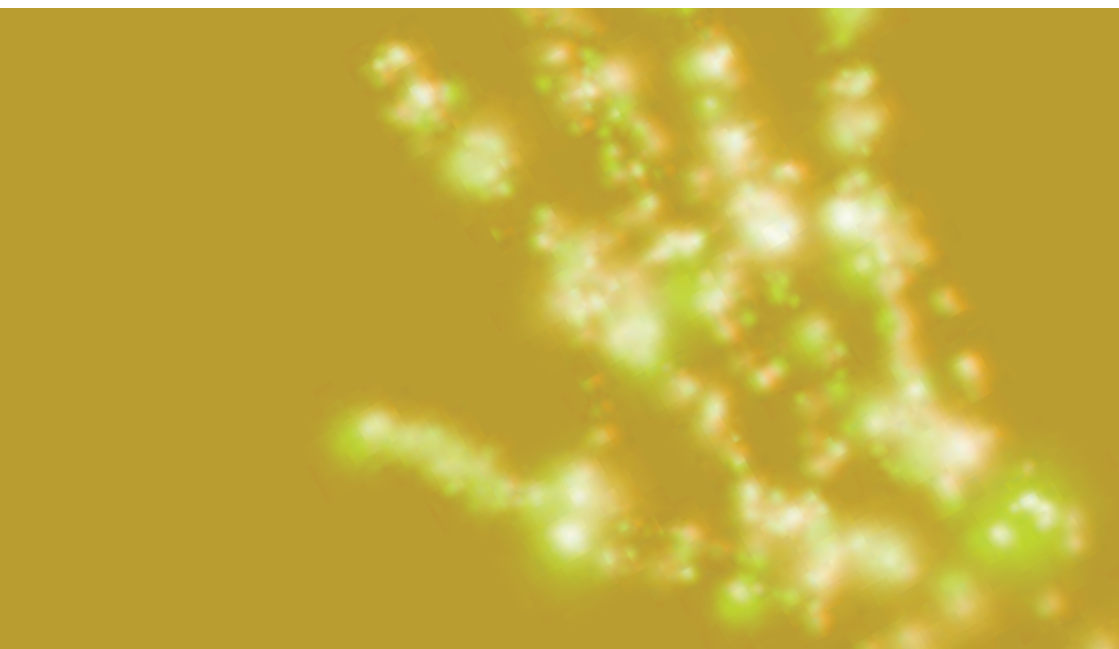


Update reumatologia
per medici di base

2013

Artrite

Diagnostica e terapia nella pratica
clinica del medico di famiglia



**Lega svizzera
contro il reumatismo**
Il movimento è salute

Indice

Sintomi principali delle malattie reumatiche infiammatorie	4
Diagnosi differenziale	5
Esami supplementari: programma di base per sospetto d'infiammazione	7
Generalità sulla terapia	8

QUADRI CLINICI SPECIFICI

Artriti da cristalli	12
Artriti infettive e reattive	16
Artrite infettiva	19
Artrite da Borrelia (malattia di Lyme)	21
Artrite da parvovirus B19	22
Artrite da HBV e HCV	23
Spondiloartriti (SpA)	24
Artrite reumatoide	29
Connettiviti / Collagenosi	32
Vascoliti	36
Polimialgia reumatica	40

4 Sintomi principali delle malattie reumatiche infiammatorie

- Sintomi generali (malessere, perdita di peso, febbre)
 - Dolore a riposo / notturno
 - Tumefazioni articolari (sinoviti)
 - Rigidità mattutina
 - *Miglioramento al movimento*

 - Limitazioni dei movimenti
 - Sintomi concomitanti specifici
 - *Cute*
 - *Occhi*
 - *Intestino*
 - *Urogenitale*
- **Nelle malattie sistemiche, pensare al possibile coinvolgimento organico: reni, polmone, cuore, vasi, sistema nervoso, tratto GI**

Diagnosi differenziale

Artropatie da cristalli (o microcristalline)

- Gotta
- Artropatia da pirofosfato di calcio (pseudogotta, condrocalcinosi)
- Reumatismo da idrossiapatite (per es. periartrite scapolo-omerale calcarea)

Artriti infettive e reattive

- Artrite infettiva: batteri, virus e altro
- Associata a infezioni
 - *Artrite infettiva*
 - *Febbre reumatica*

Spondiloartriti

- Spondilite anchilosante (morbo di Bechterew)
- Artrite psoriasica
- Artrite reattiva (morbo di Reiter)
- Spondiloartrite associata a morbo di Crohn e colite ulcerosa
- Sindrome SAPHO (Sinovite, Acne, Pustolosi, Iperostosi, Osteite)
- Spondiloartrite indifferenziata

Artrite reumatoide

- Artrite reumatoide dell'adulto
- Late Onset Rheumatoid Arthritis (LORA)
- Artrite idiopatica giovanile

Connettiviti / collagenosi

- Lupus eritematoso sistemico
- Sclerosi (sclerodermia) sistemica
- Poli- / dermatomiosite
- Sindrome di Sjögren
- Connettivite mista
- Connettivite indifferenziata

Vascoliti

- Grandi arterie
- Arterie medie e piccole
- Piccoli vasi (arteriole, venule, capillari)
 - *ANCA-associate*
 - *Vasculiti da immunocomplessi*

- Altre: Vascolite paraneoplastica, nel morbo di Crohn e nella colite ulcerosa, post- e parainfettiva, vascolite ipocomplementemica, nelle connettiviti e nell'artrite reumatoide, crioglobulinemia

Altro

- Polimialgia reumatica
- Sarcoidosi
- Emocromatosi (piuttosto artrosi? Verificare di nuovo)
- Sindrome RS3PE (Remitting Seronegative, Symmetric Synovitis with Pitting Edema)

Esami supplementari

Possibile programma di base per sospetto d'inflammatione
(a seconda del quadro clinico)

Esami di laboratorio

- VES, PCR
- Hb, Lc, Lc diff., Tc
- Creatinina
- GPT
- Fosfatasi alcalina

Altro a seconda della diagnosi differenziale

- | | |
|---|---|
| ■ Calcio | ■ Elettroforesi proteica con immunofissazione |
| ■ CK | ■ HLA-B27 |
| ■ Acido urico | ■ Sieroteca (riserva per determinazioni successive, per es. esami sierologici, specialmente parametri immunologici) |
| ■ TSH | |
| ■ Ferritina, saturazione della transferrina | ■ Esame dell'urina |

→ **Esami di screening immunologici:**
ANA, (ANCA), fattore reumatico, Anti-CCP

Esame radiologico (a seconda del quadro clinico)

- Piedi e mani bilateralmente
- Eventualmente torace
- Eventualmente bacino
- Eventualmente articolazioni colpite

Punzione articolare

- Numero di cellule, cristalli (sedimento), batteriologia (coltura, eventualmente PCR)

→ **In presenza di un'inflammatione reumatica accertata, considerare i rischi cardiovascolari (aumentata morbidity e mortalità cardiovascolare) e il maggior rischio di osteoporosi.**

Generalità sulla terapia

Sono importanti l'informazione di pazienti e famigliari e il trattamento interdisciplinare da parte di medico di famiglia, reumatologo, fisioterapista, ergoterapista e ortopedico. L'indicazione per i medicinali di base dovrebbe essere discussa con un reumatologo. Prima dell'inizio di una terapia con farmaci biologici si deve ottenere la garanzia di assunzione dei costi da parte della cassa malattia.

Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)

- I FANS agiscono esclusivamente sui sintomi, senza alcun influsso sul decorso della malattia, ad eccezione delle spondilartriti
- Tossicità (per es. tratto GI, reni)
- Pazienti a rischio di complicazioni GI
 - *Età > 65 anni, terapia con glucocorticoidi, postumi di ulcera GI, elevata dose di FANS o combinazione di FANS, malattia cardiovascolare e anticoagulazione*
- Profilassi di effetti collaterali GI
 - *Inibitori della COX-2 (celecoxib, etoricoxib)*
 - *Inibitori della pompa protonica*
 - *Misoprostolo*

Glucocorticoidi

- Effetto antinfiammatorio sintomatico. Inoltre, i dati più recenti dimostrano una riduzione della distruzione articolare con 7,5 mg al giorno di prednisone-equivalenti
- Elevata tossicità a lungo termine con prednisone-equivalenti > 7,5 mg al giorno (osteoporosi, aumento di peso, diabete mellito, cataratta, glaucoma, infezioni, cardiocircolatorio, morbo di Cushing, atrofia cutanea)
- Utilizzo sistemico e infiltrazione locale

→ **Se la terapia a lungo termine è inevitabile, prendere in considerazione necessariamente la profilassi dell'osteoporosi.**

Medicamenti di base = Disease Modifying Antirheumatic Drugs = DMARDs

- Inizio più precoce, poiché la guarigione spontanea è rara (< 10%) e la distruzione articolare e organica è più elevata nei primi due anni della malattia
- I medicinali di base possono ritardare e, nel migliore dei casi, arrestare la distruzione articolare e organica
- Indicazione possibilmente precoce da parte del reumatologo
- Problema principale: effetti collaterali e compliance del paziente
- Istruzioni al paziente e controlli periodici

→ **Raccomandazioni per le terapie di base della Società Svizzera di Reumatologia (SSR) www.rheuma-net.ch**

Medicamenti di base convenzionali (generici spesso molto più convenienti)

- Metotressato
- Antimalarici (Plaquenil[®], Resochin[®])
- Sulfasalazina (Salazopyrin[®] EN)
- Leflunomide (Arava[®])
- Micofenolato (CellCept[®])
- Sali d'oro (Tauredon[®]) i. m.
- Doxiciclina
- Azatioprina (Imurek[®])
- Ciclosporina (Sandimmun Neoral[®])
- Ciclofosfamide (Endoxan[®])
- Colchicina (in CH non più omologata, ma può essere fornita tramite farmacia)

Prodotti biologici

Definition: Biologic products are made from living organisms – human, plant, animal, or microorganism – and they're used for the treatment, prevention or cure of diseases in humans. (FDA's Center for Biologics Evaluation and Research = CBER)

Terapia con anticitochine

- Inibitori del TNF- α : etanercept (Enbrel[®]), infliximab (Remicade[®]), adalimumab (Humira[®]), golimumab (Simponi[®]), certolizumab (Cimzia[®])
- Antagonisti del recettore dell'IL-1: anakinra (Kineret[®])
(non omologato in CH)
- Anti-IL-6: tocilizumab (Actemra[®])

Terapia anti-linfociti T

- Abatacept (Orencia[®])

Terapia anti-linfociti B

- Rituximab (MabThera[®])
- Belimumab (Benlysta[®])

Attenzione all'immunosoppressione

- Con l'uso di prodotti biologici sono più frequenti le infezioni atipiche o con decorso atipico. Diagnosi e trattamento rapidi
- In parte agenti patogeni atipici: Mycobacterium, Pneumocystis, Histoplasma ecc.
- Vaccinazioni (influenza, pneumococchi, eventualmente epatite B ecc.), se possibile prima dell'inizio della terapia
- Controindicati i vaccini vivi (per es. febbre gialla, parotite epidemica, morbillo, rosolia, tifo)
- Per le raccomandazioni vaccinali in caso d'immunosoppressione, si veda il sito www.rheuma-net.ch
- Per informazioni su immunosoppressione e gravidanza, si veda il sito www.rheuma-net.ch

→ Considerare l'inclusione di pazienti con artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondiloartrite assiale (morbo di Bechterew) nel registro SCQM della Società Svizzera di Reumatologia (SSR).

Artriti da cristalli

Quadri clinici

- Artrite urica (gotta)
- Artropatia da depositi di pirofosfato di calcio (CPPD, pseudogotta) (condrocalcinosi è il termine radiologico!)
- Reumatismo da idrossiapatite: periartropatie calcifiche

Indizi anamnestici

- Monoartrite od oligoartrite acuta
- Articolazione metatarsofalangea dell'alluce, articolazione tibio-tarsica, articolazioni del ginocchio, della mano o della spalla
- Iperuricemia nota
- Età > 50 anni
- Fattori di rischio per uricemia
 - *Sindrome metabolica*
 - *Insufficienza renale*
 - *Malattie ematologiche sistemiche (leucemie, linfomi)*
 - *Lisi tumorale con chemioterapia*
 - *Diuretici tiazidici e diuretici dell'ansa*
 - *Tubercolostatici*
 - *Ciclosporina*
 - *Aspirina a basse dosi*
 - *Alcol (soprattutto birra)*
 - *Bevande contenenti fruttosio*
 - *Alimentazione ricca di purine*
- Fattori di rischio per l'artropatia da pirofosfato di calcio (pseudogotta)
 - *Trauma, intervento chirurgico (interventi ai menischi)*
 - *Iperparatiroidismo*
 - *Emocromatosi*
 - *Ipotiroidismo*
 - *Ipomagnesemia*
 - *Ereditarietà*

- Artrosi a localizzazione atipica (articolazioni della spalla, del polso, articolazioni metacarpofalangee e articolazioni della caviglia)
- Artrosi a rapida progressione a carico di ginocchio, anca e spalla (cosiddetta spalla di Milwaukee)

Rilievi clinici

- Artrite acuta con infiammazione periarticolare delle parti molli (arrossamento, tumefazione)
- Poliartrite recidivante (soprattutto nella CPPD)
- Omartrosi o coxartrosi rapidamente distruttiva
- Monoartrite atipica
 - *Articolazioni sternoclavicolari*
 - *Articolazioni intervertebrali, sindrome del dente coronato nella CPPD*
- Tofi gottosi
- Reumatismo da idrossiapatite: periartropatie acute dolorose, per lo più a carico della spalla o più raramente dell'anca
- Sintomi generici quali la febbre

→ **In ogni esacerbazione infiammatoria acuta, pensare a un'artrite infettiva nell'ambito della diagnosi differenziale.**

Diagnostica

- Esame del puntato articolare (numero di cellule, cristalli, batteriologia)
- Esami di laboratorio
 - *Valori di VES e PCR spesso elevati*
 - *Acido urico in caso di sospetto di gotta (attenzione: può essere normale nell'attacco acuto di gotta)*
 - *Calcio, ferritina e TSH in caso di sospetto di CPPD*

→ **Nell'attacco acuto di gotta l'acido urico nel siero può risultare normale.**

- Radiologia
 - *Articolazione interessata e articolazione controlaterale (calcificazione!)*
 - *Ecografia*

Terapia

Attacco acuto di gotta

- Misure generali
 - *Immedieate: sgravio dell'articolazione*
 - *Punzione articolare: serve sia alla diagnosi (DD: infezione!) sia alla terapia (punzione di sgravio, eventualmente instillazione di steroidi)*

- Misure medicamentose
 - *Farmaci antinfiammatori non steroidei: per gli episodi acuti di esacerbazione preferire preparati ad elevata efficacia con emivita breve (ben controllabili)*
 - *Glucocorticoidi: se si può escludere un'infezione, l'iniezione intrarticolare mirata di steroidi rappresenta uno dei trattamenti più efficaci. Tuttalpiù dose di carico per via orale, soprattutto nell'insufficienza renale*
 - *In casi speciali colchicina*

Gotta cronica

- Misure generali
 - *A lungo termine: nella gotta trattamento della sindrome metabolica, misure dietetiche, adeguamento dello stile di vita*

- Misure medicamentose
 - *Trattamento di base della gotta: terapia ipouricemizzante con allopurinolo, di regola indicato con più di 1 attacco di gotta all'anno. In CH sarà presto omologato il febuxostat (Adenuric®), un nuovo inibitore della xantina ossidasi*

→ Allopurinolo e febuxostat non sono preparati per il trattamento degli attacchi, ma per il trattamento di fondo.

Dopo inizio di una conseguente terapia con allopurinolo sono possibili ulteriori attacchi di gotta ancora per 6–9 mesi.

- *Posologia dell'allopurinolo*
 - Lento aumento della dose
 - Adeguamento della dose nell'insufficienza renale
 - Aumento della dose graduale anche al di sopra di 300 mg / die in caso di insufficiente riduzione del livello di acido urico
- *In caso di allergia o intolleranza all'allopurinolo: uricosurici, per es. Santuril® (probenecid). In caso di allergia all'allopurinolo, non provare una seconda volta. Non somministrare allopurinolo e febuxostat in concomitanza con azatioprina.*
- *Possibile somministrazione di colchicina sia nella gotta cronica sia nell'artropatia da pirofosfato di calcio.*
- *Metotressato eventualmente da parte di reumatologi nell'artropatia da pirofosfato di calcio poliarticolare cronica.*
- *Losartan (Cosaar®) ha un lieve effetto uricosurico.*

■ Terapie speciali

- *Periartrite scapolo-omerale calcarea: infiltrazione subacromiale di steroidi, needling sotto controllo con intensificatore di immagine o ecografia, terapia con onde d'urto (attenzione: nessuna prestazione obbligatoria delle casse malati!), eventualmente débridement chirurgico con ampliamento del defilé. Spesso dissoluzione spontanea delle concrezioni calcaree nell'arco di settimane o mesi.*
- *Condrocalsinosi: trattamento sintomatico, steroidi intrarticolari, eventualmente sinoviortesi, endoprotesi totale in caso di distruzione imponente (soprattutto al ginocchio).*
- *Reumatismo da idrossiapatite e condrocalsinosi non possono essere influenzati da misure dietetiche. In caso di gotta le misure dietetiche hanno solo un piccolo influsso sul livello ematico di acido urico*
- *Spalla di Milwaukee: terapia sintomatica dell'artrosi, in caso di sofferenza grave è indicata l'endoprotesi totale della spalla.*

Artriti infettive e reattive

Quadri clinici

Definizione: Infiammazione articolare distante dal focolaio infettivo che si manifesta dopo o contemporaneamente a un'infezione localizzata in un punto qualsiasi del corpo. Mediante metodi tradizionali si possono coltivare gli agenti patogeni prelevati dall'articolazione.

Indizi anamnestici

- Dopo infezione urogenitale
 - *Chlamydia trachomatis*
 - *Neisseria gonorrhoeae*
 - Raramente *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*

- Dopo infezione gastrointestinale
 - *Yersinia enterocolitica*
 - *Salmonelle*
 - *Shigelle*
 - *Campylobacter jejuni*
 - Raramente *Clostridium difficile* e *Brucella abortus*

- Dopo infezione respiratoria
 - *Chlamydia pneumoniae*
 - *Streptococchi β-emolitici*
 - *Mycobacterium tuberculosis*

- Dopo altre infezioni
 - *Borrelia burgdorferi*
 - *Stafilococchi*
 - *Bartonella henselae*
 - *Brucella abortus*, *Leptospira*

- Dopo vaccinazioni

Rilievi clinici

- Artrite periferica (soprattutto oligoartrite asimmetrica alle estremità inferiori)
- Entesite (per es. del tendine d'Achille)
- Mal di schiena infiammatorio, soprattutto a livello delle articolazioni sacroiliache
- Manifestazioni extrascheletriche (per es. congiuntivite, uretrite, eritema nodoso)

Diagnostica

- Laboratorio
 - *Laboratorio di base*
 - *Esclusione di agenti infettivi nel puntato articolare*
 - *PCR per Chlamydia trachomatis nella prima frazione dell'urina mattutina*
 - *Eventualmente coltura delle feci in caso di sintomatologia intestinale persistente*

→ **Sierologia solo in casi eccezionali.**

Terapia

- Antibiotici
 - *Indicati solo nell'artrite da Chlamydia trachomatis*
 - *Azitromicina in caso d'infezione diagnosticata (dose singola da 1 g) o doxiciclina (2 × 100 mg per 7 giorni)*
 - *Trattare anche il partner sessuale*
- Farmaci antinfiammatori non steroidei
- Glucocorticoidi
 - *Intrarticolare*
 - *A livello sistemico spesso solo effetto minimo*
- Medicamenti di base tradizionali (sulfasalazina) in caso di decorso cronico

Prognosi

- Guarigione entro un anno nella maggior parte dei casi
- Decorsi cronici nel 10–20% dei casi
- Distruzioni articolari sono rare

Artrite infettiva

Quadri clinici

- Artrite batterica
- Artrite da Borrelia
- Artrite virale: parvovirus B19, epatite B e C, HIV

Artrite batterica

Patogenesi

- Per lo più ematogena
- Inoculazione diretta (intervento chirurgico, iniezione intrarticolare)

Fattori di rischio

- Età > 80 anni
- Diabete mellito
- Patologie articolari infiammatorie (AR, artrite psoriasica ecc.)
- Infezione da HIV o altra immunosoppressione
- Endoprotesi, portatore di protesi
- Artroscopie, iniezioni intrarticolari
- Interventi con batteriemia (per es. interventi dentali ecc.)

Rilievi clinici

- Esordio acuto con dolore, tumefazione, eritema (DD: artropatia da cristalli)
- Articolazione del ginocchio circa 50%, però teoricamente possono essere colpite tutte le articolazioni
- 10–20% poliarticolare, soprattutto negli immunodepressi
- Sintomi generali, inclusa febbre
- In caso di agenti patogeni atipici (gonococchi, micobatteri) possibili anche tenosinoviti e borsiti

→ **L'artrite settica è sempre un caso di emergenza.**
In caso di sospetto, ricovero d'urgenza in ospedale.

Agente patogeno

- Staphylococcus aureus circa 50%
- Streptococchi (Str. pneumoniae, gruppo A) circa 30%
- Gram-negativi (Haemophilus, E. coli, Pseudomonas) circa 18%
- Neisseria gonorrhoeae
- Raramente anaerobi
- Raramente funghi, micobatteri e altri agenti patogeni atipici
(quasi solo nelle persone immunodepresse)

Diagnostica

- Punzione articolare
 - *Tipicamente 50 000–150 000 cellule*
 - *Polinucleati più di 90%*
 - *Coltura per la ricerca di batteri*
 - *Ricerca di cristalli*
- Laboratorio
 - *VES e PCR aumentate*
 - *Leucocitosi*

→ In caso di versamento torbido nessuna somministrazione di steroidi prima di un risultato batteriologico negativo. La dimostrazione della presenza di cristalli non esclude l'artrite batterica.

Terapia

- Terapia antibiotica 2–4 settimane per via parenterale
- Complessivamente 4–6 settimane
- In caso di artrite batterica lavaggio articolare

Artrite da *Borrelia* (malattia di Lyme)

Indizi anamnestici

- Lavoratori forestali, escursionisti, jogger ecc.
- Punture di zecche

Quadri clinici

- Stadio 1 (infezione precoce localizzata)
 - *Eritema cronico migrante (ECM)*
 - *Linfoadenopatia regionale*

- Stadio 2 (infezione precoce disseminata)
 - *Sensazione di malattia («simil-influenzale»)*
 - *Cefalea e dolori nuca*
 - *Eritemi cutanei anulari secondari*
 - *Manifestazioni muscoloscheletriche: artralgie, periartriti e borsiti.*
 - *A carattere tipicamente migratorio (la localizzazione persiste per lo più solo poche ore o giorni)*
 - *Linfocitoma (linfoadenopatia cutanea benigna di Bäfverstedt)*
 - *Manifestazioni neurologiche: neuroborreliosi precoce (meningite, neurite craniale, radicoloneurite grave, encefalite lieve, miosite)*
 - *Manifestazioni cardiache (blocco atrio-ventricolare, possibile miopericardite acuta / pancardite, mai lesioni valvolari)*
 - *Altre manifestazioni*

- Stadio 3 (infezione tardiva persistente)
 - *Manifestazioni neurologiche: neuroborreliosi tardiva (encefalopatia, mielite trasversa, mieloradicolite, neuropatia craniale, miosite)*
 - *Artrite: dopo un periodo da poche settimane a 2 anni monoartrite od oligoartrite recidivante, ginocchio colpito più di frequente. Manifestazione repentina, spesso versamento massiccio e relativamente pochi dolori*

Diagnostica

- Sierologia: al manifestarsi dell'artrite vi è sempre positività delle IgG, mentre vi può già essere negatività delle IgM
- La sierologia deve essere confermata tramite Western Blot
- Eventualmente dimostrazione dell'agente patogeno nel puntato mediante PCR

Terapia dell'artrite

- Doxiciclina 200 mg / die per 21 –28 giorni
- Amoxicillina nelle donne in gravidanza e nei bambini
- Ceftriaxone necessario solo in caso di coinvolgimento neurologico

→ **L'infezione da Borrelia è un infortunio (prestazioni a carico della SUVA)**

Artrite da parvovirus B19

Quadri clinici

- Interessamento poliarticolare (DD artrite reumatoide) con per lo più minime tumefazioni sinoviali

Diagnostica

- Sierologia: positività delle IgG e all'inizio anche delle IgM

Terapia

- FANS
- Decorso non erosivo e quindi nessuna terapia di base

Artrite da HBV e HCV

Quadri clinici

- Artralgie e artriti (per lo più solo minime tumefazioni sinoviali)
- Vascolite (crioglobulinemia)
- Fibromialgia (con HCV)
- Cheratocongiuntivite secca (con HCV)

Indizi anamnestici

- Epatite concomitante

Diagnostica

- Sierologia per HBV e HCV
- Eventualmente fattore reumatico
- Fattori del complemento e crioglobulina

Terapia

- Terapia della malattia di base

Spondiloartriti (SpA)

Quadri clinici delle SpA

- Spondilite anchilosante (morbo di Bechterew)
- Artrite psoriasica
- Artrite reattiva (morbo di Reiter)
- Spondiloartrite associata a morbo di Crohn e colite ulcerosa
- Sindrome SAPHO (Sinovite, Acne, Pustolosi, Iperostosi, Osteite)
- Spondiloartrite indifferenziata

Dal 2009 sono in uso nuovi criteri di classificazione della «Assessment of SpondyloArthritis international Society» (ASAS) per la suddivisione delle spondiloartriti. Si continua a distinguere tra spondiloartrite assiale e periferica

Classificazione delle spondiloartriti assiali

Pazienti con mal di schiena cronico ≥ 3 mesi

Inizio dei sintomi prima del 45° anno di età

Sacroileite all'esame

diagnostico per immagini più

≥ 1 parametro per SpA

Parametri per SpA

- Mal di schiena infiammatorio
- Artrite periferica
 - *Entesite (calcagno)*
 - *Uveite*
 - *Dattilite*
 - *Psoriasi*
 - *M. di Crohn / colite ulcerosa*
- Buona risposta ai FANS
- Anamnesi familiare positiva per SpA
- HLA-B27
- PCR elevata

HLA-B27 più

≥ 2 altri parametri per SpA

Sacroileite all'esame diagnostico per immagini

- Infiammazione (acuta) attiva alla RMN, ben conciliabile con una sacroileite associata a SpA
- Diagnosi radiologica definitiva di sacroileite (alterazioni strutturali) secondo i criteri mod. di New-York

Classificazione delle spondiloartriti periferiche

Artrite o entesite o dattilite più

≥ 1 parametro per SpA

- Uveite
- Psoriasi
- M. di Crohn / colite ulcerosa
- Infezione precedente
- HLA-B27
- Sacroileite all'esame diagnostico per immagini

≥ 2 altri parametri per SpA

- Artrite
- Entesite
- Dattilite
- Mal di schiena infiammatorio (anche in passato)
- Anamnesi familiare di SpA

Indizi anamnestici

- Interessamento della colonna vertebrale: dolore al sacro e alle natiche (sacroileite) con alternanza del lato dominante, dolori notturni ed al risveglio (soprattutto nella seconda metà della notte), rigidità mattutina (più di ½ ora), aumento dell'intensità dei dolori a riposo e riduzione dei dolori al movimento, mobilità limitata
- Interessamento articolare periferico: da monoarticolare a poliarticolare, spesso asimmetrico
- Entesiti: spesso tendine d'Achille, bacino e parete toracica (dolori alla respirazione)
- Sintomi concomitanti
 - *Stanchezza, abbattimento, affaticamento, inappetenza e diminuzione del peso corporeo in presenza di attività infiammatoria (umorale) sistemica*
 - *Afte orali*
 - *Uveite anteriore (dolori, fotofobia), quasi sempre monolaterale*
 - *Psoriasi cutanea (anche anamnesi familiare!)*
 - *Sintomi mucocutanei nell'artrite reattiva (morbo di Reiter): congiuntivite, uretrite, cheratoderma blenorragico*
 - *Diarrea (spondiloartrite in morbo di Crohn e colite ulcerosa)*

Rilievi clinici

- Articolazioni sacroiliache: dolore acuito nel saltellamento su una gamba, test di Mennel positivo, blocco articolare.
- Colonna vertebrale: mobilità ridotta (per es. distanza dita-suolo e ampiezza respiratoria)

→ **Valutazione del decorso mediante misurazioni regolari della mobilità della colonna vertebrale.**

- Articolazioni periferiche: dattilite (dita a salsicciotto), possibile interessamento delle articolazioni interfalangee distali (spesso nell'artrite psoriasica), solo minime tumefazioni sinoviali consistenti (possibile lividore)
- Entesiti: dolenzia e tumefazione alle inserzioni tendinee

→ **Cercare efflorescenze psoriasiche anche in punti nascosti: cuoio capelluto, regione retroauricolare, rima anale ecc.**

Diagnostica

→ **Nelle forme a decorso lieve, soprattutto nelle donne, è difficile porre una diagnosi precoce.**

- Esami di laboratorio: Programma di base, in aggiunta HLA-B27 (nella spondilite anchilosante positivo in circa l'80% dei casi)

→ **Parametri infiammatori nella norma e/o HLA-B27 negativo non escludono la spondiloartrite.**

- Radiografia convenzionale: Alterazioni delle articolazioni sacroiliache e del resto della colonna vertebrale per lo più dopo diversi anni di malattia. Sacroileite con erosioni e colate ossee. Sindesmofiti, spesso nella transizione toracolombare. Spondilite anteriore («shiny corners»).

Anchilosi delle articolazioni intervertebrali. Per ultimo aspetto a «canna di bambù». Sindesmofiti e parasindesmofiti.

→ **La radiografia convenzionale della colonna vertebrale lombare e delle articolazioni sacroiliache non esclude una spondiloartrite.**

Artrosi secondarie, soprattutto coxartrosi concentrica

■ RMN delle articolazioni sacroiliache e della colonna vertebrale

→ **Il metodo migliore per la diagnosi precoce di sacroileite è la RMN.**

■ Scintigrafia ossea (solo in casi eccezionali): oggettivazione dell'interessamento articolare periferico, nel caso non esistano tumefazioni sinoviali inequivocabili. Non indicata per l'oggettivazione di una sacroileite (possibile solo in caso di interessamento monolaterale con attività intensa).

Terapia

■ Medicamenti

- *Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)*
 - Preferire i preparati con emivita lunga o formulazione ritardata. Provare diversi preparati, poiché la risposta individuale alla terapia è differente.
- *Glucocorticoidi*
 - Nella sacroileite tramite iniezione intrarticolare (spesso effetto per mesi). Nell'interessamento articolare periferico, intrarticolare o sistemico. Per via sistemica nella spondilite e nella entesite per lo più effetto scarso o assente.
- *Medicamenti di base tradizionali (sulfasalazina, metotressato, leflunomide)*
 - Indicati nell'interessamento articolare periferico

- *Inibitori del TNF*
 - Indicati nel coinvolgimento della colonna vertebrale con risposta insufficiente ai FANS o interessamento periferico con risposta insufficiente ai medicinali di base convenzionali
- Fisioterapia: Programma di ginnastica domiciliare, principalmente per la mobilizzazione della colonna vertebrale (stimolare la motivazione!)

Artrite reumatoide

Quadri clinici

- Artrite reumatoide (AR) dell'adulto
- Late Onset Rheumatoid Arthritis (LORA)
- Artrite idiopatica giovanile

Indizi anamnestici

- Poliartrite simmetrica delle piccole articolazioni
- Inizio progressivo o acuto
- Rigidità mattutina
- Nella LORA si osservano spesso disturbi polimialgici
- Dolori nuca in caso d'interessamento del tratto cervicale della colonna vertebrale
- Sindrome del tunnel carpale bilaterale, sospetto d'interessamento del polso
- Sintomi concomitanti
 - *Stanchezza, abbattimento, febbre, affaticamento, inappetenza e diminuzione di peso corporeo in presenza di attività infiammatoria (umorale) sistemica*

Rilievi clinici

- Poliartrite simmetrica delle articolazioni piccole e medie
- Articolazioni metacarpofalangee, interfalangee prossimali e metatarsofalangee nonché articolazioni del polso (soprattutto medialmente)
- Le articolazioni interfalangee distali, ad eccezione che nell'artrite giovanile, sono colpite raramente
 - *DD poliartriosi delle dita: articolazioni interfalangee prossimali e distali, solo raramente articolazioni metacarpofalangee*
- Tenosinoviti
- Sinovite molle senza eritema
- Borsite
- Test di funzionalità (chiusura del pugno)
- Deviazione ulnare, deformità a collo di cigno e deformità ad occhio, pollice a Z in stadi tardivi
- Secchezza delle mucose
- Pleurite

- Pericardite
- Sclerite, episclerite
- Noduli reumatici
- Vascolite

→ **La diagnosi viene posta principalmente in base all'anamnesi e ai rilievi clinici.**

Diagnostica

Esami di laboratorio

- Esami di laboratorio speciali
 - *Fattori reumatici*
 - Nel decorso, positivo nel 70–80% dei casi
 - Un titolo elevato costituisce un fattore prognostico sfavorevole
 - Specificità bassa (circa 60%)
 - *Anti-CCP (peptide citrullinato ciclico) (ACPA)*
 - Nel decorso, positivo nell'80% dei casi
 - Marcatore prognostico sfavorevole
 - Specificità elevata (circa 90–95%)

Radiologia

- In caso di sospetto di AR a mani e piedi bilateralmente (spesso erosioni asintomatiche)
- Articolazioni colpite incl. articolazioni controlaterali
- Colonna vertebrale cervicale lateralmente con inclinazione per sospetto d'instabilità atlanto-assiale
- RMN della colonna vertebrale cervicale per sospetto d'interessamento cervicale
- Ecografia molto utile
 - *Dimostrazione di sinoviti (eventualmente power doppler)*
 - *Tenosinovite*
 - *Erosioni precoci*
- TAC toracica in presenza d'interessamento polmonare interstiziale

Terapia

- Analgesici
- FANS
- Glucocorticoidi (attenzione: mascheramento della diagnosi)
 - *Per via orale come terapia delle esacerbazioni*
 - *Low dose (5 mg/die) come terapia di mantenimento*
 - *Applicazione intrarticolare*

- Medicamenti di base (DMARDs)
 - *Antimalarici (Plaquenil®) e sulfasalazina (Salazopyrin® EN) in caso di decorso lieve non erosivo o in combinazione con altri DMARDs*
 - *Metotressato e leflunomide (Arava®, anche generici) in monoterapia nelle forme a decorso lieve o moderato, oppure in combinazione con altri DMARDs, soprattutto prodotti biologici*
 - *Prodotti biologici: con decorso grave, spesso in combinazione con metotressato o Arava*
 - *Terapie combinate*
 - Plaquenil® (o Salazopyrin®) e metotressato
 - Plaquenil®, Salazopyrin® e metotressato
 - Metotressato e leflunomide
 - Prodotti biologici e metotressato
 - Prodotti biologici e leflunomide

→ Indicazione di terapie combinate e/o prodotti biologici solo previo consulto di un reumatologo.

- Radiosinovioresi: in caso di persistente monoartrite delle articolazioni medie e grandi nonostante terapia di base adeguata. Distruzione degli strati cellulari superficiali sinoviali da parte delle sostanze radioattive (ittrio, erbio) con emivita breve.

Connettiviti / Collagenosi

Quadri clinici

- Lupus eritematoso sistemico
- Sclerosi sistemica
- Dermatomiosite / polimiosite
- Sindrome di Sjögren
- Connettivite mista (MCTD = Mixed Connective Tissue Disease)
- Sindrome da anticorpi antifosfolipidi (APS)
- Connettiviti indifferenziate
- Overlap-sindrome (quadri misti con aspetti di diverse connettiviti e AR)

Indizi anamnestici

Caratteristiche

- Donne in giovane età
- Sindrome di Raynaud
- Alopecia
- Mialgie
- Poliartralgie o poliartrite (simmetrica, articolazioni piccole)
- Fotosensibilità
- Cheratocongiuntivite secca

- Afte orali
- Esantemi (per es. esantema a farfalla, esantema eliotropo)
- Disfagia
- Dispnea
- Dolori toracici (pleurite, pericardite)
- Sclerosi cutanea in presenza di sclerosi sistemica
- Sintomi neurologici centrali e periferici
- Trombosi venose e arteriose
- Aborti
- Sintomi generali: stanchezza, abbattimento, febbre, affaticamento, inappetenza e diminuzione di peso corporeo in presenza di attività infiammatoria (umorale) sistemica
- Esposizione medicamentosa (con LES, cosiddetto lupus eritematoso farmacologico)

Rilievi clinici

- Manifestazioni cutanee
 - *Esantema a farfalla*
 - *Fotosensibilità*
 - *Edema cutaneo, sclerosi cutanea*
 - *Teleangectasie*
 - *Papule di Gottron*
 - «*Mechanics hands*»

- Afte orali, ulcere orali
- Sindrome di Raynaud, eventualmente necrosi dei polpastrelli
- Poliartrite (simmetrica, articolazioni piccole)
- Sierosite (pleurite, pericardite)
- Secchezza delle mucose
- Debolezza muscolare (miosite)
- Sclerofonia (fibrosi polmonare)
- Interessamento esofageo
- Vascolite (necrosi del solco ungueale, porpora, ulcere cutanee ecc.)
- Neuropatia periferica (spesso mononeurite multiplex)
- Trombosi venose e arteriose
- Ictus cerebrale, epilessia, psicosi

Diagnostica

Esami di laboratorio

- Esami di laboratorio di base

→ **Nelle connettiviti / collagenosi spesso VES aumentata e PCR normale.**

→ **CK elevata (miosite)**

→ **TSH elevato (non raramente ipotiroidismo autoimmune nelle connettiviti)**

- Esami di laboratorio speciali
 - ANA
 - LES: ds-DNA, Sm, Ro (SSA), istoni, cromatina
 - Sjögren: Ro (SSA) e La (SSB) (anche il fattore reumatico spesso altamente positivo)
 - Sclerosi sistemica: Scl70, centromeri, topoisomerasi
 - Dermatomiosite / polimiosite: anticorpi miosite-specifici (per es. Jo-1, SRP)
 - Connettivite mista: U1-RNP
 - Sindrome da anticorpi antifosfolipidi: fosfolipide e glicoproteina- β 2
 - Test di Coomb diretto (anemia emolitica)
 - Fattori del complemento C3 e C4 spesso ridotti

Esame radiologico

- Radiografia toracica in presenza di coinvolgimento polmonare e/o cardiaco
- TAC del torace in presenza di interessamento polmonare interstiziale
- Passaggio esofageo
- RMN del cervello in presenza di sintomi nervosi centrali

Esami speciali più approfonditi (in accordo con lo specialista)

- Funzione polmonare compresa la capacità di diffusione del CO
- Microscopia capillare (differenziazione della sindrome di Raynaud primaria da quella secondaria)
- Ecocardiografia in caso d'interessamento cardiaco o ipertensione arteriosa polmonare
- Endoscopia in caso di coinvolgimento esofageo o intestinale
- Biopsia muscolare
- Biopsia cutanea
- Biopsia renale
- Test di Schirmer in caso di cheratocongiuntivite secca
- Biopsia labiale per sospetto di sindrome di Sjögren primaria
- Accertamenti neurofisiologici
- Accertamenti neuropsicologici

Terapia

- Analgesici
- FANS: in presenza di artrite, sierosite
- Glucocorticoidi
 - *Per via orale o «pulse therapy» e.v. a dosi elevate per l'induzione della remissione in caso d'interessamento organico grave.*
 - Bassa dose nelle artriti e nelle miositi concomitanti*

**→ In caso di forte sospetto per connettivite / collagenosi e bisogno di terapia, glucocorticoidi in accordo con il reumatologo (attenzione al peggioramento del quadro clinico).
Attenzione: glucocorticoidi nella sclerosi sistemica (crisi renale).**

- Medicamenti immunosoppressori o immunomodulatori
 - *Antimalarici: medicinali di prima scelta in caso d'interessamento cutaneo e/o muscoloscheletrico*
 - *Ciclofosfamide: terapia di prima scelta in caso d'interessamento organico grave (sistema nervoso centrale e periferico, polmone, cuore, reni, vasi sanguigni). Bolo mensile i.v. o giornalmente p.o.*
 - *Micofenolato mofetile: nella nefrite come terapia di mantenimento della remissione*
 - *Azatioprina: terapia di mantenimento della remissione in nefrite, manifestazioni ematologiche, sierosite, miosite*
 - *Metotressato: in poliartrite, polisierosite, miosite*
 - *Ciclosporina: nella miosite*
 - *Prodotti biologici: per indicazioni speciali, per es. belimumab (Benlysta®) nel LES*

Vascoliti

Quadri clinici

Grandi arterie

- Arterite a cellule giganti (arterite temporale)
- Arterite di Takayasu

Arterie medie e piccole

- Panarterite nodosa (associata all'epatite B, essenziale)
- Vascolite reumatoide
- Sindrome di Kawasaki
- Vascolite primaria del SNC

Piccoli vasi (arteriole, venule, capillari)

- ANCA-associate
 - *Morbo di Wegener (granulomatosi con poliangite)*
 - *Poliangite microscopica*
 - *Vascolite di Churg-Strauss*
- Vascoliti da immunocomplessi
 - *Porpora di Schönlein-Henoch*
 - *Crioglobulinemia (associata a epatite C, essenziale)*
 - *Vascolite leucocitoclastica cutanea o vascolite da ipersensibilità*
 - *Sindrome di Goodpasture*
- Altro: morbo di Behçet, vascolite paraneoplastica, vascolite associata a morbo di Crohn e colite ulcerosa, postinfettiva, ipocomplementemica, vascoliti in presenza di collagenosi e artrite reumatoide

Indizi anamnestici

- Sintomi generali: stanchezza, abbattimento, febbre, affaticamento, inappetenza e riduzione di peso corporeo
- Sintomi principali (porpora, ulcerazioni ecc.)
- Afte orali/genitali (morbo di Behçet)
- Artralgie/mialgie

- Sintomi in base agli organi colpiti (sistema nervoso centrale e periferico, occhi, polmone, cuore, reni, tratto gastrointestinale)
- In special modo
 - *Emottisi*
 - *Secreto nasale sanguinolento*
 - *Asma all'anamnesi (sindrome di Churg-Strauss)*
 - *Dolore temporale e claudicatio masticatoria (arterite a cellule giganti)*
 - *Claudicazione delle estremità inferiori e/o superiori*
 - *Dolori testicolari (panarterite nodosa)*
 - *Sindrome polimialgica in caso di arterite a cellule giganti*
 - *Disturbi visivi nel morbo di Behçet*
 - *Epatite B (panarterite nodosa) o C nota (vasculite crioglobulinemica)*
 - *Artrite reumatoide / collagenosi nota*

Rilievi clinici

- Manifestazioni cutanee e mucose
 - *Porpora*
 - *Ulcerazioni*
 - *Livedo reticolare*
- Poliartrite (simmetrica, articolazioni piccole)
- Manifestazioni a carico del SNC
- Neuropatia periferica (mononeurite multiplex)
- Sindrome coronarica acuta
- Diarrea sanguinolenta
- Addome acuto
- Segni di uremia
- Ipertensione arteriosa (attenzione: differenze di pressione arteriosa a seconda del lato del corpo)
- Arteria temporale dolente alla palpazione
- Soffi vascolari, polso indebolito / asimmetrico

Diagnostica

- **Esami di laboratorio: Esami di laboratorio speciali**
 - ANCA, fattori reumatici, anti-CCP (ACPA), ANA, anti-membrana basale (sindrome di Goodpasture)
 - Anti-HBV, anti-HCV e HIV
 - Crioglobulina (far prelevare in laboratorio)

- **Esame radiologico**
 - Radiografia toracica
 - TAC se vi è il sospetto d'interessamento polmonare/addominale
 - RMN cerebrale in presenza di sintomi nervosi centrali

- **Esami speciali più approfonditi**
 - Biopsia cutanea
 - Test patergico in caso di morbo di Behçet
 - Biopsia dell'arteria temporale
 - Ecografia dei vasi sanguigni (A. temporale, grosse diramazioni aortiche, vasi delle estremità)
 - Angiografia o angio-RMN (eventualmente PET)
 - Esame della funzione polmonare compresa la capacità di diffusione del CO
 - Ecocardiografia
 - Panendoscopia superiore, colonoscopia (eventualmente con biopsia)
 - Biopsia renale
 - Biopsia nervosa
 - Biopsia polmonare

- **Terapia**
 - Analgesici
 - Glucocorticoidi: per via orale o «pulse therapy» i. v. a dosi elevate in caso d'interessamento organico grave per l'induzione della remissione

→ Nel sospetto di arterite temporale iniziare subito la terapia con prednisione alla dose di 1 mg/kg. (La biopsia rimane positiva per 2 settimane). Aspirin Cardio come inibitore piastrinico. L'arterite temporale è un motivo frequente di aumento asintomatico della VES.

- Medicamenti immunosoppressori o immunomodulatori
 - *Ciclofosfamide: in caso d'interessamento organico grave. Bolo mensile i. v. o giornalmente p. o.*
 - *Azatioprina: mantenimento della remissione*
 - *Metotressato: mantenimento della remissione. Induzione della remissione nel morbo di Wegener limitato, nelle vascoliti dei piccoli vasi pericolose e per ridurre gli steroidi nell'arterite a cellule giganti e nel morbo di Takayasu*
 - *Micofenolato mofetile: mantenimento della remissione*
 - *Ciclosporina: morbo di Behçet*
 - *Prodotti biologici*
 - *Rituximab (Mabthera®) per l'induzione della remissione nelle vascoliti ANCA-associate*
 - *Nelle situazioni refrattarie alla terapia, per es. inibitori del TNF nel morbo di Takayasu e nel morbo di Behçet, tocilizumab (Actemra®) nell'arterite a cellule giganti*
 - *Terapia virostatica nelle vascoliti associate a epatite B e C*

Polimialgia reumatica

Indizi anamnestici

- Disturbi polimialgici a livello di nuca, cinto scapolare e cinto pelvico, spesso insorgenza acuta
- Dolori notturni
- Rigidità mattutina
- Sintomi generali: stanchezza, abbattimento, febbre, affaticamento, inappetenza e diminuzione di peso corporeo in presenza di attività infiammatoria (umorale) sistemica
- Età > 50 anni

→ **La polimialgia reumatica in pazienti < 50 anni è assolutamente rara: cercare altre malattie.**

- Cefalea temporale in caso di concomitante arterite temporale

→ **Nel 15–20% dei casi, alla polimialgia reumatica è associata un'arterite a cellule giganti.**

- Risposta immediata agli steroidi a basse dosi (per es. 20 mg al giorno)
- Rilievi clinici

Classificazione

- *Esordio dei sintomi > 50 anni di età*
- *Rigidità mattutina > 30 minuti e dolori da almeno 1 mese in almeno due delle regioni seguenti*
 - Spalla e avambraccio prossimale bilateralmente
 - Cinto pelvico
 - Nuca
- *Risposta pronta agli steroidi*

- Pochi rilievi nonostante i dolori intensi, soprattutto assenza di dolori alla palpazione della muscolatura
- Febbre

Diagnostica

■ Esami di laboratorio

→ Valori di VES e PCR quasi sempre elevati.

- *Anemia infiammatoria*
- *CK mai aumentata nella polimialgia reumatica*

■ Esami di laboratorio speciali

- *Screening per vascolite (polimialgia secondaria?)*
- *Fattore reumatico, anti-CCP, ANA, ANCA*

■ Esame radiologico

- *Radiografia del torace (esclusione di neoplasia, residui di tubercolosi)*
- *Ecografia dell'addome (esclusione di neoplasia)*
- *Ecografia dell'arteria temporale (alone?) in caso di sospetto di arterite temporale*

■ Esami speciali più approfonditi

- *Nella polimialgia reumatica atipica accertamento e ricerca di altra malattia primaria (vedere riquadro)*

→ Importanti diagnosi differenziali della polimialgia reumatica

- *Arterite a cellule giganti con polimialgia reumatica*
- *Artrite reumatoide soprattutto con esordio in persone anziane (LORA = Late Onset RA)*
- *Malattia da depositi di pirofosfato di calcio*
- *Altre vascoliti sistemiche (per es. panarterite nodosa)*
- *Postvirale*
- *Spondiloartriti*
- *Malattia infettiva (soprattutto endocardite)*
- *Neoplasia*

Terapia

- Glucocorticoidi
 - *Nella polimialgia reumatica classica iniziare con prednisone alla dose di 20 mg/die*
 - *In caso di arterite temporale concomitante 1 mg/kg*
 - *Durata della terapia con riduzione della dose di prednisone da 1½ a 2 anni (tasso di recidiva più basso)*
 - *Necessaria la profilassi o la terapia dell'osteoporosi (scheda informativa «Osteoporosi da steroidi» della piattaforma osteoporosi della SSR)*

→ Se la sindrome polimialgica mostra una risposta insufficiente o assente a 20 mg di prednisone: attenzione ad altre cause!

- Combinazione con metotressato possibile come sostanza per ridurre la dose di steroidi

Ulteriori informazioni

Lega svizzera contro il reumatismo

Tel. 044 487 40 00, www.rheumaliga.ch

Associazione Svizzera dei Poliartritici

Tel. 044 422 35 00, www.arthritis.ch

Società Svizzera Morbo di Bechterew

Tel. 044 272 78 66, www.bechterew.ch

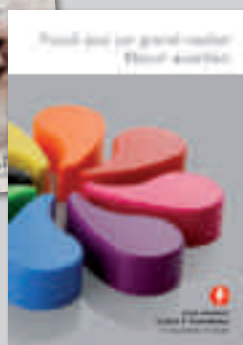
Artrite reumatoide

Opuscolo della Lega svizzera contro il reumatismo, It 341

Mezzi ausiliari

Catalogo della Lega svizzera contro il reumatismo, It 003

Per gli ordini gratuiti rivolgersi:
Tel. 044 487 40 10 o
www.rheumaliga.ch



Impressum

Responsabilità scientifica 2013

Dott. med. Thomas Langenegger, Baar (presidente)
Dott. med. Wolfgang Czerwenka, Wettingen
Dott. med. Adrian Forster, Diessenhofen
Dott. med. Jean-Jacques Volken, Sierre (Redazione edizione francese)
Dott. med. Nicola Keller, Morbio Inferiore (Redazione edizione italiana)

Segretariato

Valérie Krafft, direttrice,
Lega svizzera contro il reumatismo
Iris Zehnder,
Lega svizzera contro il reumatismo

Organizzatore

Lega svizzera contro il reumatismo
Josefstrasse 92, 8005 Zurigo
Tel. 044 487 40 00
Fax 044 487 40 19
update@rheumaliga.ch

I vostri esperti di
patologie reumatiche

—

Lega svizzera
contro il reumatismo
Josefstrasse 92
8005 Zurigo

Tel. 044 487 40 00
Fax 044 487 40 19
E-mail info@rheumaliga.ch
www.rheumaliga.ch

Società
Svizzera di
Reumatologia 

www.rheuma-net.ch



**Lega svizzera
contro il reumatismo**
Il movimento è salute