

L'artrite reumatoide

L'artrite reumatoide è una malattia caratterizzata dalla infiammazione cronica delle membrane sinoviali delle articolazioni, delle guaine dei tendini e delle borse sierose (Fig. 1). Le piccole articolazioni delle mani e dei piedi sono le articolazioni usualmente più colpite, ma la gravità delle artriti e la loro distribuzione variano notevolmente da una persona all'altra.

Segni comuni e precoci dell'artrite sono il dolore (anche a riposo e notturno), le tumefazioni e la rigidità articolare. In seguito i danni indotti alle strutture articolari dalla infiammazione cronica, possono determinare deformità articolari e perdita della funzione di movimento. Dolore e tumefazione possono andare incontro a brevi remissioni spontanee o indotte dalla terapia, seguite da riacutizzazioni.

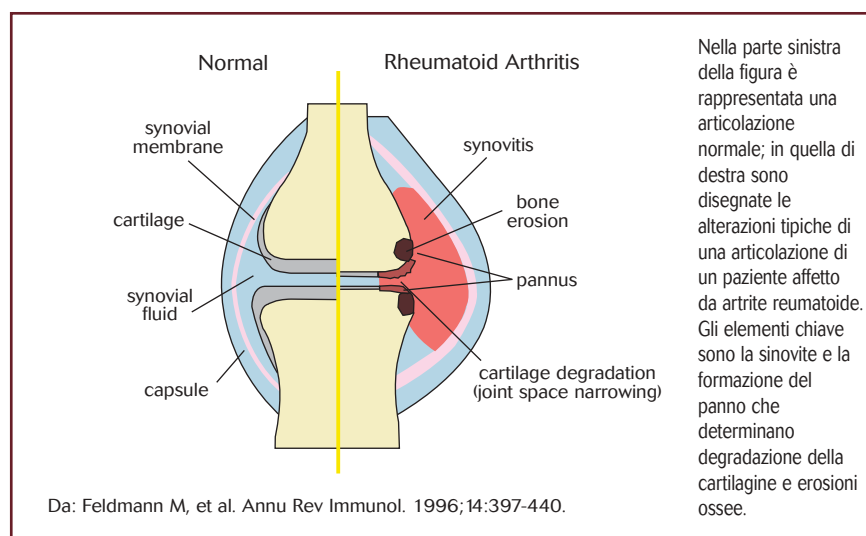


Fig. 1
Le alterazioni tipiche dell'artrite reumatoide

Senza un trattamento farmacologico iniziato precocemente (la cosiddetta “window of opportunity”, finestra della opportunità di arrestare la progressione di malattia) il danno causato dalla artrite reumatoide peggiora nel tempo.

Nella artrite reumatoide la infiammazione continua all’interno delle articolazioni danneggia gradualmente capsule articolari, ligamenti, cartilagine di incrostazione ed osso subcondrale. In questa malattia la flogosi indotta nelle articolazioni con un meccanismo tuttora ignoto, trova in una anomala risposta del sistema immunitario l’elemento cardine di una cronicizzazione a finalistica ed autoaggressiva.

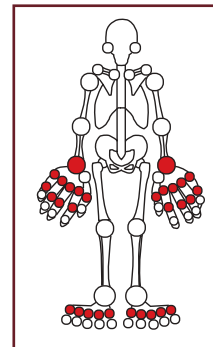
L’artrite reumatoide può colpire soggetti al di sotto dei 30 anni (anche i bambini), ma per lo più compare fra la quarta e la sesta decade di vita. Prima dei 60 anni colpisce più frequentemente le donne (tre volte più degli uomini). Dopo i 60 anni il rapporto fra i due sessi tende ad equilibrarsi.

Perché la diagnosi di artrite reumatoide sia utile è necessario che essa sia precoce, ma di fronte alla variabilità d’esordio di questa malattia non disponiamo che dell’indagine anamnestica e dell’esame clinico; i dati radiologici sono spesso significativi quando già iniziano ad instaurarsi i primi danni strutturali delle articolazioni ed i test di laboratorio non sono specifici.

Chiedi sempre di conoscere la modalità di esordio dell’artrite, i tempi della sua evoluzione e la progressione dei sintomi articolari. Indaga sulla presenza e sulla durata della rigidità mattutina, sul grado di disabilità e sulla perdita di funzionalità articolare. Non dimenticare di accertarti della presenza di segni “sistemici” (febbre, malessere generale, perdita di peso).

La presenza dei seguenti segni e sintomi rende opportuno l’invio del paziente allo specialista reumatologo:

- Tumefazione a carico di 3 o più articolazioni, persistente da più di 12 settimane
- Dolore a livello dei polsi e delle piccole articolazioni di mani e piedi:
 - metacarpo-falangee
 - interfalangee prossimali
 - metatarso-falangee
- Rigidità al risveglio superiore a 30 minuti



L'artrite reumatoide è una malattia infiammatoria cronica che compromette l'omeostasi dell'intero organismo.

Esegui un esame fisico completo per definire la potenziale attività di malattia oltre che a livello articolare (ad es. tumefazione, dolorabilità, numero di articolazioni coinvolte) anche a livello extraarticolare (impegno oculare, cutaneo, polmonare, neurologico).

Verifica, con un accurato esame delle articolazioni (ispezione, palpazione, verifica del range di mobilità passiva), che i sintomi riferiti dal paziente siano effettivamente articolari.

La variabilità d'esordio della artrite reumatoide e la possibilità che altre malattie di interesse reumatologico esordiscano con un quadro poliarticolare simil-reumatoide rende necessario che l'esame clinico sia completato da test di laboratorio e da un esame radiologico tradizionale delle articolazioni delle mani e dei piedi.

In un paziente con una poliartrite inspiegata disponi l'esecuzione di un esame emocromocitometrico, della VES e della PCR dosata, un esame d'urine, delle transaminasi, del fattore reumatoide (preferenzialmente con metodica nefelometrica), degli anticorpi anti peptidi ciclici citrullinati e degli anticorpi antinucleo. La positività di alcuni test va seguita con esami più specifici.

Richiedi le radiografie di mani/polsi e dei piedi, anche quando questi appaiano poco coinvolti nei primi stadi di malattia. Questo serve a identificare iniziali, minute erosioni subcondrali e a stabilire le condizioni articolari di base cui riferire le successive stadiazioni di malattia.

Sospettare una artrite reumatoide iniziale nei pazienti con una storia compatibile con la diagnosi di artrite reumatoide e con la presenza di tre o più articolazioni tumefatte, coinvolgimento delle articolazioni metacarpo-falangee/metatarsofalangee (positività del "segno della gronda" illustrato in Fig. 2) e/o rigidità mattutina di 30 minuti o più.

Formula la diagnosi provvisoria di artrite reumatoide (sospetta artrite reumatoide) nei pazienti con una storia che duri da 4-6 settimane:



Fig. 2
Il segno della "gronda"

- di rigidità mattutina di 30 o più minuti,
- di poliartrite (tre o più articolazioni) bilaterale e simmetrica,
- di artrite delle piccole articolazioni delle mani e dei piedi.

Formula la diagnosi definitiva di artrite reumatoide se l'artrite è associata a noduli reumatoidi, a positività delle prove del fattore reumatoide, ad alterazioni radiologiche di tipo erosivo e se non vi sono alternative diagnostiche.

In fase iniziale, prima di formulare la diagnosi di artrite reumatoide, vanno attentamente valutati gli elementi clinici per escludere una entesoartrite, una artrite postvirale, una artrite reattiva, una polimialgia reumatica o... la riacutizzazione di una artrosi nodosa delle articolazioni delle dita della mano.

Sulla base dei dati clinici e di laboratorio escludi la possibilità che l'artrite che stai osservando sia l'esordio di una malattia del connettivo.

Considera la possibilità di porre il quesito diagnostico ad uno specialista, che andrebbe sempre consultato se il tuo paziente presenta manifestazioni cliniche extraarticolari potenzialmente pericolose, quali ad es. vasculite, episclerite, sierositi, segni riferibili ad amiloidosi viscerale (Riquadro 1).

Riquadro 1

Possibili conseguenze della artrite reumatoide

1. Noduli reumatoidi
Noduli sottocutanei, duro-elastici, non dolenti in posizione paraarticolare ed in corrispondenza di superfici ossee soggette a sollecitazioni meccaniche (gomiti, tallone, apofisi spinose delle vertebre dorso-lombari)
2. Ipotrofia ed ipostenia muscolari
Per lo più nelle zone viciniori alle articolazioni infiammate. Possono essere precoci
3. Vasculite reumatoide
4. Complicanze cardiovascolari
Si tratta di manifestazioni di una aterosclerosi accelerata la quale costituisce la più importante causa di riduzione di speranza di vita dei pazienti affetti da artrite reumatoide ed altre malattie a patogenesi immune
5. Sintomi neurologici
Vi possono essere sintomi da compressione del midollo cervicale secondari alle compromissioni artritiche di questa parte del rachide, ma anche neuropatie da intrappolamento o mononeuriti conseguenti alla vasculite dei vasa nervorum
6. Infiammazione dell'occhio
Compare in meno dell'1% dei pazienti con artrite reumatoide
7. Sindrome di Sjögren
Questa malattia autoimmune può comparire in corso di artrite reumatoide ed è caratterizzata da secchezza oculare (xeroftalmia), della mucosa orofaringea (xerostomia), ma anche di tutte le altre superfici mucose dell'organismo
8. Osteoporosi
L'osteoporosi iuxarticolare (la cosiddetta osteoporosi a banda) è conseguenza della flogosi articolare; essa può essere peggiorata dal trattamento steroideo

Attendere che il paziente soddisfi tutti i criteri classificativi per una artrite reumatoide può compromettere il risultato a lungo termine della terapia.

I pazienti nei quali i sintomi di malattia sono dominati nel primo anno di terapia hanno una elevata probabilità di non avere un danno permanente e grave delle articolazioni inizialmente colpite.

Sebbene non vi siano ad ora certezze circa la prognosi e la percentuale di remissioni ottenibili nelle artriti reumatoidi diagnosticate precocemente (early rheumatoid arthritis) bisogna attendersi una cattiva prognosi a distanza dei pazienti con una artrite reumatoide confermata che soddisfi i criteri classificativi dell'American College of Rheumatology (Riquadro 2).

Riquadro 2

I criteri dell'American College of Rheumatology

1. Rigidità articolare al mattino di un'ora o più
2. Artrite simultanea di tre o più delle seguenti articolazioni: interfalangee prossimali (Dx o Sn), metacarpofalangee, polso, gomito, caviglia, metatarsofalangee
3. Artrite di almeno una articolazione della mano (polso, metacarpofalangee o interfalangee prossimali)
4. Artrite simmetrica
5. Presenza di noduli reumatoidi
6. Positività delle prove per il fattore reumatoide
7. Alterazioni radiologiche includenti erosioni marginali e osteoporosi iuxarticolare delle articolazioni colpite

Si può classificare come artrite reumatoide una malattia nella quale siano presenti almeno 4 criteri (i criteri dall'1 al 4 devono esser stati presenti per almeno 6 settimane).

Prevenzione e screening in fase prepatologica non sono possibili.

Screening e prevenzione della malattia non sono consigliabili, giacché non sono disponibili test di laboratorio sufficientemente accurati per diagnosticare la malattia in fase preclinica; inoltre i fattori di rischio per l'artrite reumatoide (età, predisposizione genetica, sesso ecc.) non sono modificabili.

La terapia va iniziata precocemente.

Nei pazienti poliartrritici senza specifiche controindicazioni si può iniziare il trattamento con FANS anche prima della definizione diagnostica, allo scopo di alleviare la rigidità e il dolore articolare.

Se il paziente si dimostra non responsivo al trattamento con FANS per 4-6 settimane dall'inizio dei sintomi di artrite, conviene cominciare a pensare ad una terapia di fondo.

Lo specialista utilizzerà farmaci diversi (idrossiclorochina in fase iniziale e, successivamente, sulla base della risposta clinica, farmaci come sulfasalazina, ciclosporina, leflunomide, metotressato, anche in associazione; si giunge infine, nei casi refrattari, al trattamento con farmaci biologici) (Fig. 3).

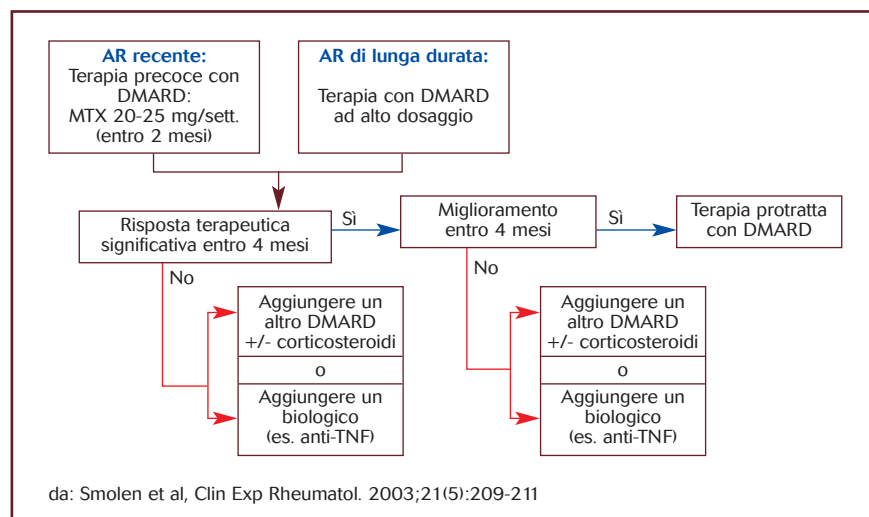


Fig. 3
Algoritmo
terapeutico AR
(2003)

L'informazione e l'“educazione” dei pazienti artritici è parte fondamentale del trattamento di questa malattia.

Informa i pazienti sul decorso naturale della loro malattia e sulle opzioni diagnostiche e terapeutiche possibili, in maniera che essi abbiano delle attese realistiche circa i risultati delle indagini effettuate e, soprattutto, delle terapie intraprese. La partecipazione intelligente del paziente alla formulazione delle decisioni cliniche e al “management” della malattia sono fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi prefissati e concordati.

I pazienti andrebbero inoltre incoraggiati a partecipare a programmi di terapia fisica ed occupazionale allo scopo di apprendere a minimizzare il carico lavorativo delle articolazioni coinvolte, utilizzandole al meglio.



Adottare uno schema di monitoraggio clinico personalizzato.

Dopo la diagnosi di artrite reumatoide ogni paziente dovrebbe essere sottoposto ad un regime di sorveglianza clinica individualizzato, associato ad un periodico controllo dei dati bioumorali, con lo scopo di verificare l'efficacia della terapia adottata e la sua eventuale tossicità. Poni specifica attenzione al rilievo delle potenziali complicanze della malattia e delle terapie adottate. In particolare sorveglia la possibile insorgenza di gastropatia da FANS, di fenomeni infettivi associati alla terapia immunosoppressiva, di coinvolgimento dell'apparato respiratorio, di coinvolgimento del rachide cervicale e dell'oblongata (lussazione atlo-epistrofica).

