

Ritaglio Stampa

Testata: Mia Farmacia

Città: Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Bologna, Cremona, Ferrara, Gorizia, Macerata, Milano, Modena, Palermo, Perugia, Pesaro e Urbino, Pistoia, Pordenone, Ravenna, Reggio-Emilia, Rimini, Siena, Terni, Trieste, Udine, Venezia

Tiratura: 40.000

Data: 25 Settembre 2012

Soggetto: Artrite Reumatoide



ARTRITE REUMATOIDE: come affrontarla



Prof. Giovanni Minisola
Presidente Società Italiana di Reumatologia
Direttore della Divisione di Reumatologia
Ospedale di Alta Specializzazione
"S. Camillo" (ROMA)

Cos'è l'Artrite Reumatoide

L'Artrite Reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria cronica autoimmune che colpisce le articolazioni sinoviali, cioè le articolazioni che uniscono tra loro le ossa dotate di movimento (mano, gomito, ginocchio, ...), distruggendone le componenti ossee e cartilaginee. Ha un andamento progressivo e può portare alla comparsa di deformità articolari gravemente invalidanti.

Nel nostro Paese si stima siano almeno 350.000 le persone affette da AR ed è noto che le donne sono più colpite rispetto agli uomini (3 a 1). L'esordio della malattia può avvenire a qualunque età, ma è più frequente tra i 25 e i 50 anni.

È importante sottolineare che, sebbene grave e ad alta potenzialità invalidante, l'AR può, oggi, essere trattata in modo efficace, purché diagnosticata precocemente e trattata tempestivamente e appropriatamente.

Chi è affetto da AR può aspirare, in molti casi, a una vita normale, a svolgere la consueta attività lavorativa, a fare sport e ad avere una vita di relazione soddisfacente.

Le cause

Nonostante l'attiva ricerca scientifica, le cause precise della patologia sono ancora ignote. Probabilmente è un fattore esterno scatenante (per esempio un virus) a provocare, in soggetti geneticamente predisposti a sviluppare la malattia, un'attivazione del sistema immunitario, responsabile a sua volta dello sviluppo di un processo infiammatorio, prima acuto e poi cronico.

Uno dei principali mediatori dell'infiammazione tipico dell'AR è il Fattore di Necrosi Tumorale alfa (TNF-alfa), una sostanza presente fisiologicamente nel nostro organismo. Alcuni dei farmaci disponibili da qualche anno per la cura della malattia, dimostratisi particolarmente efficaci nel ridurre l'impatto, agiscono proprio bloccando il TNF-alfa.

I sintomi

L'esordio della malattia è estremamente variabile, ma avviene di solito in modo lento e graduale, con sintomi aspecifici, come malessere generale, astenia, anoressia, febbre, dolori muscolari. A tali sintomi si associano i sintomi articolari, costituiti principalmente

da rigidità (specialmente mattutina, con difficoltà a compiere movimenti anche semplici), dolore e gonfiore articolare.

In genere vengono colpite più articolazioni in modo simmetrico; le prime interessate sono più spesso quelle di polsi, mani e piedi.

L'evoluzione della malattia può portare a deformità caratteristiche, soprattutto a livello delle mani, che prendono la forma a "colpo di vento", a "gobba di cammello" oppure a "collo di cigno". Si possono avere inoltre manifestazioni extra-articolari piuttosto frequenti, quali complicanze a livello degli occhi, della cute (noduli, ulcere agli arti inferiori), dell'apparato respiratorio (pleurite) e di quello cardiovascolare (pericardite). Nonostante la presenza di sintomi abbastanza chiari, il 25% circa dei malati arriva allo specialista Reumatologo quando la malattia è già in fase avanzata e il danno è già consolidato. Il ritardo può causare danni permanenti a ossa, cartilagini e altri tessuti. Se si interviene per tempo, invece, con i farmaci attualmente disponibili è possibile controllare la progressione della malattia e prevenire la comparsa degli effetti più gravi. È pertanto fondamentale una diagnosi precoce.

reumatologia

L'importanza di una diagnosi precoce

Nella maggior parte dei casi la malattia ha un esordio subdolo, con segni e sintomi che possono essere sottovalutati sia dal paziente, sia dal medico.

Nel corso dei mesi successivi si instaurano le classiche deformità articolari e si consolidano le alterazioni biochimiche e radiologiche che, nelle fasi iniziali, possono essere scarsamente rilevanti e sfuggenti.

Poiché è ampiamente dimostrato che un intervento terapeutico nelle fasi iniziali della malattia rappresenta un'opportunità da non lasciarsi sfuggire per modificare sen-

sibilmente e concretamente l'evoluzione e il decorso dell'AR, è emersa la necessità di una identificazione precoce.

Il sospetto di AR deve nascere in presenza di segni e sintomi di allarme (red flags), premonitori di evoluzione sfavorevole.

A tale riguardo è opportuno sottoporre al parere e all'osservazione specialistica i soggetti con:

- 1) tumefazione a carico di tre o più articolazioni di durata maggiore di 6 settimane;
- 2) rigidità mattutina di 30 minuti o più;
- 3) coinvolgimento delle metacarpofalangee o delle metatarsofalangee valutato con "la

manovra della gronda" (che consiste nell'esercitare una pressione latero-laterale delle metacarpofalangee o delle metatarsofalangee: la comparsa di dolore è indicativa di una flogosi articolare di possibile natura reumatoide). Quanto alle indagini di laboratorio, oltre all'aumento dei valori dei tradizionali indici di flogosi (VES e PCR) e alla positività del fattore reumatoide, peraltro riscontrabile in varie condizioni cliniche, va sottolineata la crescente importanza diagnostica e prognostica attribuita alla positività degli anti-CCP (anticorpi anti-peptidi ciclici citrullinati).

Come si cura

Curare l'AR significa agire su due fronti: da una parte contrastare il dolore, a volte fortissimo, dall'altra impedire la progressione delle lesioni articolari.

Per il primo obiettivo si impiegano gli antidolorifici, gli antinfiammatori non cortisonici tradizionali (FANS), quelli di ultima generazione e il cortisone. Per evitare la progressione delle lesioni articolari vengono utilizzati farmaci capaci di interrompere la reazione autoimmune, agendo a diversi livelli del processo infiammatorio.

Le sostanze impiegate a questo scopo sono chiamate farmaci di fondo o DMARDs (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs), farmaci antireumatici capaci di modificare

il decorso della malattia. A questa categoria appartengono vecchi DMARDs, quali l'idrossiclorochina, il metotrexate e la ciclosporina. I farmaci che hanno rivoluzionato la terapia dell'AR sono i DMARDs biologici, agenti farmacologici ottenuti con tecniche di bioingegneria e non per sintesi chimica, in grado di modificare la risposta biologica.

I primi farmaci biologici utilizzati sono quelli anti-TNF (in grado di inibire la liberazione del Tumor Necrosis Factor).

Oggi, comunque, sono disponibili altri farmaci biologici che agiscono sullo stesso bersaglio (TNF-alfa), sull'interleuchina 1, sull'interleuchina 6 e sulle molecole di co-stimolazione. Il paziente trattato con farmaci biologici

deve seguire procedure di appropriatezza prescrittiva e programmi di costante monitoraggio di efficacia e sicurezza.

Deve pertanto essere seguito, in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale, dalle strutture reumatologiche di Alta Specializzazione, competenti e accreditate per la prescrizione e la gestione dei farmaci biologici.

Solo di rado un solo farmaco è sufficiente; pertanto, è spesso necessario ricorrere a strategie terapeutiche che prevedono l'impiego di più farmaci, compreso il cortisone. Da poco è disponibile anche in Italia un cortisonico particolarmente attivo sulla rigidità mattutina.

Come si può migliorare l'assistenza ai pazienti

È necessario che la classe politica e le istituzioni competenti mostrino finalmente con i fatti un concreto interesse nei confronti dei pazienti con AR.

L'attenzione ai problemi causati dalla malattia e alle esigenze assistenziali dei pazienti è stata finora molto scarsa, mentre illuminata deve essere l'attenzione ai costi dei farmaci, specialmente di quelli biologici, ricordando che il loro impiego consente nel medio e lungo termine un risparmio considerevole.

Se è vero, infatti, che l'impiego di tali farmaci comporta nell'immediato una spesa, è altret-

tanto vero che consente il recupero al lavoro e alla produttività di soggetti altrimenti condannati all'invalidità e a gravare lungamente sulla collettività in termini di costi e oneri sociali. Occorre, inoltre, rafforzare la rete assistenziale specialistica, facilitando l'accesso alle strutture di più alto livello, dotate di reparti di degenza ordinaria, di day-hospital e di poliambulatori specialistici.

Purtroppo, contrariamente a ciò che accade nei Paesi più avanzati, in Italia non sono molte le strutture di questo tipo; è pertanto auspicabile che aumentino e che vengano

potenziate quelle già esistenti.

Solo così sarà possibile diagnosticare e trattare la malattia precocemente, in virtù di un'interazione operativa tra Medici di base, specialisti Reumatologi del territorio e Centri di riferimento ospedalieri.

A beneficiare di un simile modello assistenziale saranno tutti i pazienti affetti da AR, a favore dei quali è auspicabile venga al più presto erogata un'assistenza moderna ed efficace, in linea con le più recenti acquisizioni scientifiche.

Testo raccolto da Marina Dal'Olio