

COMPRENDERE L'IMPATTO DELLA RIGIDITÀ E DEL DOLORE MATTUTINI NELL'ARTRITE REUMATOIDE

L'artrite reumatoide

L'artrite reumatoide (AR) è una patologia infiammatoria cronica, progressiva che causa danni alla cartilagine e all'osso delle articolazioni coinvolte¹. Man mano che procede, l'AR può portare a dolore cronico e a disabilità severa, andando a esercitare un impatto negativo sulla vita quotidiana del paziente e sulla sua capacità di svolgere le normali attività di tutti i giorni².

È convinzione diffusa ma erronea che l'AR colpisca soltanto le persone anziane: oltre la metà (53%) dei 500 italiani che hanno preso parte alla ricerca di portata europea condotta sulla popolazione generale (n=5500) è infatti convinta che l'AR interessi solamente coloro che hanno tra i 51 e 70 anni, e un quinto circa (19%) degli intervistati ritiene che ne vadano soggetti solo gli ultrasessantenni³.

Per chi è affetto da AR, il mattino è il momento peggiore della giornata a causa della compromessa funzionalità mattutina – la difficoltà a svolgere i propri compiti e le proprie attività del mattino a causa della rigidità articolare, del dolore e di altri sintomi causati dall'AR – e ciò ha spesso un impatto molto negativo sulla vita dei pazienti.

I risultati della ricerca

I dati statistici contenuti in questo documento riguardano i risultati italiani della ricerca, volta a esaminare dolore e rigidità mattutini causati dall'AR. Questa ricerca, che ha coinvolto 518 reumatologi e 750 pazienti con AR di 11 Paesi europei, inclusi 76 reumatologi e 100 pazienti italiani, è stata effettuata da Ipsos MORI e commissionata da Mundipharma^{4,5}.

Svegliarsi con funzionalità mattutina compromessa

Le parole chiave selezionate dai pazienti con AR affetti da dolore e rigidità mattutini per descrivere le prime sensazioni fisiche che il corpo trasmette loro al mattino, oltre a "dolente" e "rigido", sono⁴:

- bloccato (81%)
- dolorante (55%)
- gonfio (52%)
- infiammato (48%)
- limitato nei movimenti (42%)

Inoltre, alla richiesta di descrivere le loro prime sensazioni psicologiche al risveglio in conseguenza della ridotta funzionalità

mattutina, oltre la metà (54%) dei pazienti intervistati che provano dolore e rigidità mattutini ha dichiarato di sentirsi frustrata⁴.

Le attività quotidiane che le persone sane danno per scontate possono diventare una montagna da scalare per chi soffre di rigidità e dolore mattutini indotti dall'AR. I pazienti dichiarano che episodi di rigidità e dolore mattutini possono durare, in media, 53 minuti ogni giorno⁴.

Far fronte alla compromessa funzionalità mattutina

Le misure contro gli effetti della rigidità e del dolore mattutini causati dall'AR presuppongono un modo differente di affrontare l'inizio della giornata.

Tali strategie includono⁴:

- Ausili per infilarsi calze e scarpe
- Utensili da cucina speciali (come ad esempio un apriscatole)

Il 94% (più di nove pazienti su dieci) di coloro che accusano rigidità e dolore mattutini a causa dell'AR dichiara che la malattia ha un impatto significativo sulla qualità della vita, e il 76% che





rigidità e dolore mattutini condizionano la loro esistenza. Inoltre, il 60% (sei pazienti su dieci) afferma che la ridotta funzionalità mattutina li fa sentire un peso per gli altri⁴.

Compromessa funzionalità mattutina: il prezzo in termini psicologici

Il 53% di coloro la cui capacità di svolgere le attività quotidiane risulta compromessa dalla ridotta funzionalità mattutina si sente psicologicamente frustrato perché trova più difficile fare le cose a causa della rigidità e del dolore⁴.

Lavorare con una funzionalità mattutina compromessa

L'impatto della rigidità e del dolore mattutini sulla vita lavorativa è significativo per coloro che sono affetti da AR. Il 90% dei pazienti che attualmente lavorano (n=42) concorda sul fatto che la compromessa funzionalità mattutina abbia un impatto significativo sul lavoro⁴.

Inoltre, il 64% dei pazienti con AR che attualmente lavorano (n=42) ammette che a un certo momento della vita, rigidità e dolore mattutini legati alla malattia ha impedito loro di lavorare – un tasso più alto di quello (47%) osservato negli altri pazienti europei della stessa indagine⁴.

Trattare rigidità e dolore mattutini nell'artrite reumatoide

La ricerca che ha coinvolto 76 reumatologi italiani ha evidenziato quanto segue: il 64% degli intervistati ritiene che la compromessa

funzionalità mattutina dovrebbe essere trattata in modo specifico, il 72% dichiara che le opzioni di trattamento attualmente disponibili non sono specificamente mirate a preservare la funzionalità mattutina, e il 74% (quasi tre quarti dei partecipanti) è convinta che ci sia bisogno di nuove terapie per trattare la ridotta funzionalità mattutina causata dall'AR⁵.

Le attuali opzioni di trattamento per l'AR includono: glucocorticoidi, farmaci antireumatici modificanti la malattia (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs), antinfiammatori non steroidei (FANS), antagonisti del fattore di necrosi tumorale (anti-TNF) e altri DMARDs biologici, farmaci killer del

dolore (painkillers) e, in casi estremi, la terapia chirurgica^{6,7}. La maggioranza delle persone con AR (60%) è trattata con glucocorticoidi che giocano un ruolo chiave nell'alleviare l'infiammazione alle articolazioni⁸. I glucocorticoidi a basso dosaggio sono farmaci che modificano la malattia e possono ridurre notevolmente il tasso di erosione ossea⁹. Tuttavia, la somministrazione tradizionale di glucocorticoidi tra le 6.00 e le 8.00 del mattino nei pazienti con AR può non essere sufficiente a compensare i processi fisiopatologici notturni di sovrapproduzione di citochine e dei mediatori dell'infiammazione. Ciò può tradursi in un aumento dell'infiammazione e dell'erosione ossea¹⁰.

Implicazioni della ricerca

Ogni anno vengono spesi miliardi nella ricerca sull'AR. In questo ambito della medicina c'è un'evidente necessità d'innovazione per soddisfare sia le esigenze dei pazienti, sia le richieste dei reumatologi di una soluzione per la rigidità e il dolore mattutini, i quali possono avere un impatto molto negativo sulla qualità di vita dei pazienti.

Bibliografia

1. Goldring S.R. 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 March 2010
3. One Poll survey. 5,500 people aged 18 or over in 11 countries across Europe – the United Kingdom, Spain, France, Italy, Sweden, Denmark, The Netherlands, Norway, Belgium, Finland and Poland. Fieldwork was conducted online between 3rd and 14th May 2010. 500 people from Italy.
4. Ipsos MORI RA patient study May 2010. Participants: 750 European adults including 100 in Italy. This research was commissioned by Mundipharma International
5. Ipsos MORI Rheumatologist study May 2010. Participants: 518 European rheumatologists including 76 Italy rheumatologists. This research was commissioned by Mundipharma International
6. Bupa rheumatoid arthritis http://hcd2.bupa.co.uk/fact_sheets/html/arthritis.html#2 Last accessed 19 May 2010
7. Patient UK <http://www.patient.co.uk/health/Rheumatoid-Arthritis.htm> Last accessed 20 April 2010
8. Spies CM, Bijlsma JWW, Burmester GR et al. Pharmacology of glucocorticoids in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Pharmacol* 2010; 10:1–6
9. Kirwan JR, Bijlsma JW, Boers M et al. Effects of glucocorticoids on radiological progression in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 24(1): CD006356
10. 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. *Lancet* 2008; 371: 205–214

