

Dott. Lorenzo Bettoni

Sito web: www.lorenzobettoni.it

E-mail: info@lorenzobettoni.it

L'Artrite Reumatoide è una malattia diffusa?

Sì, l'artrite reumatoide è una malattia diffusa in tutto il mondo.

La prevalenza della malattia è compresa tra lo 0,5-2% della popolazione, soprattutto di sesso femminile, in una fascia d'età fra i 40 ed i 60 anni.

Curiosamente ed inspiegabilmente, alcune tribù indiane d'America hanno una prevalenza molto elevata (circa 5%).

Quando si deve sospettare una artrite reumatoide?

Nonostante i sintomi d'esordio siano assai variabili, l'artrite simmetrica è spesso la prima manifestazione acuta di malattia.

Altrettanto frequentemente alcuni pazienti segnalano un impaccio funzionale alle mani, soprattutto al mattino, che dura diverse ore (*morning stiffness*).

In altri casi si segnala un reumatismo cosiddetto "palindromico" caratterizzato da episodi di dolore e tumefazione articolare che si autorisolvono, per poi ripresentarsi ciclicamente.

Nell'anziano, infine, una sintomatologia simil-polimialgica può essere il preludio all'insorgenza di franca artrite.

Nel sospetto di un'artrite reumatoide il paziente va indirizzato precocemente dallo specialista reumatologo poiché solo la diagnosi e la terapia iniziati nelle prime fasi di malattia sono in grado di prevenire ed evitare i gravi e caratteristici danni

Come si fa diagnosi di Artrite Reumatoide?

La diagnosi di artrite reumatoide è clinica e richiede la presenza dei sintomi per almeno 6 settimane.

Sono necessari almeno 4 dei 7 criteri diagnostici (ACR):

- Rigidità mattutina (maggiore di un'ora)
- Artrite in almeno tre articolazioni (coinvolgente le metacarpofalangee, i polsi, i gomiti, le ginocchia, le caviglie o le metatarsofalangee)
- Artrite della mano (simmetrica)
- Artrite simmetrica
- Noduli reumatoidi (sottocutanei presenti sulle prominenze ossee e sulle superfici estensorie)
- Fattore reumatoide positivo
- Alterazioni radiologiche tipiche (erosioni, osteoporosi iuxta-articolare di mani o polsi).

Un paziente con fattore reumatoide positivo è affetto da artrite reumatoide?

Nonostante la similitudine dei nomi possa trarre in inganno, la risposta è NO! La positività del fattore reumatoide è uno dei criteri diagnostici, ma la sua presenza isolata non è sufficiente a fare diagnosi di artrite reumatoide!

Molte, infatti, sono le malattie che determinano una positività, anche ad alto titolo, degli autoanticorpi di classe IgM diretti contro il frammento Fc delle IgG umane, comunemente chiamati Fattore Reumatoide.

Tra queste ricordiamo le epatiti croniche, la crioglobulinemia, la sindrome di Sjogren, connettiviti sistemiche.

Ultima, ma non meno importante, segnalazione è che circa il 5% della popolazione sana può presentare un fattore reumatoide positivo, totalmente aspecifico e privo di significato clinico.

Quali sono i farmaci utilizzati nell'Artrite Reumatoide?

La terapia dell'artrite reumatoide va iniziata precocemente ed ai farmaci sintomatici vanno affiancati farmaci in grado di rallentare e talora arrestare l'evoluzione naturale di malattia.

L'associazione di più farmaci è importante per ottenere un controllo adeguato di malattia.

Le classi farmacologiche utilizzate sono:

- ANALGESICI

- Paracetamolo
- Analgesici puri (oppiacei). *Il loro utilizzo è in aumento grazie alla maggiore sensibilizzazione nei confronti del dolore cronico*

- ANTIINFIAMMATORI

- FANS "classici"
- COXIB. *In parte riabilitati dopo aver vissuto un periodo di "demonizzazione" per l'induzione di potenziali problemi cardiaci*

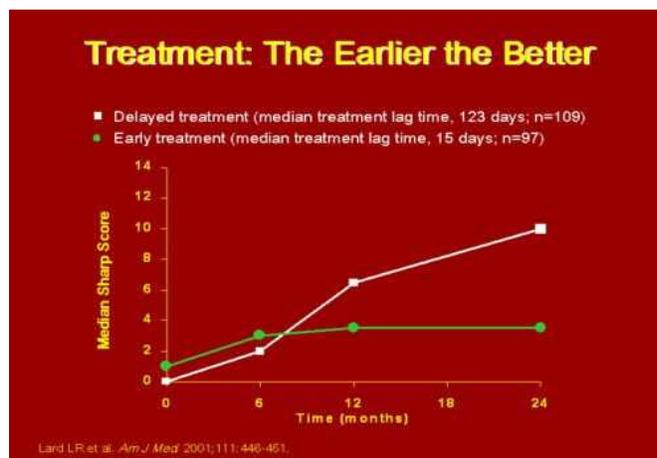
- DMARDS (farmaci modificanti l'evoluzione di malattia)

- METOTRESSATO. *Rappresenta il gold standard. E' il farmaco di riferimento, il più usato. Va monitorata la funzionalità epatica. Da evitare in caso di desiderio di gravidanza!*
- LEFLUNOMIDE. *Valida alternativa al metotressato. Tossicità prevalentemente gastrointestinale.*
- SULFASALAZINA. *Non molto utilizzato in Italia, forse anche per la necessità di assumere 4 compresse al dì.*
- IDROSSICLOROCHINA. *Farmaco in genere ben tollerato ma può depositarsi a livello retinico. Monitorare la campimetria a cadenza periodica!*
- CICLOSPORINA. *Immunosoppressore poco utilizzato con buona azione terapeutica. In corso di terapia va monitorata la pressione arteriosa e la funzione renale.*
- CORTICOSTEROIDI. *Pur avendo un'azione anche sintomatica sono inseriti in questo gruppo di farmaci perché vari studi ne hanno evidenziato anche un ruolo*

come DMARD. Poiché il loro utilizzo può essere necessario per lunghi periodi vanno usati alle dosi minime efficaci e preferibilmente non tutti i giorni della settimana.

- ALTRI. Nonostante facciano parte del “passato” nella terapia dell’artrite reumatoide, i SALI D’ORO (per via i.m. in genere) e la PENICILLAMINA mantengono un loro ruolo nella terapia di selezionati pazienti.
- **BIOLOGICI** (proteine terapeutiche prodotte mediante ingegneria genetica. Hanno rivoluzionato la piramide terapeutica dell’artrite reumatoide. Si sono dimostrati molto efficaci nel controllo di malattia, soprattutto se utilizzati nelle forme “early”. Sono costosi e somministrabili per via parenterale).
 - INFLIXIMAB. Anticorpo monoclonale chimerico (25% murino e 75% umano) anti-TNF α . Dopo la fase di induzione viene somministrato in ospedale, per via e.v., ogni 8 settimane. E’ rapidamente efficace.
 - ETANERCEPT. Recettore solubile del TNF. E’ una proteina di fusione umana. Viene autosomministrato dal paziente per via s.c., 1 fiala ogni settimana
 - ADALIMUMAB. Anticorpo monoclonale anti-TNF α umano. Viene autosomministrato dal paziente per via s.c., 1 fiala ogni due settimane
 - RITUXIMAB. Di prossima commercializzazione, è un anticorpo anti-CD20. Trova indicazione nei casi non responsivi o nei quali gli anti-TNF non siano stati ben tollerati.

L’orientamento attuale della terapia dell’artrite reumatoide è ben riassunto nell’immagine sottostante che ne evidenzia la necessità di un inizio precoce: “**il più prima, è il più meglio!**” (mi sia concessa la traduzione letterale che riesce a sottolineare adeguatamente il concetto).



Perché il paziente affetto da Artrite Reumatoide deve essere costantemente seguito dal reumatologo e deve assumere molti farmaci?

Perché l'artrite reumatoide è una malattia cronica potenzialmente invalidante.

Con le terapie oggi disponibili (farmacologiche, ma anche riabilitative e chirurgiche) il paziente artritico può condurre una vita pressoché normale, attiva e può mantenere nel tempo una buona mobilità articolare generale.

Sono comunque necessarie periodiche visite di controllo per monitorare la malattia ed i potenziali effetti indesiderati dei farmaci assunti.

In definitiva, con ciò di cui oggi disponiamo, nessuno dovrebbe mai più vedere nel futuro immagini come queste.....

