

Diagnosi precoce Prima ci si cura, più si arginano i danni permanenti e il rischio di invalidità

Un «puzzle» di sintomi da decifrare in fretta

Una patologia su base autoimmunitaria, cioè una malattia in cui il sistema immunitario «si sbaglia» e si scatena contro lo stesso organismo che dovrebbe difendere: questa è l'artrite reumatoide, che colpisce in Italia circa 300 mila persone. Può arrivare a qualsiasi età, ma è più frequente tra i 40 e i 50 anni e tra le donne. «In una minoranza di casi — spiega Carlomaurizio Montecucco, ordinario di reumatologia all'Università di Pavia. Fondazione Irccs Policlinico S. Matteo e presidente della Società Italiana di Reumatologia — l'esordio è acuto, ma molto più spesso è graduale e ciò rende più difficile una diagnosi precoce, che è però importantissima per limitare i danni. È dunque fondamentale che i medici di famiglia abbiano per tempo il sospetto

che qualcosa non va e inviino i pazienti da un reumatologo». Ma quali sono i «segni» di una possibile artrite reumatoide? «La comparsa di dolore e tumefazioni locali. Le articolazioni solitamente colpite per prime sono quelle delle mani, tra la prima e la seconda falange, e quelle dei polsi. In fase precoce possono però essere attaccate anche le ginocchia, le piccole articolazioni dei piedi, le caviglie, i gomiti, le spalle le anche e le prime due vertebre della colonna cervicale.

Altri elementi di sospetto? «In genere l'artrite reumatoide colpisce in modo bilaterale: entrambe le mani, le due ginocchia e così via.

Il terzo elemento significativo è rappresentato dalla presenza di dolori notturni e di rigidità al mattino. Ma atten-

zione, non si tratta della rigidità che scompare nel giro di pochi minuti, bensì di una rigidità prolungata, che dura almeno mezz'ora o un'ora».

Ci sono esami di laboratorio che danno la certezza della presenza di artrite reumatoide? «No, è il reumatologo che deve mettere insieme, come in un puzzle, tante informazioni. Dalla presenza dei sintomi appena descritti a una serie di valori del sangue diversi dalla norma».

E cioè? «Va senz'altro richiesto il test per il fattore reumatoide, ma il suo nome suggestivo può illuderci perché non si tratta di un esame specifico: può infatti essere positivo in soggetti sani e negativo in malati. E anche gli indici di infiammazione, come la Vcs e la più nuova Pcr, sono utili ma solo indicativi.

Mani e polsi

Le articolazioni colpite per prime sono di solito quelle delle mani e dei polsi, «attaccate» in modo bilaterale

Al mattino

Caratteristica, al risveglio, è la rigidità delle zone interessate, che dura per almeno mezz'ora

E altrettanto si può dire per la presenza nel sangue degli anticorpi anti-proteine citrullinate, che possono essere negativi in diversi casi di artrite reumatoide».

«Certo la diagnosi è clinica — aggiunge Oscar Epis, reumatologo all'Ospedale Niguarda di Milano — ma sarebbe molto utile poter fare sempre, in tempi brevi, un'ecografia che consenta di valutare l'infiammazione della membrana sinoviale, il primo danno che si manifesta nell'artrite reumatoide, mentre la radiografia serve solo nelle fasi avanzate, quando purtroppo è stato intaccato l'osso». E dopo la diagnosi, qual è la terapia? Risponde Montecucco: «Lo scopo delle cure è ridurre il dolore ma soprattutto spegnere la malattia. Quindi, fin dall'inizio, agli antinfiamma-

tori-antidolorifici bisogna affiancare i cosiddetti "farmaci di fondo" che modificano l'evoluzione della malattia. Inizialmente si usano prodotti già noti da molto tempo come il methotrexate, ma se in tre, massimo sei, mesi si vede che un solo farmaco non ha effetto se ne associa un altro oppure, specie nei casi più aggressivi, un farmaco biologico. Questa è una classe di farmaci nuovi e costosi che possono essere prescritti e distribuiti solo in centri ospedalieri autorizzati».

D. N.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un team di esperti risponde alle vostre domande su forum.corriere.it/reumatologia

SEGUE →