

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ANCONA
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
DIPLOMA UNIVERSITARIO INFERMIERI

**Approccio globale al soggetto
con artrite reumatoide:
competenze infermieristiche**

Tesi di Diploma Universitario presentata da:

Alessia Giambartolomei

Relatore:

Dott.ssa Maria Giovanna Danieli

Correlatore:

Capo Sala Gilda Pelusi

Anno Accademico 2000-2001

INDICE:

INTRODUZIONE	pag. 2
Epidemiologia	pag. 3
Eziologia	pag. 4
Patogenesi	pag. 5
Quadro istopatologico	pag. 8
Quadro clinico	pag. 9
Diagnosi, prognosi, principi di terapia	pag. 17
SCOPO DELLA TESI	pag. 38
APPROCCIO GLOBALE ALLA MALATTIA REUMATOIDE	pag. 39
PIANO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	pag. 44
QUALITA' DI VITA E QUADRO GENERALE DEL DOLORE	pag. 59
QUESTIONARIO SULLA QUALITA' DI VITA	pag. 69
RISULTATI OTTENUTI	pag. 73

Introduzione

La malattia reumatoide

La malattia reumatoide (MR) è un'affezione infiammatoria sistemica del tessuto connettivo, a prevalente estrinsecazione artritica, con esordio simmetrico alle piccole articolazioni delle mani e dei piedi, evoluzione centripeta con tendenza alle deformità articolari e all'anchilosi e coinvolgimento di vari organi ed apparati (polmoni, vasi, sistema nervoso periferico, midollo osseo).

Epidemiologia

In Europa circa l'1-2% della popolazione adulta è colpita da MR e la prevalenza della malattia è compresa tra lo 0,3 e l'1,5%.

In Italia la prevalenza è stata valutata intorno allo 0,6%.

La frequenza della malattia è 2-3 volte più elevata nel sesso femminile, tale rapporto tende ad annullarsi quando si prendono in esame solo le forme insorte nell'età anziana.

Nella maggior parte delle casistiche raccolte, la malattia è più rara nell'età infantile per aumentare poi progressivamente tra i 30 ed i 50 anni.

Eziologia

La causa della malattia reumatoide è sconosciuta e la sua comparsa è legata a più fattori: genetici, infettivi, ormonali, tossici e ambientali.

Determinazione genetica

È indiscussa una predisposizione geneticamente determinata, testimoniata in parte da un'aumentata incidenza di alcuni antigeni di istocompatibilità (HLA) e particolarmente del DR3 e DR4 (70%) rispetto all'incidenza degli stessi nella popolazione non affetta (30%).

Su tale terreno predisponente, agirebbe un agente infettivo (probabilmente un virus lento) che con diverse e complesse modalità condurrebbe alla malattia reumatoide.

Agenti infettivi

Numerosi agenti infettivi, soprattutto virali (virus della rosolia, il citomegalovirus, i virus erpetici e il micoplasma) sono stati proposti quali possibili candidati alla eziologia della malattia reumatoide, sempre con limitate prove sperimentali.

Attualmente si ipotizza che in soggetti geneticamente predisposti, l'infezione virale possa condurre ad una dis-regolazione dell'omeostasi immunitaria, espressa dall'imperfetto controllo della proliferazione B linfocitaria da parte dei T soppressori: tale squilibrio può essere alla base della patogenesi della malattia.

Patogenesi

La malattia reumatoide è una malattia delle membrane sinoviali.

La membrana sinoviale è costituita da uno strato microscopico di una o più file di cellule immerse in un tessuto lasso che ricopre la superficie interna delle articolazioni diartrodiali, le borse e le guaine tendinee.

In corso di malattia reumatoide, le membrane sinoviali aumentano di spessore sia per iperplasia delle cellule stesse sia per infiltrazione degli strati sottostanti da parte delle cellule mononucleate.

La patogenesi della malattia reumatoide è ancora poco chiara.

Tuttavia numerosi elementi suggeriscono che la flogosi sinoviale reumatoide, così come le manifestazioni extra-articolari della malattia, si realizzino attraverso meccanismi immunologici.

I dati salienti al riguardo sono i seguenti:

- cellule immunocompetenti infiltrano il tessuto sinoviale reumatoide;
- plasmacellule sinoviali sintetizzano sia in vivo che in vitro ingenti quantità di immunoglobuline e fattore reumatoide. Queste sono immunoglobuline di classe IgM, IgG, IgA, dirette contro la regione Fc delle IgG.

Nelle tradizionali indagini di laboratorio si dosano i fattori reumatoidi di classe IgM.

I fattori reumatoidi non sono però specifici della malattia reumatoide,

ma si possono trovare in altre malattie in cui si abbia una stimolazione cronica del sistema immunitario o nell'età anziana.

- immunocomplessi, costituiti in prevalenza da IgG autoaggregate o dal legame IgG –IgM, si riscontrano in elevate concentrazioni nel liquido sinoviale, liberi o inclusi nel citoplasma dei polimorfonucleati;
- consumo di complemento, espresso dalla riduzione dell'attività complementare emolitica totale nel liquido sinoviale;
- numerosi tipi di linfocine attive su linfociti, macrofagi e polimorfonucleati si rinvencono in elevata concentrazione nel liquido sinoviale, nelle fasi acute di malattia.

La fagocitosi degli immunocomplessi da parte dei leucociti polimorfonucleati e dei macrofagi, porta alla emissione di enzimi lisosomiali citotossici e flogogeni che favoriscono il rilascio e l'attivazione di altri mediatori chimici (chinine, radicali dell'ossigeno, prostaglandine).

Il panno sinoviale, a sua volta, per mezzo delle collagenasi induce alterazioni cartilaginee e dell'osso subcondrale.

Alla flogosi partecipano anche meccanismi istolesivi di ipersensibilità cellulo-mediata: i T linfociti si attivano a contatto con le

immunoglobuline modificate, infiltrano il panno sinoviale e si differenziano in cellule capaci di produrre linfocine.

Oggi si tende ad ammettere che i meccanismi della immunità umorale (fattore reumatoide, complessi immuni, complemento) determinano prevalentemente le lesioni extra-articolari della malattia mentre quelli dell'immunità cellulo mediata (T linfociti sensibilizzati, linfocine) sono maggiormente implicati nella genesi delle lesioni articolari.

Sul piano istopatologico è presente una infiltrazione linfocitaria della sinovia.

Quadro istopatologico

L'eccessiva crescita del tessuto sinoviale nella cartilagine e nell'osso sottostante, con formazione del panno sinoviale, è responsabile della distruzione articolare.

Caratteristiche istopatologiche fondamentali della sinovia in corso di malattia reumatoide sono l'iperplasia delle cellule di superficie, l'infiltrazione degli strati più profondi da parte delle cellule infiammatorie, la spiccata neoangiogenesi e la presenza di polimorfonucleati nel liquido sinoviale.

La prima lesione documentabile, presente dalla prima settimana di malattia clinica, è una vascolite diffusa dei capillari sinoviali cui conseguono essudazione di fibrina, infiltrazione di polimorfonucleati, iperplasia delle cellule sinoviali, aumento della vascolarizzazione, diffusa infiltrazione di cellule poli e mononucleate, sino alla costituzione del cosiddetto panno sinoviale.

Questo tessuto di granulazione determina per contatto alterazioni litiche della cartilagine ed erosioni ossee.

Progressivamente la flogosi si attenua, il connettivo cicatriziale sostituisce il tessuto di granulazione e si realizza l'anchilosi per il costituirsi di ponti fibrotici fra i due capi articolari.

Quadro clinico

La malattia reumatoide è caratterizzata dalla presenza di sintomi sistemici, manifestazioni articolari ed extra-articolari.

L'esordio può essere di tipo acuto, cronico, palindromico, e monoarticolare.

Sintomi sistemici

Sintomi quali febbre, astenia, anoressia e dimagrimento sono presenti all'esordio, ma più spesso dolore e rigidità articolare costituiscono le prime manifestazioni di malattia.

Sintomi articolari

Il dolore presente a riposo ed accentuato dal movimento condiziona precocemente la riduzione della motilità articolare.

Sono più spesso coinvolte le articolazioni interfalangee prossimali delle mani, le metacarpo-falangee soprattutto nel secondo e terzo dito e le radiocarpiche bilateralmente; meno frequentemente l'esordio della malattia è a carico delle piccole articolazioni del piede.

La simmetria è presente anche quando la malattia all'esordio, o nel suo decorso, coinvolge altre articolazioni: ginocchia, gomiti, caviglie, spalle, articolazioni temporo-mandibolari e crico-aritenoidee.

L'interessamento articolare ha carattere aggiuntivo e, di solito, evoluzione ingravescente.

La rigidità articolare è particolarmente avvertita al risveglio e la sua durata è consensuale al grado di attività infiammatoria.

Gradualmente si evidenzia una chiara obiettività artritica con tumefazione dei tessuti molli periarticolari e/o versamento articolare.

Il danno articolare evolve in modo continuo o episodico, inducendo, nell'arco di mesi o anni, deformità dovute all'anchilosi e alle articolazioni sublussanti.

Alcune di queste sono caratteristiche: deviazione a colpo di vento delle dita delle mani e dita a collo di cigno per la contemporanea iperestensione delle interfalangee prossimali e flessione delle distali.

Esordio acuto

Nel 15-20% circa dei casi, il paziente riferisce un'insorgenza rapida, talora improvvisa, della sintomatologia.

Nel giro di pochi giorni fino a 2-3 settimane, il dolore e la tumefazione si estendono ad interessare più sedi articolari, più spesso in maniera aggiuntiva.

Esse sono coinvolte in maniera meno simmetrica rispetto alla variante ad esordio cronico e le piccole articolazioni delle mani e dei piedi sono quasi sempre fra le prime ad essere interessate.

Frequenti infine sono i sintomi sistemici come malessere, febbre, anoressia, dimagrimento e mialgie.

Esordio cronico

Nella maggior parte dei casi la malattia reumatoide ha un'esordio lento ed insidioso.

Per settimane o mesi il paziente può avvertire un dolore muscolo-scheletrico atipico, dalla durata variabile, da poche ore a due - tre giorni, che si associa a rossore e tumefazione delle articolazioni interessate.

Il dolore tende ad essere localizzato con precisione dal paziente alle sedi articolari; all'esordio interessa più spesso le mani.

Inizialmente la flogosi compare in maniera migrante ed asimmetrica per poi, nella maggior parte dei casi, interessare simmetricamente e contemporaneamente molte sedi articolari.

La rigidità mattutina a carico delle mani è presente sin dalle prime settimane, mentre impotenza funzionale, non riuscire a chiudere completamente il pugno al risveglio, precede l'insorgenza del dolore.

Con il passare delle settimane, il paziente riferisce una progressiva riduzione della forza nelle sedi colpite, mentre comincia a diventare obiettivamente un grado variabile di ipotrofia muscolare.

Esordio palindromico

La comparsa di episodi ricorrenti di monoartrite ad insorgenza improvvisa associata al riscontro di spiccati indici di flogosi, che regrediscono senza segnale in pochi giorni, salvo ripresentarsi con frequenza assai variabile ed in articolazioni diverse, caratterizza il cosiddetto reumatismo palindromico.

Esordio monoarticolare

Un esordio monoarticolare per molti mesi o anni strettamente è raro. Infatti più dell'80% dei pazienti con monoartrite idiopatica va spontaneamente in remissione entro 1 o 2 anni dall'esordio. Né la positività del fattore reumatoide, né il quadro endoscopico o istologico sinoviale permettono di predire l'evoluzione verso un'artrite reumatoide poliarticolare.

Manifestazioni extra-articolari

Gli organi e gli apparati più spesso coinvolti dalla malattia sono la cute, il midollo osseo, il polmone, il sistema nervoso centrale e periferico, il cuore e il rene.

Interessamento cutaneo

La cute è spesso coinvolta: noduli compaiono nel 20-25% dei pazienti. Sono localizzati nel sottocutaneo o in altra struttura connettivale profonda, in sedi iuxta-articolari o in zone particolarmente esposte alla

pressione meccanica; appaiono scarsamente mobili sui piani profondi e possono ulcerare la cute sovrastante.

L'elevato numero di noduli cutanei, istologicamente caratterizzati da uno o più granulomi reumatoidi, caratterizza una variante rara della malattia, denominata nodulosi reumatoide cutanea.

Altra manifestazione frequente è l'eritema palmare, mentre più raramente si osservano ipercromia cutanea in sede iuxta-articolare, ulcere torpide alle gambe e necrosi ischemica delle estremità.

Interessamento ematologico

Anemia

Una anemia di entità variabile, più spesso ipocromica, è presente di regola in tutti i casi di malattia reumatoide in fase attiva ed è legata ad un'accresciuta fragilità eritroblastica e ad una ridotta disponibilità del ferro per accumulo nei tessuti sede di flogosi.

Interessamento polmonare

Il coinvolgimento polmonare è una delle manifestazioni extra-articolari più frequenti della malattia e rappresenta, dopo le infezioni, la seconda causa di morte.

Il quadro clinico è caratterizzato da tosse e dispnea.

Spesso manca un episodio acuto iniziale; i sintomi divengono manifesti quando si giunge alla fase di insufficienza o scompenso funzionale.

Manifestazioni cliniche del coinvolgimento polmonare possono comparire in qualsiasi momento della malattia, esordire con essa, o precederla.

La lesione polmonare più frequente è la interstiziopatia fibrosante, raramente sintomatica e contrassegnata radiologicamente da ispessimento diffuso dell'interstizio, funzionalmente da alto rapporto ventilazione / perfusione e istologicamente da fibrosi discreta del connettivo settale e peribronchiolare.

Una pleurite, più spesso essudativa, può manifestarsi sin dall'esordio inducendo dolore e dispnea.

Interessamento neurologico

Le manifestazioni neurologiche possono variare a seconda dei distretti interessati.

La manifestazione neurologica più comune è una neurite periferica che si verifica dopo 8-10 anni dall'esordio della malattia; colpisce uno o più nervi, spesso il l'ischiatco, il popliteo esterno ed l'ulnare, nei quali induce alterazioni della sensibilità.

Nell'ambito delle alterazioni neurofunzionali in corso di malattia reumatoide è ampiamente dimostrato lo sviluppo di sindromi ansioso-depressive.

Nelle fasi iniziali di malattia prevalgono manifestazioni d'ansia e di irrequietezza, mentre negli stadi più avanzati di malattia è più

frequente il riscontro di sintomi depressivi quali calo del tono dell'umore, perdita di interessi e apatia.

In queste circostanze è fondamentale il supporto sia fisico che morale da parte dell'infermiere.

Interessamento cardiaco

L'interessamento cardiaco in sé è raro ed è caratterizzato da insufficienza aortica o disturbi di conduzione, dovuti alla presenza di noduli reumatoidi presenti a livello delle valvole o del tessuto di conduzione.

Pericardite, cardiomiopatia e lesioni valvolari sono le espressioni della possibile localizzazione cardiaca della malattia.

La pericardite può presentare carattere essudativo e fibroso.

Granulomi intramurali costituiscono la lesione miocardica specifica della malattia reumatoide, causa non comune di compressione del sistema di conduzione specifico.

Interessamento renale

Il rene è colpito raramente nella malattia reumatoide, tuttavia nelle forme vascolitiche può essere presente una glomerulonefrite; nelle forme di maggiore durata è possibile una nefropatia da amiloidosi.

Il danno glomerulare renale può essere conseguenza sia della localizzazione della flogosi reumatoide che della terapia praticata, in particolar modo con farmaci anti-infiammatori.

Clinicamente il reperto più comune è quello di una microematuria spesso associata a proteinuria, inferiore a 1g/die.

In questi pazienti la comparsa di insufficienza renale si associa a rapido scadimento delle condizioni generali e ipertensione arteriosa difficilmente controllabile.

Valutazione diagnostica

La diagnosi si basa sull'anamnesi, sull'esame obiettivo e sui risultati degli esami di laboratorio e strumentali.

Negli ultimi anni sono stati sviluppati criteri classificativi curati dall'American College of Rheumatology (ACR):

CRITERI	COMMENTI
Rigidità mattutina	Durata maggiore di un'ora
Artrite in almeno tre articolazioni	Tumefazione dei tessuti molli o versamento endoarticolare
Interessamento della mano	Polso, metacarpo – falangee o interfalangee prossimali
Artrite simmetrica	Interessamento simmetrico di almeno una articolazione
Noduli reumatoidi	Presenti sulle prominenze ossee e sulle superfici estensorie e documentati dal Medico
Fattore reumatoide positivo	Riscontrato con metodica positiva in meno del 5% dei controlli sani
Modificazioni radiologiche tipiche	Proiezione antero - posteriore del polso e della mano

Per la diagnosi di artrite reumatoide devono essere soddisfatti almeno quattro criteri.

- 1) Ognuno dei 4 criteri deve essere presente da almeno sei settimane; l'artrite deve essere comprovata da un medico che abbia osservato

di persona l'edema dei tessuti molli o il versamento endoarticolare all'interno di tre o più delle 14 articolazioni bersaglio.

- 2) Il coinvolgimento delle articolazioni interfalangee prossimali, metacarpo-falangee e delle metatarso-falangee di entrambi i lati viene considerato simmetrico anche in assenza di completa corrispondenza tra le articolazioni colpite.
- 3) Sono considerate alterazioni radiologiche tipiche le erosioni articolari e l'osteoporosi iuxta-articolare severa, localizzata nelle articolazioni clinicamente interessate.

Esame obiettivo articolare

L'esame obiettivo informa sul numero, sulla simmetria e sull'escursione delle articolazioni coinvolte.

Il paziente lamenta a livello articolare dolore e rigidità particolarmente intensa al mattino.

Tale rigidità si riduce con il movimento, dopo un tempo abbastanza lungo: 1-2 ore.

Obiettivamente le articolazioni presentano tumefazione, arrossamento, calore, impotenza funzionale e versamento articolare.

Parallelamente alla gravità della malattia si evidenziano atrofia dei muscoli e dei tessuti circostanti, riduzione della motilità articolare, contratture e anchilosi.

Esame obiettivo extra- articolare

Un esame obiettivo generale è fondamentale per valutare la presenza e l'eventuale gravità delle manifestazioni extra-articolari, quali interessamento cutaneo (la presenza di noduli reumatoidi, papule e placche eritematose, di vascoliti), l'interessamento polmonare, cardiaco, renale e neurologico.

Esami di laboratorio

Nelle fasi di attività della malattia risultano positivi gli indici biologici (IBF) di flogosi: vi è aumento della VES, delle alfa 2 globuline e delle gamma globuline, positività della PCR, iperleucocitosi neutrofila con lieve anemia microcitica ed ipotransferrinemia.

Nel 60 – 80% dei casi vi è positività ai fattori reumatoidi IgM.

Il test non è specifico, in quanto risulta positivo nell'1% della popolazione adulta sana, nel 10% di quella oltre i 65 anni di età e in una percentuale variabile di pazienti affetti da epatopatie croniche, neoplasie, malattie infettive ed altre connettiviti.

Gli anticorpi anti-nucleo sono presenti nel 20% dei casi, mentre le crioglobuline, si possono dimostrare nel 20-30% dei pazienti.

L'attività complementare emolitica del siero è sempre nella norma o aumentata, mentre nel liquido sinoviale risulta ridotta.

Per quanto riguarda il liquido sinoviale prelevato tramite artrocentesi, questo si presenta di color giallo citrino con ridotta viscosità e iperleucocitosi neutrofila, con cellularità compresa tra 2500 e 50000 elementi/mmc.

Esami strumentali

Lo studio radiologico, in fase precoce, mostra tumefazione dei tessuti molli, distensione capsulare, osteoporosi regionale o iuxta-articolare e una lieve riduzione di ampiezza delle rime articolari.

In fase avanzata compaiono riduzione della interlinea e irregolarità delle superfici articolari, erosione e perdita di sostanza in corrispondenza della inserzione della capsula e dei tendini, sublussazioni, cisti sub-condrali sino all'anchilosi.

Le articolazioni più precocemente interessate da alterazioni radiologicamente apprezzabili sono le interfalangee prossimali delle mani.

Le tecniche di immagine svolgono un'insostituibile ruolo nella gestione del paziente affetto da malattia reumatoide. Tuttavia solo nel 60-70% dei casi sono evidenziabili erosioni articolari nel primo anno di malattia ed in una percentuale di casi significativa (15-20%) le erosioni sono assenti anche dopo anni dall'esordio.

Nelle fasi precoci, la radiologia convenzionale non sempre è di aiuto e la diagnosi deve basarsi prevalentemente sugli elementi clinici.

Di fondamentale e crescente importanza appare, invece, la capacità della radiologia convenzionale mirata su mani e piedi di quantificare e quindi di seguire nel tempo, l'entità del danno articolare.

Negli ultimi anni sta emergendo il ruolo della risonanza magnetica nucleare (RMN) come metodica in grado di fornire informazioni utili per la diagnosi nelle fasi iniziali della malattia; in particolare è spesso possibile evidenziare, già nelle prime settimane dopo l'esordio, la presenza di sinovia ipertrofica ed edematosa intorno i tendini estensori del carpo e nelle sedi articolari tipicamente interessate dalla flogosi reumatoide.

Anche l'ecografia svolge un ruolo preminente nel rivelare la presenza di infiammazione sinoviale ed è pertanto utile nel controllare nel tempo l'estensione e l'attività del processo infiammatorio. L'ecografia inoltre permette di studiare strutture extra-articolari come capsule articolari e tendini, il cui frequente coinvolgimento fino alla rottura è tra le principali cause di disabilità.

Decorso e prognosi

Il decorso della malattia è contraddistinto dall'alternanza di fasi di riaccensione e remissione del processo sinoviteico e la prognosi è strettamente correlata con il numero, l'intensità e la durata delle poussées sinoviteiche.

Presidi terapeutici

Gli obiettivi del trattamento sono:

- 1) il controllo rapido dei segni e dei sintomi dell'inflammazione;
- 2) il controllo della progressione del danno articolare;
- 3) la preservazione della funzione articolare;
- 4) la prevenzione ed il trattamento delle localizzazioni sistemiche e delle complicanze.

La terapia va iniziata il più precocemente possibile, perché la progressione del danno articolare è massima nei primi mesi ed anni di malattia.

La terapia medica della malattia reumatoide si avvale oggi di due categorie di farmaci: anti-infiammatori non steroidei, steroidei e farmaci di fondo.

FARMACI ANTI-INFIAMMATORI NON STEROIDEI (FANS)

La scelta del farmaco anti-infiammatorio non steroideo per iniziare il trattamento di un paziente con malattia reumatoide è in gran parte empirica. La risposta individuale è ampiamente variabile, anche tra membri della stessa famiglia chimica, sia in termini di efficacia che di tollerabilità.

Il massimo effetto anti-infiammatorio viene raggiunto dopo 1 o 2 settimane; è necessario pertanto attendere questo intervallo di tempo prima di aumentare la dose del farmaco impiegato o di sostituirlo con un altro.

La durata dell'effetto dei FANS è influenzata dalla via di somministrazione; infatti l'impiego per via parenterale si associa in genere ad una durata di azione più breve.

La tossicità gastrointestinale è il principale effetto avverso dei FANS.

Particolarmente temibili sono le ulcere peptiche complicate.

Tutti gli anti-infiammatori non steroidei determinano riduzione del flusso ematico renale, particolarmente a livello della midollare, con riduzione del filtrato.

L'uso dei glucocorticoidi

La loro pronta ed intensa azione anti-infiammatoria, legata principalmente all'inibizione della sintesi di prostaglandine e leucotrieni ed al blocco della produzione di citochine flogogene, determina una rapida riduzione della tumefazione e del dolore articolare con recupero funzionale.

Nei pazienti in terapia con corticosteroidi a basse dosi è stata evidenziata un'aumentata incidenza di accidenti cerebrovascolari, da riferire all'induzione di aterosclerosi accelerata; il danno vascolare è aggravato dall'induzione di ipertensione, insulino-resistenza, iperlipidemia; tutti possibili effetti collaterali dei corticosteroidi.

Terapia intra-articolare

Le articolazioni più frequentemente oggetto di terapia locale sono il ginocchio e la spalla; meno spesso vengono infiltrati gomito, polso e caviglia. La terapia intra-articolare trova indicazione anche nel trattamento delle localizzazioni temporomandibolare e cricoaritenoidea.

L'infiltrazione di queste sedi articolari è seguita generalmente da attenuazione della sintomatologia dolorosa e dal recupero funzionale, senza complicanze a lungo termine.

Lo steroide è il farmaco di scelta per la terapia locale nella malattia reumatoide.

La somministrazione determina una pronta caduta della sintomatologia dolorosa, in genere entro 1-2 giorni, con durata dell'effetto che varia da 1-2 settimane a pochi mesi; ciascuna sede

articolare non può essere nuovamente infiltrata prima di 3-4 mesi e per più di 3 volte l'anno.

Somministrazioni troppo numerose o ravvicinate possono indebolire fino alla rottura la capsula articolare e le strutture tendinee e legamentose dell'articolazione.

Farmaci di fondo

Sono farmaci che modificano il decorso clinico della malattia.

Non vi sono linee guida sull'impiego dei farmaci di fondo, ma si va consolidando la tendenza ad introdurli prima possibile, specie nei soggetti con fattori prognostici negativi, come fattore reumatoide ad alto titolo, assetto genetico compatibile, presenza di manifestazioni extra-articolari, segni radiologici di danno osseo o cartilagineo.

I sali d'oro per via parenterale sono stati per molto tempo considerati il primo approccio terapeutico, mentre negli ultimi anni è stato privilegiato il methotrexate come farmaco di prima scelta per la rapidità della sua azione, per la sua capacità marcata di ridurre la sinovite e per la relativa minore tossicità.

La posizione degli altri farmaci è meno definita; gli antimalarici sono riservati alle forme di lieve entità e lentamente progressive; l'azatioprina ai casi di fallimento di altri farmaci o quando si debba

ridurre la dose quotidiana necessaria di steroidi; la sulfasalazina ha acquisito un suo ruolo dopo la caduta in disuso della penacillamina.

Ciclofosfamide, clorambucile e ciclosporina sono per lo più impiegati nel trattamento delle forme più severe.

In questi ultimi tempi, i farmaci più utilizzati sono gli anti-TNFalfa (Etanercept e Infliximab).L'etanercept viene somministrato per via sottocutanea alla dose di 25 mg due volte la settimana.

L'infliximab è un anticorpo chimerico somministrato per infusione endovenosa lenta ad una dose compresa fra 3 e 10 mg/Kg ogni 4-8 settimane.L'uso di infliximab va associato a quello del methotrexate.

Efficacia clinica

Il trattamento con agenti anti-TNFalfa si è dimostrato efficace in studi controllati a breve termine (un anno) sia in monoterapia (etanercept) che in terapia di combinazione con Methotrexate (etanercept e infliximab). L'efficacia di questi trattamenti risulta spesso superiore a quella dei trattamenti convenzionali, ma non tale da giustificare per ora l'impiego alternativo in pazienti non precedentemente trattati con i tradizionali farmaci di fondo. Appare invece di grande rilevanza clinica l'efficacia dimostrata dai farmaci anti-TNFalfa nei pazienti con malattia in fase persistentemente attiva nonostante un adeguato

trattamento con farmaci di fondo, ove si sono dimostrati significativamente più efficaci rispetto al placebo.

Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego

Infliximab è stato associato a fenomeni di ipersensibilità da infusioni di tipo immediato e ritardato. Questi effetti hanno tempi di insorgenza diversi. Reazioni acute all'infusione di tipo immediato si possono verificare mediante o entro le due ore successive all'infusione e si verificano più comunemente durante la prima e la seconda infusione e possono essere correlati alla velocità di infusione del farmaco. Se si verificano reazioni acute all'infusione, se ne può ridurre la velocità o sospenderla temporaneamente fino alla scomparsa dei sintomi e quindi riprenderla ad una velocità ridotta. Gli effetti lievi e transitori non richiedono né trattamento medico né sospensione dell'infusione.

Alcuni effetti possono risultare da moderati a gravi e richiedere quindi il trattamento sintomatico e l'eventuale sospensione dell'infusione di infliximab. L'attrezzatura d'emergenza e i farmaci per il trattamento di questi effetti (es. paracetamolo, anti-istaminici, corticosteroidi e/o adrenalina) devono essere a disposizione per un uso immediato.

I pazienti possono essere pretrattati, ad esempio, con anti-istaminici e/o paracetamolo per prevenire gli effetti lievi e transitori.

In alcuni pazienti si possono sviluppare anticorpi contro l'infliximab che raramente possono causare gravi reazioni allergiche.

Infezioni

Il fattore di necrosi tumorale alfa (TNFalfa) media l'infiammazione e modula le risposte immunitarie cellulari. Nei pazienti trattati con infliximab sono state segnalate infezioni opportunistiche, che suggeriscono come la difesa del soggetto verso le infezioni sia compromessa. Deve essere sottolineato che l'inibizione del TNFalfa può anche mascherare i sintomi di un'infezione quali la febbre.

Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

Vi sono indicazioni che l'uso concomitante di methotrexate in pazienti affetti da malattia reumatoide riduca la formazione di anticorpi verso l'infliximab e ne aumenti le concentrazioni plasmatiche.

Queste alterazioni sono state osservate ad un dosaggio più basso di quello terapeutico (1mg / Kg). Non sembra che i corticosteroidi alterino la farmacocinetica di infliximab in modo clinicamente rilevante.

Poco è noto in merito a possibili interazioni fra infliximab ed altri farmaci.

Gravidanza ed allattamento

Non vi sono dati sull'uso di infliximab nelle donne in gravidanza.

A causa dell'inibizione del TNFalfa, l' infliximab somministrato durante la gravidanza potrebbe alterare le normali risposte immunitarie del neonato, per cui la sua somministrazione non è raccomandata durante la gravidanza. Le donne in età fertile devono ricorrere ad un adeguato metodo contraccettivo durante il trattamento e continuarne l'uso per almeno sei mesi dopo l'ultima somministrazione.

Non è noto se infliximab venga escreto nel latte materno o assorbito per via sistemica dopo l'ingestione. Poiché le immunoglobuline umane vengono escrete nel latte materno, è contro-indicato l'allattamento al seno per almeno sei mesi dopo il trattamento.

Effetti collaterali all'infusione

Negli studi clinici il 19% dei pazienti trattati con infliximab rispetto all'8% dei pazienti trattati con placebo ha presentato effetti correlati all'infusione sia durante che nelle due ore successive.

Circa il 3% delle infusioni era accompagnato da sintomi non specifici come febbre o brividi, lo 0,7% da prurito e orticaria, l'1% da reazioni cardiopolmonari (primariamente dolore toracico, ipotensione, ipertensione o dispnea) e lo 0,1% da sintomi combinati di prurito/orticaria e disturbi cardiopolmonari.

La sospensione del trattamento è avvenuta nell'1,9% dei pazienti; tutti i pazienti si sono ristabiliti con o senza terapia medica.

Gli effetti correlati all'infusione sono risultati più frequenti durante la prima infusione e in misura minore nelle successive.

Leflunomide

La leflunomide è indicata nel trattamento di pazienti adulti affetti da malattia reumatoide attiva, come farmaco antireumatico in grado di modificare il decorso della malattia.

Un recente trattamento con farmaci di fondo epatotossici o mielotossici può portare ad un aumento degli effetti collaterali; quindi, prima di iniziare una terapia con leflunomide, si deve fare un'attenta valutazione in termini di rischio/beneficio.

Posologia e modalità di somministrazione

La terapia con leflunomide deve essere avviata con una dose iniziale di 10mg una volta al giorno, per tre giorni. La dose di mantenimento raccomandata varia da 10 a 20 mg una volta al giorno.

Normalmente l'effetto terapeutico si instaura dopo 4-6 settimane di trattamento e può ulteriormente progredire dopo 4-6 mesi.

Controindicazioni

Leflunomide è controindicata nei casi di immunodeficienza grave; funzionalità midollare significativamente compromessa o con anemia, leucopenia, neutropenia o trombocitopenia gravi, non legati alla malattia reumatoide; infezioni serie; insufficienza renale da moderata a grave, perché in tale gruppo di pazienti non sono disponibili sufficienti esperienze cliniche; insufficienza epatica; ipoprotilalemia grave; donne gravide o donne in età feconda che non facciano uso di metodi contraccettivi affidabili durante il periodo di trattamento con leflunomide. Prima di iniziare la terapia si raccomanda di escludere una gravidanza. Anche l'allattamento al seno è controindicato. trattamento.

I pazienti di sesso maschile dovrebbero essere informati della possibile tossicità gonadica.

Associazioni con altri trattamenti

Non è stato ancora studiato l'uso di leflunomide con gli antimalarici utilizzati nelle malattie reumatiche, i sali d'oro somministrati per via intramuscolare o orale, la D-penicillamina, l'azatioprina ed altri

immunosoppressori non è stato ancora studiato. Non si conosce ancora il rischio associato ad una terapia combinata, in particolare per un trattamento a lungo termine. Poiché tale terapia può causare tossicità additiva o anche sinergica, la combinazione con un altro farmaco di fondo non è consigliabile.

Reazioni ematologiche

Il rischio di alterazioni ematiche è aumentato nei pazienti con preesistente anemia, leucopenia, e/o trombocitopenia, come pure nei soggetti con ridotta funzionalità del midollo osseo o che sono a rischio di mielo-soppressione.

Reazioni cutanee

In caso di stomatite ulcerosa, la somministrazione di leflunomide deve essere sospesa. Sono stati riportati casi molto rari di sindrome di Stevens-Johnson o di necrolisi epidermica tossica nei pazienti in terapia con leflunomide.

Appena si dovessero osservare reazioni della cute e/o delle mucose che destino il sospetto di reazioni così gravi, il trattamento con leflunomide deve essere sospeso.

Infezioni

È noto che i farmaci immunosoppressivi possono predisporre i pazienti ad un aumentato rischio di infezioni, e che queste possono presentarsi con maggiore gravità. Per tale motivo le infezioni richiedono un trattamento precoce e aggressivo. Nel caso in cui insorga una infezione grave e incontrollata, può rendersi necessaria la sospensione della terapia con leflunomide.

Effetti indesiderati negli studi clinici

Meccanismo di difesa

Frequenti: Infezione virale (influenza, infezioni da herpes), febbre

Poco frequenti: Ascessi, cellulite, moniliasi, sepsi, processo di cicatrizzazione

alterato, infezioni batteriche, tubercolosi, infezioni fungine

Immunitario

Poco frequenti: Autoanticorpi, sindrome simil-lupus, alterazioni del complemento
Sangue
Poco frequenti: Anemia, leucopenia, linfadenopatia, linfocitosi, linfopenia, neutropenia, trombocitopenia
Psichiatrico
Poco frequenti: Depressione, confusione, ansia, amnesia, apatia, nervosismo, sonnolenza
Sistema nervoso centrale e periferico
Frequenti: Cefalea, vertigini/senso di instabilità
Vista e udito
Poco frequenti: Congiuntivite, endoftalmite, cheratocongiuntivite
Cardiovascolare
Frequenti: Rossore
Poco frequenti: Ecchimosi/ematoma, ipertensione, ipotensione, sincope, petecchie, tromboflebite, bradicardia, palpitazioni, vasospasmo, cianosi, ischemia periferica, aritmia
Apparato respiratorio
Frequenti: Infezioni delle alte vie respiratorie, infezioni delle basse vie respiratorie, (es.bronchite, polmonite), dispnea
Poco frequenti: Sinusite, epistassi, broncospasmo, pleurite, reazioni allergiche del tratto respiratorio, edema polmonare
Apparato gastro- intestinale
Frequenti: Nausea, diarrea, dolore addominale, dispepsia
Poco frequenti: stipsi, reflusso gastroesofageo, cheilite, diverticolite
Apparato epatico e biliare
Frequenti: Funzionalità epatica alterata
Poco frequenti: Colecistite
Cute e annessi
Frequenti: Rash cutaneo, prurito, orticaria, sudorazione aumentata, secchezza cutanea
Poco frequenti: Dermatite fungina/onicomicosi, eczema/seborrea, orzaiolo, eruzione bollosa, foruncolosi, edema periorbitale, ipercheratosi, acne rosacea, verruche, pigmentazione anomala della pelle, alopecia

Apparato muscolo-scheletrico Poco frequenti: Mialgie-artralgie
Apparato urinario Frequenti: Infezione del tratto urinario, pielonefrite
Riproduttivo Poco frequenti: Vaginite
Organismo in generale Frequenti: Fatica, dolore toracico Poco frequenti: Edema, vampate di calore, sindrome da infusione, dolore, brividi/tremori

Scopo della tesi

La malattia reumatoide è una malattia cronica infiammatoria sistemica del tessuto connettivo, colpisce sia le articolazioni provocando dolore e gonfiore sia altri organi ed apparati. Ha un'evoluzione centripeta con tendenza alle deformità articolari.

Molto importante è un approccio multidisciplinare in cui collaborino più figure professionali, dal medico all'infermiere, per fornire una risposta globale e risolutiva ai bisogni di assistenza di un soggetto affetto da questa malattia cronica ed invalidante.

Il dialogo dell'infermiere con il paziente permette di chiarire molte cose. Il primo approccio che il paziente ha al momento del ricovero è proprio con l'infermiere, il quale cercherà di fare sia una valutazione soggettiva che una valutazione oggettiva del soggetto in modo tale da formulare le diagnosi infermieristiche.

In questo studio, partecipando attivamente all'attività del gruppo di lavoro sulle malattie autoimmuni della Clinica Medica, costituito da

medici ed infermieri, abbiamo indagato lo stato di salute in 10 pazienti affetti da artrite reumatoide, mediante questionario validato a livello internazionale, allo scopo di:

- verificare come i pazienti con artrite reumatoide vivono la loro malattia e
- come questa incida nelle loro prospettive future.

Approccio globale alla malattia reumatoide

Il trattamento della malattia reumatoide, richiede un approccio multidisciplinare. L'èquipe di lavoro comprende il medico, l'infermiere e il fisioterapista.

Gli obiettivi includono la riduzione o la soppressione del processo infiammatorio, prevenire la progressione della malattia, l'aumento del benessere, la diminuzione degli effetti secondari, il mantenimento della funzionalità articolare e muscolare, il ritorno ad uno stato di vita desiderabile e produttivo.

Fin dalle fasi iniziali è importante impostare il trattamento con l'istruzione del paziente, consigliandogli di mantenere un equilibrio tra i periodi di riposo e attività e di riferirsi a gruppi di supporto.

Il paziente deve acquisire la conoscenza necessaria per una propria autonomia e uno stile di vita soddisfacente.

Questo tipo di approccio contribuisce a ridurre la disabilità del paziente e a restituirgli uno stile di vita accettabile.

Per pianificare un programma efficace di trattamento, si deve tenere in considerazione non solo i bisogni quotidiani del paziente, ma anche le precedenti funzioni fisiologiche, psicologiche, professionali e sociali.

L'infermiere svolge le sue funzioni in collaborazione con il medico e il fisioterapista. Il ruolo del medico contribuisce al miglioramento della mobilità attraverso programmi di esercizi che riguardano le attività quotidiane del paziente.

La comprensione degli obiettivi dei diversi partecipanti è fondamentale per preparare un piano di cura efficiente.

Il ruolo dell'infermiere dovrebbe essere quello di:

- assistere il paziente
- aiutarlo nell' autogestione
- insegnare al paziente il giusto comportamento per affrontare la malattia.

L'infermiere deve promuovere, mantenere e ristabilire la salute del malato.

Uno degli aspetti più difficili da affrontare per il paziente è quello di non riuscire ad essere completamente autonomo e proprio per questo l'infermiere deve comunicare, consigliare, assistere e sostenere il paziente e i suoi familiari.

Un ulteriore scopo del lavoro dell'infermiere è quello di portare il malato a una gestione autonoma delle proprie attività quotidiane, migliorandone di conseguenza la qualità di vita.

In alcuni casi sono richiesti accertamenti per assicurare che i problemi del paziente siano identificati, pianificati, effettuati e valutati.

Il raggiungimento degli obiettivi dipenderà dall'aiuto del paziente, dalle cure mediche ed infermieristiche e dagli esercizi di routine sviluppati dal fisioterapista.

Accertamento

La raccolta dei dati comincia con l'intervista al paziente e l'esame obiettivo.

Mentre compila l'anamnesi l'infermiere valuta l'immagine che il paziente ha di sé, in relazione alle alterazioni muscoloscheletriche e determina se egli risenta di un affaticamento inconsueto, o soffra di debolezza generalizzata, di dolore, di rigidità mattutina, febbre o anoressia.

L'esame obiettivo include la valutazione dei sistemi cardiovascolari, polmonare, renale e muscoloscheletrico.

L'infermiere mira all'identificazione dei problemi e dei fattori che influenzano la scelta dell'intervento.

Nella valutazione delle articolazioni, l'infermiere le ispeziona, le palpa e rivolge domande sull'indolenzimento, il gonfiore e l'arrossamento articolare, accertando la mobilità, l'ampiezza di movimento e la forza muscolare. Qualsiasi visibile limitazione richiede un'indagine ulteriore per valutare le difficoltà funzionali; richiedendo al paziente di compiere specifici movimenti .

L'infermiere valuta anche l'adesione al regime farmacologico e la capacità di gestirlo autonomamente.

Le informazioni ricevute possono dare un quadro della comprensione del paziente riguardo alla malattia e alla terapia rivelando per esempio somministrazioni scorrette o non aderenti alle prescrizioni.

Si dovrebbero ottenere informazioni anche sul grado di conoscenza del paziente, sulla sua determinazione, sulle sue capacità di reazione, le esperienze passate, i preconcetti e i timori.

Diagnosi infermieristiche

Sulla base dei dati di valutazione, le principali diagnosi infermieristiche possono essere:

- Dolore relativo all'infiammazione, al danno tessutale e alla immobilità articolare.
- Affaticamento dovuto al progredire della malattia.
- Lacune nella cura personale (alimentazione, igiene, cura del proprio aspetto) causate dalla fatica e dalla rigidità articolare.
- Sonno disturbato.
- Mancanza di conoscenza nelle decisioni di autogestione.
- Alterazioni nel concetto di sé, relativo alla dipendenza fisica e psicologica della malattia cronica e alla perdita di autonomia.

Pianificazione e attuazione degli interventi

Sollievo dal dolore e dal malessere

Obiettivo:

Alleviare al paziente il dolore e il malessere causati dalla patologia.

Indicatore:

Il paziente presenta sollievo dal dolore e dal malessere come indicato nei protocolli e nelle procedure prestabiliti.

Aspetto tecnico:

- Praticare applicazioni calde per alleviare il dolore, la rigidità e gli spasmi muscolare.
- Eseguire bagni di paraffina (calore concentrato) per alleviare il dolore ai polsi e alle piccole articolazioni.
- Per i processi infiammatori acuti, adattare applicazioni fredde (compresse umide o borse del ghiaccio).

- Attuare le tecniche di visualizzazione.
- Far eseguire al paziente la tecnica di autoipnosi precedentemente insegnata.
- Seguire e controllare i miglioramenti raggiunti dal paziente.

Aspetto relazionale :

- Informare sull'utilità della tecnica e sui benefici che questa comporta.
- Spiegare al paziente l'utilità delle applicazioni di calore per compiere con maggiore efficacia e facilità gli esercizi terapeutici.
- Spiegare al paziente che le applicazioni calde e fredde agiscono come analgesici e rilassano gli spasmi muscolari.
- Spiegare al paziente che:
 1. le tecniche di rilassamento muscolare riducono la tensione muscolare e l'ansia;
 2. la visualizzazione distoglie l'attenzione dal dolore.

L'autoipnosi permette il rilassamento e la concentrazione su eventi piacevoli in modo da escludere le esperienze spiacevoli e gli stimoli dolorosi.

- Raccomandare ai familiari di cercare di distrarre il paziente, affinché dedichi attenzione ad altri avvenimenti che non siano il solo dolore.
- Chiedere al paziente se trova giovamento da queste terapie palliative.
- Informare il paziente e i familiari che, per qualsiasi necessità, ci sarà subito un operatore che risponderà alla richiesta di aiuto.

Aspetto educativo:

- Educare il paziente a mantenere le applicazioni topiche in sede.
- Educare il paziente alle tecniche di rilassamento muscolare, di visualizzazione, di autoipnosi e di distrazione.
- Insegnare le tecniche anche ai familiari affinché aiutino il paziente ad eseguirle correttamente.

Riduzione dell'affaticamento

Obiettivo:

Mantenere il paziente ad uno stato di riposo e tranquillità introducendo nelle attività quotidiane le misure necessarie.

Indicatore:

Il paziente è tranquillo e non affaticato come indicato nei protocolli e nelle procedure prestabiliti.

Aspetto tecnico:

- Fornire misure di sostegno per ridurre la fatica.
- Stabilire periodi di riposo nel programma di attività fisiche.
- Assistere nello stabilire le priorità.
- Eseguire le tecniche di rilassamento.

- Eseguire le tecniche di trattamento del dolore.
- Aiutare a definire un rapporto appropriato di attività e riposo.

Aspetto relazionale:

- Consigliare di distanziare le attività.
- Istruire riguardo:
 1. Il rapporto tra le acuzie (stato di massima gravità) della patologia e la fatica.
 2. L'anemia in rapporto alla patologia.
 3. La capacità fisica fluttua con le fasi della malattia.
 4. Il beneficio di una terapia marziale, con alimenti o supplementi.
 5. Fattori fisici ed emotivi possono causare fatica.
- Istruire il paziente e i familiari sulle tecniche di rilassamento e trattamento del dolore.

Aspetto educativo:

- Educare il paziente sui metodi per prevenire o modificare l'affaticamento.
- Illustrare al paziente i fattori fisici e psicologici che possono causare affaticamento.

Aumento dell'indipendenza nell'autogestione della malattia (self-care)

Obiettivo:

Far raggiungere e mantenere al paziente una buona mobilità funzionale.

Indicatore:

Il paziente raggiunge e mantiene una buona mobilità come indicato nei protocolli e nelle procedure prestabiliti.

Aspetto tecnico:

- Praticare esercizi terapeutici.
- Adottare idonei strumenti di supporto.
- Incoraggiare l'indipendenza e assistere dove necessario.

- Aiutare il paziente a identificare i punti carenti e i fattori che interferiscono con la possibilità di effettuare una adeguata autogestione della malattia.
- Sviluppare con il paziente un piano di obiettivi e interventi per soddisfare le necessità di self-care, come la protezione delle articolazioni, la conservazione dell'energia, la semplificazione dell'attività.

Aspetto relazionale:

- Informare sull'utilità degli esercizi terapeutici e degli strumenti di supporto.
- Consigliare un fisioterapista.
- Consigliare l'uso di scarpe adatte.
- Aiutare a individuare le difficoltà ambientali.
- Spiegare l'importanza di periodi di riposo dopo l'attività.

Aspetto educativo:

- Insegnare al paziente gli esercizi utili per raggiungere una buona mobilità.
- Insegnare gli esercizi anche ai familiari affinché aiutino il paziente ad eseguirli nel modo giusto.

- Educare il paziente e i familiari sulle difficoltà ambientali e sull'uso di strumenti di supporto.

Miglioramento del sonno

Obiettivo:

Tranquillizzare il paziente in modo da fargli raggiungere un sonno adeguato.

Indicatore:

Il paziente è tranquillo e riesce a dormire bene durante la notte.

Aspetto tecnico:

- Adattare il letto alle singole esigenze.
- Stabilire dei gesti rituali e abitudinari da praticare prime di coricarsi.
- Tranquillizzare e rassicurare il paziente.
- Somministrare sedativi o ipnotici quando gli altri mezzi non danno

beneficio.

Aspetto relazionale:

Analizzare insieme i fattori che possono interferire con il sonno:

- Ridurre l'assunzione di cibo e caffeina alla sera.
- Non bere alcolici alla sera.
- Aumentare l'attività fisica nei limiti della tolleranza.
- Evitare troppi stimoli prima di coricarsi.
- Non dormire nel tardo pomeriggio.

Aspetto educativo:

- Educare il paziente sul corretto utilizzo dei farmaci.
- Ricordare il paziente che le difficoltà del sonno dipendono spesso da fattori che non sono in relazione con la patologia.

Maggiore conoscenza sul trattamento della patologia

Obiettivo:

Far raggiungere al paziente una buona conoscenza sul trattamento della patologia

Indicatore:

Il paziente ha le conoscenze necessarie per compiere scelte di autogestione della sua patologia.

Aspetto tecnico:

- Istruire il paziente sul trattamento di base della sua malattia (causa, terapia, prognosi).
- Valutare la disponibilità ad imparare.

- Identificare gli ostacoli nell'apprendimento.
- Utilizzare diversi metodi per insegnare l'autogestione.

Aspetto relazionale:

- Spiegare il regime farmacologico e la sua autosomministrazione.
- Esporre i cambiamenti necessari nelle proprie abitudini di vita.
- Informare i familiari che il loro interesse può influenzare l'abilità del paziente a compiere cambiamenti necessari.

Aspetto educativo:

- Educare il paziente sul tipo di terapia che dovrà autogestire.
- Far capire al paziente che il rispetto di certe norme di vita è importante.
- Far capire ai familiari che il loro interesse è molto importante per il paziente.

Miglioramento dell'immagine di sé

Obiettivo:

Favorire una riconciliazione tra il concetto della propria immagine e le alterazioni fisiche e psicologiche imposte dalla patologia reumatica.

Indicatore:

Il paziente ha una migliore immagine di se stesso.

Aspetto tecnico:

- Identificare gli elementi di controllo sui sintomi e il trattamento della malattia.
- Riservare del tempo per parlare tranquillamente con il paziente.
- Identificare i meccanismi di reazione efficaci.

- Capire le reazioni emotive del paziente.

Aspetto relazionale:

- Incoraggiare il paziente ad esprimere emozioni, timori e sensazioni.
- Aiutare il paziente a valutare la situazione e i problemi d'identità.
- Spiegare al paziente che il concetto di sé può essere alterato dalla patologia o dal trattamento in atto.

Aspetto educativo:

- Educare il paziente sul fatto che la patologia può comportare cambiamenti del sé.
- Educare il paziente sui cambiamenti fisici che può avere a causa della patologia.

Valutazione

Risultati attesi:

1. Il benessere del paziente è migliorato:
 - Riconosce i fattori che esasperano o influenzano la risposta del dolore.
 - Identifica e usa le misure di gestione del dolore.

2. Introduce nella sua vita giornaliera quelle pratiche che gli permettono di ridurre l'affaticamento:
 - Esprime il rapporto tra fatica e attività patologica.
 - Identifica e utilizza misure per prevenire o modificare la fatica.

3. Ottiene e mantiene una ottimale funzionalità delle articolazioni e una cura personale indipendente o utilizzando le risorse disponibili:
 - Descrive e impiega misure per prevenire la perdita di mobilità.
 - Identifica e utilizza metodi alternativi per soddisfare le sue necessità.
 - Usa tecniche appropriate e/o mezzi di supporto per aiutare la mobilità articolare.
4. Nota un miglioramento nella qualità del sonno:
 - Identifica e usa tecniche per indurre o mantenere il sonno.
 - Identifica le terapie farmacologiche che aiutano il sonno e le impiega correttamente.
5. Il paziente possiede le informazioni necessarie sul processo della malattia e della terapia per intervenire attivamente nelle decisioni da prendere.
6. Riesce a conciliare l'immagine di sé con le alterazioni prodotte dalla malattia:
 - Esprime concetti di auto- stima.
 - Stabilisce e realizza obiettivi significativi e realistici.
 - Impiega metodi di comunicazione e di autogestione appropriati.

Qualità di vita durante la malattia reumatoide

Prendendo in considerazione la popolazione americana affetta da malattia reumatoide, più comunemente detta artrite, ci si rende subito conto che il dolore cronico è uno dei maggiori problemi ed è uno dei principali effetti di indebolimento. Più di quaranta milioni di americani sono affetti da una qualche forma di artrite e molti hanno dolori cronici che ne limitano le attività quotidiane. L'osteoartrosi è la forma più comune di patologia articolare che affligge oltre venti milioni di americani, mentre l'artrite reumatoide, che affligge 2,1 milioni di americani è la forma più disabilitante della malattia.

Cause determinanti il dolore artrite

Il dolore dell'artrite può dipendere da differenti motivi. Questi possono includere infiammazione della membrana sinoviale (il tessuto che riveste le articolazioni), i tendini, o i legamenti, strappo muscolare e fatica. Una combinazione di questi fattori contribuisce all'intensificazione del dolore. Il dolore dell'artrite reumatoide varia dalla soggettività del paziente, ragione per cui è importante individualizzare il trattamento. I fattori che contribuiscono al dolore sono fondamentalmente il gonfiore all'interno delle e il calore.

Le diverse attività influiscono in maniera diversa sul dolore, così che alcuni pazienti riferiscono artralgie non appena si alzano dal letto la mattina, mentre altri avvertono dolore dopo un uso prolungato dell'articolazione. Ogni individuo ha una soglia e una tolleranza al dolore differente; spesso influenzate da fattori sia fisici sia emotivi.

Questi possono includere depressione, ansietà e ipersensibilità dovuta all'infiammazione e alla lesione del tessuto. L'aumento della sensibilità sembra incidere sull'aumento del dolore percepito dall'individuo. Il supporto sociale dei mezzi di comunicazione può dare un contributo importante per la gestione del dolore.

Metodo di rilevamento del dolore artrite

Il dolore è un'esperienza unica e privata che non può essere completamente compresa. Il metodo più comune per misurare il

dolore consiste nell'interrogare direttamente il paziente e registrare le difficoltà che riscontra. Per esempio, il medico può chiedere al paziente di descrivere il livello di dolore che prova su una scala da uno a dieci.

Il paziente può usare parole come dolorante, bruciante, pungente o penetrante. Queste parole danno al medico un quadro più chiaro sul dolore che il paziente prova. Nello stilare un trattamento guida è utile ai medici verificare su un diario tenuto dal paziente dove registrare le sensazioni di dolore. In un giorno base, il soggetto può descrivere la situazione che causa o modifica l'intensità, le sensazioni, l'intensità del dolore e le reazioni ad esso conseguenti. Per esempio: "Lunedì sera dolori violenti alle ginocchia dopo aver fatto le pulizie di casa hanno pregiudicato il sonno. Martedì mattina a causa del dolore è stato duro alzarsi dal letto, comunque, sono riuscita a fronteggiare il dolore prendendo le medicine e applicando ghiaccio alle ginocchia".

Il diario dà al medico un'idea del dolore e può giocare un ruolo importante nell'affrontare la malattia.

Procedure mediche durante la prima visita

Il medico solitamente procede in questo modo :

- Chiede la storia clinica del paziente : da quanto tempo convive con il dolore? Quanto intenso è il dolore? Ogni quanto tempo si manifesta? Quali cause lo peggiorano? Quali lo alleviano?
- Controlla la terapia in atto al momento.
- Procede all'esame obiettivo per determinare le cause del dolore e come questo influisca sulle capacità funzionali; richiede gli esami di laboratorio e strumentali (Radiografia, Ecografia, Risonanza Magnetica Nucleare) utili all'inquadramento corretto del caso.

Una volta che il medico ha visionato i risultati, trae le conclusioni ed elabora un piano di cura adeguato.

Figure mediche che curano il dolore artrite

Diversi specialisti possono essere coinvolti nella cura di un paziente con artrite, come ortopedici, fisiatristi, e fisioterapisti riabilitatori.

Il loro obiettivo è quello di trattare tutti gli aspetti della malattia artritica e di aiutare il paziente a gestire il dolore.

Trattamento del dolore nell'artrite reumatoide

Non esiste un singolo trattamento che possa essere applicato genericamente, è il medico a sviluppare un piano per contenere il dolore e migliorare la funzionalità delle articolazioni.

Diversi trattamenti possono essere utili ad alleviare il dolore in un tempo relativamente breve.

Medicinali:

I pazienti con artrite reumatoide di solito hanno dolore causato dall'infiammazione e spesso traggono beneficio dall'aspirina o altri anti-infiammatori non steroidei (FANS).

Caldo e freddo:

La decisione di usare il caldo o il freddo per il dolore artritico dipende dalla fase di attività dell'artrite e deve essere discusso con il medico o il fisioterapista. Il caldo umido, come un bagno caldo o una doccia, o il caldo secco come un panno caldo posizionato sull'area dolorante dell' articolazione per circa 15 minuti possono contribuire ad alleviare il dolore.

Un pacco di ghiaccio avvolto in un fazzoletto e posizionato sull'area dolorante può aiutare a ridurre il gonfiore e il dolore.

Se il paziente ha problemi di circolazione non usare il freddo.

Protezione dell'articolazione

Usare una stecca o un sostegno che permetta all'articolazione di riposare e la protegga dalle sollecitazioni può essere di aiuto in alcuni

casi selezionati. Il fisioterapista o il fisiatra sapranno consigliare nella maniera migliore.

Stimolazione elettrica trans cutanea del nervo (TENS):

Agisce bloccando le vie di trasmissione dell'impulso doloroso al cervello, modificando così la percezione del dolore stesso.

Massaggio:

In questo caso il massaggio incrementa l'afflusso di sangue e porta calore all'area stressata. Le articolazioni sofferenti di artrite sono molto sensibili per cui il terapeuta deve avere buone conoscenze della malattia e familiarità con il problema.

I trattamenti che apportano sollievo nel lungo periodo sono:

- Medicinali:

I medicinali come i FANS o i corticosteroidi riducono l'infiammazione articolare, agendo a più livelli, per esempio bloccando l'attività di una sostanza chiamata fattore di necrosi tumorale (TNF, tumour necrosis factor).

- Riduzione del peso corporeo:

Un eccesso di peso stressa ulteriormente le articolazioni, come le ginocchia o le anche, come dimostrato da più studi condotti nell'osteoartrosi.

- Esercizio:

Nuotare, camminare, o esercizi aerobici non stressanti possono ridurre il dolore all'articolazione e la rigidità. Sono inoltre particolarmente indicati gli esercizi di stretching.

Il fisioterapista può aiutare il paziente con esercizi mirati.

- Intervento chirurgico:

In alcuni pazienti l'intervento chirurgico diviene necessario.

L'intervento può servire a rimuovere una membrana sinoviale iperplastica o a riallineare un'articolazione; in casi avanzati si può sostituire l'articolazione lesa con una artificiale (protesi).

La completa sostituzione dell'articolazione provvede non solo al sollievo dal dolore, ma apporta anche un miglioramento nel movimento.

Terapie alternative per il dolore artrite

Molte persone cercano altri rimedi per trattare la loro malattia, come diete particolari o integratori dietetici.

Sebbene questi metodi non siano dannosi di per sè, nessuna ricerca dimostra che siano di reale beneficio.

Alcuni soggetti riferiscono beneficio dalle tecniche di agopuntura, nella quale aghi sottili vengono infilati in punti specifici del corpo.

Alcuni approcci alternativi o complementari possono aiutare a far fronte o a ridurre parte delle difficoltà di vivere con una malattia cronica. È importante informare il medico se si stanno usando terapie alternative. Se il medico trova valido il tipo di approccio alternativo, questo può essere inserito in un piano di cura. Comunque è importante non trascurare l'assunzione regolare dei farmaci prescritti e i periodici controlli.

Come si affronta il dolore artritico

L'obiettivo a lungo termine per la gestione del dolore è quello di aiutare il paziente ad affrontare una malattia cronica spesso disabilitante.

Il paziente può cadere in uno stato di depressione, stress e dolore per cui, per uscire da questa situazione, è essenziale la partecipazione attiva del medico con le altre figure professionali per costruire un approccio globale alla gestione del dolore. Questo può includere

terapie fisiche, terapie cognitivo-comportamentali, terapie professionali, biofeedback e terapie di consulto familiare.

Elementi per la gestione del dolore artritico

- 1. Avere una dieta sana e variata.*
- 2. Dormire dalle otto alle dieci ore per notte.*
- 3. Tenere un diario giornaliero del dolore e dei cambiamenti di umore da presentare al fisiatra o al medico.*
- 4. Iscrivere ad un gruppo di supporto.*
- 5. Tenersi aggiornato riguardo alle nuove ricerche relative alla gestione del dolore artritico.*

Ricerche condotte per il dolore artritico

L'obiettivo della ricerca è quello di migliorare la comunicazione tra medico e paziente per la gestione del dolore e l'aumento della soddisfazione del paziente stesso .

Uno studio condotto alla Stanford University,, sta valutando gli effetti di un programma per l'educazione del paziente che prevede l'uso di un diario e di un videoregistratore per controllare il dolore cronico .

Sistemi di valutazione

Gli studi concernenti la valutazione dello stato della malattia e la prognosi dei malati reumatici cronici hanno avuto nell'ultimo decennio rilevanti sviluppi.

Si è passati da un giudizio basato prevalentemente su parametri clinici e di laboratorio ad una considerazione globale dello stato di salute del malato.

Il crescente riconoscimento dell'importanza di considerare l'opinione del paziente circa gli effetti degli interventi di assistenza sanitaria e dell'impatto della malattia sul benessere fisico e psicologico ha favorito l'introduzione di scale di valutazione dell'efficienza funzionale e della qualità della vita (QdV).

Questi strumenti si sono dimostrati, in studi prospettici affidabili, validi e in grado di rispondere ai mutamenti dello stato di malattia.

Essi possono essere distinti in due categorie: strumenti generici e strumenti specifici. I primi sono disegnati in modo tale da analizzare lo spettro completo delle funzioni, infermità e stato psico-affettivo, di rilevante peso sulla qualità della vita. Le sottocategorie di tali strumenti comprendono i profili sanitari e le scale di valutazione.

La scala SF-36 è uno strumento generico di valutazione della QdV, validato in italiano, ampiamente utilizzato in ambito internazionale.

I suoi vantaggi sono la facilità di compilazione, la brevità e la possibilità di comparare interventi su patologie e popolazioni diverse.

Gli strumenti specifici sono invece costruiti in modo tale da fornire informazioni più attinenti all'area di interesse. Le valutazioni specifiche per l'artrite sono incentrate su aspetti della salute e sul quadro sintomatologico (mobilità, destrezza, attività fisica, ruolo sociale, dolore, attività della vita quotidiana e dello stato psico-affettivo).

Il questionario sullo stato di salute valuta che cosa il paziente pensa della sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno ai membri di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le sue attività consuete.

Questionario sulla qualità di vita

Introduzione e metodi

Abbiamo studiato nel mese di Giugno, 10 pazienti affetti da artrite reumatoide seguiti in regime di ricorso ospedaliero nell'Istituto di Clinica Medica. Durante la visita medica, abbiamo consegnato loro un questionario sulla qualità di vita dove venivano poste domande su come la salute condiziona in qualche modo lo svolgimento delle

attività quotidiane come ad esempio passare l'aspirapolvere, andare a fare la spesa, salire alcuni gradini...

Il questionario somministrato è mostrato in tabella 1.

TABELLA 1

1. In generale, ritiene che il suo stato di salute sia (cerchiare la risposta più pertinente) :
- | | |
|-------------|---|
| eccellente | 1 |
| molto buono | 2 |
| buono | 3 |
| mediocre | 4 |
| scadente | 5 |

2. Rispetto ad un anno fa, ritiene che il suo stato di salute sia (cerchiare la risposta più pertinente):
- | | |
|--|---|
| ora è molto migliorato rispetto ad un anno fa | 1 |
| va in qualche modo meglio rispetto ad un anno fa | 2 |
| circa lo stesso di anno fa | 3 |
| peggiorato rispetto ad un anno fa | 4 |
| molto peggiorato rispetto ad un anno fa | 5 |

3. Le seguenti sono esempi di attività diverse che si possono fare durante una giornata tipo. Ritiene il suo stato di salute limiti ora queste attività? Se così, di quanto? (cerchiare la risposta più pertinente):

Tipo di attività	si, è molto limitata	si, è abbastanza limitata	non è limitata
A. Attività pesanti, come correre, sollevare oggetti pesanti, partecipare a sport agonistici	1	2	3
B. Attività moderate, come spostare una tavola, passare l'aspirapolvere, giocare a bowling o a golf	1	2	3
C. Sollevare o trasportare pacchi	1	2	3
D. Salire diversi piani di scale	1	2	3
E. Salire un piano di scale	1	2	3
F. Chinarsi, inginocchiarsi, piegarsi	1	2	3
G. Camminare per più di un km	1	2	3
H. Camminare per diversi isolati	1	2	3
I. Camminare per un isolato	1	2	3
J. Vestirsi e lavarsi da solo	1	2	3

4. Durante le ultime 4 settimane, a causa del suo stato di salute, ha avuto qualcuno di questi problemi nel suo lavoro o nelle altre sue attività quotidiane? (cerchiare una risposta per ogni riga):

	si	no
A. ha dovuto ridurre il tempo dedicato abitualmente al lavoro o ad altre attività	1	2
B. è riuscito a fare meno di quanto avrebbe voluto	1	2
C. è stato limitato nel tipo di lavoro o di attività	1	2
D. ha avuto difficoltà nello svolgere il lavoro o altre attività	1	2

5. Durante le ultime 4 settimane, ha avuto uno dei seguenti problemi nel suo lavoro o nelle altre attività quotidiane come conseguenza di un problema emozionale come il sentirsi depresso o ansioso ? (cerchiare una risposta per ogni riga):

	si	no
A. ha dovuto ridurre il tempo dedicato abitualmente al lavoro o ad altre attività	1	2
B. è riuscito a fare meno di quanto avrebbe voluto	1	2
C. non è riuscito a seguire il suo lavoro o le altre attività con l'abituale cura	1	2

6. Nelle ultime 4 settimane sino a che punto il suo stato di salute o i suoi disturbi emozionali hanno interferito con le sue attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini? (cerchiare una risposta):

per niente	1
lievemente	2
moderatamente	3
abbastanza	4
in maniera importante	5

7. Quanto dolore fisico ha sofferto nelle ultime 4 settimane ? (cerchiare una risposta):

nessun dolore	1
molto lieve	2
lieve	3
moderato	4
severo	5
molto severo	6

8. Nelle ultime 4 settimane, quanto il dolore ha interferito con l'abituale attività lavorativa, considerando sia il lavoro fuori casa sia quello in casa ? (cerchiare una risposta):

per niente	1
lievemente	2
moderatamente	3
abbastanza	4
in maniera importante	5

9. Queste domande riguardano come si sente e come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Per ogni domanda, segni per cortesia la risposta che più si avvicina al suo modo di sentire. Per quanto tempo nelle ultime settimane (cerchiare una risposta per ogni riga)

	Per tutto il tempo	Per poco tempo	Mai
A. Si è sentito pieno di vigore	1	2	3
B. Si è sentito nervoso	1	2	3
C. Si è sentito molto depresso	1	2	3
D. Si è sentito calmo e rilassato	1	2	3
E. Si è sentito pieno di forza	1	2	3
F. Si è sentito scoraggiato	1	2	3
G. Si è sentito esausto	1	2	3
H. Si è sentito felice	1	2	3
I. Si è sentito stanco	1	2	3

10. Nelle ultime 4 settimane, quanto il suo stato di salute o il suo stato emotivo hanno interferito con le sue attività sociali (come andare a trovare amici o parenti, ecc.) (cerchiare una risposta):

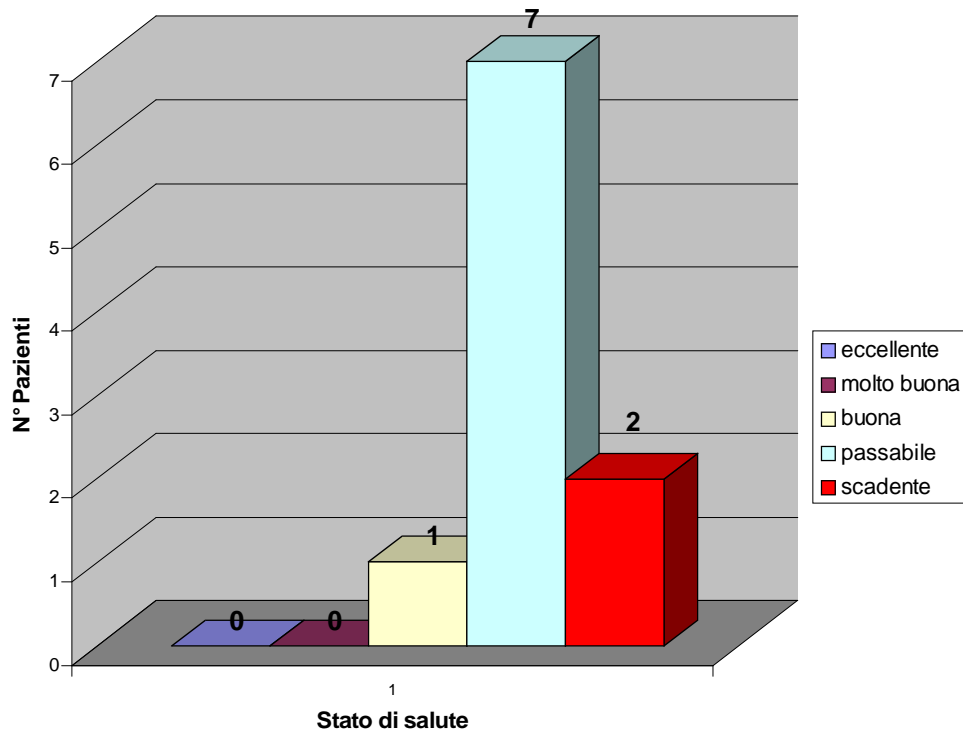
tutto il tempo	1
la maggior parte del tempo	2
parte del tempo	3
per poco tempo	4
per niente	5

11. A suo giudizio quanto vere o false sono le seguenti affermazioni ? (cerchiare una risposta per ogni riga):

	Certamente vere	Non lo so	Certamente false
A. Mi sembra di stancarmi più facilmente degli altri	1	2	3
B. Mi sento sano quanto gli altri	1	2	3
C. Mi aspetto che la mia salute peggiori	1	2	3
D. La mia salute è eccellente	1	2	3

Risultati e commento

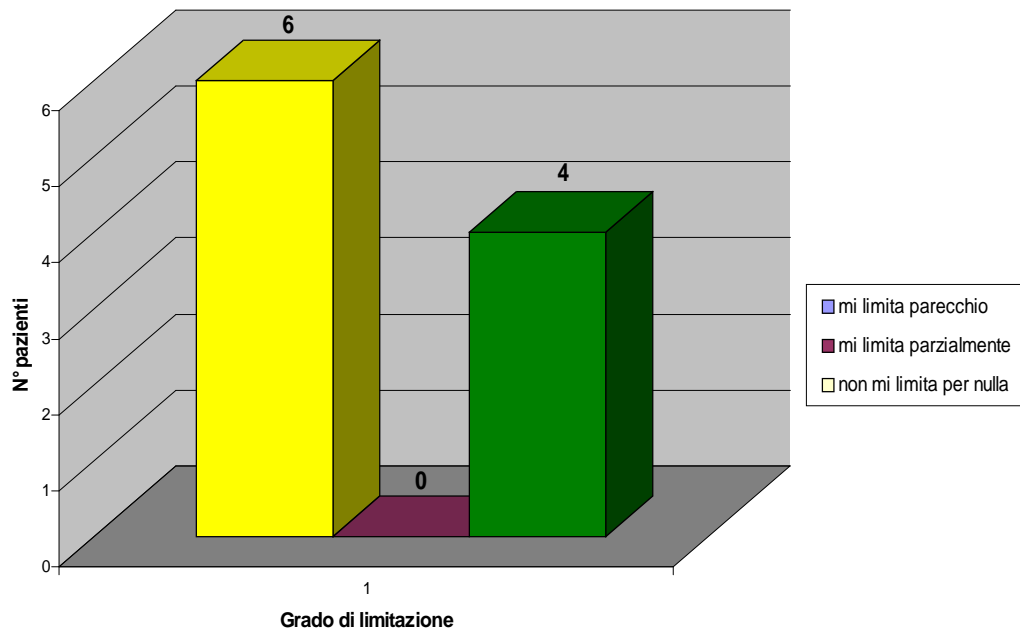
Figura 1. Valutazione sullo stato di salute



La maggior parte di pazienti (70%) ritiene solo "passabile" il proprio stato di salute.

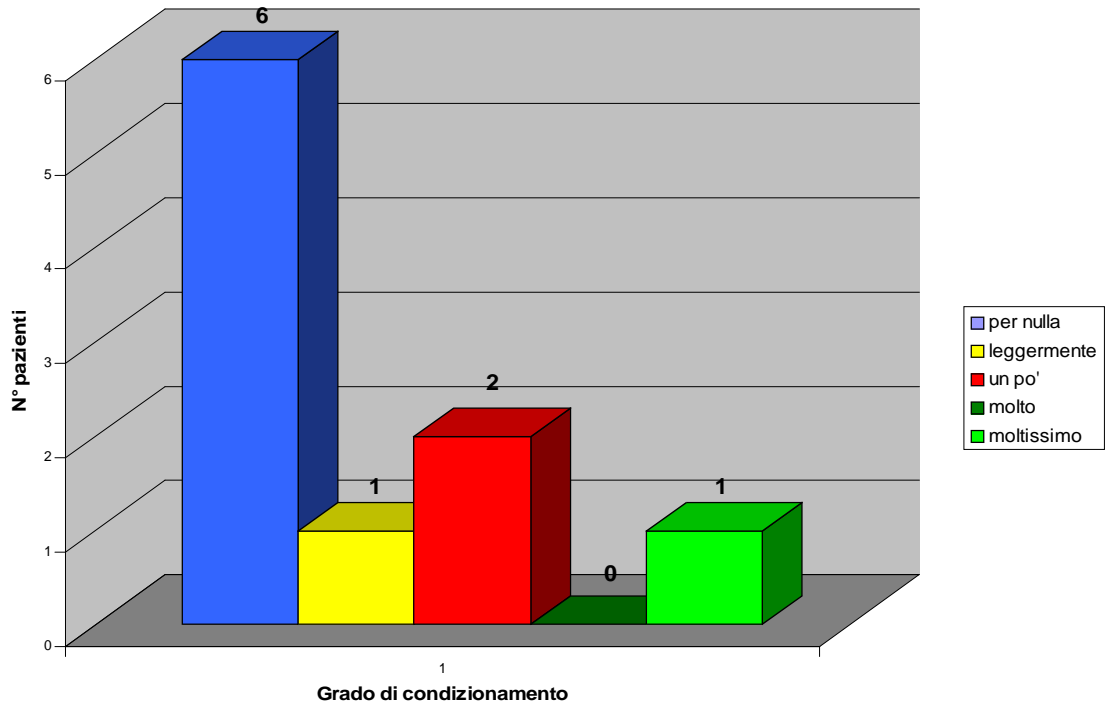
Figura 2. Limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane a

causa dello stato di salute.



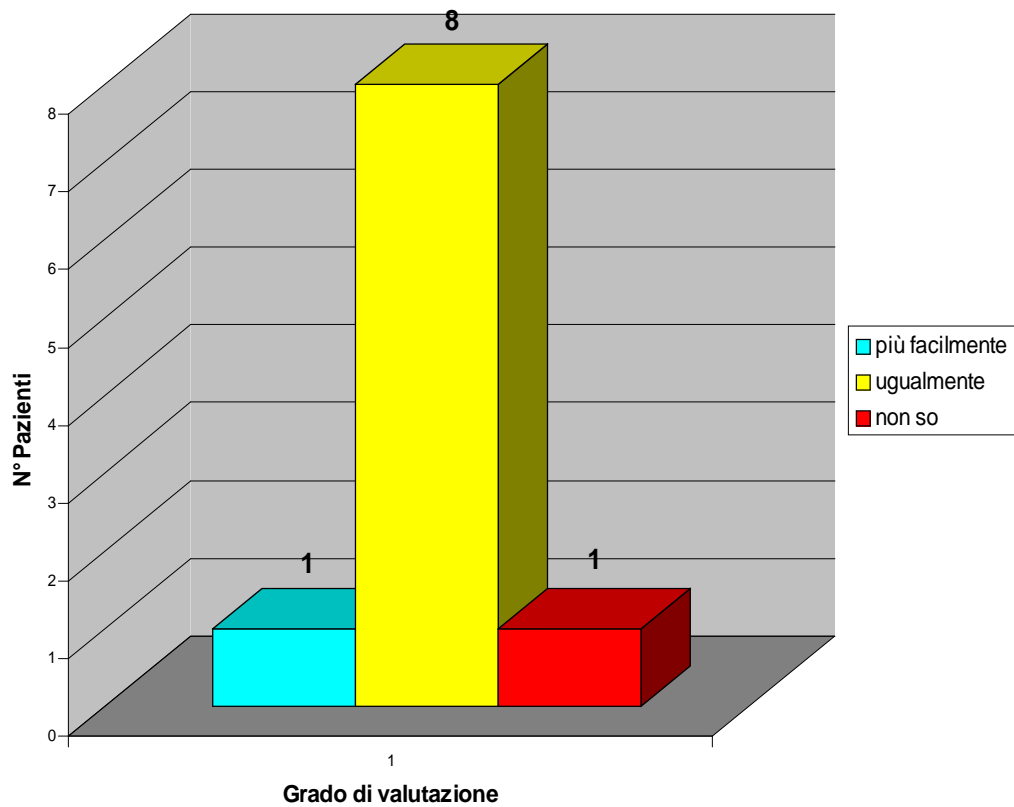
Il 60% di pazienti non rivela sostanziali modifiche nello svolgimento delle attività quotidiane.

Figura 3. Condizionamenti emotivi dovuti allo stato di salute.



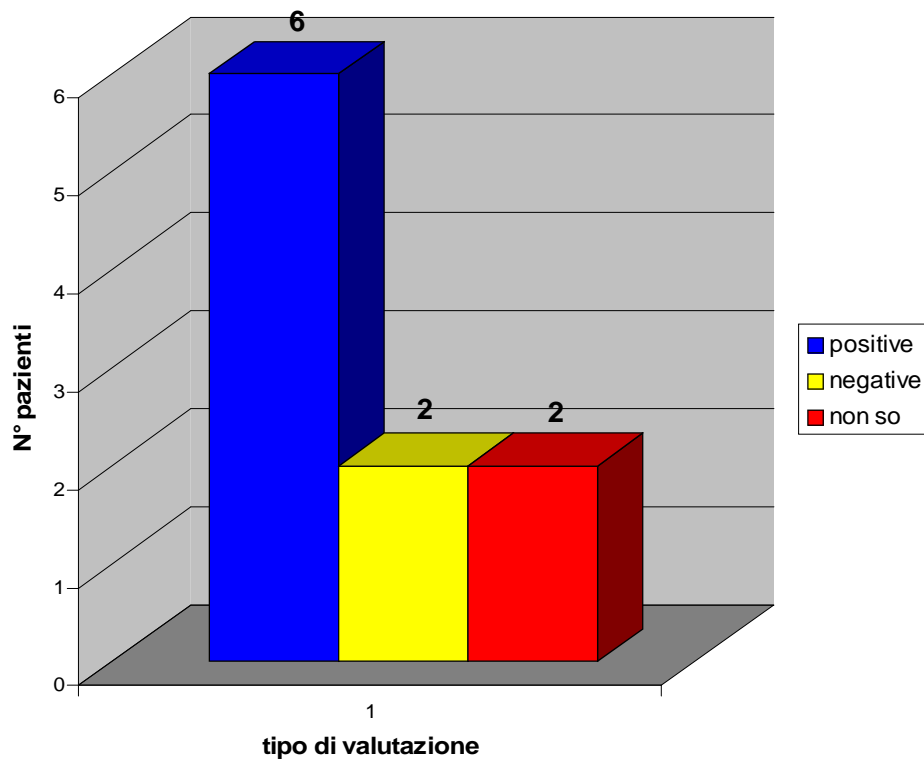
La maggior parte di pazienti (60%) riferisce che lo stato di salute non condiziona affatto il loro stato emotivo.

Figura 4. Valutazioni del paziente sulla possibilità di ammalarsi rispetto agli altri.



Nonostante la maggior parte dei pazienti ritenga appena "passabile" lo stato di salute, l'80% dei casi intervistati afferma di avere una probabilità di ammalarsi pari agli altri.

Figura 5. Prospettive future relative alla salute del paziente



Così pure sono viste in senso positivo le prospettive future relative alla salute del paziente.

Dai dati ottenuti si può desumere che attraverso un approccio multidisciplinare mirato e corretto, la qualità di vita del paziente si può ritenere mediamente buona, cosicchè le normali attività quotidiane possono essere svolte in maniera accettabile.

BIBLIOGRAFIA

- Danieli G, Gabrielli A, Pomponio G,

Candela M, Centurioni R, Danieli M.G, Montroni M.

"L'Artrite Reumatoide"

Edizione Luigi Pozzi, Roma 1996.

- NIAMS NIH, PUBLICATION.

AA VV "Arthritis Pain"

NIH, Publication No. 01- 4856, February 2001.

- Madigan A, Fitzgerald O.

**"Multidisciplinary patient care in rheumatoid arthritis:
evolving concepts in nursing practice"**

Baillière's Clinical Rheumatology 1999; 13 : 661- 674.