

SERIE EDITORIALE



SERIE EDITORIALE

Disease **M**anagement

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

L'artrite reumatoide in Medicina Generale

Medico di medicina generale

Pier Lorenzo Franceschi

Reumatologo

Alessandro Mannoni



SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE

PACINIeditore
MEDICINA

Collana Disease Management

L'artrosi in Medicina Generale, n. 22

Le spondiloartriti in Medicina Generale, n. 23

L'artrite reumatoide in Medicina Generale, n. 24

Coordinamento scientifico

Stefano Giovannoni

© Copyright 2008 by Pacini Editore S.p.A. – Pisa

Realizzazione editoriale

Pacini Editore S.p.A.

Via Gherardesca 1

56121 Ospedaletto – Pisa

info@pacinieditore.it

www.pacinimedicina.it

Grafica e stampa

IGP Industrie Grafiche Pacini – Pisa

La pubblicazione è resa possibile grazie al contributo di PFIZER ITALIA srl

Edizione fuori commercio. Omaggio per i Signori Medici

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org.

L'artrite reumatoide in Medicina Generale

Introduzione.....	7
Le dimensioni del problema	9
La lettura dei sintomi	10
La ricerca dei segni di conferma	12
Le conferme diagnostiche di laboratorio e/o per immagini	14
Indicatori predittivi di persistenza e severità.....	16
Quale approccio sintomatico	18
Come pianificare il trattamento	19
La gestione del percorso diagnostico-terapeutico da parte del medico di medicina generale e dello specialista: criteri di priorità.	22
Le criticità di percorso del medico di medicina generale, del reumatologo, del paziente	25

INTRODUZIONE

L'artrite reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria cronica, progressiva, sistemica, a patogenesi autoimmune ed eziologia sconosciuta che colpisce primitivamente le articolazioni diartrodiali (dotate di membrana sinoviale). Quando non trattata precocemente, la malattia determina un danno irreversibile delle articolazioni colpite ed è causa di importante disabilità e di riduzione dell'aspettativa di vita. Il danno articolare è evidente radiologicamente nel 70% dei casi già nei primi 2 anni e nel 50% dei casi già dopo 6 mesi sono evidenziabili alterazioni erosive con metodiche più sensibili come la risonanza magnetica.

La diagnosi della malattia è quasi esclusivamente clinica. Pertanto, nel sospetto di AR è di fondamentale importanza una stretta collaborazione tra il medico di medicina generale (MMG) e lo specialista reumatologo che favorisca una precoce valutazione del paziente e l'inizio di una terapia efficace. Sono pertanto da privilegiare i contatti diretti tra MMG e reumatologo (contatto telefonico, posta elettronica) per avviare velocemente il percorso diagnostico terapeutico nelle artriti di recente insorgenza.

LE DIMENSIONI DEL PROBLEMA

La malattia colpisce più frequentemente il sesso femminile (2 su 3), e tra i fattori di rischio sembrano particolarmente importanti la familiarità e il fumo di sigaretta. Può insorgere a ogni età, ma in particolare tra i 30 e i 60 anni. La prevalenza è 0,3-1% (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS]). Taluni studi documentano come in altre nazioni, quali Regno Unito e Stati Uniti, sia dimostrabile una progressiva diminuzione, negli ultimi decenni, dell'incidenza dell'AR.

Limitatamente all'area europea, l'AR sembra essere più frequente nelle popolazioni del Nord Europa. Per quanto riguarda il bacino del Mediterraneo, sembra essere oltretutto meno severa, con manifestazioni extra-articolari meno frequenti.

In Italia vi sono solo due studi di prevalenza prodotti nell'ultimo decennio, con percentuali che variano dallo 0,3% (Cimmino) allo 0,73% (ISTAT).

Il numero di pazienti con AR in Italia risulta compreso quindi, a seconda della stima applicata, in un'ampia forbice che va da 140.000 a 410.000. Nel *setting* della Medicina Generale sembra verosimile una stima di 2-3 pazienti con AR per ogni 1000 assistiti.

LA LETTURA DEI SINTOMI

L'esordio della malattia può avvenire con diverse modalità (Tab. I); l'artrite può coinvolgere da subito le piccole articolazioni di mani e piedi in modo bilaterale e simmetrico oppure colpire inizialmente una sola articolazione e successivamente estendersi ad altre. Può esordire, più spesso negli anziani, in modo esplosivo, con franche manifestazioni sistemiche (febbre, dimagrimento, astenia), oppure in modo subdolo, con prevalenti sintomi soggettivi, quali artralgie e astenia.

TABELLA I.

Modalità di esordio dell'artrite reumatoide.

Esordio poliarticolare
Esordio mono-oligoarticolare
Sindrome del tunnel carpale
Esordio polimialgico
Esordio palindromico

Talvolta la malattia è preceduta, anche di anni, da un reumatismo palindromico, un'artrite recidivante di solito di breve durata, che si risolve completamente tra un attacco e l'altro. Talora è preceduta, o si associa nelle fasi iniziali, da una tenosinovite della guaina dei flessori del carpo (sindrome del tunnel carpale) con compressione del mediano, oppure da una tenosinovite degli estensori.

Il dolore articolare ha caratteri infiammatori: è prevalentemente notturno-mattutino, migliora nel corso della giornata e si accompagna a rigidità mattutina che caratteristicamente dura più di un'ora.

L'*American College of Rheumatology (ACR)* ha individuato nel 1987 i criteri per la diagnosi di AR riportati in Tabella II. Com'è noto si tratta di un set di criteri elaborati su una casistica di AR stabilizzate, con un'età media di malattia piuttosto elevata (7,7 anni), con un'elevata sensibilità e specificità (rispettivamente 83,5-90% e 86-90%) solo per questo gruppo di pazienti e dopo i primi 3 mesi.

Per questo i criteri ACR sono meno utili nella pratica medica come strumento di diagnosi di un'artrite all'esordio. Hanno una bassa specificità poiché includono un ampio gruppo di pazienti con malattia lieve e non progressiva e una bassa sensibilità poiché escludono un ampio gruppo di pazienti che sviluppa un'AR persistente.

TABELLA II.**Criteri ACR per la diagnosi di artrite reumatoide.**

Per fare diagnosi devono essere presenti almeno 4 dei 7 criteri. Nei criteri da 1 a 4 i segni articolari devono essere presenti continuativamente per almeno sei settimane.

1. Rigidità mattutina	Durata > 1 ora e > 6 settimane
2. Artrite di 3 o più distretti articolari	Edema dei tessuti molli e/o versamento rilevati da un medico che durano > 6 settimane in 3 o più distretti articolari (IFP, MCF, MTF)
3. Artrite di articolazioni delle mani	Edema dei tessuti molli e/o versamento rilevati da un medico in polso, MCF o IFP con durata > 6 settimane
4. Artrite simmetrica	Interessamento contemporaneo degli stessi distretti articolari bilateralmente almeno in un'articolazione con durata > 6 settimane (ammessa simmetria non assoluta per IFP, MCF e MTF)
5. Noduli reumatoidi	Su prominenze ossee o superfici estensorie iuxtaarticolari (ad es. gomito sede ulnare) osservati da un medico
6. Fattore reumatoide nel siero	Ricercato con un metodo che abbia una positività < 5% nei controlli sani
7. Segni radiografici	Nelle proiezioni anteroposteriori di polsi e mani. Erosioni, osteoporosi iuxtaarticolare, edema delle parti molli

IFP: interfalangee prossimali; MCF: metacarpofalangee, polso, gomito, ginocchio, tibiotarsiche; MTF: metatarsofalangee.

LA RICERCA DEI SEGNI DI CONFERMA

In realtà la questione critica per il MMG è la diagnosi di artrite nelle fasi precoci. Difatti, l'attenzione alle fasi di insorgenza della flogosi articolare cronica si è fatta più stringente da quando le informazioni di letteratura degli ultimi 10 anni indicano che il danno articolare si produce precocemente e che un trattamento precoce (entro 3-6 mesi) permette di rallentare, se non interrompere, la progressione del danno articolare.

Un danno erosivo è documentabile infatti con la radiologia convenzionale in oltre il 70% dei casi nei primi 2 anni di malattia, ma è riscontrabile nei primi 6 mesi nel 50% dei pazienti se si utilizzano tecniche più sensibili (risonanza magnetica).

Alcuni trial inoltre indicano che la terapia con *Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs* (DMARDs) inserita precocemente rallenta l'evoluzione del danno radiologico e riduce la velocità di progressione della malattia.

In conclusione, la diagnosi di AR all'esordio (*early arthritis*) rappresenta un'opportunità che il MMG non deve lasciarsi sfuggire.

Sensibilità e specificità dei criteri ACR scendono d'altra parte al 57% e 47% quando utilizzati per differenziare le forme iniziali. È necessario quindi individuare *items* con maggior valore predittivo.

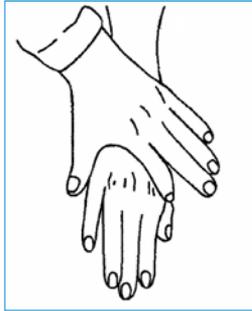
In pratica

Per identificare precocemente un'artrite persistente è necessario individuare gli elementi che ne supportano il sospetto clinico che sono riportati in Tabella III.

TABELLA III.

Criteria per la diagnosi precoce (*early arthritis*).

1. Flogosi di 3 o più articolazioni persistente per più di 6 settimane.	IFP-MCF-polso-gomito-ginocchio-tibiotar-siche-MTF
2. Interessamento delle articolazioni metacarpofalangee metatarsofalangee e con "segno della gronda" positivo	"Manovra della gronda o <i>squeeze test</i> ": la mano del medico comprime in senso LL l'intera sequenza delle articolazioni del MC o MT
3. Rigidità mattutina uguale o maggiore di 30'	

**FIGURA 1****Segno della gnorla.**

La presenza di questi semplici elementi clinici è sufficiente per sospettare un'artrite all'esordio (*early arthritis*) e per l'invio allo specialista reumatologo (Fig. 1).

Le difficoltà della diagnosi tempestiva di artrite reumatoide

Vi sono peraltro questioni critiche relativamente alla diagnosi precoce. Intanto, non è chiara la definizione di EA (*early arthritis*), che può essere un'artrite reumatoide all'esordio ma anche essere confusa con altri disturbi muscolo-scheletrici (Tab. IV).

TABELLA IV.

Diagnosi differenziale di un'artrite all'esordio.

Fibromialgia	Astenia, artralgie, dolori diffusi e muscolotendinei, ma manca la flogosi articolare
Spondiloartriti sieronegative	Artriti reattive. Criterio anamnestico, spesso autolimitantesi Artropatia psoriasica Malattie infiammatorie intestinali
Artriti post-virali	Rosolia, Parvovirus
Gotta poliarticolare	Senile
Condrococalcinosi	Senile
Connettiviti	Lupus eritematoso sistemico, connettiviti indifferenziate, sclerodermia
Altre	Sarcoidosi, polimialgia reumatica, artriti paraneoplastiche

LE CONFERME DIAGNOSTICHE DI LABORATORIO E/O PER IMMAGINI

Indagini ematochimiche

La diagnosi di AR, come si diceva, è prevalentemente clinica e talora richiede un breve periodo di osservazione per valutare l'evoluzione dei sintomi. Nel sospetto di malattia, è utile sottoporre il paziente a indagini di laboratorio e strumentali di primo livello, riassunte nella Tabella V. Gli indici di flogosi, in particolare la proteina C reattiva, specie se persistentemente elevati, hanno un discreto valore predittivo di persistenza e aggressività della malattia, anche se nelle fasi iniziali tali parametri possono risultare normali. Il fattore reumatoide non è un test diagnostico di per sé, la sua positività può essere aspecifica, di possibile riscontro anche in soggetti

TABELLA V.

Indagini di laboratorio da eseguire nel sospetto diagnostico di artrite reumatoide.

VES	Più lenta a salire e a scendere rispetto alla PCR come risposta a stimoli infiammatori. Utile per predire la severità o la risposta alla terapia
PCR	Più rapida a salire e a scendere rispetto alla VES come risposta a stimoli infiammatori. Utile per predire la severità o la risposta alla terapia
FR	Specificità 80%. Positivo nel 10% della popolazione normale, negativo nel 20% dei pazienti con AR
CCP	98% di specificità. Utili nella valutazione della <i>early arthritis</i>
ANA	Non specifico, positivi nel 10% di soggetti sani e nel 30% dei pazienti con AR a FR+
ENA	Ab nucleo estraibili nel sospetto di altre malattie autoimmunitarie
Emocromo	Quasi sempre normale all'esordio. Talora lieve anemia normocromica normocitica fino a franco quadro anemico dovuto alla flogosi cronica (sequestro del ferro nel sistema retico endotelio)
Creatininemia, glicemia, ALT, AST, urine, protidogramma	Come valutazione di routine, se non recentemente eseguiti

VES: velocità di eritrosedimentazione; PCR: proteina C reattiva; FR: fattore reumatoide; CCP: anticorpi anticitrullina; ANA: anticorpi anti-nucleo; ENA: anticorpi anti-nucleo estraibili; ALT: alanina aminotransferasi; AST: aspartato aminotrasferasi.

sani, specie se fumatori, o in soggetti affetti da altre patologie, reumatiche (come la malattia di Sjögren e la crioglobulinemia mista nelle quali il fattore reumatoide è spesso ad alto titolo) e non, ma ha valore predittivo di persistenza e aggressività della malattia, specie se la sua positività è associata a quella degli anticorpi anticitrullina. Questi ultimi anticorpi, di recente introduzione nella pratica clinica, sono dotati di elevata specificità per l'AR.

Radiologia

La radiologia convenzionale, anche se non è una tecnica molto sensibile per la precoce identificazione delle erosioni articolari, rimane il *gold standard* per la valutazione del danno articolare e per il suo monitoraggio nel tempo. Nelle fasi iniziali vi può essere anche edema delle parti molli e osteopenia periarticolare. L'ecografia articolare, in mani esperte, può evidenziare precocemente la presenza di erosioni articolari non visibili radiologicamente. Inoltre, con la metodica *power-doppler*, può fornire importanti informazioni sulla vascolarizzazione del panno sinoviale e sulla sua attività flogistica. Anche la risonanza magnetica può evidenziare precocemente le erosioni articolari e identificare la presenza di edema osseo che predice la futura erosione. Queste ultime due metodiche, benché dotate di elevata sensibilità diagnostica, sono da considerare di secondo livello (Tab. VI).

TABELLA VI.

Indagini strumentali da eseguire nel sospetto diagnostico di artrite reumatoide.

Rx mani e piedi	1° livello
Ecografia articolare	2° livello*
RMN articolare	2° livello

* L'ecografia è da considerarsi di secondo livello perché la sensibilità e specificità dipendono dall'operatore ed è quindi consigliabile che sia eseguita, per questo specifico quesito, da specialisti reumatologi o da radiologi particolarmente esperti in ecografia muscolo-scheletrica.

INDICATORI PREDITTIVI DI PERSISTENZA E SEVERITÀ

Il decorso di un'AR non è omogeneo, ed è necessaria una valutazione del rischio di persistenza della flogosi con evoluzione verso il danno articolare. La Tabella VII riporta alcune caratteristiche di presentazione che predicono la cronicizzazione. L'osservazione estesa a 12 settimane riduce il rischio di includere forme autolimitanti, mentre la presenza di più di tre caratteristiche predice una evoluzione aggressiva e consiglia una terapia più decisa (associazione di farmaci) in grado di controllare l'attività riducendo la progressione radiologica e quindi la disabilità.

In conclusione si possono individuare, dopo il primo set di indagini e un'osservazione di 1-3 mesi, tre tipologie di AR all'esordio con evoluzione differente (Visser), come evidenziato in Figura 2.

L'inquadramento diagnostico precoce e la caratterizzazione prognostica costituiscono gli aspetti fondamentali di dibattito sulla *early arthritis*.

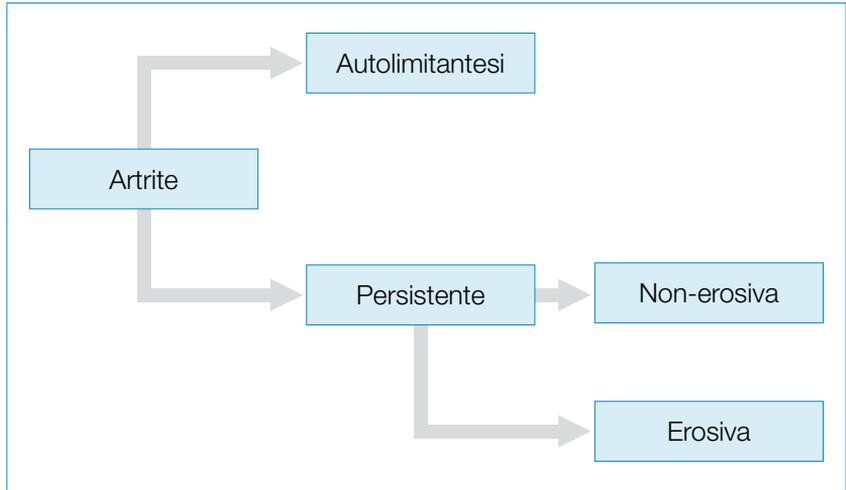
TABELLA VII.

Caratteristiche che predicono la cronicizzazione di artrite reumatoide (predittività 70-80%).

Evoluzione severa per <i>score</i> > 3	
Artrite simmetrica alle MCF che persiste > 12 settimane	
Coinvolgimento di 3 o più articolazioni	
Sesso femminile	
Fattore reumatoide positivo	Sensibilità 79%, specificità 89% (94% se VES > 30)
Ab anticitrullina	Alta specificità. Predizione di severità accresciuta da FR+
VES > 30	
PCR > 19 mg/l	
HLA-DRB1	Associata a predizione di severità
Erosioni radiologicamente evidenti in mani e piedi	
Deterioramento funzionale misurato con HAQ (<i>Health Assessment Questionnaire</i>)	

FIGURA 2.

Le tre tipologie di artrite all'esordio con evoluzione differente.



Dall'analisi dei dati della letteratura emerge l'importanza di valutare gli indicatori prognostici più affidabili quanto più precocemente possibile dopo l'esordio clinico di malattia.

Questo approccio richiede un rapido accesso alle strutture con la possibilità di visite ambulatoriali in tempi brevi e un'osservazione continuata per qualche mese, caratteristiche che si ottengono dalla integrazione tra Medicina Generale e specialista reumatologo.

QUALE APPROCCIO SINTOMATICO

Nell'attesa che il paziente sia sottoposto alle indagini di laboratorio e venga eventualmente valutato dallo specialista reumatologo, è importante impostare una terapia sintomatica che sia al tempo stesso efficace ma che non mascheri i sintomi e i segni dell'artrite, in modo tale da non ritardare la diagnosi. A questo scopo è consigliabile trattare un paziente con artrite all'esordio con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), o in caso siano controindicati, con analgesici (paracetamolo o tramadolo) (Tab. VIII), evitando l'uso di steroidi fino a che non sia stata posta diagnosi perché possono attenuare il quadro clinico e biumorale. Gli steroidi hanno peraltro dimostrato di essere in grado di ridurre la progressione del danno anatomico.

TABELLA VIII.

Analgesici.

Farmaco	Dosi	Effetti collaterali
Paracetamolo	2-4 g/die	Controindicato nelle epatopatie e nell'abuso alcolico
Paracetamolo + codeina	2-3 g/die	
Tramadolo	100-150 mg/die	Nausea vertigini

I FANS sono efficaci nel ridurre i sintomi, attraverso un meccanismo di azione che agisce sul dolore e sulla flogosi, ma non hanno effetto sulla progressione della malattia e non sono in grado di prevenire il danno articolare.

Il limite al loro uso è rappresentato da ritenzione idrica, fino a precipitare uno scompenso cardiaco, dall'aumento della pressione arteriosa e dagli effetti tossici sul rene fino all'insufficienza renale acuta, talora non reversibile. Sono noti anche gli effetti avversi gastrointestinali, con aumentato rischio di mortalità.

I coxib, inibitori selettivi della cox2, hanno dimostrato minore gastrolesività con un minor numero di eventi avversi.

COME PIANIFICARE IL TRATTAMENTO

L'obiettivo principale del trattamento dell'AR è indurre il più rapidamente possibile una remissione completa della sintomatologia, sfruttando quella "finestra di opportunità" che si offre tra la comparsa dei sintomi e l'evidenza radiologica di erosioni articolari.

È ormai ampiamente dimostrato che l'AR determina un danno articolare irreversibile nei primi 2 anni. È quindi possibile prevenire la disabilità conseguente solamente attraverso un trattamento precoce, da iniziare se possibile entro i 3 mesi dall'esordio.

La terapia di fondo dell'AR si basa sulla somministrazione di farmaci immunomodulatori o immunosoppressori (Tab. IX) che possono essere usati da soli o in combinazione e la cui posologia deve essere adattata al singolo paziente in base all'attività della malattia, alla risposta alla terapia, all'età del paziente e alle comorbidità. Gli steroidi possono essere associati nelle fasi iniziali della malattia, nell'attesa che la terapia di fondo inizi il suo effetto. Devono essere utilizzati steroidi non fluorurati, alla dose minima efficace, in un'unica somministrazione mattutina, da ridurre lentamente e progressivamente una volta ottenuta la risposta clinica fino alla loro sospensione completa alla remissione clinica dell'artrite. Sono particolarmente efficaci nelle artriti a esordio senile, ma particolarmente in questa classe di età è utile associare farmaci osteoprotettori (calcio e vitamina D o bisfosfonati se è già presente osteoporosi).

In conclusione, la strategia di trattamento dei pazienti con AR si riassume in 6 punti (O'Dell, 2004):

1. diagnosi precoce;
2. iniziare la terapia di fondo prima possibile (entro 3 mesi dall'inizio dei sintomi);
3. perseguire la remissione completa in tutti i pazienti;
4. uso appropriato degli steroidi;
5. riconoscere e trattare le comorbidità;
6. facilitare la comunicazione tra MMG e reumatologo.

L'algoritmo presentato in Figura 3 propone i criteri di scelta di alcune strategie terapeutiche a seconda dell'aggressività della malattia. Il MMG può gestire il trattamento di pazienti con malattia lieve e assenza di criteri predittivi di aggressività.

TABELLA IX

Linee guida per il monitoraggio della terapia per l'artrite reumatoide.

Farmaco	Potenziati effetti tossici	Valutazione preliminare	Monitoraggio laboratoristico	Note
Idrossiclorochina	Tossicità maculare	Nessuna (eccetto in pazienti con precedenti problemi retinici)	Nessuno	Il farmaco di fondo meglio tollerato; visite oculistiche di controllo
Sulfasalazina	Mielotossicità	Emocromo, transaminasi	Emocromo ogni 2-4 settimane per 3 mesi poi ogni 3 mesi	
Methotrexate	Mielosoppressione, tossicità epatica, polmonite da ipersensibilità	Emocromo, transaminasi, creatinina, albuminemia, sierologia epatiti B e C, rx torace	Emocromo, transaminasi, albuminemia ogni 4-8 settimane	I pazienti dovrebbero evitare l'assunzione di alcol durante il trattamento
Leflunomide	Mielosoppressione, tossicità epatica	Emocromo, transaminasi, creatinina, albuminemia, sierologia epatiti B e C	Emocromo, transaminasi, albuminemia ogni 4-8 settimane	Consigliato limitare l'uso di alcolici durante il trattamento
Ciclosporina	Insufficienza renale, anemia, ipertensione	Emocromo, creatinina, pressione arteriosa	Creatininemia ogni 2 settimane fino a raggiungimento della dose terapeutica, poi ogni mese; emocromo ogni 3 mesi	
Etanercept	Infezioni	Screening per TBC	Stessomonitoraggio per i DMARDs associati	Sospendere in caso di infezione
Infliximab	Infezioni	Screening per TBC	Stessomonitoraggio per i DMARDs associati	Sospendere in caso di infezione
Adalimumab	Infezioni	Screening per TBC	Stessomonitoraggio per i DMARDs associati	Sospendere in caso di infezione
Anakinra	Neutropenia, polmoniti	Screening per asma	Emocromo mensile per 3 mesi poi mensilmente	Sospendere in caso di infezione

Modificata da O'Dell (2004).

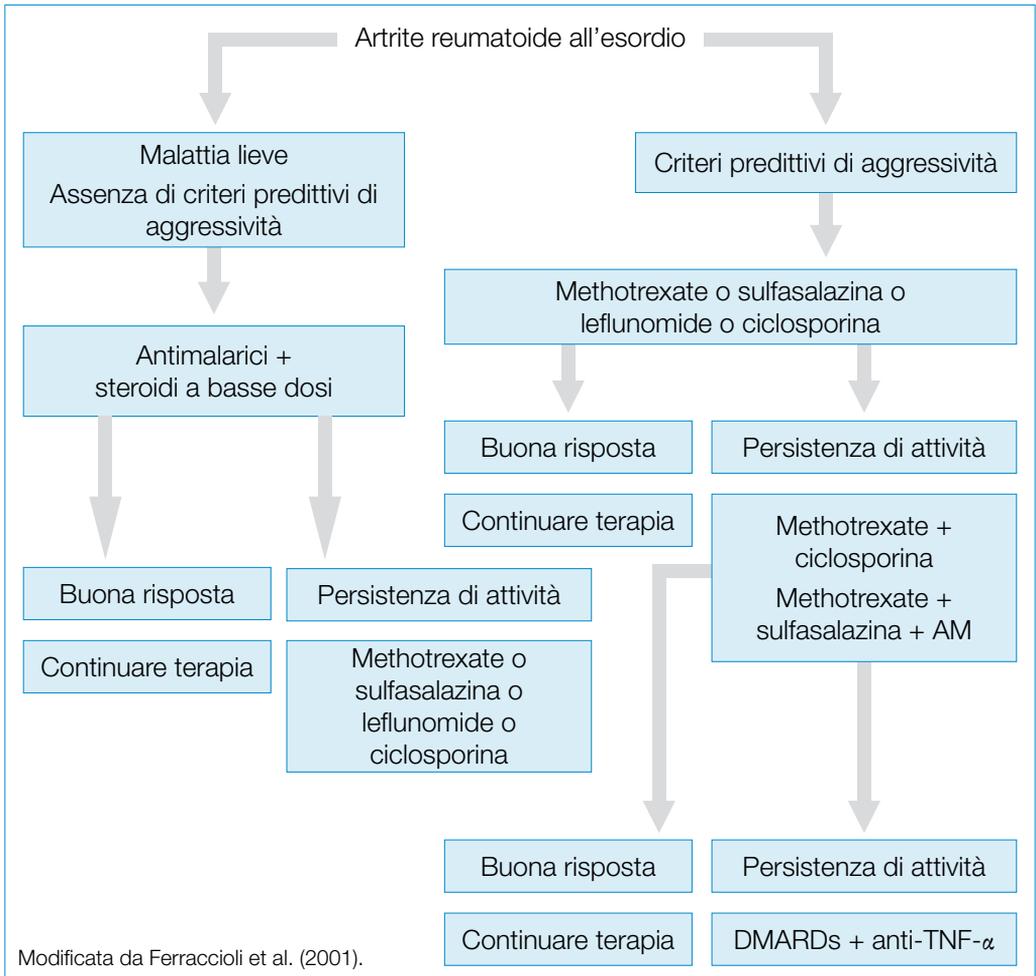


FIGURA 3.

Criteri di scelta di alcune strategie terapeutiche a seconda dell'aggressività della malattia.

LA GESTIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E DELLO SPECIALISTA: CRITERI DI PRIORITÀ

La gestione del paziente con AR da parte di un team multidisciplinare che comprenda il MMG, il reumatologo di riferimento, il fisioterapista, l'infermiere, eventualmente il podologo, sembra essere la più efficace in termini di risultati e di soddisfazione del paziente.

È stato inoltre dimostrato (studio TICORA [*Tight Control Of Rheumatoid Arthritis*]) che lo stretto monitoraggio dei pazienti affetti da AR

TABELLA X.

Criteria per valutare il decorso di malattia e l'eventuale remissione.

Misure attività e di esito
Numero di articolazioni dolenti
Numero di articolazioni tumefatte
Valutazione del dolore da parte del paziente, mediante scala analogica visiva
Valutazione della disabilità fisica
Valutazione dell'attività globale di malattia da parte del paziente
Valutazione dell'attività globale di malattia da parte dell'esaminatore
Reattanti della fase acuta (VES o PCR)
Valutazione radiologica del danno articolare (dopo un anno)
Criteria di remissione ACR
5 o più di dei seguenti criteri devono essere soddisfatti per almeno 2 mesi consecutivi:
Rigidità mattutina < 15 minuti
Assenza di astenia
Assenza anamnestica di dolore articolare
Assenza di dolorabilità articolare o dolore al movimento
Assenza di tumefazione articolare o tendinea
VES < 30

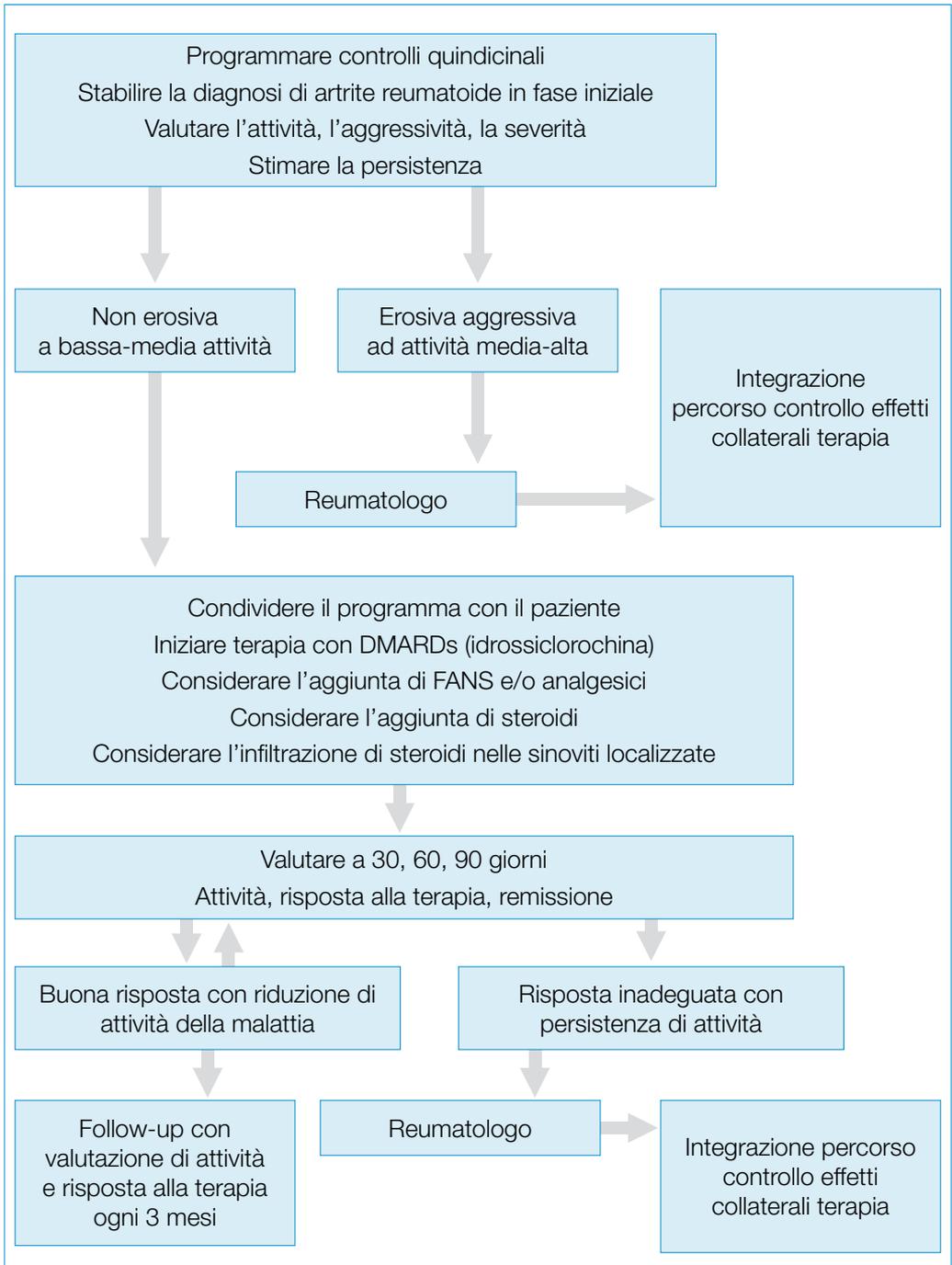


FIGURA 4.

Algoritmo per il MMG adattato dalle Linee Guida ACR del 2002.

garantisce un miglior *outcome*, indipendentemente dal tipo di terapia intrapresa. Ancora una volta si sottolinea l'importanza della stretta collaborazione tra MMG e specialista reumatologo, quasi a formare un "team virtuale".

Pensiamo che il percorso ottimale sia quello in cui il MMG, dopo aver valutato i sintomi iniziali e aver posto il sospetto clinico di un'AR all'esordio possa prescrivere le indagini iniziali prima ricordate e iniziare intanto una terapia sintomatica per il dolore.

Se possibile, entro i primi tre mesi dall'esordio del problema, e da subito se le caratteristiche iniziali sono quelle di una malattia aggressiva, si dovrebbe chiedere una consulenza specialistica reumatologica.

È importante che il MMG offra tutte le informazioni in suo possesso, in particolare sulla presenza di comorbidità (malattie infiammatorie intestinali, psoriasi, affezioni oculari, altri interessamenti osteoarticolari) nel paziente e nella sua famiglia.

Se il reumatologo conferma il sospetto diagnostico, inizia il percorso assistenziale con la proposta di trattamento che ritornerà al curante per la valutazione di possibili controindicazioni e la condivisione della pianificazione dei controlli (tempi e modalità) da effettuare.

Pensiamo anche che AR lievi e in assenza di criteri di aggressività possano essere gestite dal MMG, come proposto dall'algoritmo tratto dalle Linee Guida ACR del 2002 sulla AR (Fig. 4).

In ogni caso, il MMG dovrà attrezzarsi per valutare la risposta al trattamento utilizzando criteri per valutare il decorso di malattia e l'eventuale remissione (Tab. X) e soprattutto vigilare sugli effetti collaterali della terapia di fondo proposta dallo specialista reumatologo.

Nella Tabella XI è riportata una sintesi dei criteri di gestione in Medicina Generale del paziente con AR all'esordio.

LE CRITICITÀ DI PERCORSO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE, DEL REUMATOLOGO, DEL PAZIENTE

Criticità del medico di medicina generale

- La AR è un'importante causa di disabilità in età lavorativa potenzialmente prevenibile. È ormai evidente che è vantaggioso iniziare la terapia "di fondo" entro i primi 3-6 mesi dall'esordio.
- Il MMG deve avere le conoscenze necessarie per avanzare il sospetto diagnostico sulla base soprattutto di un'osservazione clinica strutturata con visite programmate e di alcuni esami mirati.
- Il MMG deve avere le conoscenze utili a evitare indagini non appropriate nelle situazioni in cui non vi è evidenza clinica di malattia infiammatoria articolare.
- La richiesta di consulenza specialistica senza sospetto diagnostico limita la possibilità di una rapida definizione diagnostica e vizia il "percorso assistenziale".
- La richiesta di consulenza reumatologica deve essere motivata e accompagnata dalle informazioni essenziali sulla storia del paziente e il contesto sociofamiliare.

Criticità del reumatologo

- L'attività dello specialista reumatologo deve essere ripulita da invii senza preciso sospetto clinico e da quadri patologici che possono essere appropriatamente gestiti nel *setting* della Medicina Generale.
- La richiesta di consulenza da parte del MMG non deve essere considerata una richiesta di presa in carico, ma deve integrarsi con la conoscenza che il medico ha del paziente e del suo contesto.
- Il MMG deve ottenere una risposta al quesito diagnostico e una proposta di follow-up da condividere.

Criticità del paziente

- Quando non esiste comunicazione tra il medico e lo specialista, il

TABELLA XI.

Criteri di gestione in Medicina Generale del paziente con artrite reumatoide all'esordio.

L'anamnesi e l'esame clinico hanno la maggiore sensibilità e specificità
Si deve discutere con il paziente la complessità della diagnosi e la necessità di un periodo di osservazione
Pazienti con artrite a carico di più articolazioni devono essere valutati per una AR all'esordio
Si deve effettuare diagnosi differenziale con forme diverse di artrite autolimitanti (entro 3 mesi)
Per sedare il dolore sono utili analgesici, se possibile da soli o associati a un FANS tradizionale, con gastroprotezione nei pazienti a rischio, o ad un coxib
I FANS, se possibile, devono essere evitati in pazienti con insufficienza cardiaca, insufficienza renale, sindrome nefrosica, cirrosi epatica
L'uso dello steroide dovrebbe essere evitato in fase iniziale perché può mascherare segni utili alla diagnosi e alla valutazione dell'evoluitività
Definita la diagnosi di AR si deve valutare il core-set di criteri di attività e di evoluitività
I pazienti con malattia attiva e persistente devono iniziare il più precocemente possibile un trattamento con DMARDs
È necessario prevedere il monitoraggio della malattia a 30, 60, 90 giorni registrando in cartella clinica il core-set di criteri per valutare risposta alla terapia ed eventuale remissione
Bisogna discutere con il paziente la modifica delle attività quotidiane, la pratica di un esercizio fisico personalizzato, la riduzione del sovrappeso e una dieta con grassi polinsaturi
È necessario discutere con il paziente le varie fasi del percorso assistenziale, indicando l'utilità di un approccio multidisciplinare (MMG, reumatologo, fisioterapista, infermiere) concordato e definito nei compiti e nelle modalità di comunicazione

paziente è disorientato, specialmente se non esiste condivisione nei modi e nei tempi della gestione del percorso assistenziale.

- La condivisione informata del percorso assistenziale è fondamentale per migliorare l'adesione al trattamento.
- I farmaci antireumatici presentano spesso importanti effetti collaterali e il paziente deve essere informato e avere un disponibile e coerente punto di riferimento nel team MMG-reumatologo.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Cimmino MA, Parisi M, Moggiana G, Mela GS, Accardo S. *Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari Study*. Ann Rheum Dis 1998;57:315-8.

Ferraccioli GF, Valentini G, Varesini G, Bombardieri S. *Reconstructing the pyramid in rheumatoid arthritis. An urgent need*. Clin Exp Rheumatol 2001;19:621-4.

Grigor C, Capell H, Stirling A, McMahon AD, Lock P, Vallance R, et al. *Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial*. Lancet 2004;364:263-9.

O'Dell JR. *Therapeutic strategies for rheumatoid arthritis*. N Engl J Med 2004;350:2591-602.

Visser H, le Cessie S, Vos K, Breedveld FC, Hazes JMW. *How to diagnose rheumatoid arthritis early: A prediction model for persistent (erosive) arthritis*. Arthritis Rheum 2002;46:357-65.

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2008
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
www.pacinimedicina.it

