

<p align="center">SL04 L'AQUILA DIVISIONE DERMATOLOGICA Primario: prof. G. Bologna</p>
<p align="center">A.M.S.A. Presidente: Dott. C. Di Stanislao</p>
<p align="center">A.M.P.A.S.E. Presidente: Dott. C. Corbellini</p>

“Tinki” in corso di artrite psoriasica

Autori: **Carlo Di Stanislao, Claudio Corbellini.**

Riassunto: L'artrite psoriasica (AP) o reumatismo psoriasico è un'artropatia cronica di natura infiammatoria che si riscontra in malati di psoriasi sia cutanea che ungueale, con manifestazioni anatomico-patologiche molto prossime all'artrite reumatoide e varietà cliniche quanto mai varie e differenziate. L'andamento è influenzato da vari fattori (metabolici, infettivi o traumatici).

In Medicina Tradizionale Cinese (MTC) lo si considera una “stasi del sangue” e non molte sono le segnalazioni sui risultati relativi al trattamento agopunturistico.

L'articolo, che si fonda su un protocollo semplice e facilmente riproducibile, dimostra che un numero statisticamente significativo di pazienti con AP, si giova del trattamento congiunto agopuntura e sistema ad emissione differenziata di infrarossi definito Tinki.

Si discute anche circa il significato tradizionale dei punti prescelti.

Parole chiave: artrite psoriasica, reumatismo psoriasico, agopuntura, Tinki.

“Nello sguardo del vecchio il fanciullo vide la voglia di lottare”
E. Hemingway, Il vecchio e il mare.

“Negli occhi sbarrati del Ritratto di una pazza di Gericault c'è la disperazione di un'umanità abbandonata che aspetta un briciolo di solidarietà”
F. Pannuti, Eubiosia, Vita, 10, 1997.

PREMESSA

L'artrite psoriasica (AP) o reumatismo psoriasico è un'artropatia cronica di natura infiammatoria che si riscontra in malati di psoriasi sia cutanea che ungueale (1-3). Le alterazioni osservabili in corso di AP sono molto prossime a quelle dell'artrite reumatoide (4), anche se i fenomeni di necrosi subsinoviale sono più rari ed è presente una fibrosi perivascolare e pericapsulare. I vasi sono ispessiti ed è presente una vivace neoformazione collagenica in sede perivascolare. È frequente l'associazione con alcuni determinanti del sistema HLA, in particolare B38 e B39 nelle forme periferiche e HLA B27 nella spondialtrite psoriasica (1,4). Circa la patogenesi oggi si ritiene che scaturisca dall'interazione fra assetto genetico predisponente ed agenti scatenanti (batteri, virus, microtraumi ripetuti) con meccanismi finali immunologici non ancora identificati (l'R.A. test e l'ANA test sono per lo più negativi).

L'espressione clinica è quanto mai variegata:

- forme acrali oligo o poliarticolari
- forme spondilistiche
- forme poliarticolari centrali e periferiche

La gravità e l'evoluzione non sono correlati al danno cutaneo (1-4).

L'andamento è influenzato da fattori infettivi, psichici, traumatici, ambientali e farmacologici.

Frequentemente è presente un coinvolgimento oculare a tipo Becterew-Marie o Reiter (la D.D. è sovente difficile) (4).

I segni oculari più frequenti sono: episclerite ed uveite anteriore.

I dati di laboratorio mostrano incremento degli indici aspecifici di flogosi ed aumento dell'uricemia (per incremento del turnover cellulare).

La radiografia tradizionale e l'ecografia confermano la diagnosi.

Anche l'esame capillaroscopico della plica ungueale può risultare molto utile (4).

Circa la terapia si possono impiegare FANS, sali d'oro, antimalarici di sintesi (che aggravano il danno cutaneo), retinoidi, puva-terapia e ciclosporina. La scuola italiana consiglia, nei casi gravi e refrattari, il methotrexate (4).

L'unico lavoro specifico d'interpretazione energetica dell'AP si deve a Corrado Sciarreta (5) che lo inquadra fra le forme di "stasi del sangue" (yuzhengxue).

Il fatto che derivi dall'interazione fra perverso esterno e fenotipo predisponente indica del "calore latente" (fu xie) (6) e la necessità di rinforzare il jing individuale.

L'interessamento tendineo (soprattutto all'alluce) ed oculare ci indica, inoltre, una turba del Fegato (gan).

Secondo la classificazione tipica (secondo gli zang/fu) dei bi (7-8) rientra fra le forme da vuoto di yin di Fegato e di Rene con calore vuoto (xu re)

STUDIO CLINICO

Abbiamo trattato 30 pazienti affetti da AP, di età compresa fra i 24 ed i 51 anni (media 37.5 +/- 0.8), di cui 18 (60%) donne e 12 (40%) uomini.

Il campione presentava le seguenti varietà cliniche:

- **Forme oligoarticolari (11 pari al 36.6%)**
- **Forme poliarticolari periferiche (10 casi pari al 33.3%)**
- **Forme spondilistiche (4 casi pari al 13.3%)**
- **Forme centrali e periferiche (5 casi pari al 16.6%)**

La malattia durava in media da 3.8 anni ed era associata a psoriasi cutanea diffusa in 19 casi (63.4%) ed onicopatia psoriasica nei restanti 11 (36.6%).

Le terapie di fondo (ciclosporina, retinoidi, puva) sono state eliminate nelle due settimane precedenti l'inizio dello studio.

Il trattamento ha previsto:

- A) sedute trisettimanali di agopuntura con aghi a perdere di 0.30 per 30 mm, della durata di 30 minuti con impiego dei punti: GV 17, PC 7, LR 3, LR 7 più punti locali sintomatici (da uno a due) secondo le articolazioni colpite (LU7 per la mano, GB37 per il piede, BL32 per la colonna lombare, ST 35 per il ginocchio, LI 14 per la spalla (ogni paziente riceveva una stimolazione su 9-11 punti) (Tav. 1).
- B) sedute giornaliere (con riposo domenicale) con Tinki, orientato sulla zona più colpita (una sola zona per paziente) della durata di 20 minuti a potenza massima di erogazione infrarossa.

Lo studio ha avuto la durata di un mese. In caso di dolore i pazienti assumevano nimesulide cp. da 100 mg.

Si sono valutati settimanalmente (T0-T4):

- dolore diurno con scala analogica a 10 punti (Tab. 1)
- numero medio dei risvegli notturni (Tab. 2)
- mg/die di nimesulide (Tab. 3)
- giudizio soggettivo a 3 punti (Tab. 4).

TAV. 1 Punti prescelti

GV 17 (Nao Hu): localizzato sotto la protuberanza occipitale esterna, 1,5 cun sopra al GV16. Punto perpendicolarmente a 0,3-0,5 cun. Molti testi (Tong Ren, Lei Jing Tu Yi) ne vietano puntura e moxa. I testi moderni lo impiegano nelle cefalee nucali con occhi rossi e nelle turbe cerebrali bulbari e pontine. E' punto del "mare dei midolli" con baihui (GV20). Sciatteria lo indica in tutti i dolori da stasi di sangue (dolori notturni, aggravati dal freddo e dal riposo). Lo Zhen Jiu Jia Yi Jing lo indica in tutti i dolori con gonfiore e stasi del sangue.

PC 7 (Da Ling): come punto "shu" del ministro del cuore sblocca le stasi di sangue (Kespì). Secondo lo Jia Yi Jing può definirsi "xin zhu" il punto "servitore del cuore" (in quanto pompa del sangue" per eccellenza. Secondo il Qian Jin Yao Fang è un punto "gui" (Gui xin) molto utile nelle malattie gravi del sangue con componente psicoemotiva. E' stato punto a 0.3 cun con direzione centrifuga al centro della piega di flessione del polso.

LR 3 (Tai Chong): Il termine "chong" (che compare anche nel nome secondario) lo riconduce al chong-mai che è la madre del sangue. Secondo il Sowen tratta i dolori rachidei lombari (capitolo "Nue bing") ma Auroche lo indica, col PC 5, in tutte le reumatopatie da stasi di sangue. Il Ma Da Bang lo indica nelle malattie gravi e per rinforzare lo yin ed il sangue del Fegato. E' stato punto alla giunzione dei primi due metatarsi, con la punta diretta verso il I dito a 0.5-1 cun di profondità.

K 7 (Fu Liu): punto jing prossimale tratta lo yin e lo bang del Rene, è utile in tutti i dolori generalizzati (Yu Long Jing), soprattutto in quelli erratici (Tai Yi Ge).

Secondo Montanari e De Berardinis l'ideogramma "fu" (Ricci 1621) lo rende in grado di agire sui "bi cronici e ricorrenti" da "calore latente". Lo abbiamo punto perpendicolarmente ad un cun di profondità, 2 distanze sopra al 3 K, sul margine tibiale sul bordo anteriore del tendine calcaneare.

LU 7 (Lie Que): punto luo di controllo della mano. Il Sowen ed il Lingshu lo considerano indispensabile e primario nelle malattie da calore che esordiscono dal braccio e dalla mano. Lo Sheng Hui Fang lo indica nei reumatismi del polso. E' stato punto parallelamente all'asse antebrachiale, a 0.2-0.3 cun, con punta rivolta in avanti a 1,5 distanze dalla piega di flessione del polso.

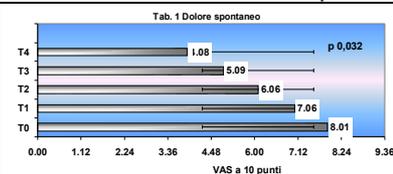
LI 14 (Bi Nao): punto in relazione col braccio e col cervello (Shenh Hui Fang) che nei due nomi secondari porta l'ideogramma "chong", quindi in grado di muovere il sangue". Nello Shanghai Zhen Jiu Xue è il più interessante punti dei reumatismi della spalla con impossibilità ad elevare il braccio. Lo abbiamo punto perpendicolarmente a 0,5 cun, sull'estremità inferiore del deltoide, lungo una linea collegante l'11 LI al 15 LI.

St 35 (Du Bi): secondo il Lingshu è il più importante punti dei dolori profondi del ginocchio. Anche lo Shanghai Zhen Jiu Xue lo considera il più importante punto delle gonalgie reumatiche. E' stato punto perpendicolarmente al maggior asse patellare, a 0,5-1 cun, a ginocchio flesso, nella depressione al di sotto della rotula, sul bordo laterale del tendine rotuleo.

CB 37 (Guang Ming): punto luo attivo in caso di dolori al piede ed al ginocchio. Secondo i testi cinesi moderni utilissimo nei bi e wei degli arti inferiori. Lo abbiamo individuato a 5 cun sopra alla punta del malleolo esterno, sul bordo anteriore del perone e punto perpendicolarmente a 1-1,5 distanze di profondità.

BL 32 (Ci Liao): I testi cinesi moderni lo indicano come punto principe delle lombalgie infiammatorie con irradiazione in basso ed impotenza funzionale.

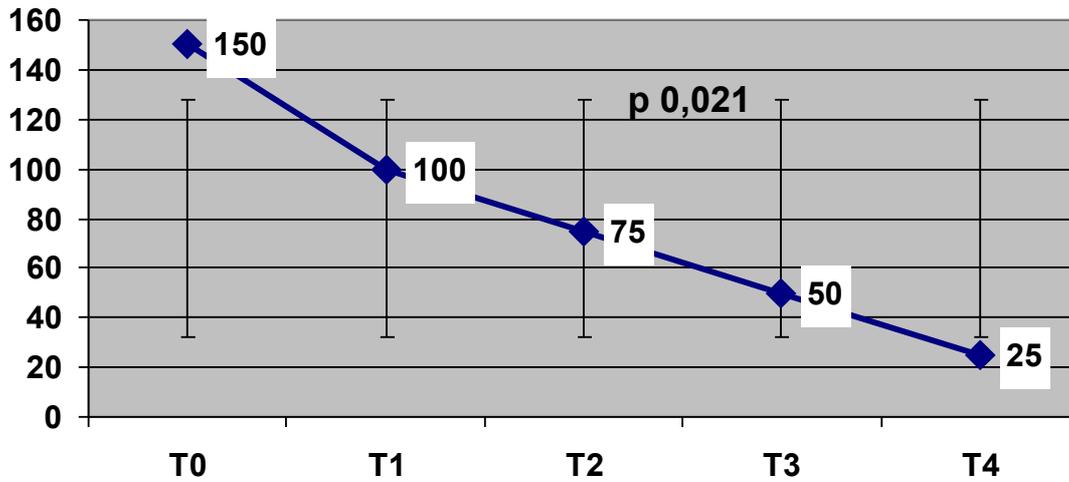
Molto utile nel nostro caso poiché "vivifica il sangue e calma il dolore". Situato al centro del II forame sacrale è stato punto a 1-1,5 cun di profondità.



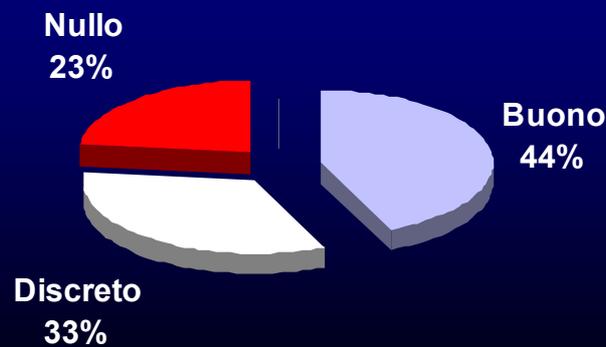
N.B.: TESTI ESAMINATI:

1. Guillaume-Mach-Chieu, 1995
2. Ding L., 1991
3. Perrey S., 1988

Tab. 3 Consumo nimesulide mg/die



Tab.4: Valutazione finale soggettiva



CONCLUSIONI

I risultati dimostrano che l'impiego combinato di agopuntura e Sistema di emissione infrarossa differenziata Tinki riduce il Dolore (p 0,03), i risvegli notturni (p 0,019) ed il consumo di FANS (p 0,02) in corso di AP.

Il 77% dei soggetti trattati si definisce soddisfatta di questa terapia, con indici ben al di sopra del semplice effetto placebo (9).

Probabilmente l'impiego di prodotti erboristici cinesi capaci di muovere il sangue e combattere il dolore (Tao Hong Si Wu Tang più Corydalis Yan Hu Suo) (10) avrebbe ulteriormente migliorato i risultati.

Data la brevità dello studio (4 settimane) non abbiamo ritenuto utile valutare gli indici di flogosi,. Ci ripromettiamo, in studi successivi, periodi attivi più allargati (3 mesi), un follow-up di sei mesi e

controlli non solo clinici ma anche di alcuni sensibili dati di laboratorio (VES, proteina c reattiva, alfa1glicoproteina).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ribuffo A.: Manuale di Dermatologia e Venereologia, II Edizione, Lombardo Ed., Roma, 1990.
- 2) Binazzi M. et al.: Manuale di Dermatologia e Venereologia, Ed. Esculapio, Bologna, 1990.
- 3) Degos R.: Dermatologie, Ed. Flammarion, Paris, 1981.
- 4) AAVV: Dizionario di dermatologia con elementi di farmacologia, Ed. Chiesi, Milano, 1995.
- 5) Sciatteia C.: Il reumatismo sangue, Riv. It. D'Agopunt., 1985, 54: 12-19.
- 6) Montanari R., De Berardinis D.: Il calore, Rivista informatica "La Mandorla" - Anno II - numero 7 - Dicembre 1998.
- 7) Guillaume et Mach-Chieu: Rhunmatologie et Medicine Tradittion nelle Chinoise, Ed. Presence, Paris, 1990.
- 8) Quirico P.E.: Agopuntura clinica nella patologia muscolo scheletrica, Ed. UTET, Torino, 1997.
- 9) Lewith G.T.: On the evaluation of the clinical effets of acupuncture, Pain, 1983, 16:111-127.
- 10) Gatto R.: Le Ricette, policopie, Ed. AFAC, Milano, 1993.

Ringraziamenti

Si ringrazia l'Istituto di Statistica Medica dell'Università degli Studi de L'Aquila

Indirizzi per chiarimenti

Carlo Di Stanislao
Ospedale Regionale S. Salvatore
E-mail: amsaaq@tin.it