REUMATOLOGIA

Prof. Di Munno

Prof. Baldini

Prof. Mosca

Prof. Bazzichi

MASTER COPY
Tel. 050 8312126
Cell. 388 9837745

Sbobinature IV AK 2017/18

Revisionate da I. Cocciaro

Indice

Introduzione (Di Munno)……..3
Semeiotica articolare (Di Munno)……12
Classificazione delle malattie reumatiche (Baldini)……15
Sindrome di Sjögren (Baldini)……18
Fenomeno di Raynaud (Baldini)…… 29
Sclerodermia (Baldini)…… 36
Fibromialgia (Bazzichi)…… 50
Lupus eritematoso sistemico (Mosca)……64
Connettiviti indifferenziate (Mosca)……76
Sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi (Mosca)……78
Malattie autoimmuni sistemiche e gravidanza (Mosca)…… 85
Vasculiti sistemiche (Baldini)……92
Miopatie infiammatorie (Baldini)……109
Osteoporosi (Di Munno)……115
Malattia di Paget (Di Munno)…… 126
Vitamina D (Di Munno)…… 133
Artrosi (Di Munno)…… 141
Artriti microcristalline (Baldini e Di Munno)……156
Confronto tra artrite reumatoide e spondiloartriti (Di Munno)……161
Spondiloartriti (Di Munno)……165
Artrite reumatoide (Di Munno)…… 173

MASTER COPY CORTERIA Tel. 050 8312126 Cell. 388 9837745
050/8312126 388/9837745

ATTENZIONE! La polimialgia reumatica e la sindrome di Behcet non sono state spiegate nonostante siano presenti nel programma.

Introduzione

La reumatologia è una branca della medicina interna che si occupa dello studio sul piano eziologico, patogenetico, fisiopatologico, diagnostico e terapeutico, delle malattie mediche articolari, muscoloscheletriche e del connettivo.

Epidemiologia

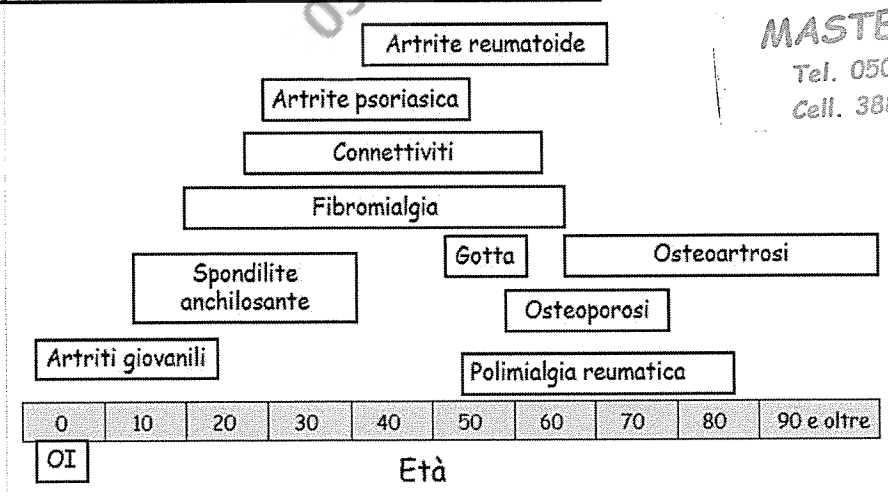
- **Artrosi** è sicuramente la malattia più diffusa (colpisce oltre 4 milioni di soggetti)
- **I reumatismi extrarticolari** dei quali fa parte ad esempio la **fibromialgia reumatica** (o **fibrosite**) che è una malattia abbastanza diffusa

Nell'ambito delle forme infiammatorie invece abbiamo:

- **L'artrite reumatoide** la forma infiammatoria più rappresentata
- **L'artropatie da microcristalli** (di cui la gotta è la più rilevante)
- **Le spondiliti** o **spondilo-artropatie** (dal greco *spondilos* che significa vertebra) sono le artriti che interessano la colonna vertebrale: si differenzia dell'artrite reumatoide perché questa non interessa la colonna a eccezione di C1-C2. Sono in genere siero negative cioè sono negative per il fattore reumatoide. La **spondilite anchilosante** è la più rappresentata
- **Connettiviti** (LES, sclerodermia, fascite) essendo soggetto il connettivo saranno interessati un po' tutti gli organi quindi malattie sistemiche.
- **Reumatismo articolare acuto** (o semplicemente **reumatismo**) legato all'infezione da streptococco beta emolitico. Quest'ultimo dà un impegno articolare generalmente fugace, si guarisce. Invece l'impegno cronico e tardivo avviene a carico delle valvole cardiache. In particolare a oggi sembra quasi scomparso nella nostra popolazione, ancora presente però nei paesi in via di sviluppo proprio perché legato alle condizioni igieniche. Da noi è scomparso con l'arrivo della penicillina.
- **Miscellanea** (epicondiliti e borsiti)

In senso lato le malattie reumatiche sono tutte le condizioni morbose che determinano, costantemente o con frequenza più o meno elevata, manifestazioni dolorose a carico dell'apparato locomotore e in generale interessamento dei tessuti connettivi di tutto l'organismo.

Età di insorgenza delle principali malattie reumatiche



MASTER COPY
Tel. 050 8312126
Cell. 388 9837745

La **polimialgia reumatica** > 50 anni (è difficile che arrivi una giovane donna trentenne che anche se ha dei sintomi abbastanza suggestivi, possa avere una polimialgia reumatica).

L'**osteoporosi** si presenta prevalentemente in età avanzata, ma esistono delle forme giovanili come quelle associate all'anoressia.

L'**artrosi**: è difficile a 20 anni avere l'artrosi ma ci sono forme congenite.

La **gotta** più o meno non ha una fascia ben precisa ma siamo attorno ai 50 anni.

Anche **l'artrite reumatoide** si pone in un'età media come l'artrite psoriasica.

Un po' più precoci come insorgenza per esempio sono le condilo artriti tra cui la **spondilite anchilosante e le artriti giovanili**, che possono presentarsi anche sotto i 20 anni.

Diagnosi differenziale clinica del dolore

	Meccanico (Es artrosi)	**Flogistico** (es artrite reumatoide)	**Fibromialgia**
Sede	Articolare	Articolare e extra-articolare. Es: dolore articolare e delle strutture circostanti (parti molli)	Extra articolare: ci sono determinati punti dolenti la cui palpazione suscita dolore (tender points)
Costanza nella sede e nel tempo	Presente		Assente Esempio: se la pz ha dolore in un tender points ma viene distratta nel momento della pressione di tale punto non sentirà dolore. Quindi non è un dolore obiettivo perché non c'è degenerazione artrosica o infiammatoria.
Presenza a riposo e di notte	No perché è un dolore da carico	Si. È un dolore con cui il paziente si sveglia di notte, perché di notte vengono prodotti maggiormente i mediatori della infiammazione, cioè le citochine	Si
Massima intensità	Serale	Mattutina	Mattutina
Rigidità articolare	Minuti	Ore: bisogna somministrare antiinfiammatorio o cortisonico altrimenti il pz al mattino può rimanere blocco.	Costate

MASTER COPY Tel. 050 8312126

	Meccanico	Flogistico	Fibromialgia
Obiettività	Articolare artrosica	Articolare flogistica: l'articolazione presenta i tipici 5 segni di Celsius ovvero calor, tumor, rubor (nella gotta è sempre arrossata, nella AR è più raro), dolor, functio lesa.	Assente

MASTER COPY
Tel. 050 8312126
Cell. 388 9837745

Esami di laboratorio

Questi criteri vengono definiti anche come **indici aspecifici** perché li ritroviamo aumentati in qualunque malattia infiammatoria, da una banale bronchite, ad una cistite, ad una polmonite. Quindi non necessariamente nelle malattie reumatiche: il loro compito è quello di evidenziare che c'è un processo infiammatorio.

- **VES** (velocità di eritrosedimentazione)
  - Aumentata nei reumatismi infiammatori e infettivi e nelle connettivi; nella gotta è aumentata solo nel corso degli attacchi acuti;
  - Normale nell'osteoartrosi, nella fibrosite, nell'osteoporosi; nell'anziano
  - VES elevata + dolori alle spalle = polimialgia reumatica.
  - Può essere modificata da malattie reumatiche concomitanti. Può essere ridotta dai GC ma non dai FANS.
- **PCR (proteina C reattiva)**: andrebbe determinata sempre con metodi quantitativi. Ha comportamento sostanzialmente analogo a quello della VES con la differenza che non aumenta nelle connettiviti.

NOTA: Ci sono malattie come l'artrosi dove questi indici sono assolutamente negativi, se si trova un'artrosi con una PCR e una VES elevata si deve sospettare che sotto ci sia qualche altra cosa perché di per sé la malattia non dà aumento degli indici aspecifici come invece dà l'artrite, l'artrite psoriasica, il lupus, la dermatomiosite, la polimialgia reumatica.

Inoltre mai somministrare la terapia (soprattutto cortisonici) prima degli esami perché alterano la risposta (abbassano PCR e VES)

- **ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA** o mucoproteinemia, siromucoidi, orosomucoidi, comportamento sostanzialmente analogo a quello della VES ma a differenza di questa non è influenzata dalle variazioni dell'ematocrito. A differenza della PCR aumenta anche nelle connettiviti.

Quindi questi sono criteri che permettono una grossa differenziazione in due capitoli delle malattie: a carattere infiammatorio e a carattere non infiammatorio.

Volendo determinare un quarto indice aspecifico è da preferire il **FATTORE REUMATOIDE**: va determinato su siero compartimentato e sarebbe opportuno titolarlo. Non è indispensabile per la diagnosi di AR, e non è sufficiente per porre diagnosi di AR. L'1-2% dei soggetti "sani" ha una positività per il FR. Il fattore reumatoide è un anticorpo di tipo IgM diretto contro le IgG. È positivo in genere nell'artrite reumatoide però può essere positivo in molte epatopatie in altre connettiviti.