



Artrite reumatoide: una rivisitazione - Parte prima

Data 08 luglio 2018
Categoria reumatologia

Un aggiornamento sulla gestione del paziente con artrite reumatoide.

In questi ultimi anni il trattamento dell'artrite reumatoide ha subito importanti cambiamenti che rendono necessaria una breve messa a punto.

La malattia va sospettata quando sono presenti i **segniesintomi** richiamati nel box sottostante.

Rigidità delle articolazioni che compare al mattino e dura per almeno un'ora
Gonfiore articolare
Interessamento articolare simmetrico
Dolore che compare comprimendo le articolazioni metatarsofalangee
Durata dei sintomi superiore alle sei settimane
Anamnesi familiare positiva per artrite infiammatoria
Positività del Fattore Reumatoide e/o degli anticorpi anticitrullina
Aumento delle VES o della PCR

Per il Medico di Medicina Generale sono importanti **due concetti**.

Il primo è la **precocità della diagnosi**. Ormai è chiaro che i migliori risultati in termini di controllo della malattia e riduzione degli esiti invalidanti si possono avere quando la diagnosi avviene il più precocemente possibile. La maggior efficacia della terapia si ottiene se si interviene al massimo entro tre mesi dall'inizio dei sintomi.

Il secondo concetto è che la gestione del paziente con artrite reumatoide è complessa e richiede fin dall'inizio l' **invio ad un specialista** che abbia esperienza e dimestichezza con il trattamento e il follow up della malattia. Ovviamente, però, è importante anche l'opera del medico di Medicina Generale, soprattutto per il controllo periodico di eventuali effetti collaterali legati ai farmaci ma anche per il monitoraggio dell'efficacia del trattamento. Per questo è necessaria una stretta collaborazione con la figura del reumatologo di riferimento.

I **farmaci** utilizzati nel trattamento sono: gli antinfiammatori non steroidei (che hanno un ruolo marginale per il controllo del dolore e della flogosi), gli steroidi e i farmaci che modificano l'evoluzione dell'artrite reumatoide (DMARDs = Disease-modifying antirheumatic drugs).

A loro volta i **DMARDs** sono classificati in:

- 1) csDMARDs (DMARDs sintetici convenzionali): metotrexato, leflunomide, sulfasalazina
- 2) bDMARDs (DMARDs biologici): anti tumour necrosis factor (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab), abatacept, rituximab, tocilizumab, clazakizumab, sarilumab, sirukumab
- 3) bsDMARDs (DMARDs biosimilari) e tsDMARDs (targeted synthetic DMARDs): tofacitinib, baricitinib.

Lo scopo del trattamento è di ottenere una remissione della malattia o almeno una riduzione della sua attività.

Segni prognostici sfavorevoli sono considerati: la presenza di autoanticorpi, erosioni ossee precoci, elevata attività infiammatoria, fallimento di due csDMARDs.



Nella seconda parte saranno riassunte le principali raccomandazioni delle linee guida EULAR (European League Against Rheumatism).

RenatoRossi

Bibliografia

Smolen JS et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 960-977.