**Patologie Reumatiche**

**Artrite reumatoide**

L’artrite reumatoide (AR) è una malattia autoimmune caratterizzata da infiammazione intra e peri-articolare ad andamento cronico. Viene considerata una patologia poliarticolare, in quanto colpisce tre o più articolazioni, e simmetrica, poiché interessa i segmenti articolari di entrambi i lati del corpo. Le sedi più colpite sono: mani, polsi, gomiti, ginocchia, caviglie e piedi.

L’artrite reumatoide (AR) ha eziologia ancora sconosciuta sebbene fattori genetici e ambientali possano contribuire al suo sviluppo.

I principali segni e sintomi, legati alla natura infiammatoria, sono caratterizzati da tumefazione e gonfiore articolare, difficoltà nei movimenti e dolore; possono comparire febbre, astenia e anemia.

I nuovi criteri di classificazione dell’AR, frutto della collaborazione tra *American College of Rheumatology* (ACR) ed *European League Against Rheumatism* (EULAR), ridefiniscono il paradigma dell’artrite reumatoide focalizzando l’attenzione sugli stadi precoci della patologia. Questa nuova classificazione richiama la necessità di una diagnosi precoce e di una tempestiva ed efficace terapia soppressiva per prevenire o minimizzare l’insorgenza di una evoluzione clinica disabilitante.

Secondo dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, l’artrite reumatoide colpisce nel mondo circa 165 milioni di persone, l’1% della popolazione mondiale. L’insorgenza è in età adulta, ma non raramente colpisce la fascia pediatrica e i giovani adulti. È da due a quattro volte più frequente nel sesso femminile.

Se non trattata adeguatamente l’artrite reumatoide può evolvere in gravi deformità articolari e verso pesanti forme di disabilità che possono arrivare ad impedire al soggetto di svolgere le normali attività quotidiane e lavorative.

Una diagnosi e un trattamento precoci dell’artrite reumatoide sono di importanza fondamentale. Quadro sintomatologico, anamnesi clinica, visita clinica, radiografie ed esami di laboratorio (compreso il test del fattore reumatoide e gli Ab anti peptidi citrullinati) sono gli strumenti che il reumatologo ha a disposizione per formulare la diagnosi.

Obiettivo dei trattamenti farmacologici è ridurre il dolore articolare, ridurre l’infiammazione che ne è causa, rallentare la progressione dei danni strutturali prevenendo le deformità articolari e quindi migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Corticosteroidi e farmaci antinfiammatori non steroidei, o FANS, consentono di attenuare segni e sintomi associati all’infiammazione: dolore, gonfiore, rigidità articolare.

I Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs, DMARDs, sono farmaci antireumatici che, come il metotressato, modificano l’evoluzione della malattia e sono prescritti per tenere sotto controllo i sintomi e i danni strutturali a carico delle articolazioni e dei tessuti.

I farmaci biologici sono la classe più innovativa di farmaci utilizzati nel trattamento dell’artrite reumatoide. Tali farmaci interferiscono con le molecole (come le citochine Tumor Necrosis Factor,
IL-1, IL-6 etc.) e le cellule che regolano il processo infiammatorio alla base dell’artrite reumatoide.

I trattamenti riabilitativi a basso impatto sono consigliati per preservare la forza muscolare e la mobilità articolare.

**Artropatia psoriasica**

La psoriasi è una malattia della pelle con andamento cronico-recidivante che si manifesta con la comparsa di chiazze rossastre e tondeggianti a margini netti e ben delimitate.

Nel mondo le persone affette da psoriasi sono circa 125 milioni, in Italia quasi 2,5 milioni, nei paesi industrializzati almeno il 3-4% della popolazione presenta lesioni psoriasiche.

Numerosi studi confermano una stretta correlazione tra psoriasi e artrite psoriasica che colpisce il 36% dei pazienti con psoriasi cutanea.

L’artropatia psoriasica non è certo una patologia più lieve dell’artrite reumatoide, infatti almeno il 40% dei pazienti è colpito da una forma erosiva e deformante con gradi di severità radiologica simili a quelli dell’artrite reumatoide. Il 47% dei pazienti con artropatia psoriasica precoce (malattia della durata <2 anni) evidenzia danno radiologico a 2 anni nonostante il miglioramento clinico determinato dall’utilizzo di terapie di fondo tradizionali (metotressato, sulfasalazina, ciclosporina). Queste terapie controllano i sintomi ma non sono in grado di bloccare il danno articolare. Di recente sono stati introdotti gli agenti biotecnologici anche in tale condizione. I più utilizzati sono gli Ab monoclonali che bloccano il TNF-alfa. Tali farmaci migliorano lo stato funzionale e la qualità di vita dei pazienti oltre che a inibire la progressione del danno articolare.

Come per l’artrite reumatoide, anche nell’artropatia psoriasica un trattamento precoce e aggressivo permette di prevenire il danno articolare.

**Spondilite anchilosante**

La spondilite anchilosante è una patologia reumatica infiammatoria che colpisce lo scheletro assiale (colonna vertebrale e articolazioni sacro-iliache), le articolazioni ed entesi periferiche, gli occhi e più raramente i polmoni e le valvole cardiache. Nella spondilite anchilosante la colonna vertebrale si fonde (colonna a canna di bambù) causando grave rigidità e perdita della mobilità con deformità. Questa patologia, che rientra tra le cosiddette spondiloartropatie, può associarsi talvolta a psoriasi o a malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI).

Non si conoscono le cause della spondilite anchilosante sebbene il 70-90% dei pazienti abbia in comune un marcatore genetico, l’antigene di istocompatibilità HLA-B27.

I sintomi sono caratterizzati da dolore e rigidità della colonna vertebrale (in particolare lombalgia) che si attenuano con il movimento e peggiorano con il riposo (dolore notturno). Possono essere interessate anche le articolazioni periferiche con artriti che interessano prevalentemente gli arti inferiori e le entesi, in particolare le calcaneari con tendinite Achillea e fascite plantare. Frequentemente tali pazienti presentano anche un’infiammazione della camera anteriore dell’occhio (uveite anteriore).

La spondilite anchilosante colpisce dallo 0,1 allo 0,4% della popolazione mondiale. In Europa la prevalenza oscilla dallo 0,2 all’1%. È più diffusa tra i maschi che sono colpiti tre volte tanto rispetto alle femmine. L’insorgenza è in media attorno ai 25 anni di età.

Convivere con la spondilite anchilosante pone seri problemi di qualità di vita: in base alla gravità dei sintomi, i pazienti sono costretti ad abbandonare in parte o del tutto l’attività lavorativa.

La diagnosi arriva tardi in genere dopo alcuni anni. L’esame radiografico standard può essere nella fase iniziale negativo; utile per una diagnosi precoce è la risonanza magnetica delle articolazioni sacro-iliache e della colonna vertebrale e la determinazione dell’antigene HLA-B27.

I pazienti con spondilite anchilosante vengono trattati spesso con farmaci antinfiammatori non steroidei, FANS, e con gli anticorpi monoclonali o farmaci biologici che inibiscono l’azione del Fattore di Necrosi Tumorale (*Tumor Necrosis Factor alfa*, TNF-alfa), una proteina prodotta dal sistema immunitario che ha un ruolo centrale nel processo infiammatorio che accompagna la patologia. La riabilitazione fisica è una parte importante del trattamento terapeutico in quanto rinforza la muscolatura della schiena e dell’addome migliorando la postura e permettendo di migliorare la respirazione.