei falangei distali (4-6).

TABELLA 2 - LE 20 OCCUPAZIONI DEI PAZIENTI E DEI CONTROLLI.

Occupazione	Numero di pazienti per forma clinica di artrite psoriasica								Controlli	
	articolare		reumatoide		falangea		mutilante		U	D
Movimenti	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
<i>Fini</i>										
Sarto	1	2	1				1		2	2
Dattilografo	2	2	1						2	2
Elettrotecnico	2	0			1				2	1
Orafo	2	1							2	2
Musicista	1	2	1	1					2	2
Cuoco	1	2		1		1			2	2
Sanitario	1	0							2	2
Terminalista	1	2		1				1	2	2
Segretario	1	3	1						2	3
Elettricista	1								2	2
Totale	13	14	4	3	1	1	1	1	20	20
<i>Grossolani</i>										
Ceramista	1	2							2	2
Meccanico	2				1				2	0
Edile	1		1						2	0
Marinaio	1	0					1		1	1
Cameriere	1	2		1					1	2
Autista	1	1							2	2
Sportivo	1	2		1					1	2
Fabbro	1		1						2	0
Giardiniere	1	2		1					1	2
Inserviente	2	2					1		1	3
Totale	12	11	2	3	1	1	1		15	14
Totale	25	25	6	6	2	2	2	1	35	34

Legenda: U, uomini; D, donne; articolare, artrite oligoarticolare asimmetrica; reumatoide, artrite simmetrica similreumatoide; falangea, artrite interfalangea distale.

Il ROM misura (con un goniometro) la riduzione dell'ampiezza dei movimenti attivi di contrazione delle articolazioni metacarpo-falangee ed interfalangee (4-6). Il questionario (tipo Gaston Berger modificato) comprende 24 risposte polari su quesiti inerenti la patologia ed il lavoro. Esse, con valore 1 (risposta no) bassa o 9 (risposta si) alta, esprimono il giudizio e/o la percezione che il soggetto evidenzia sul o dal lavoro e quindi il possibile stato di disagio (Tab. 4). I risultati del questionario, compresi tra 24 e 216 punti, sono stati confermati da al-

meno 4 colloqui medico-paziente della durata di 45 minuti (7-11).

Sono stati esclusi dallo studio i soggetti: - fumatori (consumo maggiore di 5 sigarette/die) e consumatori abituali di alcool (dose equivalente a 500 cc-12°/die) per evitare che l'aumento dei processi di ossidazione e di invecchiamento potessero interferire con la comparsa e la durata delle lesioni (12) - affetti da patologie genetiche e/o infiammatorie in grado di modificare la mobilità articolare - da neoplasie, da malattie neurologiche e compre-

TABELLA 3 - I METODI E LA GRAVITÀ DEI DANNI (METHODS AND THE IMPORTANCE OF THE DAMAGES).

Metodi per la valutazione del danno: <i>metodo impiegato</i>		valori nella norma e nei quattro stadi clinici								
danno	normale	I	II	III	IV					
1) cutaneo: Psoriasi Area Severity Index (PASI)										
valori	0	01-24	25-49	50-75	> 75					
2) articolare (osseo, infiammatorio, funzionale)										
a) osseo : ecografia (morfologia tessuti ossei)										
capi ossei articolari distali	lineare	segno dell' "uncino"								
b) infiammatorio: ecografia (tessuti molli con misure in millimetri)										
distanza spazio articolare	2,5 – 2,1	2,0 – 1,6	1,5 – 1,1	1,0 – 0,6	0,5 – 0,0					
spessore tendine estensore	2,5 – 3,5	2,5 – 3,5	3,6 – 4,0	4,1 – 4,5	4,6 – 5,0					
spessore derma ipoderma	3,0 – 4,0	3,0 – 4,0	4,1 – 4,5	4,6 – 5,0	5,1 – 5,5					
c) funzionale: Range of Motion (misure in % di riduzione)										
valori	0%	1 – 15%	20–30%	35–56%	> 70					
3) psicosociale: questionario sulla qualità della vita lavorativa (Berger modificato)										
punteggio	00–24	32– 64	72–112	120–160	168–216					
STADIO DEL DANNO: tipo articolare, cutaneo, psicosociale										
pazienti U uomini, D donne	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
solo articolare in 3 pazienti (il 4,3478% dei casi): 2 U ed 1 D										
casi con danno articolare	/	/	0	0	1	0	0	1	1	0
articolare e cutaneo in 10 pazienti (il 14,4927% dei casi): 4 U e 6 D										
casi con danno articolare	/	/	2	2	1	2	1	1	0	1
casi con danno cutaneo	/	/	2	3	1	1	1	1	0	1
<i>pazienti per grado clinico</i>										
			2	2	1	2	1	1	0	1
articolare e psicosociale in 12 pazienti (il 17,3913% dei casi): 6 U e 6 D										
casi con danno articolare	/	/	2	3	2	2	1	1	1	0
casi con danno psicosociale	/	/	2	3	2	2	1	1	1	0
<i>pazienti per grado clinico</i>										
			2	3	2	2	1	1	1	0
articolare, cutaneo, psicosociale in 44 pazienti (il 63,7681% dei casi): 23 U, 21 D										
casi con danno articolare	/	/	11	9	7	8	4	3	1	1
casi con danno cutaneo	/	/	12	9	7	7	3	3	1	2
casi con danno psicosociale	/	/	11	9	7	8	4	3	1	1
<i>pazienti per grado clinico</i>										
			11	8	7	8	4	3	1	2
totale pazienti per grado										
danno articolare			15	13	11	12	6	6	3	3
danno cutaneo			13	10	8	10	5	4	1	3
danno psicosociale			13	11	9	10	5	4	2	2

Legenda: U, uomo; D, donna.

si nei criteri del DSM -IV per diagnosi di disturbo post-traumatico da stress e/o di personalità evitante e/o di personalità passivo-aggressiva per escludere che tali fattori potessero interferire sulla personalità del soggetto psoriasico. Sono stati inoltre inclusi nello studio 69 controlli (35 uomini, 34 donne) di 31-48 anni (5,1362 deviazione standard) che svolgevano le occupazioni descritte nella Tabella 2. Sono state eseguite le correlazioni di

Spearman tra i reperti PASI, US, ROM e del questionario.

Risultati

I danni delle componenti cliniche articolari e/o cutanei e/o psicosociali (registrati dai reperti PASI, ecogra-

TABELLA 4 - QUESTIONARIO DI BERGER MODIFICATO: 24 DOMANDE SULLA PATOLOGIA – LAVORO. ESSE ESPRIMONO LA QUALITÀ DELLA VITA OCCUPAZIONALE PERCEPITA DAL SOGGETTO.

Domande del questionario polare sulla vita lavorativa del paziente	Percezione/risposte dei lavoratori/pazienti			
	Sì = 9 (alta)		No = 1 (bassa)	
	Pazienti	%	Pazienti	%
presenza di discriminazione	56*	81,1594	13	18,8405
presenza di umiliazione	56*	81,1594	13	18,8405
presenza di isolamento	56*	81,1594	13	18,8405
presenza di frustrazione	35*	50,7246	34	49,2753
presenza ansia	28*	40,5797	41	59,4202
presenza depressione	28*	40,5797	41	59,4202
presenza aggressività nata sul lavoro	28	40,5797	41	59,4202
perdita di serenità	35	50,7256	34	49,2753
perdita dell'autostima	28	40,5796	41	59,4202
presenza vergogna della patologia	34	49,2753	35	50,7246
presenza prurito	28*	40,5796	41	59,4202
presenza dolore	18*	20,0869	51	73,9130
presenza irritazione (flogosi)	24*	34,7826	45	65,2173
presenza della persistenza delle lesioni	42*	60,8695	27	39,1304
no soddisfazione terapia	27*	39,1304	42	60,8695
difficoltà ai movimenti fini	42	60,8695	27	39,1304
difficoltà ai movimenti fini grossolani	34*	49,2753	35	50,7246
difficile orario tra lavoro e terapia	34*	49,2753	35	50,7246
molti periodi di assenze per malattia	34*	49,2753	35	50,7246
difficile relazione con i colleghi	34	49,2753	35	50,7246
difficile relazione con il pubblico	42	60,8695	27	39,1304
no dispositivi protezione individuali	56	81,1594	13	18,8405
no dispositivi di protezione generali	56	81,1594	13	18,8405
no attenzione del datore alle esigenze	56	81,1594	13	18,8405

*fattori già considerati in letteratura.

fici, ROM e questionario) sono stati descritti nella Tabella 3. Ciascun danno è stato descritto in 4 stadi progressivi di gravità clinica (I basso, II medio, III alto e IV molto alto), mentre lo stadio è stato determinato dalla componente clinica che evidenziava maggiore gravità. Il danno articolare e quello funzionale, alle articolazioni falangee e metacarpo-falangee della mano, era presente con I, II, III e IV rispettivamente in 28, 23, 12 e 6 pazienti (Tab. 3). L'interessamento cutaneo era presente in 54 casi (78,2608%): 23 pazienti con I grado (forme: volgare 21 casi, inversa 1 caso, palmoplantare 1 caso), 18 pazienti con II grado (forme: volgare 15 casi, inversa 2 casi, palmoplantare 1 caso), 9 pazienti con III grado (forme: volgare 6 casi, inversa 1 caso, palmoplantare 2 casi) e 4 pazienti con IV grado (solo forma volgare). Il disagio psicosociale era presente in 56 casi (81,1594%): 24, 19, 9 e 4 pazienti rispettivamente con I, II, III e IV grado. Questi pazienti lamentavano una ridotta qualità della vita (discriminazione, umiliazione, isolamento) e, considerando quanto riscontrato in letteratura, ansia e depressione in 28 pazienti (40,5797% dei casi totali), frustrazione in 35 pazienti (50,7246%

dei casi), assenza di soddisfazione alla terapia in 27 pazienti (39,1304% dei casi) e dolore in 18 pazienti (26,0869% dei casi). Il prurito era assente nei controlli ed era presente in 28 pazienti (40,5796% dei casi totali): 26 pazienti con disagio (il 46,4285% dei 56 casi) e 2 senza disagio (il 15,3845% dei restanti 13 pazienti psoriasici). Esso interessava 8 pazienti con disagio basso (il 30,7692% dei 26 casi), 9 pazienti con disagio medio (34,6153% dei casi), 6 pazienti con disagio alto (23,0769% dei casi) e 3 pazienti con disagio molto alto (11,5384% dei casi). Pertanto i pazienti con prurito evidenziavano disagio nel 92,8571% dei casi.

Le correlazioni di Spearman in ciascuno dei quattro stadi clinici dei pazienti e nei controlli hanno evidenziato alta significatività ($p < 0,0001$) tra i reperti US infiammatori e/o ROM e/o del questionario ($p < 0,0001$) e tra i reperti PASI e/o US e/o ROM e/o del questionario ($p < 0,0002$). Lo studio dei reperti non ha evidenziato differenze di occupazione e/o di sesso e/o di età ed inoltre i risultati US e ROM concordavano con i precedenti studi (4-6).

Sono state osservate - l'onicopatia in 31 pazienti

TABELLA 5 - L'ONICOPATIA E LA COMORBILITÀ NEI PAZIENTI.

Comorbilità delle patologie	Pazienti totali	Uomini	Donne
onicopatia psoriasica	31	16	15
<i>A) Patologia/e</i>			
dermatite seborroica	2	2	
diabete	1		1
ipertensione	3	1	2
obesità	1		1
dermatite seborroica, diabete	1	1	
dermatite seborroica, ipertensione	1	1	
dermatite seborroica, obesità	1	1	
diabete, ipertensione	2	1	1
diabete, obesità	2		2
diabete, ipertensione, obesità	3	1	2
dermatite seborroica, diabete, ipertensione	1	1	
dermatite seborroica, diabete, obesità	1	1	
dermatite seborroica, ipertensione, obesità	1	1	
dermatite seborroica, diabete, ipertensione, obesità	1	1	
Totale	21	12	9
<i>B) Casi totali per patologia</i>			
dermatite seborroica	09	9	
diabete	12	6	6
ipertensione	12	7	5
obesità	10	5	5

(44,92% dei casi) - la comorbilità con la dermatite seborroica, il diabete, l'ipertensione e l'obesità in 21 pazienti (12 uomini, 9 donne) come descritta nella Tabella 5.

Discussione

I risultati evidenziano che la gravità clinica della componente cutanea è correlata con quella articolare e/o psicosociale (quando presenti) e che invece la gravità clinica di queste ultime presenta valori completamente sovrapponibili. I risultati evidenziano anche che, in modo concorde con la letteratura, le lesioni cutanee precedono l'artrite nell'80% dei pazienti, mentre questa precede le prime nel 15% dei pazienti (1, 2).

Tutti i lavori manuali possono produrre alle regioni del palmo, eminenza tenare ed ipotenare, dita e polpastrelli, traumi fisici (pressioni, confricazioni e vibrazioni) o chimici (idrocarburi, acidi e basi forti). Inoltre, i movimenti prensili possono agevolare, in presenza di lesioni eritematose ed ipercheratosiche o pustolose, l'insorgenza di ragadi e di erosioni dolorose e, talvolta,

anche i dispositivi di sicurezza, impiegati per la protezione, possono promuovere, per trauma pressorio o frizionale, la recrudescenza delle lesioni ed essere così causa di maggior danno. I colloqui hanno evidenziato che nelle occupazioni dove sono richiesti soprattutto i movimenti fini è la gravità delle lesioni già presenti e causa dei danni funzionali ed estetici a determinare nel paziente sia la consapevolezza di una ridotta capacità prensile (limitato movimento delle articolazioni interfalangee e metacarpo falangee), sia la percezione di una perdita di immagine. Invece, nelle occupazioni dove sono coinvolti in modo prevalente i movimenti grossolani è soprattutto il trauma lavorativo (pressione, abrasione, confricazione) che attraverso il Koebner determina la recrudescenza o la comparsa delle lesioni e che solo successivamente esse saranno causa della perdita funzionale e dell'immagine. I danni articolari riducono il movimento delle dita (*danno funzionale*) e quindi la capacità lavorativa. Questa, o meglio, l'idoneità lavorativa dipende dalla differenza tra l'ampiezza del ROM dei movimenti falangei richiesti della mansione svolta e quella del ROM presente nei movimenti ancora possibili e che corrisponde alla capacità residua. Anche l'aumentato carico e/o mo-

vimento delle articolazioni come i gesti semplici, quotidiani, ripetitivi, possono causare la comparsa e l'aggravamento dell'artrite.

La frequenza dei disturbi psicosociali, descritti nella tabella 1, concorda con quanto riscontrato in letteratura (7-11). I colloqui hanno permesso di comprendere, nei pazienti con danno psicosociale (56 soggetti), l'importanza che essi conferivano alla patologia, i fattori emozionali e gli eventi stressanti che agivano sulla loro personalità e che giustificavano l'interpretazione psicosociale delle lesioni (7, 8, 10, 11). Le lesioni "visibili" possono produrre imbarazzo e difficoltà di relazione (socializzazione) soprattutto nei lavoratori che hanno contatto con il pubblico (baristi, addetti alla ristorazione, parrucchieri, estetisti, ecc.), essere percepite come un "marchio", generare sensazioni di repulsione o suscitare preoccupazione per il giudizio (accettazione o rifiuto dal gruppo sociale), le false conoscenze (lesioni contagiose) ed i tabù (immagine di paura) espresso dagli "altri". Anche la limitazione del "movimento delle mani" può determinare difficoltà di socializzazione, di realizzazione nel lavoro e riduzione dell'autostima. Tale stato di disagio (*danno psicosociale*) può interferire sulla qualità della vita e sull'attività lavorativa e quando non è superato dalla riflessione (accettazione del problema), può produrre il conflitto affettivo ed esprimersi attraverso ansia, angoscia, aggressività, frustrazione, stato depressivo, isolamento, negazione dell'evento e talvolta abuso di alcool e di fumo o convertirsi in forma somatica: lesione e/o prurito. Il prurito nella psoriasi sia come prodotto dalle lesioni cutanee, sia come somatizzazione di un disagio psicosociale costituisce uno stimolo Koebner (isomorfismo reattivo) per l'insorgenza delle stesse lesioni e la loro resistenza alla terapia (9). L'insorgenza delle lesioni cutanee e/o del prurito può causare ulteriore disagio ed inoltre il 75% dei pazienti con danno psicosociale (42 casi), in modo concorde con i precedenti studi (7-10), non accettava le lesioni inestetiche ed avvertivano la persistenza delle lesioni nel tempo. Tale condizione incrementa l'emotività e produce la formazione di un circolo vizioso (disagio - lesioni). Le lesioni ed il prurito possono essere anche considerate come reazioni regressive emozionali che riportano il soggetto ad un precedente stato di vita dove gli istinti emotivi sono meno controllati. Tale stadio di vita, poiché è già stato sperimentato dal soggetto, conferisce alla patologia un ruolo rassicurante e stabilizza il conflitto emotivo. Pertanto le lesioni, il prurito ed il grattarsi possono essere vissuti come eventi centrali del comportamento, come conversione, come fattori tranquillizzanti o di piacere (7-11). Anche gli stressors psicofisici (turni o ritmi faticosi, difficili rapporti interpersonali con i colleghi e con i dirigenti, *mobbing* o *boxing*, *burn out* o presenza dell'edificio malato, evento luttuoso, aggressione, licenziamento, grave incidente) sono fattori di rischio

che possono promuovere la recrudescenza o la comparsa della psoriasi (7-11). Lo stato di disagio può determinare l'insorgenza delle lesioni cutanee o essere causato dalla presenza delle lesioni cutanee e/o articolari ed inoltre evidenzia intensità maggiore quando le lesioni insorgono in giovane età, interessano parti visibili e sono associate ad onicopatia ed artropatia.

L'onicopatia nel nostro studio presenta un'incidenza del 44,9275% (31 pazienti: 16 uomini, 15 donne) ed evidenzia depressioni della lamina nell'80,6451% dei casi (25 pazienti: 13 uomini, 12 donne) in modo concorde con quanto descritto in letteratura (Tab. 5). La comorbilità della psoriasi comprende la patologia di Crohn, la colite ulcerosa e l'infarto (questo in modo indipendente dall'ipertensione, dal diabete e dall'obesità) ed inoltre la psoriasi è aumentata negli obesi, nei fumatori e nelle donne con adiposità. In questo studio la comorbilità era presente: con la dermatite seborroica, solo negli uomini - con l'ipertensione, maggiormente negli uomini, con l'obesità ed il diabete, maggiormente nelle donne (Tab. 5).

Conclusioni

La psoriasi è una patologia che riveste notevole importanza sociale ed economica. L'APF causa disagio nel lavoro e nelle attività quotidiane, nell'uso delle mani, nel mantenere la stazione eretta e nella deambulazione. L'artrite riduce lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana e lavorativa sino ad assumere una dimensione invalidante, limita l'integrazione sociale e talvolta impone al paziente una scelta tra l'impegno delle cure mediche e quello lavorativo (1, 2). L'indice *Work Productivity Assessment* evidenzia che la riduzione della produttività è direttamente proporzionale alla gravità della patologia ed il 90% circa dei pazienti psoriasici si assenta dal lavoro 1-7 giorni lavorativi all'anno. Il medico competente ha il compito di individuare i traumi ripetuti ed i fattori scatenanti presenti sul lavoro, gli ausili deputati a proteggere ed a stabilizzare le articolazioni durante le fasi di riposo e di movimento, di limitare l'esposizione del lavoratore ai fattori di rischio e di allontanarlo dalle mansioni che evidenziano un legame tra esposizione lavorativa e peggioramento della patologia. Il rapporto tra la presenza dello stressor e l'insorgenza della psoriasi può essere determinata dai criteri temporale (comparsa della patologia entro 6 mesi dall'evento stress) e clinico (comparsa della patologia in forma diffusa e/o acuta).

Le indagini descritte permettono di valutare: a) l'evoluzione o la regressione di ciascuna componente (cutanea, articolare, psicosociale) della patologia b) la gravità del danno osseo (e quindi dei segni clinici irreversibili) c) l'intensità del processo infiammatorio (e quin-

di dei segni clinici reversibili) d) il dosaggio, la durata e gli effetti della terapia in relazione alla riduzione/scomparsa o all'incremento/persistenza del processo infiammatorio. La non invasività delle tecniche consente inoltre un frequente monitoraggio della storia naturale della patologia. È possibile considerare che il reperto PASI sia legato alla soggettività dell'operatore e che

i reperti ROM e del questionario siano affidati alla sincerità del paziente. Invece, i reperti US registrano il danno articolare (osseo ed infiammatorio) in modo obiettivo e senza possibilità di simulazione da parte del paziente. Tutti i reperti descritti possono comunque agevolare lo specialista nel confermare la diagnosi, nel valutare la terapia e nel quantizzare i danni.

Bibliografia

1. KOKELJ F. *Epidemiologia della psoriasi*. Psoriasis, Vol. 1: 34-36, 2006.
2. DE ARRUDA LH, DE MORAES AP. *The impact of psoriasis on quality of life*. Br J Dermatol, 144 Suppl 58: 33-36, 2001.
3. GRIFFITHS CE, BARKER JN. *Pathogenesis and clinical features of psoriasis*. Lancet, 370 (9583): 263-271, 2007.
4. IURASSICH S, ROSSI E, ROSSI A. *Echographic test and cyclosporin therapy in psoriatic arthritis*. JEADV, 14: 232-233, 2000.
5. IURASSICH S, CIOCE F, GIORDANO DS, SCHILLIRÒ F. *Psoriatic and rheumatoid arthritis ultrasound study on 65 cases*. Current Topics in Radiology 3: 85-88, 2001.
6. IURASSICH S, PEDANA MA, CIOCE F. *Gli stadi clinico-ecografici del danno articolare falangeo nell'artrite psoriasica e reumatoide*. Minerva Medicolegale, 122: 115-119, 2002.
7. PEDANA MA, IURASSICH S. *La Psoriasi insorta durante il lavoro: da conversione psicosomatica o da isomorfismo reattivo?* Minerva Medicolegale, 123: 65-68, 2003.
8. IURASSICH S. *Dermatosi occupazionali psicosomatiche e traumatiche*. Derm Clin., 1: 41-45, 2005.
9. IURASSICH S, TRIPODI CUTRÌ F, DI VICINO M, AURLIA A. *La psoriasi ed il prurito: osservazioni psicosomatiche su 20 casi*. Ann Ital Dermatol Allergol, 54: 83-86, 2000.
10. IURASSICH S, PEDANA MA, ARGENZIANO G. *Le dermatosi indotte dal mobbing*. Derm Clin, 2: 73-77, 2002.
11. IURASSICH S, PEDANA MA, ZAGARIA M. *Le dermatosi occupazionali dell'edificio malato: uno studio su 480 soggetti*. Derm Clin, 3/4: 79-85, 2007.
12. IURASSICH S. *L'invecchiamento della cute: una stadiazione clinico-ecografica*. G Gerontol, 55: 218-225, 2007.

Per richiesta estratti:

S. Iurassich
Via P. Del Torto, 41
80131 Napoli
Tel. 081/5467851
E-mail: iuraderm@libero.it