



Presentazione

News

Patologia

Artrite reumatoide
Spondiloartriti sieronegative
Lupus eritematoso sistemico
Sclerosi sistemica
Sindrome di Sjogren
Dermato-Polmiositi
Connettiviti indifferenziate
Vasculiti
Osteoartrosi
Osteoporosi

Servizi

Eventi

Archivio foto

Contatti & links

ARTRITE REUMATOIDE ASPETTI GENERALI

L'artrite reumatoide è una malattia sistemica caratterizzata da uno stato infiammatorio cronico che interessa principalmente le articolazioni periferiche, anche se può potenzialmente coinvolgere ogni organo ed apparato.

La causa di questa malattia rimane ancora oggi non chiarita, sebbene sia verosimile un'eziologia multifattoriale, in cui cioè fattori ambientali, genetici, ormonali ed infettivi sono coinvolti attraverso complessi meccanismi correlati fra loro. È una patologia di tipo autoimmune: è presente infatti un'attivazione anomala del sistema immunitario che è responsabile delle lesioni ai tessuti e della cronicizzazione della malattia.

Le manifestazioni cliniche iniziali sono prevalentemente a carico delle articolazioni, in particolare quelle delle mani, dei piedi e dei polsi, sono caratterizzate dalla presenza di dolore, gonfiore, rossore, calore e limitazione di movimento e si distribuiscono in modo bilaterale e simmetrico. Il processo infiammatorio ha carattere erosivo e può portare ad una completa distruzione delle strutture articolari fino alla deformità e all'anchilosi.

Spesso è presente anche una rigidità articolare al mattino della durata superiore a 30 minuti, che poi tende a risolversi spontaneamente nell'arco della giornata. In alcuni pazienti si possono presentare anche manifestazioni generali come febbre, calo di peso, astenia e dolori muscolari.

Il decorso dell'artrite reumatoide è inoltre caratterizzato dalla comparsa di ipotrofia muscolare e tenosinovite (infiammazione dei tendini e delle loro guaine). È frequente, anche nelle forme più lievi, la formazione di cisti sinoviali a livello del cavo popliteo.

Molti pazienti sviluppano anche manifestazioni extra-articolari. Sono frequenti le infiammazioni delle sierose (pleuriti, pericarditi), un interessamento polmonare di tipo nodulare o interstiziale, le sindromi da compressione dei nervi periferici (sindrome del tunnel carpale) e le manifestazioni oculari, come la cheratocongiuntivite secca e l'episclerite. A livello cutaneo si possono osservare i noduli reumatoidi e sono possibili anche lesioni vasculitiche (ulcere alle gambe, necrosi digitali). Talora vi può essere anche un coinvolgimento renale.

PATOLOGIE ASSOCIATE

L'artrite reumatoide favorisce lo sviluppo di malattie concomitanti. In particolare si assiste ad una maggiore incidenza di osteoporosi. Essa può essere presente in una forma localizzata ai capi ossei intorno alle articolazioni colpite (osteoporosi iuxta-articolare), secondaria all'infiammazione locale a livello della membrana sinoviale, e in una forma diffusa; in questo caso è riconducibile a molteplici fattori quali l'infiammazione sistemica, la ridotta attività fisica e l'uso prolungato a scopo terapeutico di corticosteroidi. La principale conseguenza dell'osteoporosi è l'aumentato rischio di fratture, che può complicare il decorso di questi pazienti.

I pazienti possono sviluppare una patologia polmonare grave o un'insufficienza renale e dati recenti indicano un'aumentata incidenza di malattie cardiovascolari. Le patologie cardiovascolari, quali l'infarto del miocardio, l'ictus e la vasculopatia periferica, sono correlate al livello di attività infiammatoria e, di conseguenza, sono associate particolarmente alle forme di artrite più aggressive. Se l'artrite viene curata presto e bene il rischio cardiovascolare viene abbattuto (tabella 3).

COMORBILITA'

Patologie associate da indagare al momento della diagnosi e ogni 12 mesi : Osteoporosi/Cardiopatie

FATTORI PROGNOSTICI

La storia naturale della malattia è estremamente variabile: generalmente è caratterizzata dall'alternanza di fasi di infiammazione acuta e di fasi di remissione clinica. Vi possono essere forme lievi e forme rapidamente ingravescenti, che decorrono senza fasi di remissione. Al fine di valutare precocemente il comportamento della malattia sono stati individuati degli indicatori predittivi della sua evoluzione. Sono considerati fattori prognostici sfavorevoli alcuni indici di laboratorio, in particolare la presenza nel siero del Fattore Reumatoide, un autoanticorpo diretto contro le immunoglobuline umane di classe G, e di anticorpi anti-proteine citrullinate, e alcuni segni rilevabili mediante indagini strumentali, cioè la presenza all'esordio di erosioni articolari all'esame radiografico. Influisce negativamente sulla prognosi della malattia anche l'abitudine al fumo; questo, infatti, è uno stimolo irritativo che promuove l'attivazione delle cellule dell'infiammazione e si è dimostrato essere direttamente correlato con la concentrazione del Fattore Reumatoide, con la formazione dei noduli e con lo sviluppo di una patologia polmonare.

Fattori prognostici sfavorevoli:

- Fumo •
- Positività del Fattore Reumatoide •
- Positività degli Anticorpi anti-CCP •
- Presenza di erosioni articolari all'esame Rx •

EVOLUZIONE

Il decorso dell'artrite reumatoide è progressivo e ha carattere aggiuntivo, tende cioè ad interessare sempre nuove articolazioni in aggiunta alle precedenti ad ogni riacutizzazione. Il comportamento della malattia è comunque condizionato dalla precocità della diagnosi e dall'inizio del trattamento terapeutico. Gli studi effettuati hanno infatti dimostrato che i pazienti a cui viene posta diagnosi di artrite reumatoide entro 12 settimane dall'insorgenza della sintomatologia articolare e viene iniziato un adeguato regime terapeutico entro 16 settimane hanno generalmente un'evoluzione favorevole, fino anche alla completa regressione della sintomatologia clinica e alla negativizzazione degli esami di laboratorio.

Più complicata è l'evoluzione della malattia nei pazienti dove la diagnosi e la terapia sono state tardive, cioè successive alla sedicesima settimana dalla comparsa dei sintomi.

DIAGNOSI

Come per tutte le malattie reumatiche autoimmuni, non esiste un unico sintomo o segno clinico o esame di laboratorio che consenta con sicurezza la diagnosi di Artrite Reumatoide. Questo dipende dalla presenza di un insieme di sintomi, segni clinici, dati radiologici e di laboratorio. La caratteristica clinica più comune è la tumefazione e il dolore delle articolazioni metacarpofalangee e interfalangee di entrambe le mani specie nelle fasi iniziali che insieme alla rigidità mattutina superiore ad un'ora riflette la severità dell'infiammazione articolare. Il dolore alle mani può anche essere presente nell'osteoartrosi, ma alcune differenze aiutano il medico nella diagnosi (TABELLA osteoartrosi vs artrite). Possono osservarsi noduli reumatoidi di dimensioni variabili, presenti nel sottocutaneo, a livello dei gomiti e nei punti sottoposti a pressione o a microtraumatismo come la nuca, il sacro, i tendini di Achille e i tendini delle mani. I principali dati di laboratorio utili ai fini della diagnosi sono la presenza di fattore reumatoide e degli anticorpi anticitrullina, mentre la PCR è utile nel monitorare l'attività di malattia.

Il dolore alle mani può essere presente nell'artrosi, ma alcune differenze aiutano il medico nella diagnosi.

OSTEOARTROSI VS ARTRITE REUMATOIDE

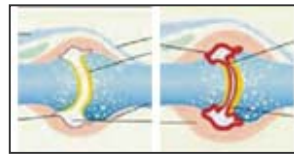
OSTEOARTROSI	ARTRITE REUMATOIDE

Il dolore nelle fasi iniziali è generalizzato, tende a localizzarsi solo successivamente. Il dolore spesso interessa un'articolazione di un lato del corpo, non dell'altro. La maggior parte delle articolazioni coinvolte sono da carico (più comunemente ginocchio, anca e colonna vertebrale), oltre alle articolazioni della mano. La rigidità articolare e la difficoltà di movimento peggiorano durante la giornata e non durano più di 30 minuti al mattino. Le articolazioni sono dolenti ma non calde.

Il dolore è localizzato a specifiche articolazioni. Sono interessate le stesse articolazioni su entrambi i lati del corpo. Più frequentemente vengono colpite le piccole articolazioni (mani, polsi, caviglie) e anche le ginocchia. Le articolazioni sono calde e arrossate. La cute intorno alle articolazioni si presenta tumefatta. Spesso si associa astenia.

DIAGNOSI PRECOCE

CAMPANELLI D'ALLARME PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELL' ARTRITE REUMATOIDE (RED FLAGS).



La presenza dei seguenti segni e sintomi rende opportuna una visita presso lo 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 delle mani e dei piedi
 Rigidità al risveglio superiore a 30 minuti.

ESAMI DI LABORATORIO

In caso di sospetto di artrite reumatoide si consiglia di effettuare i seguenti esami di laboratorio:

- VES
- PCR
- Emocromo
- Fattore Reumatoide (metodo nefelometrico)
- Anticorpi anti-peptidi citrullinati (Ab-CCP)
- Anticorpi antinucleo (ANA)
- sGPT (transaminasi)
- Esame urine completo

INDAGINI STRUMENTALI

Per fare diagnosi di artrite reumatoide ci si avvale, oltre che di analisi di laboratorio, in particolare la determinazione degli indici di infiammazione come la VES e la Proteina C Reattiva, anche di esami strumentali. La radiografia convenzionale delle articolazioni interessate aiuta a stabilire le condizioni iniziali ed è quindi utile per un successivo monitoraggio della progressione della malattia. Le alterazioni radiologiche caratteristiche (osteoporosi iuxta- articolare, tumefazioni dei tessuti molli, assottigliamento della rima articolare, erosioni in sede marginale, a livello delle "bare areas") possono essere individuate in genere dopo qualche settimana dalla comparsa della sintomatologia.

La radiografia convenzionale fornisce informazioni sulla tipologia delle articolazioni interessate, sul coinvolgimento mono o pluriarticolare, sulla distribuzione simmetrica o meno delle lesioni.

L'ecografia si è dimostrata una tecnica molto utile per rilevare versamenti articolari anche di modesta entità e alterazioni della membrana sinoviale, specie a livello di ginocchio, anca, polso e spalla, e per

indagare i tessuti molli periarticolari e in particolare le cisti poplitee.

Per completare la valutazione strumentale è importante effettuare anche una densitometria ossea, metodica che consente misurazioni molto precise della massa ossea nei diversi segmenti dello scheletro; con essa è possibile rilevare perdite di massa ossea anche di lieve entità, consentendo così una diagnosi precoce di osteoporosi e un monitoraggio accurato del suo andamento.



TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Obiettivo fondamentale della terapia farmacologia dell'artrite reumatoide in fase precoce è eliminare la sinovite e l'attività della malattia per prevenire il danno articolare e la disabilità funzionale. Analoga importanza assume il trattamento sintomatico del dolore.

I farmaci utilizzati nell'artrite reumatoide sono suddivisi in quattro classi:

- 1) **Anti-infiammatori non steroidei (FANS).** I FANS sono efficaci nel ridurre sia l'infiammazione che il dolore, ma non hanno alcun effetto sulla progressione della malattia né sono in grado di prevenire il danno articolare. Si distinguono in "non selettivi", come il naprossene, l'ibuprofene, il diclofenac, e in "inibitori selettivi della COX-2", come l'eterocoxib e il celecoxib; questi ultimi sono caratterizzati da un rischio minore di effetti collaterali indesiderati a carico dell'apparato gastroenterico.
- 2) **Corticosteroidi.** I cortisonici intervengono sull'infiammazione in maniera aspecifica e globale, in qualsiasi fase, sia precoce che tardiva. Risultano estremamente efficaci per spegnere la malattia nei momenti di maggiore attività, ma il loro utilizzo deve essere limitato, in quanto possono indurre la comparsa di altre patologie, come il diabete, l'osteoporosi e l'ipertensione arteriosa, in funzione della durata e del dosaggio della terapia.
- 3) **DMARDs (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs).** Sono farmaci in grado di modificare il decorso della malattia e di migliorarne i sintomi. Molti DMARDs si sono dimostrati anche in grado di migliorare gli indici biochimici di attività della malattia. Questo gruppo di farmaci comprende il methotrexate, la sulfasalazina, la leflunomide, l'idrossiclorochina, la penicillamina, l'azatioprina, la ciclosporina. La loro attività comincia a manifestarsi dopo un periodo di tempo variabile dall'inizio dell'assunzione (4- 16 settimane). La terapia con DMARDs dovrebbe essere istituita il più precocemente possibile: il ritardo dell'inizio del trattamento comporta effetti negativi sul decorso a medio e a lungo termine della malattia. Sono comunque farmaci potenzialmente tossici ed è quindi importante un accurato monitoraggio degli effetti collaterali.
- 4) **Farmaci biologici.** Recentemente sono stati introdotti nuovi farmaci il cui meccanismo d'azione si basa sull'inibizione di sostanze biologiche prodotte dall'organismo di chi è affetto da artrite reumatoide e dannose per le articolazioni. Tre di questi farmaci, l'etanercept, l'infliximab e l'adalimumab, sono in grado di inibire l'attività biologica della molecola infiammatoria TNF-alfa, che è un mediatore fondamentale per lo sviluppo delle erosioni articolari. Un altro farmaco di recente introduzione è l'anakinra, che agisce inibendo l'attività biologica dell'interleuchina-1. Molti altri farmaci sono oggi in fase di analisi presso il nostro centro".

10 DOMANDE PER CONOSCERE L'ARTRITE REUMATOIDE

- 1) **Cos'è l'artrite reumatoide?** È una malattia infiammatoria cronica, di tipo autoimmune, in grado di aggredire e potenzialmente distruggere tutte le articolazioni dell'organismo.
- 2) **Quali sono i primi sintomi?** Il dolore, la tumefazione e l'incapacità a muovere le articolazioni.
- 3) **Quale è il decorso della malattia?** Generalmente è altalenante, con periodi di attività della malattia seguiti da periodi di relativo benessere, ma in alcuni casi può essere progressivo, senza fasi di remissione.

- 4)** Come si cura oggi l'artrite reumatoide? L'obiettivo della terapia è quello di eliminare il dolore, spegnere l'infiammazione e bloccare la progressione delle erosioni articolari.
- 5)** Quante persone vengono colpite in Italia? Circa 180-250.000.
- 6)** Chi viene colpito di più fra i due sessi? Le donne sono colpite 3-4 volte più degli uomini.
- 7)** Quale fascia di età è più a rischio? La malattia può esordire a qualunque età, ma più frequentemente tra 30 e 50 anni, nel pieno dell'attività lavorativa.
- 8)** È una malattia ereditaria? Non è una malattia ereditaria in senso stretto, ma esiste una predisposizione genetica ad ammalarsi, per cui tende a manifestarsi con una maggiore frequenza all'interno di uno stesso gruppo familiare.
- 9)** Quanto è importante una diagnosi precoce? È fondamentale, perché una diagnosi precoce associata ad un'adeguata terapia può modificare in maniera determinante il decorso della malattia. Per questo è importante rivolgersi al più presto al medico quando 3 articolazioni si presentano tumefatte per più di 6 settimane.
- 10)** Come cambia la qualità della vita di una persona affetta da artrite reumatoide? L'artrite ha un significativo impatto sulla qualità della vita di chi ne è affetto: circa il 90 % dei pazienti sviluppano un qualche grado di disabilità (variabile da molto lieve a molto grave) entro i 20 anni dall'esordio. Inoltre il 50 % circa dei malati è costretto ad abbandonare ogni tipo di attività lavorativa entro 10 anni se non diagnosticato e curato adeguatamente.

SCARICA VERSIONE STAMPABILE IN Acrobat PDF



[TOP](#)

- Copyright 2005 -