

ARTRITE REUMATOIDE SCHEDA INFORMATIVA

Che cos'è l'artrite reumatoide?

L'artrite reumatoide (AR) è una patologia infiammatoria cronica, progressiva, che causa danni alla cartilagine e all'osso delle articolazioni coinvolte¹. In genere, all'inizio la malattia colpisce le mani o i piedi, ma può interessare altre articolazioni e altre parti del corpo². Nel mondo è affetto da AR lo 0,5-1,0% circa della popolazione³, mentre in Europa la malattia interessa più di 2,9 milioni di persone⁴. In genere l'AR è più diffusa nel sesso femminile e insorge di norma tra i 40 e i 60 anni di età, sebbene possa svilupparsi in qualunque momento².

L'AR è una condizione "simmetrica", perciò se è coinvolta un'articolazione a livello del braccio sinistro, anche la stessa articolazione del braccio destro può risultarne colpita⁵. Le articolazioni più comunemente interessate sono quelle delle dita di mani e piedi, dei polsi e delle caviglie⁵.

Man mano che procede, l'AR può portare a dolore cronico e a disabilità severa, andando ad esercitare un impatto negativo sulla vita quotidiana del paziente e sulla sua capacità di svolgere le normali attività quotidiane².



Quali sono i sintomi dell'AR?

I sintomi dell'AR variano da persona a persona e la progressione della malattia, in genere graduale, avviene in un lasso di tempo di svariati anni. Purtroppo, in alcuni casi l'insorgenza può essere rapida e dolorosa, esercitando un effetto negativo sulle attività quotidiane di chi ne è affetto.

I sintomi includono²:

- Dolore e rigidità delle articolazioni
- Gonfiore a livello dell'articolazione coinvolta
- Astenia, che può indurre irritabilità e depressione
- Perdita di appetito, con conseguente perdita di peso corporeo
- Febbre o altri sintomi simil-influenzali
- Noduli reumatoidi: protuberanze non dolenti che compaiono sui gomiti, sulle mani e sui piedi

Per coloro che sono affetti da AR, il mattino è in genere il momento peggiore della giornata. Ricerche recenti hanno evidenziato che una compromessa funzionalità mattutina è un evento che si verifica quotidianamente in più di sei pazienti su dieci (61%)⁶.

Che cosa significa "compromessa funzionalità mattutina"?

Per "compromessa funzionalità mattutina" s'intende la difficoltà a svolgere i propri compiti e le attività del mattino a causa della rigidità articolare, del dolore e di altri sintomi indotti dall'AR. Ciò ha spesso un impatto significativamente negativo sulla vita delle persone che ne sono affette⁷. Questi sintomi causano perdita di mobilità e conseguente compromissione della capacità di lavorare⁷ e impediscono ai pazienti di svolgere le attività di tutti i giorni. A sua volta, ciò può essere causa di frustrazione e rabbia⁸.



Perché l'AR ha effetti così distruttivi sulle articolazioni?

L'AR è una condizione cronica recidivante⁵. I sintomi possono riacutizzarsi e, in altri momenti, regredire fino a scomparire del tutto. Ciascuna riacutizzazione porta a un danno articolare che, nel tempo, può causare disabilità⁵. L'infiammazione cronica danneggia la cartilagine, che viene erosa e si logora. Anche la capsula articolare, l'osso, i legamenti e i tessuti circostanti possono risultarne danneggiati. In conseguenza dell'infiammazione, i legamenti si tendono e rimangono tesi anche quando il gonfiore regredisce; in questo modo, essi non sono più in grado di mantenere l'articolazione in posizione. Ciò porta a instabilità e deformità delle articolazioni stesse⁵.



Compromessa funzionalità mattutina: impatto sulla qualità della vita

La maggioranza delle persone affette da compromessa funzionalità mattutina in seguito ad AR ammette che ciò ha un impatto significativo sulla qualità della vita. Una ricerca ha indagato il punto di vista dei pazienti con AR, dei medici e del pubblico in generale, riguardo alla patologia e alla sintomatologia ad essa associata.

L'indagine ha coinvolto 518 Reumatologi, 750 pazienti affetti da AR (età compresa tra 18 e 75 anni) e 5.500 esponenti del pubblico (età non inferiore a 18 anni) di 11 Paesi europei. Tutti i pazienti coinvolti nell'indagine, cui l'AR era stata diagnosticata almeno sei mesi prima, hanno ammesso di soffrire di compromessa funzionalità mattutina almeno tre volte alla settimana. Il 60% dei pazienti intervistati ha confermato che tale compromissione esercita un effetto negativo sulla vita di tutti i giorni⁶.

- La perdita di sonno come risultanza diretta dell'AR e dei sintomi ad essa associati riguarda la maggioranza (68%) di chi convive con la malattia, e la stragrande maggioranza (90%) di chi è colpito da perdita di sonno associata ad AR afferma che la propria qualità di vita è severamente compromessa⁶.
- Oltre la metà delle persone affette da AR (58%) è emotivamente frustrata, perché trova più difficile eseguire le attività di tutti i giorni, e ciò come risultato diretto della compromessa funzionalità mattutina⁶.
- Nel solo gruppo dei pazienti tra i 18 e i 35 anni, più di una persona su tre è costretta a ricorrere ad appositi ausili (es. un apriscatole o un calzascarpe), per riuscire a portare a termine i più elementari servizi domestici e personali⁶.
- Quasi tre quarti (74%) dei soggetti intervistati e disoccupati o in sospensione temporanea dal lavoro per malattia sono convinti che ciò sia il risultato dell'AR⁶.

ARTRITE REUMATOIDE SCHEDA INFORMATIVA

Che cosa causa la compromissione della funzionalità mattutina?

I sintomi dell'AR, come rigidità e dolore al mattino, sono correlati all'aumento delle concentrazioni di sostanze chimiche pro-infiammatorie circolanti nel sangue, note come citochine (sostanze chimiche pro-infiammatorie)⁸. L'interleuchina-6 (IL-6) - una di queste citochine - segue il ritmo circadiano dell'organismo (orologio naturale del corpo) e si accumula nel corso della notte tra le 2.00 e le 7.00 del mattino, causando infiammazione, dolore e rigidità a livello delle articolazioni al momento del risveglio^{7,8, 9, 11, 12}. Alcuni studi mostrano che i livelli di IL-6 sono correlati all'attività della malattia e si riducono in risposta al trattamento⁹.

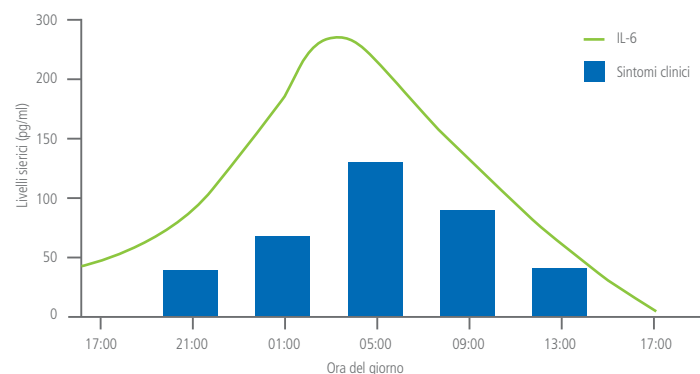


Figura 1. Il ritmo circadiano dell'IL-6 nell'arco delle 24 ore: i sintomi dell'AR raggiungono l'apice poco dopo il picco di concentrazione dell'IL-6¹⁰

Trattamento dell'artrite reumatoide

Dall'AR non si guarisce completamente. Il suo trattamento mira a rallentare e ridurre il danno articolare, il dolore e la rigidità e, di conseguenza, a minimizzare il rischio di disabilità.

Farmaci antireumatici modificanti la malattia (Disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs)⁵

I DMARDs aiutano a rallentare la progressione della malattia e ad alleviarne i sintomi. Questi farmaci agiscono bloccando le sostanze chimiche coinvolte nel processo infiammatorio.

Trattamenti biologici⁵

Trattamenti biologici come gli anticorpi monoclonali possono essere utilizzati per rallentare la progressione della malattia, inibendo i mediatori immunitari responsabili dell'infiammazione nell'AR. Per esempio, il fattore alfa di necrosi tumorale (TNF-alfa) è una citochina coinvolta nell'infiammazione delle articolazioni. Gli antagonisti del TNF-alfa agiscono bloccando l'effetto di questa citochina e riducendo di conseguenza il danno e la sintomatologia articolari. I trattamenti biologici sono spesso utilizzati quando i pazienti continuano a mostrare malattia attiva, nonostante il trattamento con DMARDs.

Glucocorticoidi⁵

Questi steroidi vengono spesso prescritti sia nelle riacutizzazioni, che per tenere sotto controllo la sintomatologia e l'attività della malattia. A volte vengono somministrati per iniezione diretta nell'articolazione infiammata e tumefatta. I glucocorticoidi vengono anche utilizzati come farmaci modificanti la malattia (DMARDs), in genere in associazione con un DMARD o un trattamento biologico, sebbene possano essere somministrati in monoterapia.

Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)⁵

I FANS non rallentano la progressione della malattia, ma aiutano ad alleviarne i sintomi, riducendo dolore, rigidità e infiammazione. Spesso vengono somministrati in aggiunta a un DMARD, fino a quando quest'ultimo inizia ad agire; successivamente la dose di FANS viene ridotta o interrotta del tutto.

Farmaci "painkiller" (killer del dolore)⁵

Painkiller tradizionali come il paracetamolo possono essere utilizzati, in monoterapia o in associazione con altri trattamenti, per alleviare il dolore.

Terapia chirurgica

Casi gravi di AR possono richiedere l'intervento chirurgico per ricostruire o sostituire le articolazioni severamente danneggiate; ciò aiuta a far riguadagnare mobilità al paziente. Anche e ginocchia sono le articolazioni più comunemente soggette a terapia chirurgica ricostruttiva.

Stile di vita⁵

Le persone affette da AR fanno di doversi mantenere il più possibile attive, per far sì che la muscolatura delle articolazioni non s'indebolisca. Il nuoto è una buona forma di esercizio fisico, dato che fa lavorare i muscoli ma non grava sulle articolazioni. Coloro che soffrono di AR sono a rischio di sviluppare altre patologie, quali le malattie cardiovascolari, l'osteoporosi e le infezioni. È quindi importante abbinare esercizio fisico e dieta sana.

Bibliografia

1. Goldring SR Pathogenesis of bone and cartilage destruction in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2003; 42 (Suppl 2); ii11-ii16
2. National Rheumatoid Arthritis Society. Accessed at: http://www.nras.org.uk/about_rheumatoid_arthritis/what_is_ra/what_is_ra.aspx. Last accessed 26.03.10
3. Goldman L. Cecil Textbook of Medicine. 22nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2004:1644-1646
4. Lundkvist J, Kastäng F, Kobelt G. The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. *Eur J Health Econ* 2008; 8 (Suppl 2): S49-60
5. Patient UK. Accessed at: <http://www.patient.co.uk/health/Rheumatoid-Arthritis.htm>. Last accessed 20.04.2010
6. Ipsos MORI Rheumatoid arthritis patient study May 2010. Participants: 750 adults aged 18-75
This research was commissioned by Mundipharma International Limited
7. Westhoff G, Buttgerit F, Gromnica-Ihle E *et al*. Morning stiffness and its influence on early retirement in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2008; 47(7): 980-984
8. Buttgerit F, Doering G, Schaeffler A *et al*. Efficacy of modified-release versus standard prednisone to reduce duration of morning stiffness of the joints in rheumatoid arthritis (CAPRA-1): a double-blind, randomised controlled trial. *The Lancet* 2008; 371: 205-214
9. Kirwan JR, Clarke L, Hunt LP *et al*. Effect of novel therapeutic glucocorticoids on circadian rhythms of hormones and cytokines in rheumatoid arthritis. *Ann NY Acad Sci* 2010; 1193: 127-133
10. Cutolo M, Serio B, Cravio C *et al*. Circadian rhythms in RA. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 593-596
11. Cutolo M, Straub RH and Buttgerit F. Circadian rhythms of nocturnal hormones in rheumatoid arthritis: translation from bench to bedside. *Ann Rheum Dis* 2008; 67: 905-908
12. Cutolo M *et al*. Circadian melatonin and cortisol levels in rheumatoid arthritis patients in winter time: a north and south Europe comparison. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(2): 212-216