

Red Flags per la Diagnosi Precoce dell' Artrite Reumatoide

SOCIETA' ITALIANA DI REUMATOLOGIA

Gianfranco Ferraccioli, Fausto Salaffi, per conto del Comitato Esecutivo S.I.R. per lo sviluppo delle Linee Guida dell' Artrite Reumatoide

Livello di evidenza

III

La presenza dei seguenti segni e sintomi rende opportuno l'invio del paziente allo specialista reumatologo⁽¹⁾

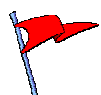


Tumefazione a carico di 3 o più articolazioni, persistente da più di 12 settimane

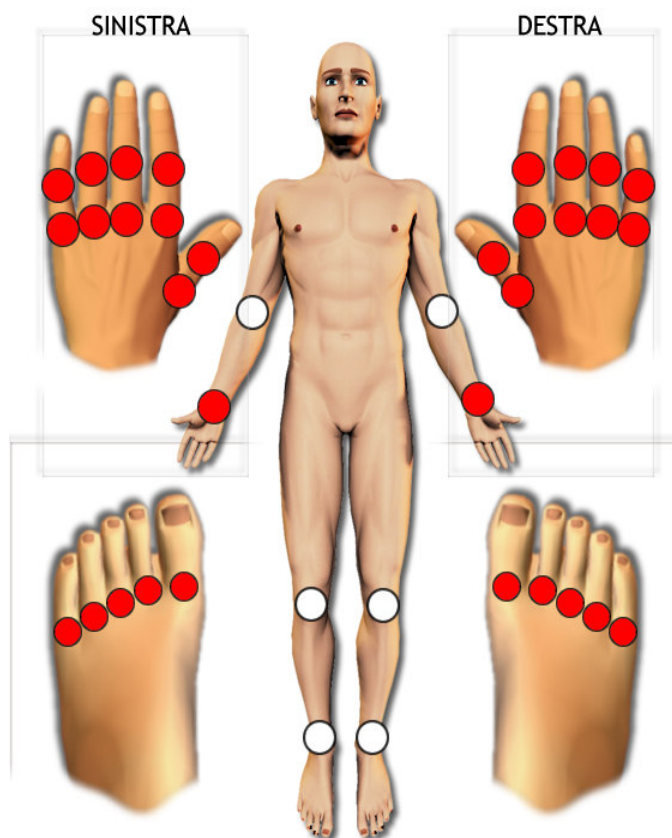


Dolore a livello dei polsi e delle piccole articolazioni di mani e piedi:

- *metacarpo-falangee*
- *interfalangee prossimali*
- *metatarso-falangee*



Rigidità al risveglio superiore a 30 minuti



Livello di evidenza

I pazienti affetti da artrite reumatoide precocemente trattati in ambito reumatologico presentano una migliore prognosi a lungo termine, rispetto a quelli trattati in ambito non-specialistico⁽²⁾.

III

La positività del fattore reumatoide, l'aumento degli indici di flogosi e la presenza di alterazioni radiologiche alla radiologia convenzionale (erosioni) sono associati a una prognosi peggiore⁽³⁾. L'assenza di questi segni all'esordio, tuttavia, non rappresenta criterio di esclusione nella diagnosi e richiede, comunque, una valutazione in ambito specialistico.

III





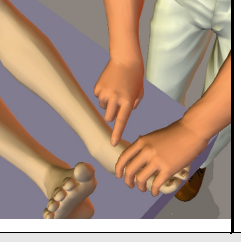

Il trattamento con cortisonici non dovrebbe essere iniziato prima di aver posto una diagnosi corretta⁽¹⁾.

III

Bibliografia:

1. Emery P, Breedveld FC, Dougados M, et al. Early recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61:290-7.
2. Edworthy SM. Morning stiffness: sharpening an old saw?. *J Rheumatol* 1999;26:1015-7.
3. Visser H, Le Cessie S, Vos K, et al. How to diagnose rheumatoid arthritis early. A prediction model for persistent (erosive) arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46:357-65.
4. van der Heijde DMFM. Radiographic imaging: the "gold standard" for assessment of disease progression in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2000;39:122-32.
5. van der Heijde DMFM. Joint erosions and patients with early rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1995;34:74-8.
6. Drossaers-Bakker KW, de Buck M, van Zeben D, et al. Long-term course and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis: the effect of disease activity and radiologic damage over time. *Arthritis Rheum* 1999;42:1854-60.

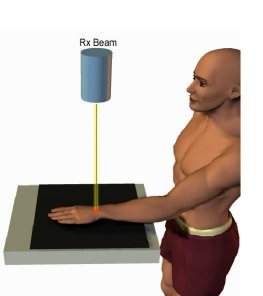
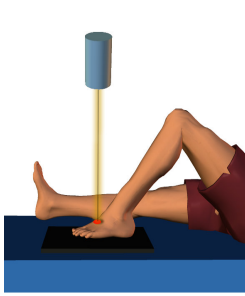
Valutazione articolare

	<p>METACARPO-FALANGEE: Con entrambi i polli si palpano i margini articolari, valutando singolarmente ogni articolazione alla ricerca di tumefazione e/o dolorabilità. La sensibilità della manovra aumenta mantenendo le dita del paziente in lieve semiflessione.</p>		<p>INTERFALANGEE PROSSIMALI: Con il pollice e l'indice di una mano, si palpa il margine mediale e laterale di ogni singola articolazione. Con il pollice e l'indice dell'altra mano, esegue una pressione sulla superficie superiore ed inferiore della stessa articolazione alla ricerca di tumefazione e/o dolorabilità.</p>
	<p>POLSO: Con entrambe le mani, si mantiene il polso del paziente in posizione neutra, palpando con i polli la rima radiocarpica ed i tendini estensori alla ricerca di tumefazione e/o dolorabilità. Successivamente si procede ad una flessione-passiva alla ricerca di dolorabilità al movimento.</p>		<p>GOMITO: L'esaminatore mantiene il gomito del paziente in flessione di circa 70-80°. Il pollice e l'indice della mano libera si posizionano tra l'olecrano e l'epicondilo laterale, e nella fossa cubitale, rispettivamente. Si valuta la presenza di dolorabilità e/o tumefazione.</p>
	<p>GINOCCHIO: Una mano dell'esaminatore avvolge con il pollice e l'indice i margini mediale e laterale della articolazione femoro-tibiale, esercitando una compressione alla ricerca di dolorabilità e/o tumefazione. Con l'indice dell'altra mano si esercita una pressione sulla rotula alla ricerca del ballottamento.</p>		<p>TIBIO-TARSICA: Con l'indice o il pollice posizionati tra il tendine dell'estensore breve dell'alluce e l'estensore comune delle dita, l'esaminatore valuta la presenza di tumefazione e/o dolorabilità. Successivamente, si potrà far eseguire una flessione plantare e dorsale passiva alla ricerca di dolorabilità al movimento.</p>
	<p>METATARSO-FALANGEE: Si valutano le singole articolazioni esercitando una pressione alternata con pollice ed indice rispettivamente sulla faccia dorsale e plantare. Si valuta la presenza di dolorabilità e/o tumefazione.</p>	<p><i>Livello di evidenza</i></p> <p>La valutazione articolare rappresenta il più diretto ed oggettivo parametro di attività di malattia⁽³⁾. III</p> <p>Il rilievo di un elevato numero di articolazioni tumefatte e/o dolenti rappresenta un elemento prognostico sfavorevole⁽³⁾. IIb</p>	

Diagnostica differenziale dell'artrite reumatoide all'esordio

- Artriti reattive (infezioni vie aeree superiori, infezioni genito-urinarie)
- Artriti virali (HCV, HIV, parvovirus, rosolia)
- Connettiviti (lupus eritematoso sistemico, sindrome di Sjögren, sclerosi sistemica)
- Artriti da microcristalli (condrocalcosi, gotta)
- Artrite psoriasica e spondiloartriti sieronegative (spondilite anchilosante, artrite enteropatica)
- Polimialgia reumatica
- Artriti in corso di altre affezioni (sarcoidosi, tireopatie, endocardite infettiva, emocromatosi, diabete)
- Sindromi paraneoplastiche

Indagini raccomandate

<p>ESAMI DI LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • VES • PCR • Emocromo • Fattore reumatoide (<i>metodo nefelometrico</i>) • Anticorpi anti-peptidi citrullinati (<i>Ab-CCP</i>) • Anticorpi antinucleo (<i>ANA</i>) • SGPT (transaminasi) • Esame urine completo 	<p style="text-align: center;">ESAME RADIOLOGICO</p> <p style="text-align: right;"><i>Livello di evidenza</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="526 1556 786 1942" style="text-align: center;">  <p>Radiografia delle mani (proiezione postero-anteriore)</p> </div> <div data-bbox="802 1556 1045 1942" style="text-align: center;">  <p>Radiografia dei piedi (proiezione dorso-plantare)</p> </div> </div> <p>La radiologia convenzionale, rappresenta la metodica migliore per valutare il danno e la progressione radiologica dell'AR⁽⁴⁾. III</p> <p>Il 75% dei pazienti con AR presentano erosioni articolari entro i primi 2 anni⁽⁵⁾. Tali lesioni possono essere più precoci nelle forme aggressive. III</p> <p>La precoce prevenzione del danno anatomico è in grado di limitare il livello di disabilità funzionale⁽⁶⁾. IIb</p>	
--	--	--