

Conoscere le malattie reumatiche



ANMAR
*Associazione Nazionale
Malati Reumatici*
ONLUS

Numero Verde Anmar
800.910.625

A cura di:

ANMAR

Associazione Nazionale Malati Reumatici ONLUS

Realizzato da:

Dott.ssa Maria Teresa Mauceri

Reumatologa

Chi è il malato reumatico

Speso non è facile capire quale sia la strada giusta da seguire e cosa sia meglio fare, le domande sono tante: che cosa ci sta accadendo? quale futuro ci aspetta? Chi ci può dare una risposta. Sappiamo solo che ad un certo punto della nostra vita è comparso un gran dolore a livello



articolare che ci impedisce di muoverci al meglio e che a volte non ci fa dormire la notte. Che interferisce con la nostra vita quotidiana, riflettendosi anche sulla vita familiare e sul nostro lavoro.

E allora?

Certo il Medico di famiglia è il primo riferimento importante, che bene ci può indirizzare; a volte anche i mezzi di comunicazione possono essere di aiuto fornendo informazioni sui Centri che si occupano di queste malattie e sulle nuove terapie.

Ma vogliamo saperne di più!

Questo libretto, che non vuole sostituirsi a nessuno, si propone lo scopo di aprire uno spiraglio sul vasto panorama delle malattie reumatiche (MR).

Si, perché le MR sono tante, oltre cento e tanti sono coloro che ne soffrono, oltre 5 milioni e mezzo di persone in Italia. Oltre 300 milioni di persone nel mondo.

A differenza di diverse malattie tipiche dell'era moderna legate anche al benessere come ad esempio il diabete, le MR sono nate con l'uomo. Il grande Faraone Ramsete II per i suoi problemi articolari veniva curato con l'estratto della radice di salice, da cui derivò molti secoli dopo l'aspirina. Più tardi, Ippocrate, medico dell'antica Grecia, scoprì e descrisse due MR, il reumatismo articolare acuto e la podagra che successivamente fu chiamata gotta.

Reumatismo, perché nella cultura popolare ed in parte anche in quella medica le MR sono chiamate **REUMATISMI**.

Ma... che cosa sono le malattie reumatiche

Le MR, come già accennato, sono più di cento e sono molto diverse fra loro sia per la *sintomatologia* che può avvertire il malato sia per i *segni* con cui si presenta la malattia. Le accomuna tutte l'*impegno articolare* i cui sintomi prevalenti sono il **dolore** di diversa entità e la **ridotta capacità funzionale** dell'articolazione stessa. Ma anche altre strutture periarticolari come i tendini, i legamenti, i muscoli ed altri organi ed apparati possono essere interessati a seconda della diversa malattia reumatica.

Si comprende quindi perché il dolore articolare (artralgia) o il dolore muscolare (mialgia) da soli non indicano una precisa



diagnosi; tanto più che artralgie e mialgie possono essere presenti anche in altre malattie non reumatiche come per esempio le anemie, le affezioni febbrili, ecc.. Si capisce inoltre perché la parola "reumatismo" come unica definizione assume scarso significato ai fini diagnostici.

Le MR possono comparire a qualunque età, soprattutto negli adulti e negli anziani. Le MR principalmente

possono essere di tipo: degenerativo (per esempio l'artrosi), infiammatorio (per esempio le artriti) e dismetabolico, cioè legate a disturbi metabolici (acido urico, diabete, obesità, ecc.).

Le MR hanno prevalentemente un andamento evolutivo cronico e proprio per questo possono esitare in uno stato di disabilità.

Le modalità di comparsa sono diverse; possono comparire all'improvviso ed in maniera acuta oppure il loro esordio può essere più lieve, insidioso e lento nel corso del tempo.

La causa (eziologia) della gran parte delle malattie reumatiche a tutt'oggi non è nota. Sono state sviluppate diverse teorie, tra cui quella infettiva, ma questa è stata dimostrata solo per alcune forme di reumatismi di tipo infiammatorio.

Indipendentemente dalla causa, la ricerca ha compiuto nel corso degli anni grandi passi avanti per capire al meglio il processo patologico attraverso cui la malattia si manifesta (patogenesi) e questo riveste enorme importanza ai fini terapeutici.

Anche grazie a questo, la prognosi delle MR rispetto agli anni passati è molto migliorata.

La frequenza delle malattie reumatiche in Italia

- Le MR sono molto frequenti. Circa 1/10 della popolazione è affetto da una MR, per questo è giusto considerarle malattie sociali.
- Possono colpire qualunque età, in particolare: fino a 18 anni: 1%; da 19 a 60 anni: 18%, oltre 60 anni: 81%.

Distribuzione percentuale delle varie M.R. e numero dei casi colpiti in Italia (2004)

Forme morbose	Distribuzione % "stimata" sul totale delle M.R.	N° presumibile dei casi di malattia
Artrosi	69.20	3.900.000
Reum. extra-articolari	12.42	700.000
Spondiloentesoartriti	8.52	480.000
Artrite reumatoide	5.52	311.000
Gotta	1.95	110.000
Connettiviti	0.60	34.000
Reum. Articolare Acuto (*)	0.01	500
Altre reumopatie	1.78	100.000
Totale	100.00	5.635.500

(*) cifra solo indicativa

- Se non curate adeguatamente e nei tempi giusti, dopo 10 anni circa il 50% delle forme più severe va incontro ad una invalidità permanente, quindi una diagnosi precoce è fondamentale.

- Quale causa di invalidità, le MR occupano il secondo posto dopo le malattie cardiovascolari; in termini di pensioni di invalidità circa il 27% è causato da una MR.
- Il grande impatto sociale delle MR è anche di natura economica. Molto alto è l'onere che ne deriva per il singolo cittadino e per lo Stato, sia per i costi diretti sanitari e non sanitari (ricoveri ospedalieri, indagini diagnostiche, farmaci, riabilitazione, terapia termale; assistenza domiciliare al malato reumatico, ecc.) sia per i costi indiretti (giornate di lavoro perse, invalidità, ecc.) che sono circa il doppio di quelli diretti.



Le articolazioni

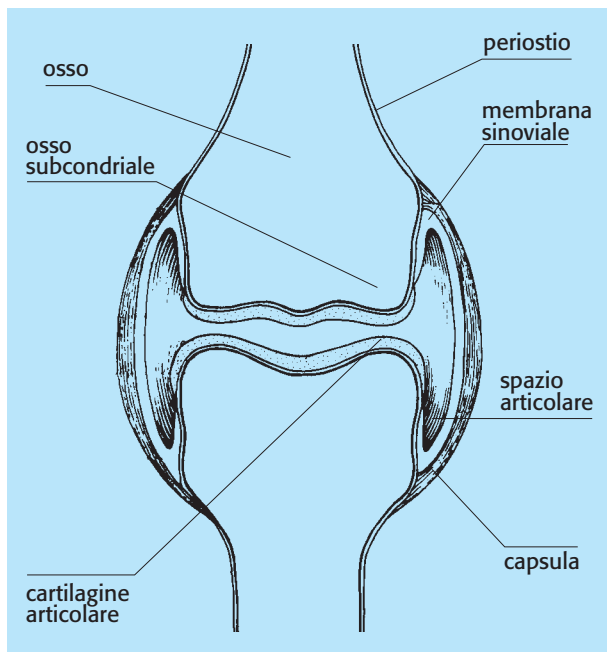
Le strutture prevalentemente interessate da una forma reumatica sono le articolazioni.

Com'è fatta una articolazione

Le articolazioni sono strutture anatomiche complesse in quanto si compongono di diversi elementi. Nascono dall'incontro di due o più capi (estremità) ossei. Ne esistono vari tipi, mobili e non (o poco) mobili; le più importanti e frequenti e prevalentemente colpite da una affezione reumatica sono quelle mobili. Sono dotate di una cavità articolare ed i capi ossei sono rivestiti dalla **cartilagine articolare** il cui significato è quello di rendere scorrevole il movimento articolare. All'interno dello spazio articolare è presente una piccola quantità (virtuale) di **liquido sinoviale**, detto anche sinovia, che lubrifica e nutre la cartilagine ed è prodotto dalla **membrana sinoviale**. Quest'ultima riveste la restante parte della cavità articolare ed è rivestita a sua volta all'esterno dalla **capsula articolare** una struttura resistente, di natura fibrosa, che avvolge le articolazioni ed è rinforzata dai **legamenti** che danno stabilità all'articolazione. A questo contribuiscono anche i **tendini** che costituiscono la parte finale dei **muscoli** e si inseriscono sull'osso; il loro principale significato è quello di consentire il movimento articolare di flessione, estensione,

lateralità e roteazione. Infine, altre strutture presenti solo in alcune articolazioni sono i **dischi** ed i **menischi** che fungono da ammortizzatori.

Articolazione normale



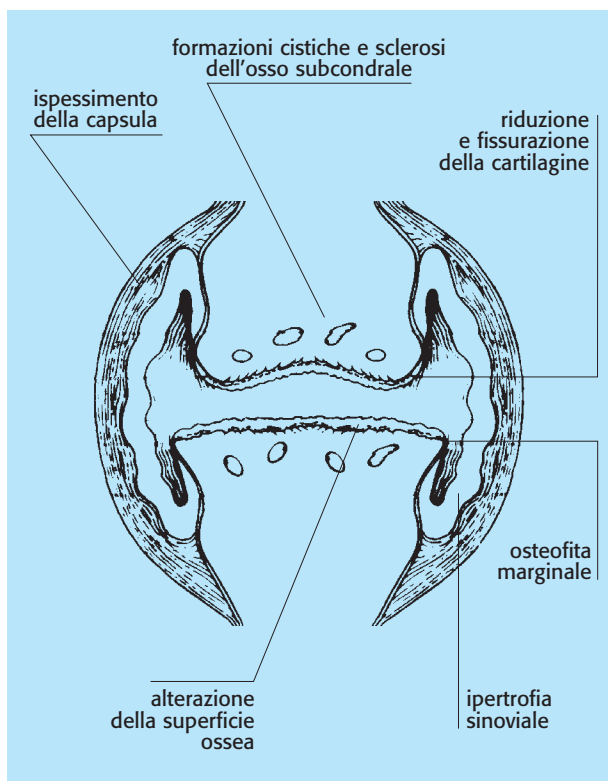
Differenza tra artrosi ed artrite

Cosa accade ad una articolazione in caso di artrosi ed in caso artrite?

ARTROSI

È una malattia reumatica di tipo degenerativo, ad andamento cronico, che può colpire qualunque articolazione. Gli elementi articolari principalmente interessati sono la cartilagine articolare e l'osso sottostante alla cartilagine (osso subcondrale). Colonna vertebrale, anca, ginocchio e mani sono le articolazioni più colpite. Esistono diverse forme di **artrosi**, in particolare una forma **primaria** che è più tipica e frequente, ma non esclusiva, dell'età anziana ed una forma **secondaria**, ad esempio, ad eventi traumatici, o a microtraumatici ripetuti nel tempo, conseguenti ad attività lavorative o sportive che può interessare anche l'età più giovane. Comunque, è importante non confondere l'artrosi malattia con il naturale invecchiamento articolare. Al danno derivante dal processo artrosico può conseguire una deformazione articolare ed una più o meno severa riduzione della capacità funzionale. **Il dolore**, in caso di artrosi, è presente prevalentemente di giorno e all'inizio di un movimento, successivamente migliora; il riposo solitamente lo allevia e può dare una rigidità al risveglio che si riduce o scompare dopo pochi minuti.

Articolazione artrosica



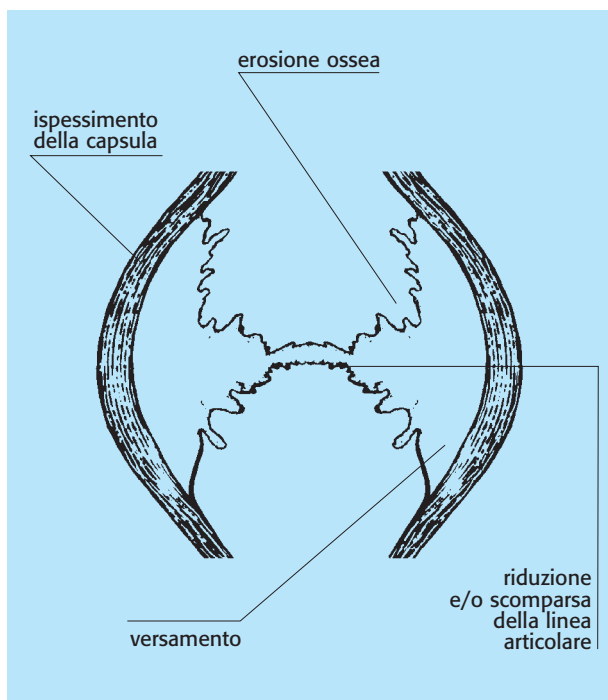
ARTRITE

È una condizione reumatica di tipo infiammatorio, ad andamento più frequentemente cronico, ad esito talora invalidante. Il termine non definisce una sola malattia, ma sta ad indicare il processo infiammatorio, a partenza dalla membrana sinoviale, che la caratterizza e dal quale deriva il severo danno articolare che può esitare in deformità con ridotta funzionalità e conseguente disabilità. Ne esistono, infatti, diverse forme, per esempio: artrite (a.)

reumatoide, a. psoriasica, a. infettiva, a. reattiva, a. da microcristalli (gota, condrocalcosi) ecc.. Può colpire una sola articolazione (monoartrite), poche articolazioni (oligoartrite), più articolazioni (poliartrite). Nell'ambito della stessa malattia possono distinguersi forme più lievi ed a lenta evoluzione e forme più aggressive ed a rapida evoluzione.

Il dolore, in corso di artrite, è sempre presente anche di notte, può peggiorare con il movimento e comparire anche a riposo, spesso è presente una rigidità al risveglio che migliora dopo oltre 30-60 minuti.

Articolazione con artrite



Ed in particolare:

✓ ARTRITE REUMATOIDE

È una poliartrite cronica a decorso progressivo, colpisce prevalentemente le piccole articolazioni delle mani e dei piedi, i polsi e le caviglie ed ancora ginocchio, anca, gomito e spalla, simmetricamente.

L'evoluzione è cronica e spesso determina uno stato di invalidità se non curata bene fin dall'esordio. Il danno articolare conseguente al processo infiammatorio è di tipo erosivo.

Le donne sono più colpite rispetto agli uomini con un rapporto di 4:1. Compare prevalentemente tra i 40 ed i 60 anni, ma qualunque età può essere colpita, anche i bambini (artrite infanto-giovanile). È definita una malattia a carattere sistemico perché oltre alle articolazioni possono essere interessati anche altri organi o apparati, quali ad esempio i muscoli, il sistema cardiocircolatorio, l'apparato polmonare, l'occhio, ecc..

✓ SPONDILOARTRITI SIERONEGATIVE

Sono un gruppo di MR infiammatorie dette sieronegative per la caratteristica assenza del Fattore Reumatoide che le differenzia dall'artrite reumatoide. Più spesso sono colpite poche articolazioni e l'impegno articolare è di tipo asimmetrico. Può prevalere l'interessamento della colonna vertebrale o delle articolazioni periferiche (ginocchio, anca, gomito, mano, ecc.).

Tra le più frequenti:

La **Spondilite anchilosante** in cui prevale l'impegno della colonna vertebrale e delle

articolazioni sacroiliache. Gli uomini sono più colpiti delle donne. La forma più grave può evolvere verso una anchilosi della colonna vertebrale con una marcata alterazione posturale, che consiste in una flessione in avanti che comporta una notevole difficoltà a sollevare la testa da qui la definizione "uomini che non guardano il cielo".



L'Artropatia psoriasica. In alcuni malati affetti da psoriasi, una malattia della pelle, può comparire un impegno articolare di diverso tipo che può arrivare ad assumere i caratteri di una vera e propria artrite. Più spesso si tratta di una oligoartrite asimmetrica a lenta evoluzione. A volte l'impegno articolare può precedere la comparsa della psoriasi.

✓ CONNETTIVITI

Sono un gruppo di malattie reumatiche infiammatorie sistemiche che si caratterizzano per l'interessamento del tessuto connettivo che è diffuso in tutto l'organismo umano, pertanto oltre all'apparato muscoloscheletrico possono essere colpiti anche cuore, polmoni, reni, cute, vasi sanguigni, ecc.. La causa non è stata ancora chiarita, mentre è abbastanza

ben conosciuto il meccanismo che da un disturbo del sistema immunitario (autoimmunità) porta alla produzione di sostanze dette autoanticorpi che si rivolgono contro i tessuti propri dell'organismo. A secondo del prevalere di un tipo di autoanticorpo rispetto

agli altri e del tipo di danno che ne consegue si distinguono forme diverse. Tra queste:

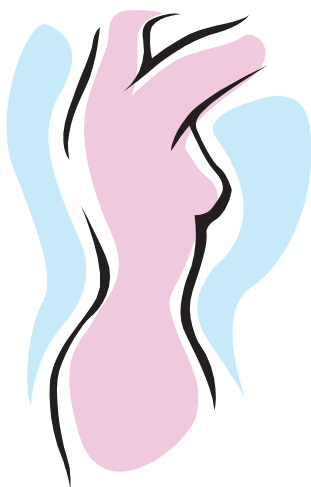
il **Lupus eritematoso sistemico** colpisce

più frequentemente giovani donne; oltre ad una artrite può presentare un interessamento degli apparati cutaneo, muscolare, renale, cardiaco e

polmonare. Grazie alle attuali terapie, la prognosi negli ultimi decenni è profondamente cambiata in senso migliorativo;

la **Sclerodermia (o sclerosi sistemica)** è caratterizzata da una progressiva trasformazione in fibrosi (sclerosi) dei tessuti colpiti. In particolare della cute, come si evince dal nome, ma anche di altri organi come le articolazioni, i vasi sanguigni, l'apparato gastroenterico, i polmoni, il cuore ed i reni. Anche questa malattia, come altre connettiviti, prevale nel sesso femminile;

la **Polimiosite** è una connettivite con prevalente impegno del tessuto muscolare, in



alcune forme può essere presente anche un interessamento della cute da cui la definizione di dermatopolimiosite. Stanchezza marcata, dolore muscolare, riduzione della forza muscolare, disturbi della deglutizione ed alterazione della voce per impegno dei muscoli faringei sono i sintomi più frequenti. Colpisce entrambi i sessi. Meno frequente è l'artrite.

✓ **POLIMIALGIA REUMATICA**

È una malattia infiammatoria tipica dell'età anziana, compare dopo i 50-60 anni e si presenta con un intenso dolore muscolare localizzato a livello del cingolo scapolare (spalle) e pelvico (anche). Caratteristico il notevole e rapido miglioramento dei sintomi in seguito a terapia cortisonica.

✓ **ARTRITI MICROCRISTALLINE**

Sono forme infiammatorie, legate a disturbi metabolici, dovute alla deposizione nel liquido sinoviale di microcristalli di acido urico (gotta) o di pirofosfato di calcio (condrocalcinosi). La **Gotta** è dovuta ad una aumentata produzione di acido urico oppure ad una ridotta eliminazione di questo con le urine. È caratteristica l'insorgenza di dolore molto intenso localizzato in particolare a livello del primo dito del piede. Nelle forme di vecchia data si possono formare calcoli di acido urico con conseguente possibile impegno renale. La **Condrocalcinosi** si presenta frequentemente come una monoartrite (pseudogotta). Le localizzazioni più spesso interessate possono essere: ginocchio, polso, anca, spalla e caviglia.

✓ **REUMATISMO ARTICOLARE ACUTO (o febbre reumatica)**

È una forma tipica dell'età infantile e adolescenziale la cui frequenza attualmente, grazie alla profilassi con penicillina, è notevolmente diminuita. Può comparire successivamente ad una infezione tonsillare da streptococco β -emolitico di gruppo A. Oltre all'impegno articolare che è di tipo fugace, può causare lesioni al cuore, un vecchio aforisma recita: "sfiora le articolazioni e morde il cuore".

✓ **SINDROME FIBROMIALGICA**

È detto anche reumatismo extrarticolare; è alquanto diffuso in particolare tra le donne. Si presenta con dolore muscolo-scheletrico persistente senza manifestazioni cliniche evidenziabili. Il dolore può comparire in seguito a stress fisici, variazioni climatiche, stati di ansia o depressione, disturbi del sonno.

La diagnosi precoce

Oltre ad una più approfondita conoscenza delle MR e ad un accurato esame clinico, cioè la visita medica, che resta comunque il momento fondamentale, oggi è possibile definire meglio una diagnosi in tempi più rapidi anche grazie ai progressi ottenuti in tema di indagini diagnostiche. Sono disponibili esami di laboratorio più specifici e una diagnostica per immagini più completa (esami radiografici, ecografia articolare, tomografia computerizzata - TC e risonanza magnetica). Una diagnosi precoce delle MR oggi è determinante perché le diverse forme terapeutiche attualmente in uso, principalmente farmacologica, ma anche riabilitativa, occupazionale (per esempio i consigli sullo stile di vita) e chirurgica hanno profondamente cambiato l'evoluzione di queste affezioni consentendone di migliorarne la prognosi e di conseguenza la qualità della vita dei malati.



Mi potrò curare? Starò meglio?

Certo, a quanto sopra detto è fondamentale comunque che si accompagni anche una maggiore collaborazione del malato reumatico. C'è ancora troppa rassegnazione

nei confronti dei “dolori reumatici” e scetticismo nei confronti delle possibili cure. Tutto ciò è sbagliato, come è sbagliato trascurare i primi segni della malattia, effettuare le cure in modo discontinuo, affidarsi a terapie che non hanno un fondamento scientifico.

Il malato reumatico non deve farsi vincere dalla propria condizione patologica, ma dopo averne preso atto deve combatterla con le giuste armi. Innanzitutto deve instaurare un dialogo con il proprio medico per potere acquisire quelle informazioni fondamentali che lo aiuteranno a curarsi; deve aderire adeguatamente alle terapie consigliate; deve adeguare le abitudini di vita alla sua condizione; deve riporre la sua fiducia in quelle cure che hanno dimostrato di essere efficaci, anche laddove per il tipo di farmaco utilizzato fosse necessario attendere per ottenere i relativi benefici.

La terapia delle malattie reumatiche

La terapia farmacologia

Da quando alcune decine di anni fa le MR si curavano solo con l'aspirina ad oggi le cose sono notevolmente cambiate. Oltre alle cure rivolte ad alleviare il dolore, che è la prima aspettativa del malato e che consistono in sempre più numerosi e sofisticati farmaci antidolorifici ed antinfiammatori;

attualmente è disponibile la cosiddetta terapia "di

fondo" per i

reumatismi

infiammatori, si

tratta di diversi

tipi di farmaci il

cui meccanismo

d'azione tende a

modificare la storia naturale della malattia

con lo scopo di rallentarne, o al meglio

arrestarne, l'evoluzione. Ancora più

recentemente sono stati sviluppati farmaci

più efficaci, soprattutto per l'artrite

reumatoide, i cosiddetti "biologici" o "anti-

TNFalfa" che colpiscono a monte il processo

infiammatorio con l'obiettivo di ridurre il

danno articolare che ne può derivare. È

questo lo scopo della prevenzione

secondaria, in altre parole prevenire

l'eventuale ulteriore danno che consegue

all'evoluzione della malattia.

La terapia farmacologia non è l'unica



possibilità di cura delle MR. Fondamentale importanza ha assunto la **riabilitazione** sempre più accurata e mirata a ripristinare, laddove è possibile, la funzionalità articolare. Ed ancora l'**economia articolare** che consiste nell'applicazione adeguata di metodi diversi (l'uso di ausili, la rieducazione gestuale e l'adattamento dell'ambiente circostante) per superare gli ostacoli della vita quotidiana (sollevare una pentola, sbrigare le attività domestiche, provvedere all'igiene personale, vestirsi, ecc.) ciò consente di *mantenere o riacquistare un'autonomia funzionale soddisfacente nonostante la presenza di una disabilità importante.*

E la terapia chirurgica?

Anche in questo campo il progresso scientifico ha compiuto notevoli passi avanti definendo nuove e più particolareggiate tecniche chirurgiche (artroprotesi, ricostruzioni tendinee, ecc.) per correggere le articolazioni particolarmente compromesse. Certamente, prima di inviare il malato al chirurgo ortopedico ogni singolo caso deve essere attentamente valutato, anche in base allo stato di salute generale ed alle condizioni dell'articolazione impegnata e dei tessuti periarticolari. L'approccio chirurgico non sostituisce la terapia farmacologia.



I farmaci antireumatici sono tossici?

Né più né meno di altre classi di farmaci. Partendo dal presupposto che non esistono farmaci che facciano solo bene, ma tutti accanto ai benefici posseggono effetti collaterali e possono avere controindicazioni, i farmaci antireumatici, che come già detto sono di diverso tipo, devono essere prescritti dopo attenta valutazione del malato, dell'età di questo e solo se effettivamente necessari relativamente alla severità della malattia. Assolutamente NO all'autoprescrizione, cosa che avviene soprattutto con gli antinfiammatori.

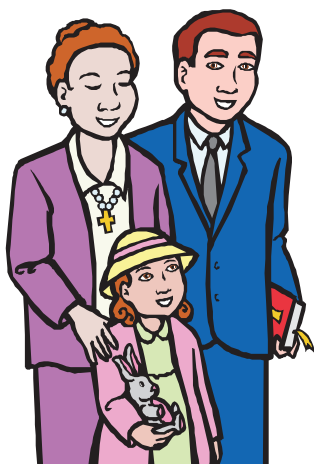
Assolutamente SI ad una corretta applicazione del programma terapeutico (dosaggio, orario di assunzione, ecc.), a tal fine è molto importante che il malato sia adeguatamente informato sui farmaci che assume.

Si possono prevenire le malattie reumatiche?

Per la maggior parte delle MR, non essendo nota la causa, non è possibile attuare una prevenzione primaria, cioè evitare che la malattia si manifesti. Si può, invece, avviare una **prevenzione secondaria**, cioè laddove la malattia si è già manifestata si possono applicare quei principi terapeutici, farmacologici, riabilitativi, stile di vita, atti a ridurre il danno ed a prevenirne così uno stato di disabilità.

Ereditarietà e malattie reumatiche

La trasmissione secondo meccanismi ereditari, per esempio tra genitori e figli, non è stata ancora sicuramente dimostrata nelle MR. È nota invece una predisposizione genetica in base alla quale è possibile che in alcune famiglie più persone si ammalino di una particolare forma reumatica, come per esempio accade per le spondiloartriti sieronegative. È vero però che avere una predisposizione genetica non significa necessariamente ammalarsi, questo avviene quando si sovrappongono altri fattori cosiddetti ambientali che ne favoriscono la comparsa.



L'informazione al malato reumatico



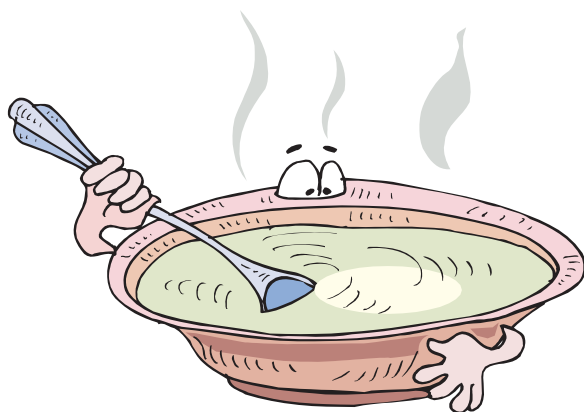
Una buona informazione rappresenta uno degli aspetti più importanti del successo terapeutico. È fondamentale, soprattutto, che il malato sia informato sulla natura della malattia, la sua evoluzione, sul tipo di cura e gli obiettivi che si vogliono raggiungere. Inoltre, informato su alcune semplici regole da applicazione alle attività quotidiane (stile di vita) può ottenere buoni risultati in termini di rallentamento dell'evoluzione del danno articolare e di riduzione della sintomatologia dolorosa.

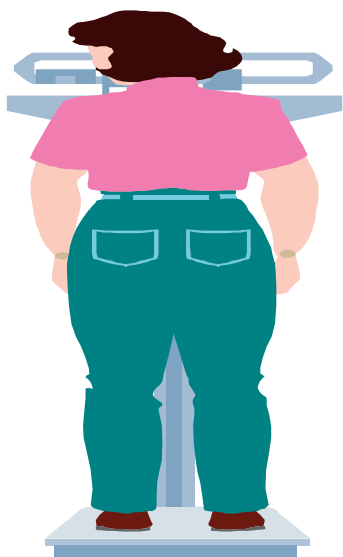
La dieta

Molto è stato detto e scritto su un possibile ruolo preventivo o curativo delle MR di alcuni alimenti, ma nulla a tal proposito è stato sicuramente provato. Da studi recenti sembrerebbe che una dieta come quella "mediterranea", cioè povera di proteine e grassi animali e ricca di fibre e vitamine possa avere effetti protettivi in alcune MR come le artriti.

È consigliabile anche moderare il consumo di alcolici perché questi possono interferire con alcuni farmaci.

Sicuramente un corretto regime dietetico serve a mantenere il giusto peso corporeo.





Ruolo dell'obesità

L'obesità è un fattore predisponente, ed aggravante, di diverse forme di artrosi (colonna vertebrale, ginocchia).

Il controllo del peso è indispensabile per non vanificare l'effetto di altre terapie (farmacologica, fisica, ecc.). Il dimagrimento deve essere graduale e rapportato alle caratteristiche del paziente: età, condizioni generali, malattie concomitanti, ecc.

Anche nelle artriti l'obesità gioca un ruolo negativo per il sovraccarico cui sono sottoposte le articolazioni.

Attività fisica e malattie reumatiche

L'attività fisica è importante ed utile per mantenere il tono muscolare, preservare la mobilità articolare, mantenere il peso forma non solo nell'artrosi, ma anche nelle artriti. Però non bisogna esagerare perché attività fisiche eccessive o inadeguate possono, al contrario, avere effetti negativi.

Posso continuare a lavorare?

Solitamente sì. Certo molto dipende dal tipo e dalla gravità della malattia reumatica e, cosa molto importante, dal tipo di lavoro. Un lavoro che comporta un elevato sforzo fisico deve essere affrontato con cautela. La cosa migliore sarebbe, laddove è possibile, cambiarlo con un lavoro meno gravoso e più adatto alla condizione delle articolazioni compromesse.



Il clima



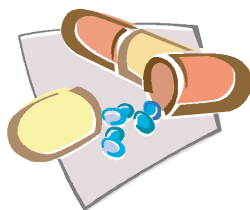
L'argomento è controverso. Una vera e propria influenza del clima sulle MR non è a tutt'oggi definita. È vero, comunque, che molti malati accusano un peggioramento dei sintomi durante una variazione climatica, in particolare quando da un clima secco si passa ad un clima umido il che comporta una variazione di pressione atmosferica che potrebbe influenzare la condizione articolare. Inoltre, non è consigliabile l'esposizione al sole o ad altre fonti di calore per i malati affetti da MR di tipo infiammatorio in quanto questo può causare un peggioramento della sintomatologia.

Gravidanza e malattie reumatiche

In passato una gravidanza era sconsigliata alle pazienti affette dalle MR infiammatorie più gravi per gli eventuali danni che ne sarebbero potuti derivare sia alla madre che al bambino. Oggi, anche alla luce dei progressi ottenuti con le attuali terapie, è possibile affrontare una gravidanza anche se è bene che questa sia comunque programmata ed attentamente controllata per tutto il periodo; programmata per potere sospendere nei tempi giusti la terapia farmacologica in corso e perché la malattia deve essere in una fase di relativa tranquillità. Nell'artrite reumatoide si può verificare nella maggior parte dei casi un miglioramento dei sintomi durante una gravidanza. Nel lupus eritematoso sistemico, invece, può accadere il contrario, è importante quindi valutare attentamente a seconda della condizione della malata e della fase di malattia la possibilità di affrontare una gravidanza.



Gravidanza e farmaci



In linea di massima l'assunzione dei farmaci antireumatici durante una gravidanza può comportare un rischio anche elevato per il feto. È bene quindi come già detto sospendere i farmaci in media uno-due mesi prima del tentativo di avere una gravidanza; se proprio necessario in caso di riacutizzazione dei sintomi nel periodo gestazionale è possibile assumere, con la dovuta cautela, cortisone in basse dosi, aspirina in basse dosi e paracetamolo.

Si può assumere la pillola anticoncezionale?

In alcune MR, come l'artrite reumatoide, non vi sono controindicazioni assolute, alcuni studi in questi casi avrebbero dimostrato addirittura un effetto protettivo.

Malattie reumatiche e vita sessuale

La vita sessuale di un malato reumatico è solitamente normale; può essere compromessa però dalla presenza di una limitazione funzionale delle articolazioni del bacino.

Questo aspetto della vita comunque è molto importante in quanto da ciò può dipendere talora lo stato di serenità familiare; è quindi consigliabile parlare anche di questo con il proprio medico.

Aspetti psicologici

Non è facile accettare una diagnosi di malattia cronica soprattutto in età ancora giovane, in particolare una malattia reumatica che comporta una limitazione nell'uso delle articolazioni e può avere anche risvolti estetici. L'impatto psicologico può assumere dimensioni rilevanti; il malato messo di fronte, tra l'altro, alla ripetitività delle indagini di controllo, ad una terapia farmacologica che talora non dà un immediato sollievo, e ad un futuro che non sa interpretare può perdere la pazienza ed in alcuni casi rifiutarsi di continuare le cure; può comparire una depressione.

L'approccio psicologico al problema reumatico è quindi molto importante. Una informazione corretta e sincera frutto del dialogo che si deve instaurare con il proprio specialista può diventare la chiave di lettura del problema. Conoscere a fondo la propria malattia, gli esiti che ne possono derivare, le cure disponibili, come può essere organizzata la propria vita quotidiana (casa, famiglia, lavoro), come potrà essere il futuro, senza dare false speranze ma nemmeno immagini catastrofiche, insegnerà al malato a combattere al meglio la propria condizione e non a subirla.

Un errore che spesso commette il malato reumatico è quello di rinchiudersi nella propria realtà. Deve sapere invece che molti altri condividono un problema simile al suo.

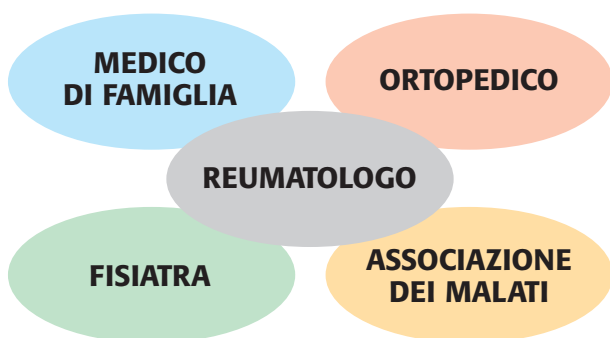
Ruolo dell'associazione nazionale dei malati reumatici - ANMAR

In tema di informazione, un grande aiuto proviene dalle associazioni dei malati. L'ANMAR ha organizzato campagne d'informazione che hanno avvicinato la popolazione generale al problema. I malati reumatici che ne fanno parte e la gestiscono promuovono periodicamente degli incontri durante i quali è possibile anche scambiarsi la propria esperienza, ciò fa sentire meno soli. L'ANMAR ha accresciuto le proprie dimensioni anche in termini di contenuti e di esperienza tanto che oggi gioca un importante ruolo interlocutorio con le istituzioni politiche nazionali e regionali che si occupano di Sanità.



Chi cura le malattie reumatiche

Il ruolo centrale lo assume il Reumatologo, che per definizione cura le MR. Molto importante è la collaborazione tra questo ed il medico di famiglia che è il primo a cui si rivolge il malato e che ha il compito delicato di definire le dimensioni del problema e di decidere quando è arrivato il momento di rivolgersi ad uno specialista. Altre collaborazioni si instaurano con l'Ortopedico quando a causa di una grave compromissione articolare diventa necessario l'approccio chirurgico e con il Fisiatra che potrà applicare quei principi riabilitativi che come già evidenziato possono aiutare il malato a mantenere una propria autonomia funzionale.



Riassumendo

Occorre dare una precisa ed accurata

- **INFORMAZIONE**

Formulare una

- **DIAGNOSI PRECOCE**

Attuare

- **TERAPIE APPROPRIATE**

Il malato deve assumere

- **CONSAPEVOLEZZA DEL PROPRIO STATO DI SALUTE**

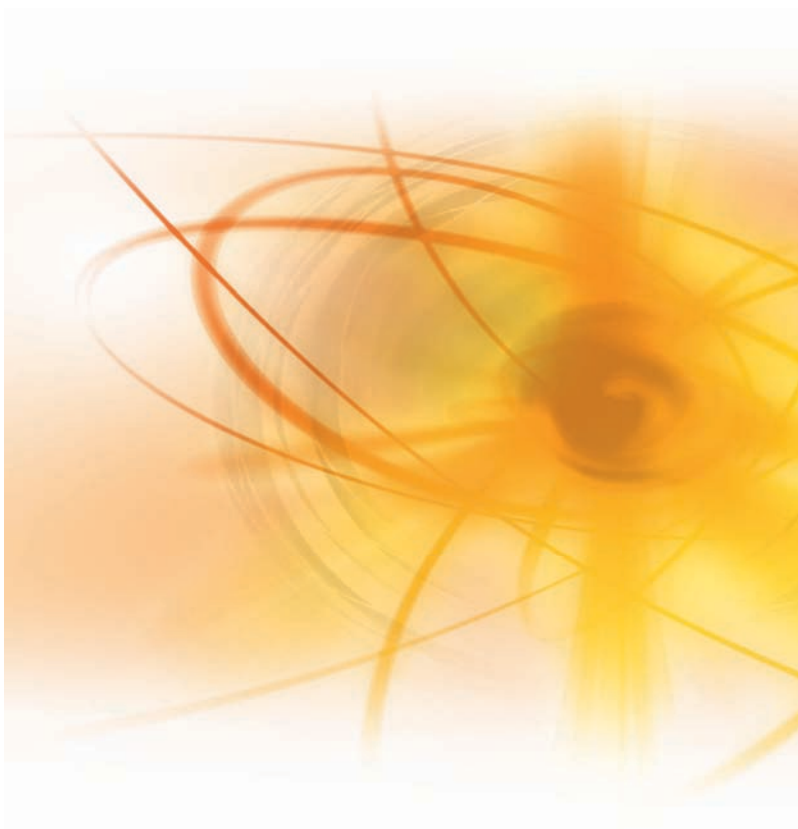
E affidarsi allo specialista giusto

- **RUOLO CENTRALE DEL REUMATOLOGO IN COLLABORAZIONE CON IL MEDICO DI FAMIGLIA**



L'obiettivo è un miglioramento della malattia
con conseguente

**MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ
DELLA VITA**



A cura di: **ANMAR**
Associazione Nazionale Malati Reumatici ONLUS

www.anmar-italia.it