

# L'Ora della Salute



a cura di  
**Dr. Giovanni Bisignani**  
Direttore UOC Cardiologia  
ed UTIC Ospedale Castrovillari

## Malattie reumatiche e Artrite reumatoide

Le Malattie reumatiche occupano, in Italia, nella scala della morbosità, il secondo posto dopo le malattie cardio-vascolari ed il primo tra le malattie cronico-degenerative. Sono malattie spesso molto invalidanti e possono colpire qualsiasi fascia d'età, da quella infantile a le età più avanzate. *Contrariamente a quanto generalmente si pensa il picco massimo d'età d'esordio va dai 30 ai 50 anni.* Non sono dunque patologie della vecchiaia, ma colpiscono soprattutto persone in piena età lavorativa.

Ciò comporta, è intuitivo, un grave danno economico, sia per il paziente che per la comunità. Sono infatti al primo posto come spesa per i costi (soprattutto costi indiretti: pensioni, visite, ri-coveri, giornate di lavoro perse, etc.). Colpiscono non solo le articolazioni, ma tutti gli organi ed apparati. Possono quindi ridurre notevolmente l'aspettativa di vita.

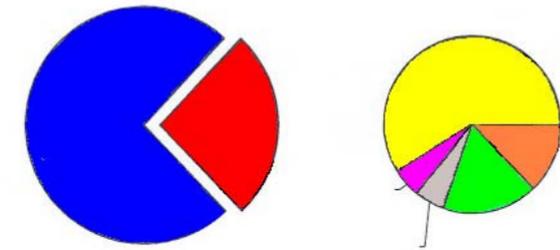
Generalmente si tende ad associare al concetto di malattia reumatica soprattutto l'artrosi e qualche volta l'artrite, in effetti le patologie di interesse reumatologico sono più di 400 e spesso (come le Connettiviti) non colpiscono le articolazioni, ma gli organi interni.

Una volta si dividevano le Malattie reumatiche in due grandi raggruppamenti: quelle di natura infiammatoria (soprattutto artriti e connettiviti) e quelle di natura degenerativa (soprattutto artrosi e osteoporosi); ora questa divisione si è visto che è molto meno netta in quanto la componente infiammatoria è presente praticamente in tutte le patologie.

Comunque questa dicotomia è ancora valida per identificare dei gruppi importanti di malattie. Ma andiamo un po' più nello specifico e guardiamo anche quello che succede nella nostra Regione.

Una patologia diffusa e conosciuta, che è stata il prototipo della malattia reumatica infiammatoria (una volta veniva definita come "reumatismo cronico prototipico") è l'**Artrite reumatoide**.

In Italia il costo calcolato (per l'intera popolazione con AR) è di **1 MLD** di Euro annui che aumenta fino a **5 MLD** se si considerano i costi indiretti



- L'Artrite Reumatoide colpisce oltre **400.000** persone in Italia
- In Italia la prevalenza della A.R. è di ca lo 0,46-2% della popolazione.
- In Calabria il numero atteso di malati di Artrite reumatoide è di ca **9.200** su di una popolazione stimata di ca 2.300.000 abitanti
- Nella Provincia di Cosenza il numero atteso di malati di Artrite reumatoide è di ca **2.400** su di una popolazione stimata di ca 600.000 abitanti.
- In Calabria il costo calcolato per i malati di Artrite reumatoide è di **115.000.000** di EURO annui e nella Provincia di Cosenza di **35.000.000** di EURO.
- Rispetto alla popolazione non affetta dalla patologia, i pazienti con AR mostrano:
  - una probabilità **6** volte superiore di andare incontro a gravi limitazioni funzionali
  - un aumento di **4** volte delle giornate lavorative perse per la limitazione funzionale articolare
- Età d'esordio: qualsiasi età, in genere 20 - 60 anni con un pic-

co massimo dai 35 ai 45 anni, colpisce quindi soprattutto soggetti in piena età lavorativa.

Nei pazienti affetti da AR:

- L'attività lavorativa, in termini di capacità e di ore di lavoro, risulta gravemente compromessa dalla disabilità articolare
- L'indice di disabilità lavorativa aumenta di **10** volte rispetto alla popolazione generale
- Dopo **10** anni, solo il **50%** mantiene la propria occupazione.

I lavoratori affetti da AR vanno incontro a una riduzione del proprio reddito di circa il **60%** nei primi **6** anni dalla comparsa della malattia.

Come si era già accennato l'aspettativa di vita è nettamente ridotta:

la sopravvivenza a 5 anni è del 45-55%, come nei coronaropatici con compromissione di 3 vasi coronarici o nei pazienti con Morbo di Hodgkin al IV stadio.

la riduzione dell'aspettativa di vita media è di 7 anni per gli uomini e di 3 anni per le donne.

È evidente che una diagnosi corretta il più precoce possibile è assolutamente indispensabile per evitare tutti quei danni che portano all'invalidità.

Ora abbiamo a disposizione farmaci che riescono a bloccare la progressione della malattia e quindi permettono di evitare, nella maggior parte dei casi, di arrivare a quei livelli di deformità e di impegno viscerale che determinavano gravi disabilità fino a pochi anni or sono.

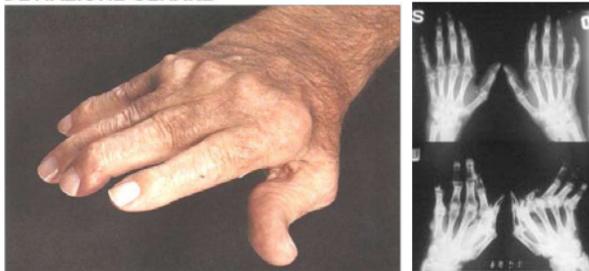
Per essere controllata in modo soddisfacente la malattia deve essere diagnosticata e trattata nei primi tre-sei mesi dall'esordio (artrite in fase "Early") in quanto già nel primo anno di malattia si possono avere i primi danni articolari.

È dunque necessario che al primo sospetto di artrite il paziente venga subito inviato allo specialista Reumatologo per la verifica della diagnosi e le cure del caso.

### Come riconoscerla

Riconoscere una artrite reumatoide in fase di stato è molto semplice sia clinicamente

#### DEVIAZIONE ULNARE



che con gli esami strumentali (soprattutto la radiologia tradizionale) e di laboratorio (indici di flogosi elevati, Ra test elevato, Ab anti CCP elevati).

È molto difficile riconoscerla in fase iniziale (early) quando è più importante fare diagnosi.



Infatti, in questo stadio, spesso non troviamo Ra test o CCP positivi e gli indici di flogosi possono essere o solo moderatamente alterati o addirittura nella norma. È una diagnosi clinica basata su alcuni segni sfumati che possono essere colti solo da un esperto. In questa fase ci dà una grossa mano l'ecografia articolare con power doppler (ormai l'ecografia articolare e muscolo-tendinea è come l'ecocardiografia per il Cardiologo) che svela una iperattività sino-

viale anche in articolazioni apparentemente indenni.

**Red Flags per la Diagnosi Precoce dell'Artrite Reumatoide**  
SOCIETÀ ITALIANA DI REUMATOLOGIA  
Gianfranco Ferraccioli, Fausto Salaffi, per conto del Comitato Esecutivo S.I.R. per lo sviluppo delle Linee Guida dell'Artrite Reumatoide

**Livello di evidenza III**  
La presenza dei seguenti segni e sintomi rende opportuna l'invio del paziente allo specialista reumatologo<sup>(1)</sup>

- 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**

**Livello di evidenza III**  
I pazienti affetti da artrite reumatoide precocemente trattati in ambito reumatologico presentano una migliore prognosi a lungo termine, rispetto a quelli trattati in ambito non-specialistico<sup>(2)</sup>

**Livello di evidenza III**  
La positività del fattore reumatoide, l'aumento degli indici di flogosi e la presenza di alterazioni radiologiche alla radiologia convenzionale (evolutiva) sono associati a una prognosi peggiore<sup>(3)</sup>. L'assenza di questi segni all'esordio, tuttavia, non rappresenta criterio di esclusione nella diagnosi e richiede, comunque, una valutazione in ambito specialistico.

**Livello di evidenza III**  
Il trattamento con corticosteroidi non dovrebbe essere iniziato prima di aver posto una diagnosi corretta<sup>(4)</sup>.

**Bibliografia:**  
1. Steyer JA, Swadlow HC, Dugan M, et al. Early recommendations for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61:290-7.  
2. Edwards DJ. Morning stiffness: sharpening an old saw? *J Rheumatol* 1992;19:151-2.  
3. Vasek H, Le Cessie S, Vos K, et al. How to diagnose rheumatoid arthritis early. A prediction model for persistent (prolonged) arthritis. *Schweiz Rundsch* 2002;46:357-65.  
4. van der Heijde DMJM. Radiographic imaging: the "gold standard" for assessment of disease progression in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2000;39:122-34.  
5. van der Heijde DMJM. Joint erosion and patients with early rheumatoid arthritis. *Dr J Rheumatol* 1995;34:74-8.  
6. Christensen-Dalsen S, van Zeben H, van Zeben C, et al. Long-term course and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis: the effect of disease activity and radiologic damage over time. *Arthritis Rheum* 1999;42:1854-60.

Per rendere più facile l'individuazione della artrite in fase early sono state validate 3 semplici domande e 3 semplicissime manovre che il Medico di medicina generale può fare al paziente in cui sospetta una artrite, se queste sono positive può inviare immediatamente il paziente al Reumatologo. In questo modo si riescono ad individuare molte artriti in fase iniziale che altrimenti passerebbero inosservate.

Comunque bisogna tenere sempre a mente che la diagnosi di artrite reumatoide è quasi esclusivamente clinica e quindi possibile, soprattutto in fase precoce, solo per esperti.

Questo è solo un esempio classico di malattia reumatica, ma, purtroppo, ce ne sono, come ho già detto, moltissime altre anche più invalidanti come il LES, la Sclerosi sistemica, la Dermatopolimiosite, la Spondilite anchilosante e, fra quelle degenerative, l'Artrosi deformante o l'Osteoporosi, sia primaria che secondaria.

Ripeto ancora che è assolutamente necessario, al primo sospetto di una patologia di interesse reumatologico, non perdere tempo ed inviare il paziente al Reumatologo perché ora il nostro armamentario farmacologico ci permette di evitare in gran parte i gravi danni che possono provocare queste malattie se non diagnosticate in tempo.

Ringrazio il dott. Giovanni Bisignani che mi ha dato l'opportunità di divulgare questi interessanti dati.



**Giuseppe Varcasia**  
U.O.S. di Reumatologia P.O. di Castrovillari