

menti e trattato in modo corretto (p. es. RX torace, TC addome; specie in caso di diverticolite correlata ad Actemra® occorre prescrivere una terapia antibiotica adeguata).

- Quali controlli di routine è necessario effettuare mentre è in corso una terapia di base? Vedi www.rheuma-net.ch/de/fachinformationen/behandlungsempfehlungen (in tedesco e francese)

8. Misure generali non farmacologiche per l'artrite

- Evitare del tutto o limitare l'uso di nicotina (specie in caso di AR con test positivo per anti-CCP)
- Raccomandare la dieta mediterranea
- Eventuali mezzi ausiliari (tramite ergoterapia della mano o il catalogo «Mezzi ausiliari» della Lega svizzera contro il reumatismo: coltello da pane speciale con impugnatura ergonomica, apribottiglie, apricoperchi, ecc.)
- Istruzioni per proteggere le articolazioni (evitare freddo, umidità e sovraccarichi; se del caso utilizzare temporaneamente una stecca volare per il polso durante il giorno)

9. Medicamenti per l'artrite

- FANS (terapia puramente sintomatica)
- Prednisone
 - Dosaggio tipico in caso di AR: 20 mg/d per 2 settimane, poi 10–15 mg/d per 2 settimane, poi 7,5 mg/d e ulteriore riduzione della dose a un ritmo di 2,5 mg ogni 2–4 settimane a seconda del decorso; aumento parallelo della dose della terapia di base
 - Profilassi per l'osteoporosi indotta da steroidi: garantire un apporto giornaliero di 800–1200 mg di calcio (event. con integratori, se la dieta non è sufficiente) e di 800–1000 UI di vitamina D (event. con integratori); è utile effettuare una DXA, event. bifosfonati
- DMARDs sintetici (medicamenti di base non biologici)
 - Medicamenti non immunosoppressori:
 - Plaquenil® 200–400 mg/d
 - Salazopyrin® 2–3 g/d

- Immunosoppressori (analisi preliminari necessarie: emocromo, creatinina, valori epatici, esami sierologici per epatite B, C, HIV, RX torace):
 - metotrexato 15–25 mg 1 volta alla settimana (preferibilmente SC), acido folico 5 mg PO 24 ore prima e/o dopo il metotrexato
 - leflunomide 20 mg/d
- Medicamenti biologici e piccole molecole (particolarità: oltre alle analisi preliminari per il metotrexato eseguire il test Quantiferon. La terapia costa all'incirca CHF 12–15 000.–/anno; si richiede la garanzia di assunzione dei costi da parte della cassa malati e la prescrizione obbligatoria del reumatologo)

Per l'artrite reumatoide

- Inibitori del TNF:
 - Etanercept, Adalimumab, Certolizumab, Golimumab, Infliximab
- Antagonisti di IL-6:
 - Tocilizumab, Sarilumab
- Antagonista di CTLA-4:
 - Abatacept
- Anticorpi anti-CD20, blocco selettivo delle cellule B:
 - Rituximab
- Piccole molecole:
 - Vantaggi: assunzione orale, emivita breve
 - Svantaggi: sono sul mercato solo da pochi anni; si registrano nuovi segnali di allarme riguardo all'aumento del rischio per over 65 e pazienti a rischio di trombosi/embolie, infarto del miocardio, eventi cerebrovascolari e tumori polmonari. Vi è un leggero aumento del rischio di infezioni da H. Zoster; occorre valutare con attenzione il rapporto rischio/benefici e informare il paziente.
 - Sostanze (inibitori della Janus chinasi, JAK):
 - Tofacitinib, Baricitinib, Upadacitinib

Per l'artrite psoriasica

- Inibitori del TNF-alfa (vedi sopra)
- Anti-IL-17: Secukinumab e Ixekizumab
- Anti-IL-12/23: Ustekinumab
- Anti-IL-23: Risankizumab e Guselkumab
- Piccole molecole (inibitori JAK, vedi sopra) e in aggiunta l'inibitore della PDE4 apremilast (Otezla®) 30 mg PO

10. Take home messages

- La DD dell'artrite è molto ampia; nel dubbio consultare un reumatologo.
- Non eseguire grandi quantità di esami non mirati né test ANA presso il proprio studio.
- Cosa può fare personalmente il medico di famiglia: event. eseguire la punzione dell'articolazione, SEMPRE in abbinamento alle conta delle cellule, all'individuazione dei cristalli e alla batteriologia generale.
- L'assistenza da parte del medico di famiglia è importante per quanto riguarda le vaccinazioni, la gestione del rischio cardiovascolare e gli esami di controllo nell'ambito delle terapie di base.
- Raccomandare ai pazienti con malattie reumatiche infiammatorie di effettuare almeno un controllo reumatologico all'anno.
- La terapia cortisonica (p. es. 20 mg/die di Prednisone) va iniziata solo dopo aver consultato il reumatologo.
- Attenzione: la terapia con gli antagonisti dell'IL-6 può sopprimere la PCR nonostante vi sia un'infezione in corso.
- Se un paziente trattato con immunosoppressori sviluppa febbre o sintomi da infezione, bisogna reagire rapidamente stabilendo una diagnosi e una terapia adeguata (sospendere tassativamente il medicamento biologico; metotrexato e leflunomide in base alla situazione. Salazopyrin® e Plaquenil® non hanno un'azione immunosoppressiva rilevante.)

Lega svizzera contro il reumatismo
Tel. 044 487 40 00
update@rheumaliga.ch
www.reumatismo.ch



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

Lega svizzera contro il reumatismo
Il movimento è salute



Update reumatologia 2024
per medici di famiglia

Artrite e medicamenti biologici facciamo il punto

1. Diagnosi dell’artrite

L’artrite si manifesta generalmente con gonfiori e dolori alle articolazioni. Per fare una diagnosi si considera praticamente l’intero spettro delle malattie reumatiche. Nell’ambito della diagnosi differenziale (DD) si valutano tra l’altro la presenza di artrosi attivata, artrite reumatoide /artrite psoriasica, spondiloartrite, artrite da cristalli, collagenosi, vasculiti e numerose patologie rare. Se non si riesce a formulare una diagnosi certa (p.es. attivazione di gonartrosi o artrite da cristalli), è consigliabile inviare la persona interessata a un/a specialista in reumatologia per ulteriori accertamenti e la defiinizione di una terapia.

2. Anamnesi

- Dolori notturni e al risveglio
- Rigidità mattutina (> 1 ora) vs brevi dolori alla mobilizzazione in caso di artrosi (10–30 min.)
- Mancanza di forza nelle mani/dita chiuse a pugno al mattino, difficoltà a tagliare il pane, allacciare bottoni, svitare il tappo di una bottiglia, ecc.
- Gonfiore alle articolazioni
- Sintomi generali (malessere, perdita di peso, febbre)
- Precedente infezione urogenitale o gastrointestinale
- Possibile coinvolgimento di organi (anamnesi sistemica)
- Artrite psoriasica (PsA): disturbi a carico di pelle e/o unghie; entesiti
- Spondiloartrite (SpA): colonna vertebrale, specie il tratto toracico e lombare e le articolazioni sacroiliache, occhi, intestino, pelle
- Collagenosi: sindrome di Raynaud, secchezza di occhi e bocca, polmoni, pelle e molto altro
- Anamnesi familiare (importante soprattutto per AR, PsA e SpA)

3. Esame obiettivo

- I gonfiori alle articolazioni sono circoscritti? Si riscontrano dolorabilità, calore, arrossamento? Ripartizione fra le articolazioni? Dattilite / dita a salsiccia tipiche della psoriasi; attenzione: nel caso dell’artrite psoriasica, questo disturbo può essere poco evidente a causa di una diversa patofisiologia (capsulite/entesite)

- La persona riesce a chiudere entrambe le mani a pugno in modo completo o solo parziale? Avverte dolore o ha poca forza nel compiere il movimento?
- Test di Gaenslen mani/piedi (compressione delle articolazioni metacarpofalangee e metatarsofalangee)
- Febbre?
- Anomalie cutanee? Noduli reumatici, placche psoriasiche (superfici estensorie delle articolazioni, zona retroauricolare, ombelico, solco intergluteo), eritema nodoso, ispessimenti della cute, necrosi
- Ispezione delle unghie (disturbi in caso di artrite psoriasica: macchie d’olio, punteggiatura ungueale)

4. Esami di laboratorio /del sangue presso il medico di famiglia

- PCR, VES (molto utile ed economica), emoglobina, conta di globuli bianchi e piastrine (citopenie? anemia da malattia cronica?), TSH, creatinina, transaminasi, fosfatasi alcalina, solo in caso di elevato sospetto di AR: FR e anticorpi anti-CCP, attenzione: non effettuare esami di controllo per il FR e controllare solo sporadicamente gli anticorpi anti-CCP/ANA (nessuna raccomandazione generale, NESSUNO screening ENA)
- **Esami specialistici solo in caso di elevato sospetto clinico:** esami sierologici per parvovirus B19 o epatite B, C e HIV. Attenzione: in prima battuta **NON** effettuare esami sierologici per la borreliosì! Solo in caso di elevato sospetto di artrite di Lyme (quadro clinico tipico: borreliosì allo stadio 2 o superiore, monoartrite importante p.es. al ginocchio e/o anamnesi di puntura di zecca / ECM), eseguire tassativamente l’esame della PCR. Rilevare la presenza di B. burgdorferi nel liquido sinoviale.
- Specie in caso di artrite reattiva a seguito di infezione urogenitale (in genere 1–4 settimane dopo, ma la tempistica può variare): PCR per gonococchi, clamidie, event. micoplasmi, ureaplasmi nel primo getto di urina del mattino.

5. Ulteriori esami

- Se disponibili: ecografia e **punzione diagnostica di un’articolazione gonfia (event. anche presso il medico di famiglia; inviare sempre il campione per la conta delle cellule, l’identificazione dei cristalli e la batteriologia generale)**

- Event. radiografia bilaterale di mani dv e piedi dp (alterazioni postinfiammatorie? erosioni? anchilosi? calcificazioni?)
- Radiografia al torace dv/lat.: sarcoidosi?

6. «Emergenze»

- Soprattutto in caso di artrite settica (perlopiù monoartrite, attenzione ai pazienti anziani oligosintomatici!). Fattori di rischio per l’artrite settica: consumo di droghe per via endovenosa, focolaio infettivo / infezione dei tessuti molli in fase di diffusione, immunosoppressione, paziente con polimorbidity, diabete, protesi
 - Cercare di eseguire la puntione diagnostica il giorno stesso, di solito al pronto soccorso per motivi logistici; **colorazione di Gram d’urgenza**, batteriologia generale (tramite coltura), conta delle cellule, identificazione dei cristalli
 - Caso speciale protesi: consultare l’ortopedico! Puntura sterile con intervento chirurgico
 - Ricovero, poiché spesso è necessario un lavaggio chirurgico dell’articolazione!

7. Terapie

Principi generali

- In primo luogo analgesici, FANS (incl. IPP)
- Corticosteroidi: la terapia (di regola 10(–40) mg/d) può essere avviata anche dal medico di famiglia, previo consulto con il reumatologo. Attenzione: in caso di sospetta sarcoidosi è indispensabile rinviare l’assunzione di prednisone, altrimenti si rischia di falsare la diagnosi pneumologica!
- Se si prescrive il prednisone per più di 2 settimane, avviare la profilassi dell’osteoporosi indotta da steroidi, come specificato più avanti.
- Un’eventuale terapia di base va sempre concordata nel corso di una visita reumatologica e iniziata dopo aver effettuato le necessarie analisi preliminari (esami sierologici per epatite B, C e HIV, RX torace, event. test Quantiferon); in parallelo bisogna ridurre gradualmente la dose di prednisone.
- Obiettivo: remissione dell’artrite o bassa attività di malattia
- Gestione perioperatoria degli immunosoppressori d’intesa con il reumatologo

Temi importanti nelle visite presso lo studio medico di famiglia in caso di artrite reumatoide

- Rischio cardiovascolare:
 - è importante garantirne una gestione efficace; l’artrite reumatoide aumenta il rischio cardiovascolare di 1,5 volte (moltiplicare il punteggio di rischio AGLA per il fattore 1,5).
- Vaccinazioni:
 - Controllare il prima possibile lo stato vaccinale del paziente e recuperare le eventuali vaccinazioni mancanti secondo le ultime raccomandazioni dell’UFSP, preferibilmente prima dell’inizio della terapia di base e con una dose di prednisone < 20 mg/d. Dopo la somministrazione di un vaccino vivo bisogna attendere almeno 4 settimane prima di iniziare la terapia di base; se è in corso una terapia di base immunosoppressiva con DMARDs o medicinali biologici, tutti i vaccini vivi (p.es. febbre gialla, tifo, polio orale, MOR) sono controindicati.
 - Specialmente a causa della programmata immunosoppressione si raccomanda quanto segue:
 - vaccinazione contro l’influenza stagionale
 - Prevenar-13[®] (attualmente non a carico delle casse malati, ca. CHF 95.–
 - Shingrix[®]
 - event. TBE
 - Epatite B, se finora non è mai stata effettuata alcuna vaccinazione
 - Se è già in corso una terapia di base, è necessario osservare determinate tempistiche di vaccinazione. Metotrexato: saltare 1–2 dosi dopo la vaccinazione; MabThera[®] o piccole molecole, MMF: consultare specialista in reumatologia/l’infettivologia; se è in corso una terapia con altri medicinali biologici, la vaccinazione si può effettuare in qualsiasi momento.
- Pazienti in trattamento con immunosoppressori:
 - Per tutti gli immunosoppressori: in caso di febbre o sintomi compatibili con un’infezione (tosse, disuria, lesioni cutanee estese, peggioramento delle condizioni generali), nel dubbio sottoporre il paziente a una valutazione medica, se necessario al pronto soccorso, e **SOSPENDERE** la terapia di base fino alla scomparsa dei sintomi.
 - Attenzione: la terapia con inibitori dell’IL-6 causa la soppressione della PCR. In altre parole, un paziente che assume Actemra[®] – pur avendo valori di PCR nella norma – può sviluppare p.es. una polmonite fulminante o una diverticolite, oppure va sottoposto a ulteriori accerta-