

L'alluce psoriasico ovvero l'onico-pachidermo-periostite psoriasica (OP3) dell'alluce

The psoriatic great toe or the psoriatic onycho-pachydermo-periostitis of great toe (OP3gt)

R. Ramonda¹, P. Zucchetta², C. Contessa¹, L. Punzi¹

¹Cattedra ed UOC di Reumatologia, ²Servizio di Medicina Nucleare I, Università di Padova

SUMMARY

The onycho-pachydermo-periostitis of the great toe is a characteristic feature of psoriatic arthritis first described by Fournié in 1980. In the affected patients, the great toe involvement is characterised by a relevant osteo-periostitis of the distal phalanx, a thickening of the distal soft tissues associated with a psoriatic onychopathy. In most cases, the distal interphalangeal joint is spared. Radiographic and scintigraphic osteo-periostitis of distal phalanx of the great toe are frequent, being found in about 44% of patients with psoriatic arthritis. However, clinical manifestations, with inflammatory inflammation of the great toe, are rare.

Reumatismo, 2004; 56(4):282-285

PSORIASICA (OP3) DELL'ALLUCE

La definizione più corrente per l'artrite psoriasica (AP) è quella di un'artrite infiammatoria cronica associata a psoriasi, di solito in assenza di fattore reumatoide (1). Tuttavia questa riflette solo in parte tutta la serie di manifestazioni muscolo-scheletriche che possono associarsi alla psoriasi, spesso rilevanti per l'alterazione della qualità di vita che provocano nel soggetto affetto, ma che risultano talvolta difficili da inquadrare nell'ambito di un'artrite, anche tenendo conto delle varietà classificative proposte da Moll e Wright (2). Fra queste espressioni non puramente artriche, le più rilevanti sono quelle a carico delle entesi. Tuttavia, come per le altre affezioni appartenenti al gruppo delle spondiloartriti (SpA), queste entesopatie sono sempre difficili da inquadrare nosologicamente nell'ambito delle artriti, sia pure del tipo SpA. Per cui, nel 1999, la Società Italiana di Reumatologia

(SIR) ha opportunamente proposto di riclassificare le malattie già inquadrate nel gruppo delle SpA come "spondilo-entesoartriti" (3). Oltre alle entesopatie di vario tipo, nei soggetti con psoriasi si possono ritrovare alcune tenosinoviti particolari come quella della dattilite o dell'edema improntabile (pitting edema) (4, 5). Anche l'osso inserzionale può essere coinvolto, con aspetti variamente definiti come osteiti o periostiti od osteoperiostiti, spesso mal interpretati, nonostante la particolare espressione radiografica (5). Le sedi più frequentemente colpite da queste sono il bacino, il calcagno, la colonna e le falangi distali. A carico di queste ultime, nell'AP è caratteristico e classico l'impegno dell'interfalangea distale (IFD).

Un aspetto poco conosciuto, ma altrettanto interessante è quello definito "onico-pachidermo-periostite psoriasica (OP3) dell'alluce" dal francese Fournié, che lo descrisse per la prima volta nel 1980 (6). Tale termine rappresenta efficacemente la presenza di un'oncopatia dell'alluce, ovviamente psoriasica, associata ad un'esuberante periostite delle falangi distali dei piedi, simile a quella riscontrabile nella pachidermoperiostosi. E' questa una rara malattia generalmente familiare, androtropa, caratterizzata da cute gyrata, simil-elefantiasica (pachidermia) al cuoio capelluto, al viso, al

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott.ssa Roberta Ramonda

Cattedra ed UOC di Reumatologia, Università di Padova

Via Giustiniani 2, 35128 Padova

E-mail: roberta.ramonda@unipd.it



Figura 1 - Radiografia dei piedi in paziente con osteoartropatia ipertrofica primaria. Si noti l'esuberante iperostosi della falange distale.



Figura 2 - Alluce con chiara esuberante iperostosi "a ciuffo" dei bordi della base della falange distale e della corona ungueale. Notare l'integrità dell'interfalangea distale.

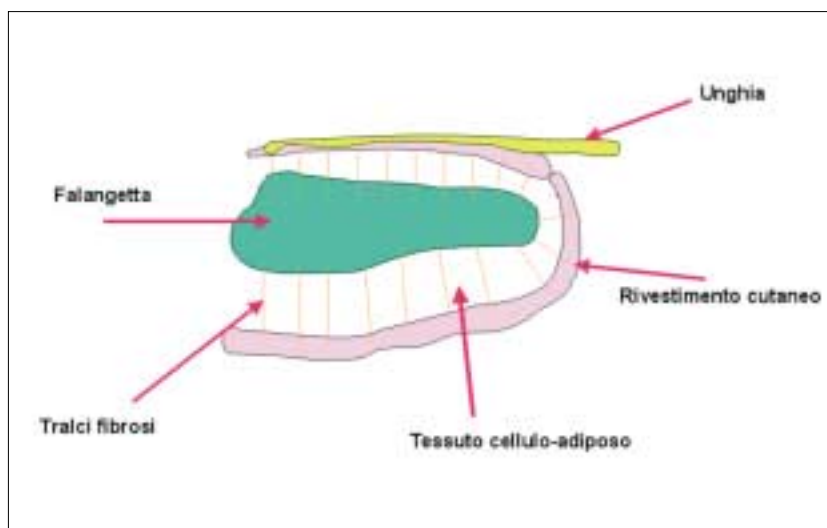
palmo delle mani ed alla pianta dei piedi che, dal punto di vista osteo-articolare si presenta con iperostosi simmetrica bilaterale, riscontro occasionale di ippocratismo digitale alle mani ed ai piedi ed unghie a vetrino d'orologio, per cui è anche chiamata osteoartropatia ipertrofica primaria (7-10). Radiologicamente si esprime con un'esuberante iperostosi, soprattutto dell'alluce (Fig. 1). L'OP3 dell'alluce si manifesta clinicamente con una tumefazione della falange distale, spesso bilaterale, associata ad arrossamento, dolore soprattutto alla marcia ed intensa dolorabilità. L'articolazione interfalangea corrispondente può essere completamente risparmiata dai sintomi, sia spontanei che evocati, come nei casi di Fournié (6). La radiografia è molto evocativa e lascia pochi dubbi interpretativi, in quanto mostra alla falange distale dell'alluce i tipici aspetti a ciuffo od a pennello (11) (Fig. 2). Nelle fasi iniziali, questi aspetti radiografici possono non essere ancora clinicamente evidenti, ma l'interessamento flogistico dell'osso falangeo può essere svelato dalla scintigrafia ossea, che può mostrare chiari segni di ipercaptazione (Fig. 3). Da un nostro studio preliminare (12), la frequenza della OP3 dell'alluce dal punto di vista radiografico e scintigrafico è più frequente di quanto sembrerebbe dalle osservazioni di Fournié (6). In effetti, dei

56 pazienti consecutivi affetti da AP da noi studiati con radiografie standard del piede e con scintigrafia ossea mediante tecnezio radioattivo, 27 (48,2%) avevano segni radiografici di iperostosi dell'alluce; solo due di questi non mostravano ipercaptazione scintigrafica della falange distale dell'alluce, che quindi era presente in 25 soggetti con AP (44,6%).



Figura 3 - Ipercaptazione della falange distale dell'alluce.

Figura 4 - Sezione trasversa dell'estremità di un dito. (da Fournié et al. 6)



Nessuna ipercaptazione è stata riscontrata in una popolazione di controllo, comparabile per sesso ed età.

DISCUSSIONE

Gli aspetti della OP3 dell'alluce messi in evidenza da Fournié sono molto ben caratteristici e possono entrare a far parte del corredo delle manifestazioni osteo-periostitiche associate all'AP. Per lo stesso Fournié si tratterebbe di un'entesopatia particolare, in cui il processo infiammatorio sembrerebbe estendersi dall'unghia affetta da psoriasi, alla sottostante adiacente linea ossea mediante lo stesso meccanismo responsabile delle entesopatie. In effetti, nell'ipotesi di Fournié, il complesso osteo-ungueale potrebbe essere considerato come un'entesopatia specializzata, con delle caratteristiche ben rappresentate nel disegno proposto dallo stesso autore (Fig. 4).

L'OP3 non è di facile identificazione, soprattutto nelle fasi iniziali di malattia, in cui la scintigrafia ossea risulta molto più sensibile. D'altronde, l'OP3 non sintomatica non costituisce una preoccupazione terapeutica, in quanto le conseguenze delle lesioni osteo-periostali, talvolta anche molto esuberanti, non sembrano rilevanti per la qualità di vita del paziente. Però si tratta di un rilievo caratteristico dell'AP, difficilmente ritrovabile in altre affezioni, a parte il facile riconoscimento dell'osteopatia ipertrofica primaria. Per cui, la sua presenza ha un importante valore diagnostico, soprattutto quando associata ad onicopatia (13, 14).

A tal proposito, curiosamente, l'OP3 dell'alluce è rara nei soggetti con sola psoriasi cutanea (15, 16). Inoltre, la presenza dell'OP3 dell'alluce sembra configurare un sottogruppo clinico particolare dell'AP. In accordo con questa ipotesi, nel nostro precedente studio l'OP3 dell'alluce risultava tendenzialmente associato ad alcuni antigeni di incompatibilità. Infatti, nei pazienti con ipercaptazione della falange distale dell'alluce alla scintigrafia ossea si riscontrava una maggiore frequenza dell'antigene HLA B39.

In conclusione, anche l'OP3 dell'alluce si aggiunge al corredo già abbondante di testimonianze caratteristiche dell'impegno osteo-articolare dell'AP rilevabili con un'attenta osservazione radiologica.

BIBLIOGRAFIA

1. Wright V. Psoriasis and arthritis. *Ann Rheum Dis* 1956; 15:348-56
2. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1973; 3:55-78.
3. Marcolongo R. Uno sguardo al futuro: la nuova classificazione delle malattie reumatiche. *Reumatismo* 1999; 51:1-2.
4. Olivieri I, Barozzi L, Pierro A, De Matteis M, Padula A, Pavlica P. Toe dactylitis in patients with spondyloarthritis: assessment by magnetic resonance imaging. *J Rheumatol* 1997; 24:926-30.
5. Olivieri I, Barozzi L, Padula A. Enthesiopathy: clinical manifestations, imaging and treatment. *Baillières Clin Rheumatol* 1998 ;12:665-81.
6. Fournié B, Crognier L, Arnaud C, Zabraniecki L, Lascoux-Lefebvre V, Marc V, et al. Proposed classification criteria of psoriatic arthritis. A preliminary

RIASSUNTO

Fra le numerose manifestazioni osteoarticolari che si associano alla psoriasi ed all'artrite psoriasica, un aspetto poco conosciuto, ma interessante è quello definito "onico-pachidermo-periostite psoriasica (OP3) dell'alluce" dal francese Fournié. Tale termine rappresenta un'oncopatia dell'alluce, associata ad un'esuberante periostite delle falangi distali dei piedi, simile a quella riscontrabile nella pachidermoperiostosi. L'OP3 dell'alluce si manifesta clinicamente con una tumefazione della falange distale dell'alluce, spesso bilaterale, associata ad arrossamento, dolore soprattutto alla marcia ed intensa dolorabilità. L'articolazione interfalangea corrispondente può essere completamente risparmiata dai sintomi. La radiografia è molto evocativa e lascia pochi dubbi interpretativi, in quanto mostra alla falange distale dell'alluce i tipici aspetti a ciuffo od a pennello, espressione dell'esuberante periostosi. Nella maggior parte dei casi queste formazioni sono osservabili radiologicamente senza che abbiano dato manifestazioni cliniche. Però, l'esistenza di un processo flogistico locale, a carico dell'osso della falange distale dell'alluce è testimoniato dalla particolare frequenza dell'ipercaptazione in questa sede alla scintigrafia ossea effettuata in pazienti con artrite psoriasica (44,6%). Quando asintomatica, l'affezione non rappresenta un'preoccupazione terapeutica, ma la sua presenza, essendo caratteristica, può essere utile per la diagnosi nei casi più dubbi.

Parole chiave - Onicopachidermoperiostite, artrite psoriasica, periostite, psoriasi.

Key words - *Onychopachydermoperiostitis, psoriatic arthritis, periostitis, psoriasis.*

- study in 260 patients. *Rev Rhum Engl Ed* 1999; 66:446-56.
7. Matucci-Cerinic M, Lotti T, Jajic I, Pignone A, Bussani C, Cagnoni M. The clinical spectrum of pachydermoperiostosis (primary hypertrophic osteoarthropathy). *Medicine* 1991; 70:208-14.
 8. Matucci-Cerinic M, Lotti T, Calvieri S, Ghersetich I, Sacerdoti L, Teofoli P, et al. The spectrum of dermatological symptoms of pachydermoperiostosis (primary hypertrophic osteoarthropathy): a genetic, cytogenetic and ultrastructural study. *Clin Exp Rheumatol* 1992; 10 (suppl 7):45-8.
 9. Cassisi GA, Lazzarin P, Punzi L, Todesco S. L'osteotropatia ipertrofica primaria: descrizione di un caso singolare. *Reumatismo* 1992; 44:267-74.
 10. Fietta P, Manganelli P. Pachydermoperiostosis and psoriatic onychopathy: an unusual association. *J EADV* 2003; 17:73-6.
 11. Goupille P, Vedere V, Roulot B, Brunais J, Valat JP. Incidence of periostitis of the great toe in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1996; 23:1553-6.
 12. Ramonda R, Punzi L, Zucchetto P, Stramare R, Podswiadek M, Cardinale G, Gambari PF. Impegno dell'alluce nell'artrite psoriasica. Evidenze cliniche, radiologiche e scintigrafiche. *Reumatismo* 2001; 53 (Suppl.4):336.
 13. Ziemer A, Heider M, Goring HD. Psoriasiform onychopachydermoperiostitis of the large toes: the OP3GO syndrome. *Hautarzt* 1998; 49:859-62.
 14. Goupille P, Laulan J, Vedere V, Kaplan G, Valat JP. Psoriatic onycho-periostitis. Report of three cases. *Scand J Rheumatol* 1995; 24:53-4.
 15. Boisseau-Gersaud AM, Beylot Barry M, Doutre S, Beylot C, Baran R. Psoriasis onycho-pachidermo-periostitis. A variant of psoriatic distal interphalangeal arthritis? *Arch Dermatol* 1996; 132:176-80.
 16. Breatchnach SM. Psoriatic arthritis: Etiology and pathogenesis. In *Rheumatology*. Eds Klippel JH, Dieppe PA. Mosby, London. 1998; 6:22.1-4.