

Associazione
Trentina
Malati
Reumatici

ONLUS



Unità Operativa Complessa
di Reumatologia Ospedale
S. Chiara, Trento

QUADERNI ATMAR
6

SPONDILITE
ANCHILOSANTE,
ARTRITE
PSORIASICA
E ALTRE
SPONDILOARTRITI:
DOMANDE E
RISPOSTE

Associazione
Trentina
Malati
Reumatici

ONLUS



In collaborazione con
l'Unità Operativa Complessa
di Reumatologia Ospedale
S. Chiara, Trento

QUADERNI ATMAR

6

SPONDILITE ANCHILOSANTE, ARTRITE PSORIASICA E ALTRE SPONDILOARTRITI: DOMANDE E RISPOSTE

**Associazione Trentina
Malati Reumatici**
Onlus

Quaderni ATMAR sulle malattie reumatiche
a cura dell'Associazione Trentina
Malati Reumatici - ATMAR
In collaborazione con l'Unità Operativa Complessa
di Reumatologia, Ospedale S. Chiara, Trento

Coordinamento progetto editoriale:
dott.ssa Annamaria Marchionne, *Presidente*
Associazione Trentina Malati Reumatici

Testi a cura di:
dott. Giuseppe Paolazzi, *Direttore*
Unità Operativa Complessa di Reumatologia,
Ospedale S. Chiara, Trento
dott. Roberto Bortolotti, *Responsabile*
Struttura Semplice Day Hospital
Unità Operativa Complessa di Reumatologia,
Ospedale S. Chiara, Trento

Cura redazionale:
dott.ssa Alessandra Faustini, *componente Consiglio*
Direttivo Associazione Trentina Malati Reumatici

Progettazione e cura grafica:
Studio G. Weber, Trento

Con il patrocinio di



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

© 2015 Associazione Trentina Malati Reumatici - ATMAR

*Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione
può essere riprodotta, trasmessa in qualsiasi forma o mezzo
elettronico senza l'autorizzazione (www.reumaticitrentino.it).*

Sommario

5 Presentazione

SPONDILITE ANCHILOSANTE, ARTRITE PSORIASICA E ALTRE SPONDILOARTRITI: domande e risposte

- 7 Che cosa si intende per spondiloartriti?
- 7 Quali sono?
- 8 Quali sono le caratteristiche cliniche maggiormente distintive?
- 8 Che cosa si intende per spondiloartrite assiale non radiografica?
- 9 Cos'è il dolore lombare infiammatorio?
- 10 Quali sono in sintesi le manifestazioni cliniche che devono fare sospettare una spondiloartrite sieronegativa?
- 10 Le spondiloartriti, chiamate anche artriti sieronegative, sono come l'artrite reumatoide?
- 12 LA SPONDILITE ANCHILOSANTE
- 13 A parte la lombalgia cosa può avere il paziente?
- 14 Il paziente può avere manifestazioni extra-articolari?
- 15 Ci sono esami di laboratorio specifici?
- 15 Come si può ridurre il ritardo diagnostico di malattia?
- 16 Quale la terapia?
- 18 ARTRITE PSORIASICA
- 18 Che cosa è la psoriasi?
- 19 Quando la psoriasi si associa alla malattia reumatica?
- 19 Qual è la causa?
- 20 Come si manifesta la malattia?
- 22 Oltre alla pelle e al sistema scheletrico sono coinvolti anche altri distretti?

- 23 Quali sono i sintomi precoci?
- 24 Come si può fare la diagnosi?
- 25 Quali sono le conseguenze?
- 25 Qual è la cura?

- 28 ALTRE SPONDILOARTRITI. ARTRITE ASSOCIATA ALLE MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINALI
- 28 Di cosa si tratta?
- 28 Quale la loro frequenza?
- 29 Quale la causa?
- 29 Quali altri sedi del corpo interessa?
- 29 Come viene posta la diagnosi?
- 29 Quale la prognosi?
- 30 Quale la terapia?

- 31 ARTRITE REATTIVA
- 31 Che cosa si intende per artrite reattiva?
- 31 Qual è la terapia?

- 32 TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI E STILI DI VITA

- 33 Esercizi per chi soffre di spondilite

- 36 Unità Operativa Complessa di Reumatologia
- 38 Associazione Trentina Malati Reumatici:
Una mano alla speranza

Presentazione

La collana Quaderni ATMAR sulle malattie reumatiche si arricchisce di un nuovo numero dedicato a un gruppo eterogeneo di malattie reumatiche infiammatorie caratterizzate da una particolare predisposizione genetica e da caratteristiche cliniche comuni: la spondilite anchilosante, l'artrite psoriasica e altre spondiloartriti.

La prevalenza di queste malattie è nel complesso simile a quella dell'artrite reumatoide (0.3 - 1 % della popolazione), peraltro, a differenza dell'AR, queste patologie non incidono maggiormente nel sesso femminile, ma colpiscono entrambi i sessi ed esordiscono in soggetti più giovani.

Il problema maggiore di queste malattie, come in tutte le patologie reumatiche infiammatorie, è rappresentato dalla diagnosi tardiva: i sintomi vengono a lungo sottovalutati dal paziente e dal medico, con conseguente ritardo della diagnosi, cronicizzazione della patologia e progressiva disabilità.

Anche per questo gruppo di malattie è dunque fondamentale l'informazione e l'educazione del paziente a riconoscere tempestivamente i sintomi e segni della patologia per avviare al più presto un percorso diagnostico terapeutico assistenziale mirato.

ATMAR persegue istituzionalmente l'informazione della popolazione sulle malattie reumatiche come cardine della propria attività, sia al fine di favorire la diagnosi precoce, sia per accrescere la considerazione sociale per queste patologie, che, pur avendo un impatto molto pesante dal punto di vista fisico, psicologico e sociale sulla persona che ne è colpita, non sono ancora adeguatamente conosciute e considerate dall'opinione pubblica.

Il Quaderno 6 è, negli intenti di ATMAR, uno strumento appropriato per diffondere la conoscenza delle spondiloartriti e degli aspetti diagnostici e terapeutici ad esse correlati, attraverso un linguaggio accessibile ai pazienti e una veste grafica agile che ne consente un utilizzo su vasta scala.

Il Quaderno nasce, come i precedenti, dalla feconda collaborazione tra ATMAR e l'U.O.C. di Reumatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento, che, fin dalla sua nascita, supporta l'Associazione per gli aspetti scientifici delle iniziative messe in campo in favore dei malati reumatici.

Il patrocinio dell'APSS consentirà la più ampia divulgazione della pubblicazione nei distretti sanitari, negli ambulatori specialistici e negli Ospedali del Trentino. Il Quaderno sarà inoltre scaricabile dal sito web di ATMAR www.reumaticitrentino.it, importante strumento d'informazione e divulgazione dei temi reumatologici che si affianca alla collana dei Quaderni e al notiziario ATMAR *Una mano alla Speranza*.

Alle Istituzioni, agli Autori e a tutti coloro che a vario titolo hanno collaborato alla realizzazione della pubblicazione va un sentito ringraziamento da parte dell'Associazione Trentina Malati Reumatici.

dott.ssa Annamaria Marchionne
Presidente ATMAR

SPONDILITE ANCHILOSANTE, ARTRITE PSORIASICA E ALTRE SPONDILOARTRITI: domande e risposte

Che cosa si intende per spondiloartriti?

Per spondiloartriti (SpA) si intende un gruppo di malattie reumatiche caratterizzate da una particolare predisposizione genetica, da una aggregazione familiare importante e da caratteristiche cliniche e strumentali comuni. La maggioranza dei pazienti riferisce in maniera singola o associata: dolore lombare infiammatorio da infiammazione delle sacroiliache, infiammazione delle entesi (strutture anatomiche che collegano legamenti e capsule all'osso) specie al tallone e alla pianta dei piedi, artrite periferica asimmetrica (a destra o a sinistra) predominante agli arti inferiori (ginocchia, caviglie, anche), manifestazioni extra-articolari in comune quali uveite anteriore (infiammazione dell'occhio), infiammazione intestinale e psoriasi, fattore reumatoide negativo e spesso positività HLA B27 (marcatore genico).

Quali sono?

In questo gruppo si classificano: la spondilite anchilosante, la spondilite assiale non radiografica,

l'artrite psoriasica, l'artrite reattiva, l'artrite associata al morbo di Crohn e alla colite ulcerosa, la spondiloartrite indifferenziata, le uveiti anteriori acute isolate HLA B27 positive, le SpA giovanili (ad esordio prima dei 16 anni di età).

Quali sono le caratteristiche cliniche maggiormente distintive?

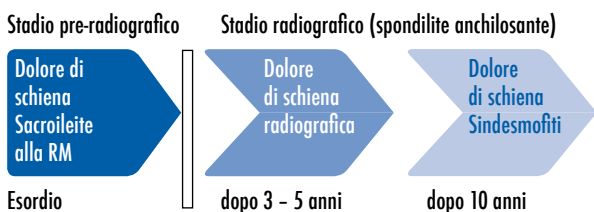
Le spondiloartriti possono essere sia assiali che periferiche. La distinzione viene fatta in base ai sintomi dei pazienti. Si dice che il paziente ha una spondiloartrite assiale se predomina il dolore infiammatorio di colonna, in particolare del tratto lombare; che ha una spondiloartrite periferica se prevale l'impegno articolare periferico e/o entesitico. Se il paziente presenta sia l'impegno di colonna che periferico, si dice che ha una spondiloartrite sia assiale che periferica. Nelle forme a prevalenza assiale rientrano maggiormente la spondilite anchilosante e la spondiloartrite assiale non radiografica. Nelle forme a prevalente impegno periferico rientrano l'artrite psoriasica, le artriti reattive, le artriti con malattia infiammatoria intestinale e la spondiloartrite indifferenziata.

Che cosa si intende per spondiloartrite assiale non radiografica?

Si tratta di pazienti che hanno dolore lombare infiammatorio, associato a caratteristiche cliniche, familiari e genetiche del gruppo prima descritte, senza avere alla radiografia segni di danno delle sacroiliache e della colonna, ma con risonanza magnetica (RMN) con infiammazione, in particolare alle sacroiliache. Si tratta quindi di uno stadio clinico precoce, pre-radiografico, il riconoscimento del quale permette una terapia precoce. L'evoluzione clinica delle forme ad impegno di colonna, è lenta. Il ritardo diagnostico è spesso di anni e i

pazienti possono giungere al reumatologo già in fase avanzata di malattia. Saper riconoscere le prime fasi della malattia (finestra terapeutica) è quindi importante. Lo sviluppo della spondilite anchilosante passa quindi da una fase in cui c'è solo infiammazione di colonna (reversibile) evidenziabile alla risonanza magnetica; solo tardivamente si sviluppa poi ossificazione della colonna (irreversibile).

EVOLUZIONE DELLE SPONDILOARTRITI ASSIALI



Cos'è il dolore lombare infiammatorio?

Si tratta di un dolore della colonna vertebrale in particolare della regione lombare, che esordisce in genere prima dei 40 anni di età, in modo talora insidioso, poi continuo (durata maggiore di tre mesi), caratterizzato da lombalgia peggiorata con il riposo a letto, spesso tale da costringere il paziente ad alzarsi per il dolore nella seconda metà della notte, accompagnata a rigidità mattutina maggiore di 30 minuti, migliorata dall'esercizio e dal movimento, spesso irradiata ai glutei a destra o a sinistra in maniera alternante (sciatica mozza alterna). Quindi si tratta di una lombalgia notturna, migliorata dal movimento, peggiorata dal riposo. Queste caratteristiche la distinguono nettamente dalla lombalgia meccanica, più comune, presente in ogni età e caratterizzata da male di schiena peggiorato dal carico, migliorato dal riposo e peggiorato dal movimento.

Quali sono in sintesi le manifestazioni cliniche che devono fare sospettare una spondiloartrite sieronegativa?

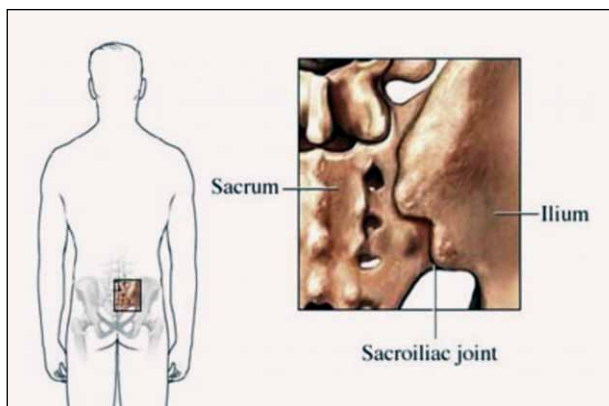
Le principali manifestazioni cliniche sono:

- dolore lombare infiammatorio;
- artrite (specie arti inferiori e asimmetrica);
- entesiti (tallone-calcagno-pianta piede);
- dattilite (dito a salsicciotto per infiammazione delle strutture tendinee ed articolari del dito);
- malattie infiammatorie intestinali (Crohn - colite ulcerosa);
- uveite anteriore;
- psoriasi;
- buona risposta del dolore lombare agli anti infiammatori (risoluzione o importante miglioramento della lombalgia 24-48 ore dopo una dose piena di un FANS);
- HLA B27 positività;
- PCR elevata.

Inoltre: storia familiare (in un parente di primo o secondo grado) di spondilite anchilosante, diarrea acuta, uretrite - cervicite nel mese precedente l'esordio dell'artrite e/o risonanza magnetica o radiografia con lesioni tipiche specie a livello delle articolazioni sacroiliache.

Le spondiloartriti, chiamate anche artriti sieronegative, sono come l'artrite reumatoide?

Assolutamente no. Le spondiloartriti sono malattie molto diverse sia geneticamente che clinicamente dall'artrite reumatoide e non vanno confuse con l'artrite reumatoide con fattore reumatoide (FR) negativo. La confusione nasce per la negatività



Articolazione sacroiliaca sede di infiammazione e causa del dolore infiammatorio



Dattilite

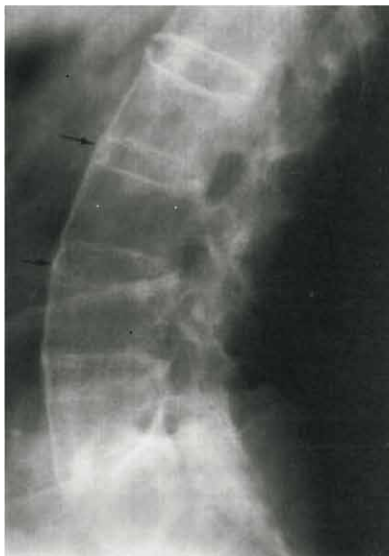


Artrite della interfalangea distale della mano

in queste malattie del fattore reumatoide. L'artrite reumatoide è una malattia infiammatoria cronica che colpisce le articolazioni con sinovia, in particolare delle mani e piedi, simmetrica, a evoluzione erosiva con caratteristiche quindi completamente diverse dalle spondiloartriti, nelle quali l'artrite è in genere delle grosse articolazioni degli arti inferiori, asimmetrica, poco erosiva e nelle quali c'è spesso impegno della colonna che porta ad ossificazione.

SPONDILITE ANCHILOSANTE

La spondilite anchilosante (SA) è una spondiloartrite caratterizzata da preminente impegno infiammatorio della colonna, in particolare delle sacroiliache ad evoluzione anchilosante (ossificante). I sintomi esordiscono nella tarda adolescenza, in genere prima dei 45 anni di età e sono caratterizzati da dolore lombare infiammatorio legato all'infiammazione delle sacroiliache. La malattia colpisce in genere i maschi ed è fortemente associata alla positività dell'HLA B27. Negli stadi avanzati l'infiammazione evolve anche alla colonna dorsale e cervicale. L'ossificazione dei legamenti porta lentamente ad una riduzione della mobilità della colonna, ad un incurvamento del dorso, ad una incapacità di girare il collo, alla perdita della normale postura. Tutto questo è appunto legato alla ossificazione (formazione di "sindesmofiti", nuovo osso conseguente all'infiammazione dei legamenti) fino a quella che viene chiamata colonna a "canna di bamboo".



Colonna a
"canna di
bamboo"



Nuovo osso
(sindesmofiti)



Infiammazione
delle sacroiliache

A parte la lumbalgia cosa può avere il paziente?

Una delle principali manifestazioni cliniche è l'entesite (infiammazione dei punti di congiunzione dei tendini, dei legamenti, delle fasce e delle capsule all'osso). Almeno il 40% dei pazienti ne soffrono alla diagnosi. Le entesi sono diffuse in tutto il corpo, ma le sedi più frequentemente interessate sono il tendine di Achille, il calcagno e la pianta

dei piedi (fascite plantare). Il paziente avrà quindi dolore in queste sedi; se interessato il calcagno, il paziente avrà dolore in tale sede al risveglio, appena poggia il piede e tenderà a migliorare con il movimento in scarico. Altre sedi sono la parete toracica, le articolazioni sterno-claveari, le creste del bacino, i gomiti. Il paziente con spondilite può avere anche artrite delle grosse articolazioni degli arti inferiori (ginocchia, caviglie ed anche) in genere o a destra o a sinistra. L'artrite è presente nel 20-30% dei pazienti e si manifesta con gonfiore e dolore dell'articolazione. L'impegno delle anche (non raro) è un indicatore di gravità di malattia.

Il paziente può avere manifestazioni extra-articolari?

Il paziente può presentare infiammazione dell'occhio (uveite anteriore acuta) che si manifesta con occhio rosso, dolente, con offuscamento della visione, fastidio alla luce. In genere l'uveite è unilaterale, ma ha tendenza alla ricorrenza anche nell'occhio contro laterale; anch'essa è fortemente correlata alla positività HLA B27. Può essere riscontrata infiammazione intestinale (dolore addome, diarrea). Circa il 6% dei pazienti può sviluppare malattia infiammatoria intestinale nel decorso di malattia; infiammazione intestinale è presente anche in molti dei pazienti senza sintomi specifici. D'altra parte, circa il 30% dei pazienti con Crohn e colite ulcerosa può avere manifestazioni infiammatorie di colonna di tipo spondilitico. Altre manifestazioni, più rare, sono quelle cardiache con possibili aritmie, blocchi di conduzione, infiammazione dell'aorta e insufficienza aortica, le manifestazioni polmonari (fibrosi apicale) e raramente ci può essere l'interessamento renale con insufficienza d'organo. Infine, il paziente può avere sintomi generali come stanchezza, febbre (in fase acuta), inappetenza, calo di peso.

Ci sono esami di laboratorio specifici?

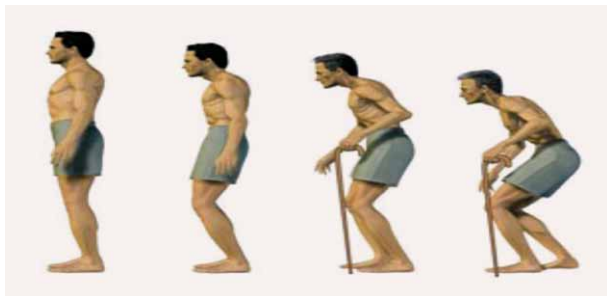
Non ci sono test specifici. VES e PCR possono essere elevate nel 40% dei casi; la PCR (proteina C reattiva) è utilizzata per valutare l'attività di malattia e un suo persistente aumento è un fattore prognostico negativo; è possibile la presenza di una lieve anemia. I test autoimmunitari (FR, ANA, ENA, anti CCP) sono negativi. L'HLA B27 è marcatore genetico positivo nel 90% dei casi dei pazienti con spondilite anchilosante. È un marcatore genetico di predisposizione. La sua positività correla in particolare con l'impegno di colonna e dell'occhio. Non rappresenta un segno di attività. Non è modificabile. Non va ripetuto. Il suo contributo allo sviluppo di malattia è tra il 30 e il 50% essendoci altri geni non HLA implicati nello sviluppo della malattia. Favorisce la presentazione dell'agente causale in maniera anomala al sistema immunitario e lo sviluppo della malattia.

Come si può ridurre il ritardo diagnostico di malattia?

Abbiamo visto che la malattia si sviluppa con una fase iniziale infiammatoria nella quale il paziente ha lombalgia infiammatoria, non ha segni radiologici di danno e ha solo segni infiammatori alla risonanza magnetica. Questa fase pre-radiografica è importante da riconoscere. In questa fase i pazienti presentano le stesse caratteristiche cliniche di malattia rispetto alla spondilite anchilosante conclamata radiografica. La fase preradiologica è una fase iniziale di malattia. È importante riconoscerla e lo si può fare dando il giusto significato al tipo di lombalgia presentato dal paziente e alla eventuale positività dell'HLA B27 da eseguire se il paziente presenta una lombalgia infiammatoria. In sostanza, in caso di lombalgia infiammatoria con positività HLA B27 il paziente va inviato al reumatologo. Va ricordato

che la lombalgia infiammatoria rappresenta solo il 5% di tutte le lombalgie.

È importante ridurre il ritardo diagnostico per evitare l'evoluzione anchilosante.



Quale la terapia?

I cardini della terapia si basano su: ginnastica di colonna, uso degli anti infiammatori non cortisonici, uso dei farmaci di fondo e dei farmaci biotecnologici. La ginnastica specifica per la lombalgia è fondamentale e giornaliera. L'attività fisica deve essere costante, meglio aerobica, meglio il nuoto. Gli anti infiammatori (FANS) rappresentano una terapia della spondilite specie per quanto riguarda l'impegno di colonna; vanno assunti alla sera prima di coricarsi considerato che il dolore lombare è notturno. Hanno dimostrazione di ritardare l'evoluzione ossificante della colonna. Se l'anti infiammatorio non è efficace dopo un mese di terapia continua, è possibile l'utilizzo dei nuovi farmaci biotecnologici, in particolare degli anti TNF α o dei nuovi farmaci biotecnologici con meccanismo d'azione diverso. Questi farmaci possono essere usati anche in associazione ai FANS. Sono dei potenti anti infiammatori, migliorano gli aspetti clinici e verosimilmente ritardano anche l'evoluzione ossificante della malattia. La loro efficacia, specie nei primi anni di malattia, è molto elevata con

remissione di malattia fino nel 50% dei pazienti. L'uso dei tradizionali farmaci di fondo (tipo methotrexate o salazopirina) è indicato solo nei casi di impegno articolare periferico; questi farmaci non hanno azione sull'impegno di colonna. In caso di impegno periferico monoarticolare o entesitico è utile anche le terapia infiltrativa con cortisonici.

ARTRITE PSORIASICA

Che cosa è la psoriasi?

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica della pelle che si manifesta con chiazze arrossate e lievemente rilevate con strato superficiale biancastro squamoso. Le dimensioni delle singole lesioni sono quanto mai variabili, da pochi millimetri a forme che possono estendersi per ampi tratti della superficie corporea. Questa patologia cutanea interessa circa il 2-3% della popolazione generale con uguale frequenza in entrambi i sessi e due picchi di massima incidenza di cui il primo in età giovanile (15-25 anni) e il secondo a 50 anni. Il tempo di comparsa e l'espressione clinica della malattia sono strettamente correlati all'interazione tra fattori genetici, immunitari ed eventi ambientali intercorrenti come farmaci, infezioni, episodi traumatici o stressanti etc. Nella forma più comune la psoriasi forma delle placche più o meno estese che interessano gomiti, ginocchia, addome intorno all'ombelico, cuoio capelluto. Altre volte interessa le pieghe cutanee, il palmo delle mani, la pianta dei piedi o si estende in arrossamento e pustole in maniera più diffusa.



Psoriasi a placche alle ginocchia

Quando la psoriasi si associa alla malattia reumatica?

La malattia reumatica associata alla psoriasi è l'espressione di un processo infiammatorio che si sviluppa all'interno e in stretta vicinanza all'articolazione. Ci sono aspetti clinici, di laboratorio e radiologici che contraddistinguono questa forma reumatica e che la distinguono dall'artrite reumatoide. In generale, l'artrite psoriasica va ad interessare una percentuale variabile dal 6 al 39% di soggetti con psoriasi, in modo indipendente dalla gravità della malattia cutanea. Alcune evidenze suggeriscono che la severità della psoriasi è associata ad un aumento del rischio, ma non ad una aumentata severità dell'artrite. Le lesioni cutanee precedono, in genere di alcuni anni la forma articolare nell'80% dei casi. In circa il 10-15% i sintomi articolari e i segni cutanei esordiscono simultaneamente e in un altro 10-15% precedono l'insorgenza della psoriasi contribuendo a rendere più difficile la diagnosi. In alcuni casi di artrite psoriasica la malattia cutanea è molto limitata, magari solo alle unghie, oppure è presente solo una predisposizione dimostrata dalla presenza di psoriasi nei familiari. Globalmente si stima che l'artrite psoriasica interessi lo 0.3-1% della popolazione, una frequenza simile a quella dell'artrite reumatoide.

Qual è la causa?

Non sono ancora chiaramente definiti i meccanismi attraverso i quali si sviluppa la malattia cutanea e articolare. La patogenesi è complessa e multifattoriale e vi contribuiscono fattori genetici predisponenti ed eventi ambientali. Il rischio di sviluppare un'artrite psoriasica nei parenti di primo grado delle persone affette può essere fino a 30-40 volte più alto rispetto alla popolazione generale. In entrambe le manifestazioni, pelle e articolazioni, alla base c'è una eccessiva e anomala attivazione

di cellule del sistema immunitario (linfociti) che interagiscono con altre cellule dei piccoli vasi, della base dell'epidermide e della membrana sinoviale favorendo la produzione di piccole molecole (citochine) che amplificano la reazione infiammatoria e inducono ad una eccessiva proliferazione delle cellule che compongono la pelle (cheratinociti).

Come si manifesta la malattia?

L'artrite è un processo infiammatorio che conduce a dolore, tumefazione e limitazione articolare con sede variabile anche se polsi, mani, piedi e ginocchia risultano essere le parti più interessate.

Si possono riconoscere diverse forme cliniche:

- 1) interessamento prevalente alle articolazioni interfalangee distali delle mani;
- 2) poliartrite simmetrica che interessa mani e piedi in modo molto simile all'artrite reumatoide;
- 3) oligoartrite (ossia meno di 5 articolazioni) asimmetrica;
- 4) interessamento del rachide (spondilite);
- 5) forma che interessa le piccole articolazioni delle mani o dei piedi con importante azione di riassorbimento osseo che può condurre ad un accorciamento del dito (forma mutilante). Quest'ultima è fortunatamente la forma meno frequente.

In generale, l'artrite tende a persistere nel tempo conducendo, se non trattata, a erosioni articolari e deformità in circa la metà dei soggetti. L'interessamento della colonna vertebrale riguarda una percentuale variabile dal 5 al 36% dei pazienti con artrite psoriasica. Può coinvolgere alcuni tratti della colonna o la zona del bacino con infiammazione dell'articolazione sacroiliaca. Il dolore è tipicamente di tipo infiammatorio: presente a riposo

so, maggiore al mattino con prolungata rigidità, migliora con moderato esercizio fisico. Localizzato in regione glutea con irradiazione verso la coscia e può assomigliare a un dolore da "sciatica".

Tipica di questa forma morbosa è l'entesite ossia l'infiammazione dell'entesi (zona di passaggio ed inserzione del tendine sull'osso). Il dolore in questi casi può interessare la pianta del piede per la fascite plantare o la regione posteriore del calcagno per l'entesite del tendine Achilleo. Altre zone di entesi possono essere le salienze ossee dei gomiti, lungo la cresta iliaca e anche nella regione toracica anteriore nel passaggio tra sterno e coste o clavicola. Un altro aspetto clinico tipico dell'artrite psoriasica è la comparsa della dattilite o dito a "salsicciotto". Si tratta di una tumefazione diffusa di un intero dito dovuta a una combinazione di infiammazione dei tendini (tenosinovite del flessori) e una infiammazione più prettamente articolare (sinovite dell'articolazione interfalangea). Può interessare una o più dita contemporaneamente con tumefazione, arrossamento, calore e limitazione al movimento. A volte, dopo un esordio acuto, si osserva una fase cronica con persistenza della tumefazione dei tessuti molli del dito ma assenza del dolore. In alcuni casi la tumefazione molle, più



Artrite al ginocchio sinistro



Poliartrite psoriasica

o meno dolorosa, riguarda l'intero dorso della mano e si può improntare con il dito (segno della fovea) dando origine a una sindrome clinica che si osserva anche in altre condizioni reumatiche e non reumatiche definita mano a "guantone da boxe", espressione dell'accumulo di liquido infiammatorio nelle strutture tendinee e articolari.

Oltre alla pelle e al sistema scheletrico sono coinvolti anche altri distretti?

Effettivamente si tende a definire la malattia psoriasica come una forma patologica eterogena. I pazienti con artrite psoriasica possono soffrire di forme infiammatorie all'occhio e all'intestino. Esiste inoltre una aumentata prevalenza di sindrome metabolica caratterizzata da obesità, ipertensione, diabete e iperlipidemia. Da ricordare, inoltre, che se l'obesità è, tra le altre cose, un fattore di rischio per la comparsa della psoriasi, è anche vero che il calo del peso in eccesso migliora l'effetto



L'uveite si può associare all'artrite psoriasica e ad altre spondiloartriti

delle cure e quindi contribuisce al controllo della malattia e delle sue complicanze.

Quali sono i sintomi precoci?

Allo stato attuale non esistono dei marker specifici sia clinici che genetici che possono farci prevedere, tra i soggetti psoriasici, chi andrà incontro all'artrite. Analogamente a quanto è accaduto per l'artrite reumatoide, l'attenzione è posta al riconoscimento della malattia fin dalle prime fasi e grazie a nuove tecniche diagnostiche (ecografia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia articolare) e alla più attenta osservazione clinica, è possibile definire tempestivamente la presenza di malattia. Il dolore localizzato ad alcune articolazioni, in particolare se persistente e associato a tumefazione locale, induce all'approfondimento diagnostico nei pazienti che già presentano psoriasi o che hanno familiari con questa malattia.

Esistono vari semplici questionari a punteggio che

possono aiutare al precoce riconoscimento dell'artrite psoriasica. Di seguito si propone il questionario EARP (*Early Arthritis for Psoriatic patients*) che può essere utilizzato nei soggetti con psoriasi. Ad ogni risposta affermativa si assegna il punteggio pari a 1. Un punteggio di almeno 3 è indice di artrite psoriasica.

Tabella 1: Questionario EARP (Tinazzi et al. *Rheumatology* 2012)

Hai dolore alle articolazioni?	Si	No
Hai assunto farmaci antinfiammatori per più di due volte alla settimana per dolori articolari negli ultimi tre mesi?	Si	No
Ti svegli alla notte a causa di dolori alla schiena?	Si	No
Quando ti svegli senti le mani rigide per almeno mezz'ora?	Si	No
Hai dolori alle mani (polsi, dita)?	Si	No
Hai notato gonfiore alle mani (polsi, dita)?	Si	No
Hai mai provato dolore ad un dito che è rimasto gonfio per più di tre giorni?	Si	No
Hai dolore o gonfiore al tendine di Achille?	Si	No
Hai dolore a piedi o caviglie?	Si	No
Hai dolore a gomiti o alle anche?	Si	No

Come si può fare la diagnosi?

Non esistono dei parametri univoci diagnostici, ma, negli ultimi anni, si sono evidenziati alcuni ele-

menti più indicativi di questa malattia e quindi si sono definiti dei criteri classificativi con sufficiente sensibilità e specificità da poterli utilizzare come aiuto diagnostico. Per la diagnosi si considera la presenza di una malattia infiammatoria articolare (articolazioni periferiche, rachide, entesi) assieme ad alcuni elementi tra cui la psoriasi, anche se avuta in passato o presente in un familiare, e/o un rigonfiamento esteso a tutto il dito (dattilite) o alcune modifiche tipiche all'esame radiologico. Anche l'assenza del fattore reumatoide nel siero, dato già da tempo definito come elemento distintivo per esempio con l'artrite reumatoide, è compreso nei criteri classificativi.

Quali sono le conseguenze?

Questa forma di reumatismo infiammatorio ha un andamento variabile. Può dare manifestazioni cliniche limitate, ma non va sottovalutata, in quanto può condurre a progressivo danno osteoarticolare. Circa il 20% dei pazienti sviluppa una forma di artrite distruttiva e debilitante. Disabilità e peggioramento della qualità di vita sono implicate nei pazienti con artrite psoriasica allo stesso modo che nei pazienti con artrite reumatoide. È molto importante quindi identificare quei fattori prognostici che aiutino a riconoscere precocemente le forme più aggressive per poter instaurare un trattamento efficace. L'interessamento di un maggior numero di articolazioni e il riscontro di iniziali erosioni ossee all'esame radiologico sono attualmente considerati i marcatori clinici più rilevanti per il decorso sfavorevole.

Qual è la cura?

La terapia varia a secondo dell'espressione clinica: interessamento prevalente delle articolazioni periferiche o della colonna, interessamento loca-

lizzato (entesi, dattilite) o coinvolgimento cutaneo.

I farmaci di primo aiuto appartengono al gruppo dei FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei); spesso questi farmaci vengono prescritti per un tempo limitato, di alcuni giorni, eventualmente ripetibili in base all'entità della flogosi e della sintomatologia dolorosa. Nell'artrite psoriasica l'uso di cortisone per via generale è limitato a fasi di riacutizzazione, ma sempre con cautela in quanto si può verificare una riacutizzazione dell'impegno cutaneo alla loro sospensione. Risulta spesso utile invece l'uso degli steroidi per via locale (infiltrazioni) specie per il trattamento delle monoartriti o dell'entesiti localizzate. Una singola articolazione non dovrebbe, in generale, essere infiltrata per più di tre volte nell'arco dell'anno.

I farmaci cosiddetti di fondo, invece, vanno assunti regolarmente e hanno la proprietà di modificare il decorso della malattia agendo sulle cause dell'infiammazione. Il farmaco più utilizzato, analogamente a quanto accade nell'artrite reumatoide, è il methotrexate che in genere risulta efficace sia sull'infiammazione articolare che per la malattia cutanea. Anche il leflunomide e la ciclosporina possono essere utilizzati con la stessa indicazione. La salazopirina si può utilizzare per curare la forma articolare ma non agisce sulla psoriasi. L'effetto di questi farmaci sull'artrite si evidenzia dopo i primi mesi di trattamento e riguarda la localizzazione agli arti, mentre l'interessamento infiammatorio al rachide e bacino (sacroiliache) risente meno di queste molecole.

Un altro gruppo importante di farmaci, di più recente introduzione, è quello dei farmaci biotecnologici (o biologici). Sono farmaci che agiscono efficacemente sia sull'impegno articolare periferico che su quello assiale oltre che sulla patologia cutanea. Questi farmaci sono sostanze che si compor-

tano come gli anticorpi prodotti dall'organismo, antagonizzano una piccola sostanza proteica (citochina) molto importante nei processi infiammatori chiamata TNF alfa (tumor necrosis factor alfa). Attualmente sono presenti diverse molecole (infliximab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab) che condividono lo stesso bersaglio (TNF) ma si differenziano per modalità di somministrazione e durata di azione. Altre piccole molecole, inoltre, sono state scoperte come importanti per lo sviluppo della malattia e sono il bersaglio di nuovi farmaci (ustekinumab) o lo saranno prossimamente (secukinumab, apremilast).

Sono state definite delle linee guida per l'utilizzo dei farmaci biologici nell'artrite psoriasica. Queste medicine, per i loro rischi di effetti collaterali e per il loro alto costo, vanno usate sostanzialmente se le altre terapie tradizionali falliscono. Possono essere impiegate anche nel trattamento della psoriasi grave senza artrite. Le linee guida diversificano la loro possibilità d'uso a seconda del tipo di manifestazione clinica. In linea generale, quando le indicazioni sono corrette, un miglioramento significativo avviene nella maggior parte dei casi entro le prime settimane e l'andamento va verificato periodicamente affinché non compaiano effetti indesiderati o perdita di efficacia.

ALTRE SPONDILOARTRITI ARTRITE ASSOCIATA ALLE MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINALI

Di cosa si tratta?

Si tratta di forme di artrite che possono insorgere in corso di malattia infiammatoria cronica intestinale, in particolare nel morbo di Crohn e/o retto-colite ulcerosa. Fanno parte del gruppo di artriti sieronegative per l'assenza del fattore reumatoide nel siero e possono presentare delle caratteristiche cliniche analoghe all'artrite psoriasica o alla spondilite anchilosante.

Quale la loro frequenza?

Il coinvolgimento articolare si riscontra nel 5-30% dei pazienti con malattia infiammatoria intestinale con una frequenza lievemente maggiore per il morbo di Crohn rispetto alla retto-colite ulcerosa e con uguale distribuzione tra i due sessi. L'artrite periferica sembra essere più frequente nei malati con impegno intestinale più diffuso e con interessamento del colon. La prevalenza dell'impegno assiale è stimata tra il 5 e il 12%. Talvolta l'impegno articolare può precedere o essere sincrono ma in genere segue la diagnosi di malattia infiammatoria intestinale. La forma periferica può interessare poche articolazioni (pauciarticolare) con coinvolgimento asimmetrico, prevalente agli arti inferiori e con andamento parallelo all'interessamento intestinale. Altre volte riguarda oltre 5 articolazioni (poliarticolare) sia grandi che piccole (mani, piedi) in modo simile all'artrite reumatoide e con andamento indipendente dall'attività infiammatoria intestinale. Come nelle altre artriti sieronegative è frequente la presenza di tenosinoviti e dattiliti.

Quale la causa?

La causa non è nota, ma certamente esiste una base genetica a cui si sovrappongono degli stimoli antigenici ambientali attraverso la mucosa intestinale. La predisposizione genetica è dimostrata dalla chiara aggregazione familiare. Nella spondilite si è riscontrata la presenza di un marker genetico caratteristico (HLA-B27) nella maggior parte dei pazienti.

Quali altri sedi del corpo interessa?

Le più frequenti sono le manifestazioni mucocutanee che possono interessare fino al 50% dei pazienti con artrite associata a malattie croniche intestinali. Si tratta di forme di psoriasi, noduli (eritema nodoso), afte orali. Più raro è il pioderma gangrenoso, tipica manifestazione associata che consiste nella formazione di ulcere dolenti a margini rilevati alla gambe. Un altro organo frequentemente interessato è l'occhio che può essere colpito da vari gradi di infiammazione (uveite).

Come viene posta la diagnosi?

In caso di malattia intestinale già riconosciuta la diagnosi di artrite enteropatica è abbastanza agevole, considerando la sintomatologia clinica e la storia. Più difficile è la diagnosi se l'artrite insorge prima delle manifestazioni intestinali. I dati di laboratorio (infiammazione, assenza di fattore reumatoide), quelli strumentali (radiologici) e clinici aiutano a definire l'affezione.

Quale la prognosi?

Per l'artrite periferica la prognosi è essenzialmente legata al controllo della malattia intestinale

sottostante, mentre in caso di impegno assiale la prognosi è del tutto sovrapponibile a quella della spondilite anchilosante primitiva.

Quale la terapia?

Per l'artrite periferica è fondamentale il controllo della malattia intestinale di base. Inoltre sono utili gli steroidi (anche per via locale) e la sulfasalazina; i FANS invece sono in genere da evitare, per il loro possibile danno ad un apparato gastroenterico già compromesso e il loro uso va limitato ai casi di spondilite associata ad una enteropatia in fase di remissione. I farmaci biotecnologici (anti TNF) sono risultati molto efficaci, sia nei confronti della malattia intestinale che del suo impegno articolare, periferico o assiale. In caso di impegno assiale resta fondamentale la fisioterapia per conservare il più possibile la mobilità del rachide in questi pazienti.

ARTRITE REATTIVA

Che cosa si intende per artrite reattiva?

È una forma di artrite che insorge dopo un processo infettivo, ma nella quale non è presente il germe causale. L'infezione, in genere a localizzazione genitourinaria (cistite, uretrite) o intestinale (dolore addominale, febbre, diarrea) innesca, dopo 1-3 settimane, un processo infiammatorio articolare (1-4 articolazioni) prevalentemente localizzato agli arti inferiori. Il disturbo legato all'infezione può essere anche poco manifesto mentre prevalgono i sintomi successivi di tipo reumatologico. È una forma di artrite che prevale nel sesso maschile. Gran parte dei pazienti presenta un decorso subacuto con guarigione in 1-6 mesi. Nel 15-50% dei casi però si susseguono attacchi ricorrenti e in una minor percentuale di casi il processo si cronicizza con interessamento del rachide (spondilite) o del bacino (sacroileite) in particolare se il soggetto mostra una predisposizione genetica (antigene HLAB27). Frequenti sono anche l'entesite (fascite plantare, tendinite achillea) e la dattilite. Anche in questo caso ci possono essere manifestazioni cutanee e mucose (forme simili alla psoriasi, ulcere orali) e infiammazioni oculari (congiuntivite).

Qual è la terapia?

Per le forme acute i farmaci di prima scelta sono gli antinfiammatori non steroidei (FANS) e talora i cortisonici. Quando i germi residui tendono a persistere nelle vie urinarie è indicato un trattamento antibiotico. Per le forme cronicizzate può risultare valido un trattamento con salazopirina. Ci sono dati di efficacia con farmaci biotecnologici (anti TNFalfa) per le forme persistenti e refrattarie.

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI E STILI DI VITA

Per queste malattie che colpiscono più frequentemente la schiena quali sono, oltre alle medicine, altri suggerimenti terapeutici?

Accanto al trattamento medico farmacologico, nei soggetti affetti dalla patologia infiammatoria del rachide, è importante valutare e adottare un adeguato programma riabilitativo.

La malattia cronica può compromettere le abilità del paziente e condurre ad atteggiamenti posturali scorretti come quello con accentuata curvatura dorsale (cifosi), spalle anteposte e capo rivolto in basso e limitato nei movimenti di rotazione ed estensione.

Accanto al controllo del dolore e dell'infiammazione, la chinesiterapia assume un ruolo fondamentale attraverso esercizi posturali, di mobilizzazione articolare, esercizi respiratori, di condizionamento generale comprese attività ginnico sportive come nuoto o la camminata nordica con i bastoncini. Alcune sedute di terapia con mezzi fisici possono essere usate a scopo antalgico nel corso del trattamento riabilitativo (ionoforesi, correnti diadinamiche, TENS). Forme di entesite non particolarmente acute possono trarre beneficio da laser o ultrasuonoterapia. Gli esercizi posturali passivi hanno lo scopo di contrastare la cifosi del rachide dorsale e la flessione dell'anca. In decubito supino (pancia in su) per esempio, un cuscino sotto il bacino favorisce la lordosi lombare e l'estensione delle anche mentre in decubito prono (pancia in giù) se il cuscino viene posto sotto le ginocchia si favorisce l'estensione delle anche e la normale curvatura lombare (lordosi). Altra posizione favorente la lordosi lombare si raggiunge in decubito prono appoggiandosi sui gomiti (posizione della sfinge). Seguono poi esercizi di mobilizzazione che hanno lo scopo di rallentare il processo di irrigidimento mediante tecniche di rilassamento, di escursione

articolare e di rinforzo dei muscoli più indeboliti. Il trattamento riabilitativo deve mirare a far lavorare attivamente i muscoli paravertebrali ma anche il cingolo scapolare, i glutei, i quadricipiti e particolare attenzione va posta al rinforzo degli addominali in modo da costituire un cintura muscolare efficiente che sorregge la colonna vertebrale.

Gli esercizi devono essere eseguiti gradualmente in modo da non generare dolore e devono essere effettuati con regolarità e completezza.

È opportuno mantenere un corretto apporto calorico ed evitare incremento ponderale che peggiora il sovraccarico meccanico articolare.

È noto inoltre che l'obesità è un fattore peggiorativo in generale per l'organismo perché favorisce il mantenimento dell'infiammazione anche a livello cutaneo come nella psoriasi.

Uno stile di vita corretto comprende inoltre l'astensione dal fumo e dall'eccesso di bevande alcoliche. Il mantenimento di adeguate escursioni articolari accanto al benessere cardiorespiratorio che si può raggiungere con una regolare attività fisica proporzionata all'età e alle proprie condizioni generali induce, tra l'altro, un miglioramento delle relazioni sociali con un benefico impatto sull'attività lavorativa e sulla vita familiare.

Esercizi per chi soffre di spondilite



Postura di allungamento con flessione-estensione lenta dei piedi

Fletti la coscia verso il torace prima da un lato poi l'altro





Lenti e ripetuti movimenti di flesso estensione e rotazione del capo



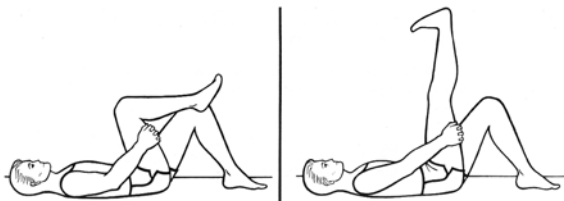
In posizione quadrupedica inarca la schiena e poi estendi la schiena lentamente facendo perno sul tratto lombosacrale



Incrocia le gambe da sdraiato e poi gradualmente abbassa e ruota il ginocchio dell'arto flesso (alternando le gambe)

Inclina il tronco da un lato sollevando il braccio





A coscia flessa estendi la gamba



Appoggiandoti ad una parete fletti la coscia afferrando la caviglia



In posizione prona cerca di sollevare l'arto inferiore esteso



a) seduto estendi il ginocchio mantenendo per alcuni secondi la posizione



b) con le braccia flesse ruota le spalle inspirando mentre sollevi i gomiti verso l'alto

Unità Operativa Complessa di Reumatologia

Ospedale Santa Chiara – Trento

Direttore: dott. Giuseppe Paolazzi

Dirigenti medici reumatologi strutturati:

dott. Roberto Bortolotti

(Unità semplice Day Hospital e Farmaci biologici)

dott. Francesco Paolo Cavatorta

(Alta specializzazione ecografia articolare)

dott. Lorenzo Leveghi

(Reumatologia pediatrica)

dott.ssa Susanna Peccatori

(Alta specializzazione ambulatorio connettiviti e gravidanza)

dott. Alessandro Volpe

(Ecografia, sindromi sclerodermiche e ipertensione arteriosa polmonare)

dott. Giovanni Barausse

(Reumatologia territoriale e registri)

Medici reumatologi aggiunti:

dott.ssa Mara Felicetti, medico specializzando

Indirizzo: Largo Medaglie d'Oro, 9 – Ricovero ordinario,
sesto piano – Day-Hospital, quinto piano, corpo
B – Ambulatori palazzina Crosina Sartori,
secondo piano, via Gocciadoro, 86

Telefono: Day-Hospital: 0461 903703

- ricovero ordinario 0461 903265

- ambulatori Crosina 0461 903657

- segreteria 0461 903251 - 0461 903962

Fax: Day-Hospital 0461 902445 – ricovero ordinario
0461 902410

L'Unità Operativa Complessa di Reumatologia è il centro di riferimento per la cura delle malattie reumatiche del Trentino. Vi afferiscono pazienti affetti da reumatismi articolari infiammatori, da connettiviti, vasculiti e patologie dell'osso. Vengono curati pazienti affetti da artrite reumatoide, polimialgia reumatica, artrite psoriasica, spondilite anchilosante, artriti reattive, artriti legate a malattie intestinali, LES, sclerodermia, polimiosite ed altre patologie infiammatorie del muscolo, dermatomiosite, morbo di Sjögren, connettiviti indifferenziate, sindrome da anticorpi fosfolipidi, vasculiti maggiori quali l'arterite di Horton e di Takayasu, le vasculiti ANCA-associate e il morbo di Behçet. Vengono spesso seguiti anche pazienti con sarcoidosi, artriti settiche, spondiliti infettive, artriti da cristalli, pazienti con malattie dell'osso come il morbo di Paget, algodistrofie riflesse, osteonecrosi, osteoporosi fratturative complicate.

L'U.O.C. di Reumatologia è attivamente impegnata nella formazione della rete con i medici di medicina generale e con gli specialisti del territorio.

AMBULATORI REUMATOLOGICI TERRITORIALI COORDINATI DALL'U.O.C. di REUMATOLOGIA

Lunedì:	12.30 - 17.30	- Ospedale di Cles
Martedì:	8.00 - 12.00	- Centro per i Servizi Sanitari, Trento
Martedì:	14.00 - 17.30	- Ospedale di Arco
Mercoledì:	8.30 - 12.30	- Ospedale di Rovereto
	13.30 - 15.00	- Ospedale di Rovereto
Giovedì:	8.30 - 12.30	- Ospedale di Tione
Venerdì:	8.30 - 12.30	- Ospedale di Cavalese
	13.30 - 15.00	- Ospedale di Cavalese

Collabora attivamente con l'Associazione Trentina Malati Reumatici ATMAR (www.reumaticitrentino.it).

Dal portale web dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari www.apss.tn.it

Associazione Trentina Malati Reumatici: una mano alla speranza

L'Associazione Trentina Malati Reumatici è nata nel 1995 con l'intento di rappresentare una "casa comune" in cui tutti i malati reumatici del Trentino e i loro familiari possano riconoscersi e trovare un punto di riferimento e di sostegno per i problemi di ordine assistenziale, sociale, psicologico che incontrano nel corso della malattia.

Condividere attività, momenti di riflessione, di aiuto e di sostegno reciproco può permettere alla persona malata di sentirsi ascoltata, capita, assicurata, riconosciuta.

L'Associazione opera in favore dei malati reumatici attraverso attività e servizi di varia natura in diversi ambiti che riguardano:

- **informazione** sulle malattie reumatiche, realizzata mediante il sito web, il notiziario, le campagne informative, le trasmissioni televisive e radiofoniche, le conferenze, i convegni;
- **assistenza, consulenza, tutela legale** offerte dallo Sportello d'ascolto e da uno studio legale convenzionato;
- **supporto psicologico** attraverso gruppi di **auto mutuo aiuto**;
- **riabilitazione** attraverso corsi di attività fisica adattata in palestra e piscina;
- **socializzazione** e incontri tra malati e familiari;
- **tavole rotonde** di riflessione su temi **bioetici**

Per avere informazioni sulle malattie reumatiche, sulle attività e i servizi attivati da ATMAR

Puoi trovarci:

Martedì 10-12 – Giovedì 17-19

Associazione Trentina Malati Reumatici
ATMAR (ONLUS)

Via al Torrione 10, 38122 TRENTO

PUNTI D'ASCOLTO DI ATMAR

TRENTO, sede ATMAR via al Torrione, 6:
martedì 10.00 - 12.00; giovedì 17.00 - 19.00

ROVERETO, Ospedale S. Maria del Carmine:
2° mercoledì del mese 9.00 - 11.30;
3° mercoledì del mese 15.00 - 17.00

CAVALESE, Ospedale:
1° venerdì del mese 9.30 - 12.30

TIONE, Ospedale:
2° e 4° giovedì del mese 9.00 - 12.00

ARCO, Ospedale:
martedì 14.00 - 17.30

telefonare al numero: 0461 260310 - 348 3268464

visitare il sito web www.reumaticitrentino.it

inviare una mail a atmar@reumaticitrentino.it

Per sostenere ATMAR


fai un versamento di 16,00 Euro sul
Conto corrente Cassa Rurale di Trento,
Via Belenzani, 4, 38122 TRENTO;
Codice IBAN: IT76 N083 0401 8070 0000 7322665
oppure sul Conto corrente postale n. 1913479.

Dona il 5 per mille all'Associazione ATMAR:

con il modello Unico, il 730 e il Cud, la scelta viene effettuata riportando il codice fiscale dell'Associazione ATMAR Onlus 96043200227 nell'apposito riquadro e apponendo la propria firma.

Realizzato con il supporto non condizionato

di  MSD



**Associazione Trentina
Malati Reumatici
Onlus**

Supplemento al n. 23 - anno IX - maggio 2015 della rivista "Una mano alla speranza"