

Associazione
Trentina
Malati
Reumatici

ONLUS



Unità Operativa di
Reumatologia Ospedale
S. Chiara, Trento

QUADERNI ATMAR

2

**L'ARTRITE
REUMATOIDE**

Associazione
Trentina
Malati
Reumatici

ONLUS



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

QUADERNI ATMAR

2

L'ARTRITE REAUMATOIDE

Associazione Trentina
Malati Reumatici
Onlus

Quaderni ATMAR sulle malattie reumatiche

a cura dell'Associazione Trentina
Malati Reumatici – ATMAR

Coordinamento progetto editoriale:

dott.ssa Annamaria Marchionne, Presidente
Associazione Trentina Malati Reumatici

Testi a cura di:

dott. Giuseppe Paolazzi, Direttore dell'Unità Operativa
di Reumatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento e
dott. Roberto Bortolotti, Responsabile Struttura Semplice
Day Hospital dell'Unità Operativa di Reumatologia
dell'Ospedale S. Chiara di Trento

Con la collaborazione di:

dott. Francesco Paolo Cavatorta, Unità Operativa di
Reumatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento;
dott.ssa Susanna Peccatori, Unità Operativa di
Reumatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento;
dott.ssa Laura Valzolgher, specialista Scienze
Alimentazione e Nutrizione, Trento

Cura redazionale:

dott.ssa Alessandra Faustini, dott.ssa Chiara San
Giuseppe, Associazione Trentina Malati Reumatici

Progettazione e cura grafica:

Studio G. Weber, Trento

Si ringrazia per la collaborazione:

l'Unità Operativa di Reumatologia dell'Ospedale
S. Chiara di Trento

*Pubblicazione realizzata con
il contributo non condizionato
di ROCHE*



We Innovate Healthcare

© 2009 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.reumaticitentino.it).*

Sommario

- 5 Presentazione
- 7 **L'ARTRITE REUMATOIDE**
- 7 **Che cos'è l'artrite reumatoide?**
Quali sono le articolazioni colpite?
Come si manifesta?
- 8 **Quali sono i sintomi?**
- 9 **Cosa significa impegno extra-articolare?**
- 10 **Cosa sono i noduli reumatoidi?**
- 11 **È una malattia frequente?**
Esiste una forma giovanile?
- 12 **Quali sono le cause della AR?**
Come si sviluppa?
- 15 **Come si fa la diagnosi?**
- 16 **Qual è il ruolo degli esami di laboratorio e degli esami strumentali?**
- 17 **Qual è il ruolo dell'ecografia nella gestione dei malati con artrite reumatoide?**
- 19 **Qual è il decorso?**
- 21 **Quali sono i costi della malattia?**
Perché è importante una diagnosi precoce? Cosa significa artrite precoce?
- 23 **Come si può fare una diagnosi precoce?**
- 25 **Ci sono fattori predittivi di severità di malattia?**
- 26 **La terapia**
- 27 **Qual è l'impostazione terapeutica?**
- 28 **I farmaci: FANS e cortisonici**

- 30 **Cosa e quali sono i farmaci “biologici”?**
- 31 **Quando vengono utilizzati i “biologici”?**
Sono efficaci? Come vengono scelti?
Sono sicuri?
- 32 **Quando e come si monitorizza la malattia?**
- 33 **Cosa significa controllare la malattia e cosa significa remissione?**
Cosa è l’economia articolare?
- 34 **Qual è il ruolo della terapia complementare?**
- 35 **Che tipo di alimentazione è indicata nei malati che soffrono di artrite reumatoide?**
- 36 **Va fatta attività fisica?**
- 37 **Qual è il ruolo della chirurgia e delle “cure fisiche”?**
- 38 **Artrite reumatoide e gravidanza**
- 40 **Modalità di accesso alla visita specialistica in caso di artrite precoce**
- 41 **In sintesi**

- 43 **Unità Operativa di Reumatologia**
- 45 **Associazione Trentina Malati Reumatici: una mano alla speranza**

Presentazione

La pubblicazione del Quaderno ATMAR 2 della collana sulle malattie reumatiche costituisce la seconda tappa del percorso informativo avviato dall'Associazione Trentina Malati Reumatici con il primo Quaderno sul tema generale dei Reumatismi.

Il Quaderno 2 è dedicato all'artrite reumatoide, una patologia di significativo impatto sulla vita dei malati che ne sono colpiti, dal punto di vista della sofferenza, della disabilità che ne consegue, e degli alti costi sociali per i pazienti e per la società.

L'artrite reumatoide rappresenta, infatti, la malattia infiammatoria articolare più frequente con una prevalenza dello 0,3-1% nella popolazione adulta. Fino a qualche decennio fa la malattia era considerata inesorabilmente evolutiva, deformante e progressiva e chi ne era colpito era destinato a forme di invalidità spesso molto gravi.

Oggi le nuove possibilità terapeutiche offerte dalla ricerca scientifica, legate ad una conoscenza della patologia più approfondita rispetto al passato, consentono di affrontarla con un approccio più mirato e di gestirla con buoni risultati, purchè riconosciuta e curata con tempestività.

Da questo punto di vista diviene, quindi, essenziale l'informazione, che può aiutare il malato a riconoscere i primi sintomi della patologia e indurlo a rivolgersi al proprio medico curante ed eventualmente allo specialista per una diagnosi precoce.

In questo modo potrà aprirsi la cosiddetta "finestra di opportunità" terapeutica, che permetterà di trattare in modo adeguato la malattia, fin dai pri-

mi mesi dal suo esordio, con la possibilità di arrivare ad una remissione o, almeno, di rallentarla e di controllarla con un decorso più benigno.

La descrizione della patologia e di tutti gli aspetti diagnostici e terapeutici correlati è stata realizzata con un linguaggio e una strutturazione dei contenuti che ne facilitano la comprensione e cercano di rispondere alle domande più frequenti di una persona affetta da artrite reumatoide.

Il Quaderno 2, come il precedente, troverà ampia diffusione, grazie anche alla collaborazione dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari del Trentino, negli ospedali, negli ambulatori specialistici e in tutte le farmacie della nostra provincia. La pubblicazione, come tutte quelle realizzate dall'ATMAR, sarà inoltre a disposizione delle persone interessate presso la sede dell'Associazione.

Attraverso la pubblicazione di questo Quaderno l'ATMAR ritiene di adempiere ad un proprio compito istituzionale, quello dell'informazione, che, accanto all'assistenza, alla tutela dei diritti e all'offerta di servizi di varia natura, legittimano e danno sostanza al suo ruolo di sussidiarietà sociale.

Anche in questa occasione di fondamentale importanza è stata la collaborazione dell'Unità Operativa di Reumatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento che, tramite il suo Direttore e gli altri medici specialisti del reparto, ha curato i testi del Quaderno, rinnovando quell'alleanza tra medici e pazienti che dovrebbe costituire la base di ogni percorso terapeutico e assistenziale condiviso.

dott.ssa Annamaria Marchionne
Presidente ATMAR

L'ARTRITE REUMATOIDE

Che cos'è l'artrite reumatoide?

L'artrite reumatoide (AR) è **una malattia infiammatoria cronica**, a patogenesi autoimmune, che colpisce principalmente le articolazioni, spesso in maniera evolutiva e distruttiva. Può colpire, oltre le articolazioni, altri tessuti ed organi. È quindi una **malattia sistemica, anche extra-articolare**.

Quali sono le articolazioni colpite? Come si manifesta?

Le articolazioni **colpite** sono le **articolazioni provviste di membrana sinoviale**, un tessuto che le riveste all'interno.

Il tessuto sinoviale è la sede principale del processo infiammatorio.

L'esordio della malattia è variabile. Nella maggioranza dei casi è di tipo **graduale ed insidioso**, con la caratteristica di una **poliartrite simmetrica** (infiammazione di più articolazioni sia a destra che a sinistra), **aggiuntiva** (sempre nuove articolazioni colpite senza guarigione di quelle precedentemente interessate), che colpisce **in particolare le piccole articolazioni delle mani e dei piedi** con successivo possibile interessamento delle articolazioni prossimali. Le articolazioni maggiormente colpite sono le interfalangee prossimali (IFP), le

metacarpo-falangee (MCF), i polsi, le metatarsofalangee (MTF), le interfalangee prossimali dei piedi; possono essere colpite inoltre le caviglie, le ginocchia, le anche, i gomiti, le spalle, le temporo-mandibolari e la colonna cervicale. L'infiammazione può colpire anche altre strutture articolari come i tendini e le borse sierose causando tenosinoviti e borsiti.

La definizione della AR è quindi quella di una poliartrite cronica simmetrica, a carattere aggiuntivo, ad interessamento articolare dalla periferia al centro.

Accanto alla **forma ad esordio poliarticolare** ci può essere una **forma ad esordio mono-oligoarticolare** (vengono colpite da una a quattro articolazioni), una **forma ad esordio sistemico** che si presenta con febbre e sintomi generali, una **forma ad esordio di tipo "migrante"**, caratterizzata da dolore e tumefazione migranti in una o più articolazioni della durata di due-tre giorni, ad intervalli fra loro variabili, con risoluzione spontanea ed una **forma ad esordio polimialgico**. Quest'ultima, tipica dell'anziano, si presenta con **interessamento elettivo dei cingoli** scapolo omerale (spalle e collo) e pelvico (basso schiena ed anche), con intensa rigidità ed impaccio ad alzarsi e muoversi.

Quali sono i sintomi?

Il **sintomo principale è il dolore**, spontaneo, continuo, peggiorato dall'uso dell'articolazione. Un altro sintomo frequente è la **rigidità articolare** (impaccio articolare), più pronunciata dopo lunga inattività, presente in particolare al mattino, al ri-

sveglia, generalmente **di lunga durata** (almeno un'ora). Accanto al dolore ed alla rigidità, un segno clinico caratteristico è il **gonfiore delle articolazioni** causato dal versamento (accumulo di liquido infiammatorio) all'interno delle articolazioni colpite dalla malattia, dalla ipertrofia (ispessimento) della membrana sinoviale e dal liquido (edema) che si accumula nei tessuti peri-articolari. Ci può essere **anche rossore e calore** della pelle sovrastante le articolazioni infiammate. **Non sempre peraltro questi sintomi e segni** indicativi di infiammazione **sono presenti**. Nelle forme ad esordio insidioso e con scarsa infiammazione possono mancare. Il paziente **potrà presentare**, in questo caso, **solo lievi artralgie, lieve impaccio motorio e/o avere solo dolore evocato** alla palpazione e alla mobilizzazione delle articolazioni interessate. Un altro segno dell'impegno articolare è la **limitazione della funzione** (difficoltà a muovere l'articolazione) legata all'infiammazione e al dolore che la mobilizzazione provoca. La **deformità ed il blocco della articolazione** (anchilosi) sono **problemi** tardivi conseguenti alla evoluzione negativa della malattia.

Cosa significa impegno extra-articolare?

I pazienti con artrite reumatoide possono presentare anche manifestazioni cliniche sistemiche (come febbre, stanchezza) ed in sedi extra-articolari. Nel decorso della malattia si può avere **coinvolgimento della cute** (noduli reumatoidi – vasculite), **dei muscoli**, del **sistema nervoso** sia centrale che periferico, **dell'osso** (osteoporosi), **del cuore** (pericarditi in particolare), **del polmone** (pleuriti, impegno del parenchima polmonare), **del rene**, **dell'apparato gastro-intestinale**, **dell'occhio** (sin-

drome sicca, uveiti). Queste manifestazioni sono **legate alla localizzazione del processo reumatoide nei tessuti** (come il pericardio, la pleura, la cute), **negli organi** (polmone in particolare) **o alle complicanze della malattia e della terapia**. Tra le manifestazioni extra-articolari va segnalato **l'interessamento cardio vascolare**, legato ad un **maggior rischio di aterosclerosi** presente **nei pazienti con artrite reumatoide sin dal suo esordio**. L'**aterosclerosi "accelerata"** determina nei pazienti con artrite reumatoide un **maggior rischio di problemi vasali a livello del cuore** (angina, infarto) e **del cervello** (ictus). Tale **maggior rischio è legato** non solo alla possibile presenza dei tradizionali fattori di rischio vascolare (fumo, ipertensione, diabete, obesità, ipercolesterolemia), ai farmaci usati nella cura della malattia (il cortisone in particolare), all'aumento dell'omocisteina (spesso presente), ma anche **alla malattia in sé** ed in modo particolare alla infiammazione tipica della artrite reumatoide che è causa del danno vasale e del conseguente maggior rischio di aterosclerosi.

L'aterosclerosi accelerata, più precoce di alcuni anni rispetto alla popolazione non affetta da artrite reumatoide, è considerata ora una delle principali manifestazioni extra-articolari della malattia e l'artrite reumatoide è considerata un fattore di rischio cardio-vascolare maggiore, al pari del diabete mellito.

Cosa sono i noduli reumatoidi?

I noduli reumatoidi sono una delle principali manifestazioni del coinvolgimento cutaneo. Possono essere sottocutanei o intracutanei. Si formano nelle zone sottoposte a maggiore pressione come a li-

vello di gomiti, avambracci e dita. Hanno dimensioni variabili, consistenza duro elastica e poca tendenza ad ulcerarsi. Talora possono essere presenti all'interno di organi (polmone, cuore, rene). Sono **maggiormente presenti nei pazienti con fattore reumatoide (FR) positivo** ad alto titolo e sono legati ad un processo vasculitico (infiammazione dei piccoli vasi) legato alla malattia. Possono, non frequentemente, essere peggiorati dalla terapia con methotrexate (nodulosi da methotrexate).

È una malattia frequente?

L'AR è la forma più frequente di artrite infiammatoria. Ha una **prevalenza del 0,3-1% nella popolazione adulta** di tutto il mondo. Si stima che almeno 500.000 italiani ne soffrano. L'incidenza (numero di nuovi casi) è pari a **circa 6 nuovi casi ogni 10.000 persone/anno**. La malattia è da circa 3 a 5 volte **più comune nel sesso femminile** rispetto a quello maschile: il 75% dei pazienti è donna. Nella popolazione anziana l'incidenza peraltro tra i due sessi è simile. La malattia **colpisce tutte le età, dall'età infantile (2-3 anni) a quella senile** (oltre 80 anni). Il periodo di maggiore incidenza è tra i 40 e i 60 anni. Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento del tasso di incidenza con l'avanzare dell'età e quindi ad un innalzamento dell'età media di esordio.

Esiste una forma giovanile?

Con il termine di **artrite idiopatica giovanile (AIG)** si identifica **un gruppo di artriti croniche ad insorgenza prima dei 16 anni di età**. La AIG è una

malattia rara che colpisce circa 80-90 bambini su 100.000. La diagnosi si basa sulla presenza di infiammazione articolare persistente e sulla esclusione di altre cause di artrite (tipo le forme virali in genere autolimitantesi in alcune settimane). **Le artriti croniche giovanili si distinguono in varie forme in relazione** alla presenza o meno di **sintomi sistemici** (febbre, manifestazioni cutanee, coinvolgimento di organi interni, ingrossamento linfonodale) e al **numero delle articolazioni interessate**. La **forma sistemica** viene chiamata **morbo di Still**. Esistono poi una **forma oligoarticolare** che interessa meno di 5 articolazioni, spesso associata a complicanze oculari (uveite anteriore) e a positività degli ANA (anticorpi anti nucleo), una **forma poliarticolare** che interessa più di 5 articolazioni **con fattore reumatoide (FR) positivo o negativo**, una **forma** in cui l'**artrite** colpisce in particolare le **grosse articolazioni** degli arti inferiori **associandosi ad infiammazione delle entesi** (punti di inserzione dei tendini ai muscoli ed all'osso) e **spesso alla positività** di un esame di laboratorio chiamato **HLA B27** (fattore genetico che predispone a questa malattia) ed una **forma associata alla psoriasi**. L'evoluzione e la prognosi di queste forme, come pure la terapia, sono diverse.

Quali sono le cause della AR? Come si sviluppa?

La causa della AR rimane sconosciuta.

La malattia si sviluppa perché, in soggetto geneticamente predisposto, un evento scatenante ambientale attiva una risposta auto-immune (legata a cellule ematiche e loro prodotti di sintesi e secrezione che agiscono contro costituenti del proprio

organismo) **che causa infiammazione sinoviale persistente e conseguente danno articolare**. Alcuni fattori genetici predisponenti sono stati individuati. La **predisposizione genetica è importante sia nell'attivare la risposta auto-immune, sia nel determinarne la persistenza e la gravità**. Vari sono i **fattori ambientali** chiamati in causa e capaci di rompere l'equilibrio del sistema immune: tra questi virus, vaccini, stress. Recentemente è stata posta attenzione al **fumo di tabacco come fattore di rischio** per l'artrite reumatoide, **in particolare nei pazienti che hanno positività per gli anticorpi anti proteine citrullinate (anti CCP)**. Il fumo di tabacco sarebbe in grado di provocare, in soggetti geneticamente predisposti, una modificazione (citrullinazione) delle proteine capace poi di iniziare la reazione infiammatoria autoimmune tipica dell'artrite reumatoide. Inoltre, tra i fattori batterici, è stato dato rilievo ad un **patogeno presente nella bocca (Porphyromonas gingivalis)**, capace di dare infiammazione gengivale e di indurre ed amplificare i meccanismi infiammatori che portano alla malattia.

La **tappa iniziale** coinvolge cellule del sangue e dei tessuti che hanno il compito di esaminare il fattore scatenante (antigene) e di presentarlo ai linfociti, cellule deputate alla nostra difesa da agenti sia esterni che interni. Se l'individuo è predisposto, il processo infiammatorio di difesa non si spegne e si avrà una **risposta infiammatoria immunomediata** attraverso la produzione di molecole (citochine) che causeranno infiammazione a livello principalmente della membrana sinoviale. Nel processo infiammatorio intervengono sia i linfociti T che i linfociti B, sia le cellule sinoviocitiche-macrofagiche. **I linfociti B secernono il fattore reumatoide (FR)** che ha un ruolo chiave nello

sviluppo di una malattia più severa. Anche la **produzione degli anticorpi anti proteine citrullinate** (anti CCP) ha un ruolo importante nello sviluppo di malattia severa. È a livello della membrana sinoviale che le cellule del sistema immune produrranno una varietà di sostanze infiammatorie capaci di iniziare e mantenere il processo infiammatorio, secernere sostanze (enzimi) in grado di degradare e riassorbire l'osso e la cartilagine provocando così erosioni e danno strutturale articolare, elemento principale nel condizionare la successiva disabilità del paziente.

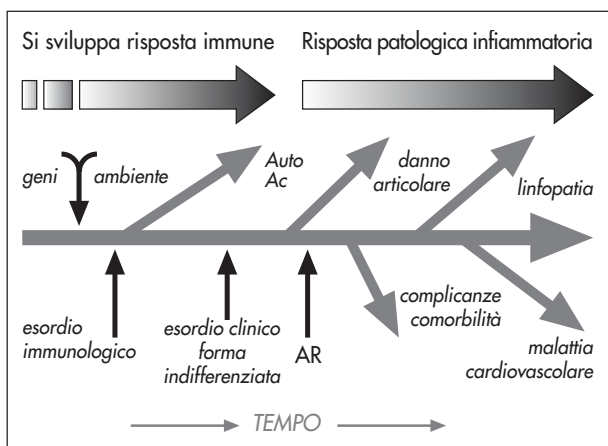


Figura 1: schema di sviluppo della artrite reumatoide (AR) (modificato da A.Finckh Curr Opin Rheumatol 2009)

Negli ultimi anni la ricerca ha permesso di definire meglio i fattori genetici predisponenti e le molecole infiammatorie coinvolte nella malattia.

Il risultato di queste ricerche è stato lo sviluppo di nuovi farmaci capaci di bloccare in maniera selettiva le molecole induttrici di infiammazione e danno articolare.

Inflammatione cronica nell'articolazione reumatoide

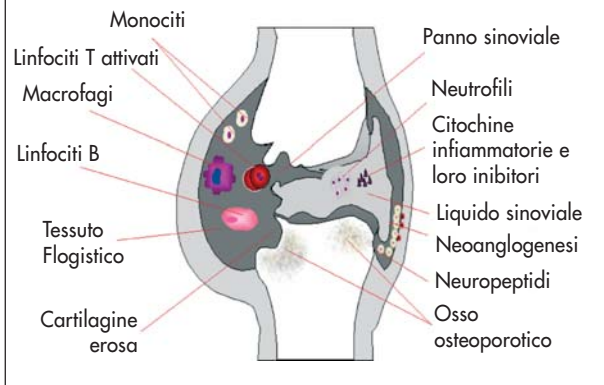


Figura 2: le cellule coinvolte nell'artrite e le modifiche strutturali

Come si fa la diagnosi?

La diagnosi di AR è una diagnosi che si basa sulla presenza e persistenza di alcuni segni e sintomi; in particolare sulla presenza di artrite (tumefazione, dolore, talora rossore) di 3 o più articolazioni, sulla presenza di **artrite dei polsi**, delle **metacarpo falangee** (le articolazioni tra mano e dita) e delle **interfalangee prossimali** (le articolazioni mediane delle dita), sulla presenza di una **artrite simmetrica** e di **rigidità mattutina** maggiore di un'ora. Questi **sintomi devono persistere per più di sei settimane**. Altri criteri per la diagnosi sono la presenza del fattore reumatoide, dei noduli reumatoidi e di alterazioni radiologiche tipiche. Sono necessari almeno 4 dei criteri sopra riportati per poter classificare una artrite come artrite reumatoide. Ha **grande importanza anche la positività degli anticorpi anti peptidi citrullinati**

(anti citrullina o antiCCP). **L'AR può essere, all'esordio, di difficile diagnosi:** molti altri reumatismi infiammatori, possono infatti manifestarsi con caratteristiche simili. **Un'artrite precoce, non classificabile** in artrite reumatoide o in un'altra artrite specifica, **viene chiamata "indifferenziata"**. Questa artrite potrà risolversi spontaneamente o, più facilmente, con la terapia, rimanere indifferenziata o evolvere in artrite reumatoide definita o in un'altra forma di artrite. **È molto importante, all'esordio, identificare i pazienti con artrite indifferenziata che potranno sviluppare un'artrite reumatoide.**

La diagnosi di AR è quindi essenzialmente una diagnosi clinica. Si basa, in gran parte, sulla storia del paziente e sull'esame obiettivo alla visita medica. Gli esami di laboratorio e gli esami strumentali (radiografia, ecografia, risonanza magnetica) sono di ausilio nel porre una diagnosi corretta.

Qual è il ruolo degli esami di laboratorio e degli esami strumentali?

Gli **esami di laboratorio** possono essere di aiuto nell'indirizzare la diagnosi, nel valutare l'**attività di malattia**, la sua **remissione** e nel **controllo** dei possibili effetti non desiderati dei **farmaci**. In particolare gli indici di infiammazione (VES e PCR) sono utili per valutare l'attività di malattia: il loro aumento correla spesso con il numero di articolazioni infiammate. Possono però, nelle forme lievi, essere normali.

La positività del fattore reumatoide (FR) e degli anti peptidi citrullinati (antiCCP) è un ausilio diagnostico e correla con lo sviluppo di una malat-

tia più severa. Il FR è positivo nel 60-70% dei pazienti con AR definita ma solo nel 20-30% dei pazienti con artrite precoce. **Il FR non è specifico della malattia**, si può trovare in soggetti sani, specie se anziani o in pazienti con altre malattie. **Da solo non è sufficiente per porre la diagnosi di AR.** **Gli anti CCP** sono un marker più specifico di malattia e sono molto di aiuto nel predire, in una artrite all'esordio, lo sviluppo di AR. Altri esami, come l'emocromo, gli esami di funzionalità epatica e renale, vengono utilizzati per il controllo dei possibili effetti indesiderati della terapia farmacologica.

Le radiografie sono utili nel riconoscere un'AR, ma all'esordio di malattia solo una piccola percentuale dei pazienti presenta le alterazioni tipiche della AR. Sono **più utili nel monitorarne l'evoluzione**. Sta acquistando sempre più **importanza l'ecografia articolare**, specie se associata al power doppler. La valutazione ecografica può riconoscere un'inflammatione articolare anche se clinicamente (alla visita del paziente) non evidente, aiuta nel monitoraggio della malattia ed è importante nel verificarne la remissione. Anche la **risonanza magnetica** è molto utile nel mostrare precocemente le alterazioni tipiche della malattia, in particolare le erosioni. È un esame peraltro molto costoso e una tecnica non facilmente disponibile. Il suo **utilizzo va quindi riservato a casi particolari**.

Qual è il ruolo dell'ecografia nella gestione dei malati con artrite reumatoide?

L'ecografia è un **esame semplice**, non invasivo, ripetibile e poco costoso.

Permette di **rilevare le alterazioni articolari e tendinee presenti nell'artrite reumatoide**. Talora può non essere possibile stabilire clinicamente quali sono le strutture che causano il dolore e la tumefazione clinicamente evidenziabili. L'ecografia discrimina in modo preciso **quali sono le strutture interessate**: tendini, articolazioni, tessuti molli, **favorendo in tal modo una diagnosi corretta**. L'ecografia fa **visualizzare** se c'è **versamento** articolare e se sono interessati i **tessuti molli**. Permette di **quantificare** con maggior precisione, rispetto al solo esame clinico, il **grado di infiammazione** attraverso la valutazione semiquantitativa del segnale power doppler e di **valutare** se vi è o **meno ipertrofia della membrana sinoviale**. Con l'ecografia è possibile **evidenziare**, anche precocemente, le **alterazioni erosive dell'osso**. L'esame ecografico permette di **seguire nel tempo le alterazioni** e di **controllare l'effetto della terapia** su di esse. Inoltre questa metodica permette di **eseguire infiltrazioni e prelievi** di liquido articolare **in maniera precisa e mirata**.

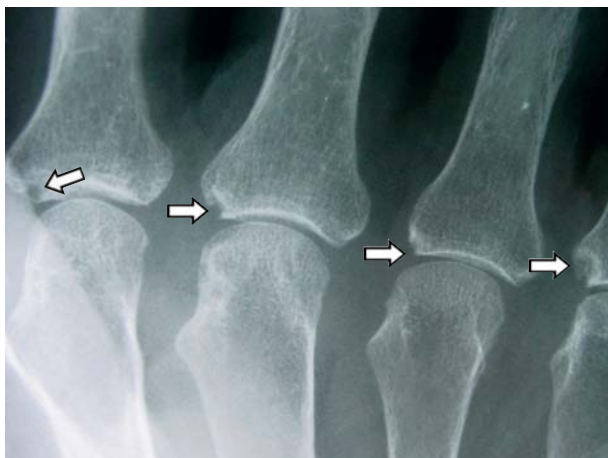


Figura 3: iniziali erosioni ossee articolari (frecce bianche)

Qual è il decorso?

La storia naturale della AR è quella di una malattia con una remissione (assenza di sintomi e segni di malattia) molto bassa e con uno stato funzionale che declina progressivamente negli anni. Solo l'8% dei pazienti a 10 anni è senza alcun grado di disabilità, circa il 90% dei pazienti è con qualche grado di disabilità entro 20 anni dall'esordio e solo circa il 30-40% dei pazienti a 15 anni è in grado di continuare il lavoro senza restrizioni. **Non è solo la qualità di vita che viene ad essere compromessa ma anche l'aspettativa di vita diminuisce**, in media di 4 anni negli uomini e di 10 nelle donne, se la malattia non è adeguatamente trattata. La maggiore disabilità è presente nei primi anni di malattia con il 75% dei pazienti con problemi di lavoro nei primi 4 anni. Anche se **la disabilità al lavoro appare essere il problema più importante**, l'artrite reumatoide coinvolge ogni sfera della persona (emotiva, socio-culturale, sessuale) in una percentuale tra il 50 e il 70% dei pazienti dopo i primi 5 anni di malattia.

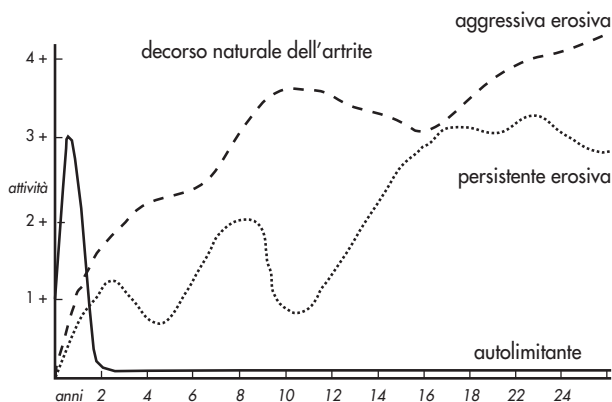


Figura 4: grafico che illustra le varie possibilità di andamento di malattia

Meno del 10% dei pazienti presenta quindi una malattia benigna che tende a limitarsi nel breve periodo, per lo più come effetto della terapia. La remissione spontanea è rara. Nella maggior parte dei casi le fasi infiammatorie si alternano a fasi di relativa quiete (andamento a pousée) mentre in almeno in 1/3-1/4 dei casi l'andamento di malattia è rapidamente progressivo con precoce e grave danno erosivo.

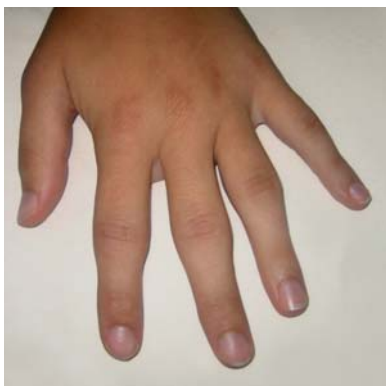


Figura 5: Mano con artrite precoce. È presente una tumefazione alle articolazioni interfalangee prossimali

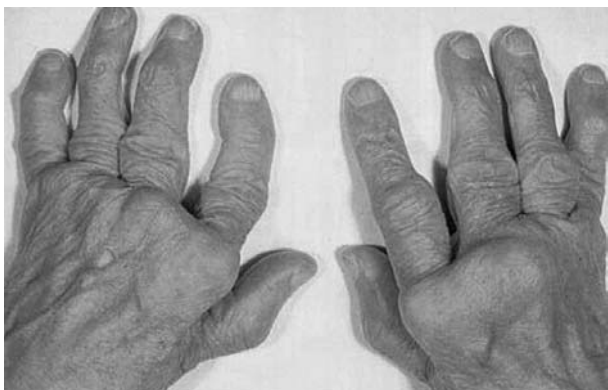


Figura 6: artrite evoluta

Quali sono i costi della malattia?

L'AR implica notevoli costi sia per i singoli pazienti che per la società. In Italia una stima complessiva dei **costi diretti** (spese mediche) rileva un ammontare di circa 1 miliardo di euro anno che sale a 5 miliardi calcolando anche i **costi indiretti** (legati a perdita di lavoro/produktività del malato e di chi lo assiste). In media si spendono per ogni malato circa 14.000 euro/anno che possono arrivare a 23.000 in casi di malattia avanzata, invalidante. **I costi sociali aumentano in modo esponenziale con l'aggravarsi della malattia.** È stato calcolato un incremento dei costi di circa sei volte nel passaggio dalla condizione di autonomia alla perdita della autosufficienza. **La disabilità è il fattore che maggiormente influenza i costi ed è legata alla distruzione articolare con la presenza di lussazioni, anchilosi (fusione tra i due capi articolari) ed alle conseguenti limitazioni del movimento e della funzione articolare.** Non va dimenticato, come fattore che influenza negativamente l'evoluzione, il danno osseo legato alla **osteoporosi generalizzata** (dovuta in gran parte all'uso dei cortisonici ed alla infiammazione) che portano ad un **maggiore rischio di fratture vertebrali e non vertebrali.**

Controllare l'attività di malattia significa quindi ridurre i costi sociali della stessa.

Perché è importante una diagnosi precoce? Cosa significa artrite precoce?

Negli ultimi anni è emerso con forza che una **diagnosi ed un trattamento precoce**, entro le prime settimane di malattia, **sono in grado di modificar-**

ne il decorso. Nella AR il danno si manifesta precocemente, con oltre il 75% dei pazienti che sviluppa un danno radiologico nei primi due anni dall'esordio e con il 60% dei pazienti con danno visibile alla risonanza magnetica nei primi 4-6 mesi di malattia. L'attività di malattia (legata alla infiammazione) correla inoltre con lo sviluppo di danno, inizialmente reversibile, poi irreversibile. Nelle **prime fasi** la **disabilità** dipende dal dolore e dalla infiammazione articolare ed è **reversibile**; nella **AR evoluta** dipende invece dal **danno** anatomico ed è **irreversibile**.

Tanto più precoce è l'intervento terapeutico tanto maggiore è la possibilità di remissione di malattia e di limitazione del danno.

Il processo infiammatorio della AR inizia prima del manifestarsi dei primi segni clinici avvertiti dal paziente. **Esiste quindi un periodo "asintomatico"** nel quale c'è una attivazione autoimmunitaria **senza** che il paziente abbia **sintomi**. L'importanza di una diagnosi precoce e di un trattamento mirato è quindi fondamentale. **La diagnosi ed il trattamento della AR devono essere fatti quanto prima possibile, meglio prima che la malattia sia completamente manifesta, possibilmente entro le prime 6-12 settimane di malattia.**

La "finestra di opportunità" è il periodo di tempo entro il quale il processo fisio-patologico alla base della AR è più suscettibile di essere influenzato dalla terapia farmacologica rispetto ad un trattamento tardivo.

artrite molto precoce	entro 3 mesi di malattia
artrite precoce	entro 1 anno
artrite tardiva	entro 1-5 anni
artrite di lunga durata	oltre 5 anni di malattia

Tabella 1: distinzione della artrite in rapporto alla durata di malattia

Come si può fare una diagnosi precoce?

Si definisce precoce una diagnosi fatta entro il primo anno di malattia, meglio entro i primi tre mesi.

Il fattore predittivo più importante di persistenza di una artrite all'esordio è la sua durata maggiore di 12 settimane.

Gli elementi di maggior sospetto per un'AR precoce che **giustificano l'invio immediato** del paziente allo specialista reumatologo, sono:

- 1 – la presenza di 3 o più articolazioni infiammate
- 2 – l'interessamento delle metatarso-falangee (MTF) e/o delle metacarpo-falangee (MCF) con test della compressione positivo (segno della gronda)
- 3 – la presenza di rigidità mattutina maggiore di 30 minuti



Figura 7: segno della "gronda" ossia di compressione delle articolazioni metacarpofalangee

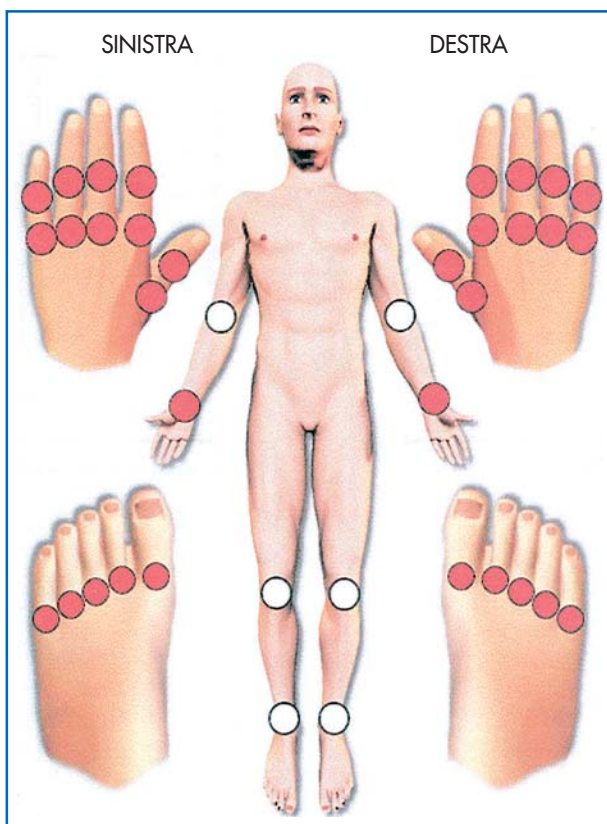


Figura 8: Immagine che illustra le sedi delle articolazioni principalmente coinvolte nella AR

Ci sono fattori predittivi di severità di malattia?

Sono stati individuati fattori predittivi per persistenza, per sviluppo di erosioni, per disabilità e per sopravvivenza. Sono fattori predittivi clinici (legati al sesso, alla età di insorgenza, al numero di articolazioni infiammate, al grado di disabilità all'esordio), sierologici (legati agli esami ematici), genetici, istologici (legati a risultati di biopsia della membrana sinoviale), radiologici ed ecografici.

La presenza del fattore genetico (epitopo reumatoide), la disabilità (deficit di funzione) basale (HAQ), l'attività clinica basale (alle prime visite) di malattia, l'età precoce di esordio, la positività del FR e degli anticorpi anti CCP, la elevazione di VES e PCR, la presenza di erosioni precoci alla radiografia sono i fattori predittivi di malattia più severa.

In particolare appare sempre più importante la presenza di positività degli anticorpi **anti citrullina, capaci di predire con alta specificità** (specie se associati alla positività del fattore reumatoide) sia **l'evoluzione di una artrite precoce all'esordio in artrite reumatoide definita, sia il suo grado di severità.**

L'artrite reumatoide è in realtà una sindrome che raggruppa varie forme di malattia, con evoluzione clinica tra loro differente e con necessità pertanto di terapia diversa.

La terapia

Nella AR il trattamento è diretto ad attenuare i sintomi, a preservare la funzionalità articolare, a prevenire il danno strutturale e le deformità, a mantenere una normale qualità di vita prevenendo la morbilità e la mortalità a lungo termine legate alla malattia.

Gli obiettivi del trattamento sono chiaramente diversi seconda che si abbia un'artrite precoce, una malattia già definita o una malattia già evoluta, di vecchia data e già deformante. **Notevoli sono stati negli ultimi anni i progressi della terapia medica.** Le terapie a nostra disposizione sono in grado di controllare i sintomi articolari e di rallentare l'evoluzione erosiva della malattia permettendo in tal modo una qualità di vita pressoché normale. **Non esiste peraltro ancora il farmaco in grado di guarire del tutto la malattia.**

Obiettivo della terapia di una malattia all'esordio è oggi il cercare di ottenere la remissione di malattia o, qualora non possibile, l'ottenimento e la persistenza di una minima attività della stessa.

La migliore strategia di intervento è quella di una diagnosi precoce, dell'identificazione dei fattori prognostici negativi per evoluzione severa e di un trattamento mirato sul singolo paziente utilizzando, se necessario, un approccio aggressivo sin dall'esordio.

Qual è l'impostazione terapeutica?

La terapia dell'AR è **essenzialmente farmacologica** e prevede l'utilizzo di **vari tipi di farmaci**. La terapia farmacologica va **supportata** da un **trattamento fisioterapico** appropriato alla fase di malattia; in **situazioni cliniche particolari**, è importante anche l'**approccio chirurgico**.

Alcuni **farmaci** hanno azione **antidolorifica e/o antinfiammatoria**. **Altri farmaci mirano a** controllare i meccanismi che causano e mantengono la malattia: vengono quindi usati per **rallentare o arrestare il processo infiammatorio articolare ed il conseguente danno strutturale**. Questi farmaci sono chiamati "**farmaci di fondo**" o DMARDs e vanno assunti regolarmente e per lunghi periodi. La **terapia con questi farmaci va protratta** anche quando l'infiammazione migliora, proprio per evitare le ricadute. I **DMARDs richiedono periodici controlli**, attraverso analisi del sangue e visite mediche, per valutarne l'efficacia e la possibile insorgenza di effetti collaterali. La scelta del tipo di farmaco è in relazione alla gravità di malattia ed al suo rischio di progressione. **Spesso vengono associati più farmaci di fondo per ottenere una risposta clinica migliore con riduzione dell'attività di malattia e/o remissione della stessa**. Si parla di **remissione clinica** di malattia quando il paziente non ha, per almeno due mesi, dolore e tumefazione articolare, ha indici di infiammazione (VES e PCR) nella norma, non avverte stanchezza e rigidità mattutina e non ha progressione radiologica. Questi risultati sono oggi ottenibili più facilmente rispetto al passato grazie ad un uso più appropriato della terapia ed alla possibilità di utilizzo di nuovi ed efficaci farmaci.

I farmaci: FANS e cortisonici

I **farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)** sono solitamente i primi farmaci impiegati per **controllare i sintomi** dell'artrite. Sebbene i vari FANS siano tra loro strutturalmente diversi, hanno tutti un analogo meccanismo di azione. Questi farmaci hanno **proprietà analgesiche ed antinfiammatorie** ma **non modificano il decorso della malattia. Non sono quindi farmaci di fondo e non possono essere usati da soli per la terapia della AR.** Sono farmaci gravati da effetti collaterali in particolare gastrointestinali (possono favorire l'insorgenza di ulcere) e renali. Da alcuni anni **sono a disposizione nuovi farmaci antinfiammatori (COX2 selettivi)** che hanno minor tossicità gastrointestinale. Il loro utilizzo peraltro va valutato in relazione alle problematiche emerse sui loro possibili effetti cardiovascolari (aumento della pressione arteriosa, rischio coronarico), problematiche che tuttavia coinvolgono, pur in maniera diversa tra i singoli farmaci, anche i FANS tradizionali.

I **corticosteroidi**, o antinfiammatori steroidei, **sopprimono l'infiammazione e funzionano, almeno nel breve periodo, come veri e propri farmaci di fondo.** La loro efficacia nell'AR, specie se precoce, è indiscutibile. Anche a basso dosaggio (meno di 10 mg/die di prednisone o equivalenti) possono produrre una rapida attenuazione dei sintomi; vengono spesso utilizzati, all'esordio di malattia, in associazione ai DMARs, come "terapia ponte" prima che si manifesti l'azione di questi ultimi farmaci. Spesso tuttavia la loro somministrazione si rende necessaria per lunghi periodi di tempo per la ripresa della infiammazione articolare (sinovite) alla loro sospensione. **La terapia cronica con i**

cortisonici può portare a vari eventi avversi tra i quali l'osteoporosi, l'atrofia cutanea (fragilità della cute con ecchimosi spontanee o dopo traumi lievi), la cataratta, il rialzo della glicemia fino al diabete, le dislipidemie (aumento del colesterolo e dei trigliceridi), un maggior rischio di infezioni.

È **possibile anche la loro somministrazione intra-articolare** quando la malattia è attiva in una o poche articolazioni.

Farmaci di fondo (DMARDs: disease modifying antirheumatic drugs)

Si tratta di farmaci che **intervengono sui meccanismi patogenetici** della malattia. Sono farmaci **in grado quindi di influenzare il processo evolutivo della malattia** piuttosto che offrire semplicemente un sollievo sintomatologico. Li accomuna la lenta azione, l'intervallo cioè, in genere di alcune settimane, tra l'inizio della somministrazione e l'effetto clinico. Per la maggior parte dei casi, questi farmaci **non sono peraltro in grado di risolvere la malattia** sebbene possano intervenire sulla progressione del danno radiologico. Fino a qualche anno fa erano ancora diffusamente utilizzati i sali d'oro. I DMARDs attualmente più **comunemente impiegati sono il methotrexate (MTX), la salazopirina, l'idrossiclorochina, la ciclosporina, la leflunomide**. Il **methotrexate è considerato il farmaco di fondo di riferimento**, per il suo profilo favorevole di efficacia e tollerabilità, il basso costo e la comodità d'uso. Più del 50% dei pazienti in terapia con questo farmaco continuano il trattamento oltre i 3 anni e questa è la percentuale più alta tra tutti i DMARDs.

La terapia di fondo va fatta in tutti i pazienti con artrite reumatoide.

Cosa e quali sono i farmaci “biologici”?

Negli ultimi anni lo sviluppo delle tecniche di biologia molecolare ha consentito l'introduzione di **nuovi farmaci** in grado di **contrastare selettivamente l'azione di alcune molecole infiammatorie chiamate citochine** (in particolare IL1 – TNF-alpha e IL6) o di inibire l'attività di alcune cellule (in particolare le cellule B) **responsabili del processo flogistico** cronico alla base della AR. **Sono farmaci selettivi, nati dalla biotecnologia, e chiamati per questo “biologici”.** Le prime molecole introdotte sono state **gli anti TNF-alpha** (infliximab, etanercept e adalimumab) e l'inibitore della IL1 (anakinra). **Appartengono alla classe dei farmaci biologici anche nuove sostanze**, anch'esse strutturalmente simili alle precedenti, costituite da proteine del tutto simili ai nostri anticorpi, che si rivolgono verso altri bersagli molecolari o cellulari responsabili del mantenimento dell'infiammazione. Sono **disponibili**, con l'indicazione di AR resistente o non tollerante alla terapia con farmaci anti TNF-alpha, il **rituximab** (sostanza ad azione selettiva contro i linfociti B) e l'**abatacept** (sostanza che interviene contrastando la piena attivazione del linfocita T). Saranno disponibili in futuro anche nuovi TNF-alpha (ad esempio il golimumab) e una nuova molecola (tocilizumab) in grado di contrastare **l'azione della interleuchina 6 (IL-6)** una citochina che, analogamente al TNF-alpha, amplifica e mantiene l'infiammazione. Il tocilizumab ha dimostrato di essere superiore al MTX anche se usato in monoterapia (senza MTX) ed è un farmaco anch'esso in grado di ridurre la progressione

radiologica della AR. I farmaci “biologici” sono farmaci che vanno assunti per via parenterale (infusione o sottocute). La frequenza di somministrazione varia a secondo del tipo di farmaco. La ricerca su questi farmaci è in forte espansione ed altre nuove molecole saranno introdotte nei prossimi anni.

Quando vengono utilizzati i “biologici”? Sono efficaci? Come vengono scelti? Sono sicuri?

Attualmente l’utilizzo dei farmaci “biologici” è consentito nei pazienti con malattia persistentemente attiva, non controllata, che non tollerano o non rispondono alle terapie tradizionali condotte utilizzando singoli farmaci o la loro associazione per un tempo adeguato ed al dosaggio massimo previsto o tollerato per i singoli farmaci. **L’efficacia degli anti TNF-alpha** (l’anakirna è stato praticamente abbandonato perché scarsamente efficace) è sostanzialmente simile fra le varie molecole e risulta superiore a quella che si ottiene con i DMARDs convenzionali (in particolare con methotrexate) se sono associati a quest’ultimo farmaco. **Vanno utilizzati quindi preferibilmente in associazione al methotrexate (MTX)**. In circa la metà dei casi i pazienti riferiscono un netto miglioramento fin dalle prime settimane di trattamento. In un terzo dei casi non c’è risposta ma, per converso, in un 20-30% dei casi la malattia risulta quasi del tutto controllata (miglioramento di almeno il 70% dei sintomi e dell’inflammazione). I risultati favorevoli sia sul piano clinico, che funzionale e radiologico (riduzione delle erosioni), si mantengono durante il proseguo della terapia. **La scelta di un tipo di anti TNF-alpha rispetto ad un altro non si**

basa su un'efficacia diversa fra le molecole, ma sulla scelta del reumatologo in relazione alle caratteristiche cliniche del paziente ed alle preferenze del paziente sulla modalità di somministrazione. La possibilità di utilizzo degli altri "biologici" (rituximab - abatacept ed i nuovi biologici) è subordinata al fallimento terapeutico degli anti TNF-alpha. I "biologici" sono farmaci che occupano una posizione di rilievo nell'ambito della strategia terapeutica della AR. Le incertezze sulla sicurezza di impiego a lungo termine e il loro costo elevato ne condizionano tuttavia l'impiego. Il controllo della loro efficacia e dei possibili effetti collaterali deve essere costante ed affidato a reumatologi esperti. Il loro maggior rischio è sicuramente quello pro infettivo, compresa la riattivazione della TBC, rischio maggiore nei primi mesi di terapia.

Quando e come si monitorizza la malattia?

L'andamento della malattia va controllato periodicamente, in maniera differenziata a seconda del tipo di paziente, della durata, attività e gravità della stessa. **Durante i primi mesi di malattia il controllo è particolarmente importante e deve essere ravvicinato fino al controllo della stessa.** Vengono periodicamente valutati i sintomi (dolore, rigidità), la limitazione funzionale (il grado di difficoltà a compiere le comuni attività domestiche), il grado soggettivo di coinvolgimento fisico e psichico legato alla malattia, il danno osseo (radiografia ed altri esami strumentali), l'intensità di infiammazione (indici di flogosi) ed il numero di articolazioni interessate. L'insieme dei dati clinici può essere riassunto in un numero che esprime

l'attività di malattia (DAS: disease activity score) e permette di definirne in modo più preciso il decorso e valutare quindi la risposta o meno al trattamento.

Cosa significa controllare la malattia e cosa significa remissione?

Controllare la malattia significa ottenere il massimo dei risultati possibile. Se la malattia è di breve durata (artrite precoce) si può cercare di ottenere ragionevolmente la piena remissione, ossia il recupero delle condizioni preesistenti in termini di assenza di sintomi e di compromissione funzionale. **In presenza di una malattia già stabilita e di lunga durata la remissione è più difficile da ottenere.** In questo caso l'obiettivo sarà quello di ridurre in maniera adeguata ed accettabile l'attività di malattia. **Ottenere una minima attività di malattia (MDA)** può essere, in molti casi, un **obiettivo più realizzabile** rispetto alla remissione completa. L'evoluzione di malattia è dimostrata essere minore anche se si raggiunge questo obiettivo. **Controllare la malattia vuol dire inoltre cercare di bloccare o rallentare la progressione radiologica**, evitando in tal modo il deficit di funzione e la disabilità permanente legati al danno anatomico.

Cos'è l'economia articolare?

Nel programma terapeutico è utile inserire fin dalle fasi iniziali di malattia delle nozioni di economia articolare. Economia articolare significa, in particolare, **l'apprendimento di mezzi e modi che permettono di superare gli ostacoli che si presen-**

tano nella normale attività quotidiana, diminuendo i movimenti che possono indurre un sovraccarico e quindi un potenziale aggravamento del danno articolare. Si attua attraverso l'insegnamento di gestualità corrette, l'utilizzo di ausili ed il ricorso a piccoli artifici in grado di modificare gli utensili di uso quotidiano o modificando l'ambiente di vita conformandolo alle esigenze del paziente. Ad esempio è sufficiente ingrossare l'impugnatura di una penna o di una posata da cucina (attraverso l'utilizzo di un nastro o l'inserimento di un tratto di tubo gommato) per migliorare la presa dell'oggetto e ridurre lo sforzo alle piccole articolazioni delle mani.

Qual è il ruolo della terapia complementare?

Attualmente **non vi sono sicure evidenze cliniche e sperimentali circa l'efficacia delle terapie cosiddette alternative o complementari nel trattamento dell'artrite reumatoide.** Come **terapia alternativa si intende** l'impiego della omeopatia, della aromaterapia, del trattamento con fitofarmaci e di altre pratiche di non stretta competenza medica. L'utilizzo diffuso dell'**agopuntura** nel trattamento delle affezioni dolorose muscolo scheletriche potrebbe far supporre una sua utilità anche nei pazienti affetti da artrite reumatoide, ma manca documentazione di efficacia in questa forma morbosa. **Complementari** e utili alla pratica medica corrente **possiamo invece intendere** l'utilizzo di un **corretto regime dietetico** povero di grassi saturi e ricco di acidi grassi polinsaturi. Questo tipo di alimentazione può contrastare, almeno in parte, la formazione di sostanze infiammatorie. Una **carenza di calcio e di vitamina D**, presente spesso nei

pazienti con AR specie se evoluta per un apporto alimentare ridotto ed una scarsa esposizione al sole per i problemi di mobilizzazione, **contribuiscono a ridurre la resistenza scheletrica aumentando il rischio di fratture. Queste carenze vanno quindi corrette**, se necessario anche farmacologicamente. **Il fumo va abolito** in quanto influenza in modo negativo sia l'esordio che l'andamento dell'artrite e contribuisce all'aumentato rischio di patologia cardiovascolare e polmonare.

Che tipo di alimentazione è indicata nei malati che soffrono di artrite reumatoide?

Nelle persone affette da malattie reumatiche infiammatorie e in particolare da artrite reumatoide è **consigliabile uno stile alimentare sano ed equilibrato che preveda:**

- il consumo giornaliero di cibi freschi come frutta e verdura di stagione ricchi di antiossidanti naturali;
- il consumo quotidiano di cereali meglio se poco raffinati (come pane integrale, pasta, riso, farro, avena, segale, orzo, grano saraceno, patate) e la riduzione dell'apporto di zuccheri semplici;
- il consumo settimanale di legumi secchi e verdi (fagioli, piselli, ceci, fave) come fonte di proteine vegetali in sostituzione dell'apporto di proteine animali (fra le quali sono da preferire le carni bianche, come pollo e tacchino);
- la riduzione di grassi animali in favore dell'utilizzo come condimento di olio di oliva;
- il consumo di pesce ricco di acidi grassi po-

linsaturi (come pesce azzurro: acciughe, sardine, aringhe, sgombri).

Questo modello alimentare si ispira alla cosiddetta “**dieta mediterranea**”, propria delle popolazioni con tradizioni alimentari caratteristiche di queste aree geografiche e climatiche. È stato dimostrato che la dieta mediterranea è utile nella prevenzione di patologie cardiovascolari, tumorali, diabete, obesità e, più recentemente, alcuni studi hanno mostrato un ruolo protettivo di questo modello alimentare nelle patologie reumatiche infiammatorie ed anche nell’artrite reumatoide. **I benefici** per i malati sono quindi **duplici: prevenzione del rischio cardiovascolare**, aumentato nei pazienti affetti da artrite reumatoide, **riduzione dell’infiammazione** articolare e dell’attività di malattia per le proprietà antinfiammatorie di acidi grassi polinsaturi, ω -3, vitamine e dei costituenti dell’olio extravergine d’oliva.

Va fatta attività fisica?

L’attività fisica ed il corretto impiego dei muscoli e delle articolazioni sono un **presidio importante** per la piena riuscita del programma terapeutico. L’indebolimento muscolare è di comune riscontro nel paziente con artrite reumatoide, principalmente per il ridotto uso legato al dolore. Questo contribuisce all’instaurarsi delle deformità, allo scadimento dell’autonomia e quindi all’acuirsi del disagio e della depressione. Il programma di attività fisica include esercizi di mobilitazione articolare per migliorare l’articolarietà. **Inizialmente sono utili esercizi in forma passiva** (l’operatore muove le articolazioni del paziente) con l’obiettivo di valutare e migliorare il range di movimento, **poi**

esercizi in forma attiva (il paziente muove attivamente le articolazioni) e contro graduale resistenza per incrementare la forza muscolare, con l'accortezza di evitare l'affaticamento eccessivo e di generare dolore. A carico delle articolazioni più infiammate ci si limita al rinforzo muscolare prevalentemente in isometria ossia con minimi spostamenti dei capi articolari.

Qual è il ruolo della chirurgia e delle "cure fisiche"?

La terapia chirurgica dell'artrite reumatoide ha principalmente lo **scopo di prevenire le lesioni e le deformità articolari, correggere le complicanze, sostituire le articolazioni funzionalmente compromesse o, se ciò non è possibile, immobilizzarle completamente a scopo antalgico**. Il trattamento ortopedico va integrato con quello reumatologico e riabilitativo. Le tecniche utilizzate comprendono l'asportazione della membrana sinoviale quando questa risulta particolarmente sviluppata e infiltrante le strutture vicine, la chirurgia dei tessuti molli periarticolari (interventi di stabilizzazione articolare, di riparazione tendinea, di liberazione dei nervi intrappolati come il tunnel carpale), la sostituzione dell'articolazione compromessa (artroprotesi) o, dove questo non fosse possibile, la fusione dell'articolazione (artrodesi).

Le **cure fisiche possono essere utilizzate in modo complementare** alla terapia medica e riabilitativa. In fase di infiammazione va bandito l'utilizzo di fonti di calore per evitare una accentuazione della flogosi stessa; al contrario a scopo antalgico, si possono utilizzare delle applicazioni fredde sulla articolazione rigonfia e calda. Altre modalità di

trattamento (massaggi, ionoforesi, ultrasuoni ecc.) non hanno evidenza di efficacia nel trattamento a lungo termine della artrite reumatoide e vanno considerate terapie complementari.

Artrite reumatoide e gravidanza

L'artrite reumatoide **non riduce la fertilità** della donna; tuttavia, la gravidanza in una donna affetta da artrite reumatoide **va programmata**, poiché è molto importante **sospendere alcuni farmaci** potenzialmente nocivi per il feto e programmare la gravidanza in una fase di quiescenza della malattia.

Per quanto riguarda i **farmaci utilizzati** nell'artrite reumatoide, **alcuni possono essere continuati** durante la gravidanza con ragionevole tranquillità; ciò vale per la idrossiclorochina, il prednisone o metilprednisolone a basse dosi, e la ciclosporina. **Altri farmaci invece sono assolutamente controindicati in gravidanza. Il methotrexate va sospeso** almeno 3-6 mesi prima del concepimento, poiché è teratogeno (ciò vale sia per l'uomo che per la donna). Per quanto riguarda la **leflunomide**, anch'essa deve essere **sospesa** e occorre instaurare una procedura di "eliminazione del farmaco" dall'organismo della futura madre e controllare che i livelli ematici di leflunomide nel sangue siano inferiori a una soglia di sicurezza prima di intraprendere una gravidanza. **Anche l'utilizzo dei farmaci "biologici" non è consigliato in gravidanza. Il loro utilizzo è permesso fino al concepimento.**

L'aspetto più critico per una donna con artrite reumatoide che vuole intraprendere una gravidanza è spesso quello della fase pre-concepimento, poiché sospendendo farmaci di fondo come il methotrexate si rischiano recidive della malattia e, come è naturale, non sempre il concepimento avviene in tempi rapidi.

Durante la gravidanza, il 70% delle pazienti con artrite reumatoide hanno un miglioramento dei sintomi artritici, che inizia già dal primo trimestre e si protrae fino al parto. Spesso però l'artrite **si riacutizza dopo il parto** o nei mesi successivi. Il miglioramento dei sintomi durante la gravidanza potrebbe essere almeno in parte spiegato con l'aumentata produzione di cortisone da parte dell'organismo durante la gestazione.

Per quanto riguarda una possibile influenza della gravidanza sul decorso a lungo termine dell'artrite reumatoide, questa sembra essere di scarso rilievo.

L'artrite reumatoide di per sé non ha effetti negativi sulla gravidanza; vi sono tuttavia alcune donne con artrite reumatoide che hanno una positività per autoanticorpi antiSSA o antiSSB; in questi casi vi è un rischio di problemi cardiaci per il feto ed occorre pertanto effettuare un monitoraggio del ritmo cardiaco del feto ogni due settimane, a partire dalla 16° fino alla 24°-28° settimana di gravidanza.

Per quanto riguarda l'allattamento, esso andrà valutato di caso in caso a seconda della necessità di farmaci che ha la madre, poiché sostanze (come il methotrexate) sono incompatibili con l'allattamento.

Modalità di accesso alla visita specialistica in caso di artrite precoce

In considerazione della importanza del riconoscimento e trattamento della malattia infiammatoria articolare fin dalle prime fasi, si è cercato di favorire in breve tempo l'accesso alla visita specialistica del paziente utilizzando dei criteri di "priorità clinica". Sono i cosiddetti RAO (raggruppamenti omogenei di attesa). È prevista infatti la visita entro 10 giorni (RAO B) in caso di rigidità articolare al mattino che dura più di 30 minuti, artrite in 3 o più articolazioni, di interessamento delle articolazioni metacarpofalangee o metatarsofalangee con sintomi presenti da 8 a 12 settimane. Ugualmente il RAO B è riconosciuto in caso di limitazione funzionale e dolore intenso articolare (resistente ai FANS) associato o meno a segni locali di flogosi in assenza di cause traumatiche (anche in forme infiammatorie già diagnosticate) e anche in forme di artrite associate a manifestazioni extra articolari (cutanee e/o oculari, disturbi generali come febbre, astenia, ecc.).

I pazienti con artrite precoce verranno poi inseriti in un percorso ambulatoriale e strumentale (ecografico e di laboratorio) preferenziale fino alla definizione e stabilizzazione dell'artrite.

In sintesi

L'artrite reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria cronica ad andamento in genere progressivo. La sua causa non è conosciuta. Il meccanismo patogenetico è di tipo autoimmune. Colpisce principalmente, in maniera simmetrica, le piccole articolazioni di mani e piedi. Ogni articolazione con membrana sinoviale può essere però interessata. È malattia anche extra-articolare. È causa di importante disabilità e di costi sociali elevati. Sono importanti il suo riconoscimento precoce, una terapia ed uno stretto controllo di attività di malattia specie nei primi mesi dall'esordio. La terapia si basa su una terapia sintomatica e con farmaci di fondo, farmaci in grado di rallentare il processo distruttivo articolare della malattia. Il methotrexate rappresenta il farmaco di fondo principale. Esistono ora delle terapie innovative con l'utilizzo di farmaci nati da biotecnologie, selettivi contro molecole o cellule coinvolte nella AR. La strategia di trattamento ha subito negli ultimi anni modifiche sostanziali che hanno portato a un miglioramento dell'andamento della malattia. Il ruolo delle terapie "complementari" è coadiuvante. La terapia dell'artrite reumatoide deve prevedere un piano integrato con altri specialisti considerando il paziente nella sua "interezza" e considerando quindi anche le aspettative, le abitudini e gli aspetti psicologici dello stesso.



(Foto Rensi)

Unità Operativa di Reumatologia

Ospedale Santa Chiara – Trento

Direttore: dott. Giuseppe Paolazzi

Dirigenti medici reumatologi:

Dott. Roberto Bortolotti

Dott. Francesco Paolo Cavatorta

Dott.ssa Susanna Peccatori

Dott. Lorenzo Leveggi

- 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: caposala 0461 903679;
0461 903925; 903930; 903703
ricovero ordinario 0461 903265
Ambulatori Crosina 0461 903657
segreteria 0461 903251
- Fax:** Day-Hospital 0461 902445
ricovero ordinario 0461 903962

L'Unità Operativa di Reumatologia è il centro di riferimento per la cura delle malattie reumatiche del Trentino. Vi afferiscono pazienti affetti da reuma-

tismi articolari infiammatori, da connettiviti, vasculiti e patologie dell'osso. Vengono curati pazienti affetti da artrite reumatoide, polimialgia reumatica, artrite psoriasica, spondilite anchilosante, artrite reattive, artriti legate a malattia intestinale, LES, sclerodermia, polimiosite ed altre patologie infiammatorie del muscolo, dermatomiosite, Sjogren, connettiviti indifferenziate, sindrome da anticorpi fosfolipidi, vasculiti maggiori quali l'arterite di Horton e di Takayasu, il Wegener, il Churg Strauss, altre vasculiti ANCA associate, il morbo di Behçet. Vengono spesso seguiti anche pazienti con sarcoidosi, artriti settiche, spondilite infettive, artriti da cristalli, pazienti con malattie dell'osso come il morbo di Paget, algodistrofie riflesse, osteonecrosi, osteoporosi fratturative complicate.

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

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 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.

Il malato reumatico subisce un profondo cambiamento nella propria vita per problematiche di vario ordine, che lo portano a chiudersi in se stesso.

Condividere attività, momenti di riflessione, di aiuto e di sostegno reciproco può permettere alla persona malata di sentirsi ascoltata, capita, rassicurata, 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** e **percorsi di gruppo** guidati dallo psicologo;
- **riabilitazione** attraverso **corsi di economia articolare** e di **autotrattamento domiciliare** tenuti da fisiatristi e fisioterapisti;
- **socializzazione** attraverso il laboratorio creativo e incontri tra malati e familiari;
- **incontri** e **tavole rotonde** di riflessione su temi **bioetici**

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

puoi trovarci nella nostra sede:

Associazione Trentina Malati Reumatici ATMAR (ONLUS)

Largo Nazario Sauro 11, TRENTO

Martedì 10-12 – Giovedì 17-19

telefonare al numero:

348 3268464 dalle 14 alle 19, da lunedì a venerdì

visitare il sito web www.reumaticitrentino.it

inviare una mail a atmar@reumaticitrentino.it

ATMAR codice fiscale 96043200227

Conto corrente Cassa Rurale di Trento,

Via Belenzani, 4, 38100 TRENTO;

Codice IBAN: IT76 N083 0401 8070 0000 7322665

Per crescere e contare di più l'ATMAR ha bisogno anche del tuo aiuto: vieni a trovarci e dona un po' del tuo tempo all'ATMAR, puoi aiutare gli altri e sentirti parte di un progetto che aiuta anche te.

Finito di stampare nel mese di novembre 2009
per conto dell'Associazione Trentina Malati Reumatici
dalla Publistampa-Artigrafiche (Pergine Valsugana)
su carta ecologica certificata FSC



Associazione Trentina
Malati Reumatici
Onlus