

Sbobine Reumatologia e immunologia
2021 II Semestre IV anno

Calendario Lezioni Reumatologia

2 Marzo Reumatologia Prof. Ciccia - Prima Lezione	2
3 Marzo Allergologia PROF. ROMANO	6
5 Marzo Reumatologia PROF. Ciccia (la riunione è stata organizzata da lui, ma la lezione è stata spiegata dall'assistente che non si è presentato)	23
9 Marzo Immunologia	37
10 Marzo Reumatologia PROF. Rossella Tirri	51
Artrite Reumatoide	51
16 Marzo Reumatologia PROF. Francesco Ciccia	61
Lezione di Reumatologia 17/03/21, Concetta Di Costanzo.	74
19 Marzo Reumatologia PROF. Tirri	89
23 Marzo Reumatologia PROF. Tirri	108
24 Marzo Immunologia PROF. Ciro Pasquale Romano	120
26 Marzo Reumatologia PROF.	150
13 Aprile Reumato PROF. Fasano	169
13 Aprile Immunologia PROF. Romano	198
14 Aprile Reumatologia PROF.	247
16 Aprile Immunologia PROF. Romano.	276
20 Aprile Reumatologia PROF. Vasiliki Liakouli	291
21 Aprile Reumatologia PROF. Serena Fasano	304
23 Aprile Immunologia PROF. Ciro Pasquale Romano	310
27 Aprile Reumatologia PROF. Tirri.	338
27 Aprile Immunologia PROF. Romano	361
28 Aprile Reumatologia PROF.	384
30 Aprile Reumatologia PROF. Francesco Ciccia	385

La reumatologia nasce dalla medicina interna, inizialmente come patologia medica dell'apparato locomotore per poi estendere i propri interessi alle malattie autoimmuni sistemiche in cui è frequente, ma non costante, un interessamento dell'apparato locomotore stesso.

Ci occuperemo delle seguenti malattie:

1. Artrite reumatoide
2. Spondiloartriti sieronegative
3. LES e sindrome da anticorpi antifosfolipidi
4. Sclerosi sistemica
5. altre malattie del tessuto connettivo (Sjogren per esempio)
6. Vasculiti
7. Artriti infettive e reattive
8. Disordini dell'app. locomotore associati a malattie metaboliche, endocrine, ematologiche
9. Disordini dell'osso e della cartilagine
10. Reumatismi non articolari e regionali per es. fibromialgia
11. Malattie muscolari
12. Manifestazioni reumatologiche in corso di tumore
13. Malattie reumatiche associate ad alterazioni ereditarie e congenite del metabolismo.
14. Forme miscelanee di malattie reumatiche
15. Malattie muscoloscheletriche pediatriche

La classificazione delle articolazioni a cui facciamo riferimento è in base a:

- movimento: sinartrosi (cranio), anfiartrosi (vertebrali), diartrosi (arti)
- caratteristiche anatomiche: sinostosi, sindesmosi o sincondrosi (le sacroiliache, servono a garantire la mobilità della pelvi femminile al momento del parto), sinoviali o diartrodiali (c'è un rivestimento della superficie cartilaginea da parte di un monostrato di cellule che credevamo fibroblasti ma da poco si è scoperto che sono macrofagi differenziati con funzione sia di controllo immunitario che di protezione. Proliferano sia nell'artrite reumatoide che psoriasica formando un panno sinoviale).

Le patologie reumatiche possono coinvolgere qualsiasi elemento delle articolazioni, come le entesi (punto di ancoraggio di tendini, borse ecc sull'osso), coinvolgimento tendineo, delle borse, dei muscoli, delle ossa, della capsula o dello spazio articolare o della cartilagine articolare.

La colonna vertebrale è colpita da patologie infiammatorie che non colpiscono mai il disco interarticolare. I legamenti longitudinali anteriore e posteriore possono infiammarsi (spondiliti assiali), articolazioni zigo-apofisarie.

Altra struttura coinvolta nel processo infiammatorio è rappresentata dalle articolazioni sacroiliache che connettono le ali iliache all'osso sacro. È una struttura ricca di legamenti. Sede di dolore nella spondilite anchilosante (sciatalgia mozza o glutalgia).

Alfabeto metodologico:

- artropatie: coinvolgimento a carico di articolazioni in cui vi sia membrana sinoviale, cavo articolare, cartilagine ialina
- spondilopatie: coinvolgimento infiammatorio a carico della colonna intesa come articolazioni sacroiliache, articolazioni zigoapofisarie, giunzioni fra legamenti e osso
- reumatismi extra articolari: coinvolgimento di capsula articolare, tendini, legamenti, muscoli, borse, fasce
- artralgia: dolore subiettivo spontaneo e/o accentuato dal movimento o dalla pressione. Il pz lo lamenta in assenza di elementi che il medico può obiettivare come ad esempio gonfiore. È un sintomo comune ma non abbiamo certezza dell'evoluzione da artralgia ad artrite
- artrite: dolore associato a manifestazioni obiettive di flogosi (tumefazione da versamento e/o iperplasia sinoviale o limitazione funzionale nelle fasi avanzate di malattia). Nell'ambito dell'artrite possiamo parlare di monoartrite, oligoartrite (2-4) o poliartrite se sono interessate più di 5. Non è un esercizio matematico fine a se stesso, ma ci aiuta a indirizzare la diagnosi; infatti, se un paziente viene da noi lamentando monoartrite possiamo immaginare artrite da cristalli o artrite settica; oligoartrite (esordio di spondilo artrite o artrite psoriasica); poliartrite (artrite reumatoide o connettiviti con impiego articolare come Sjogren). Di fronte a un'artrite dobbiamo indagare:
 - Esordio: può essere acuto (sviluppo del quadro clinico nello spazio di ore-giorni) es. artrite da cristalli. Oppure può essere subdolo (sviluppo del quadro nello spazio di settimane o mesi) es. artrite reumatoide e spondiloartriti.
 - Decorso: acuto (ore o giorni: tipico delle artriti virali), subacuto (1-6 settimane), cronico (più di 6 settimane)
 - Evoluzione: ricorrente, continua, migrante; aggiuntiva o sostitutiva
 - Distribuzione: simmetrica o asimmetrica (non sappiamo il motivo per cui alcune patologie prediligono la simmetria rispetto ad altre-ultimi studi suggeriscono una differente espressione genica delle molecole STAT)
 - Sede: assiale o appendicolare

Modalità di presentazione del pz reumatologico: sintomi e segni tipici (dolore, gonfiore a carico dell'articolazione), manifestazioni a carico di altri organi e apparati (sindrome nefrosica o nefritica, cutanea, uveiti a carico dell'occhio), reperti di laboratorio di flogosi e/o di risposta autoimmune non-organo specifica. Quali sono gli anticorpi non-organo specifici? Anticorpi anti-nucleo, anticorpi anti-antigene nucleare estraibile, anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili. Si differenziano da anticorpi organo-specifici come gli anti-perossidasi nella tiroide, anti-gliadina nella celiachia.

Ricordate di non richiedere mai anticorpi non-organo specifici SENZA un sospetto diagnostico. In una giovane donna , trovare positività agli ANA senza altri segni clinici non predice per certo un successivo sviluppo di malattia. Creerebbe solo ansia inutile. Dovete curare le malattie, non i valori di laboratorio.

Tipi di dolore che ci troviamo a combattere: articolare, periarticolare, osseo, muscolare, neurogeno, riferito .

Aspetti distintivi del tipo di dolore		
	Dolore articolare	Dolore periarticolare
Anamnesi	Elicitato da qualunque movimento dell'articolazione	Elicitato solo da alcuni movimenti dell'articolazione
Dolore alla pressione/palpazione	Presente lungo tutta la rima articolare. Possibili reperti di crepitio, tumefazione, versamento, calor	Dolore confinato alla pressione della struttura interessata
Dolore al movimento	Presente sia ai movimenti attivi sia passivi	Presente in corso di manovre specifiche
Range di mobilità	Limitazione alla mobilità attiva - passiva	Limitazione alla mobilità attiva > passiva
Mobilizzazione contro resistenza	Nessun effetto	Dolore ad alcuni movimenti
Esame neurologico (esclusivo)	Normale	Normale

Il dolore articolare è elicitato dal movimento dell'articolazione ed è presente lungo tutta la rima articolare. Possibili reperti all'e.o. di crepitii, tumefazione, versamento, calor. Il dolore è presente sia ai movimenti attivi che passivi causandone limitazione. La mobilizzazione contro resistenza non causa nessun effetto e l'esame neurologico è normale.

Il dolore periarticolare è elicitato solo da alcuni movimenti dell'articolazione. È un dolore confinato alla pressione della struttura interessata, è presente in corso di manovre specifiche e limita la mobilità attiva più che la passiva. La mobilizzazione contro resistenza causa dolore ad alcuni movimenti. L'esame neurologico è normale.

Aspetti distintivi del dolore		
	Dolore Osseo	Dolore Muscolare
Anamnesi	Profondo continuo	Caratteristiche variabili: ad es dolore da sforzo in carenza di vitamina D
Dolore al movimento	Nessuna caratteristica	Presente nelle miopatie infiammatorie e nella Sindrome Fibromialgica
Range di mobilità	Nessuna caratteristica	Limitato nelle miopatie infiammatorie non nella Sindrome Fibromialgica
Mobilizzazione contro resistenza	Nessuna caratteristica	Deficitaria nelle miopatie infiammatorie
Dolore alla pressione	Presente	Presente nelle miopatie infiammatorie e nella Sindrome Fibromialgica
Esame neurologico	Normale	Alterato nelle miopatie infiammatorie

Il dolore osseo è profondo e continuo, non ha caratteristica riferita a movimento, mobilità o mobilizzazione contro resistenza. È presente alla pressione. L'esame neurologico è normale.

Il dolore muscolare ha caratteristiche variabili (da sforzo, da carenza di Vit.d), è presente nelle miopatie infiammatorie e nella Fibromialgia. Il range di mobilità è limitato nelle miopatie infiammatorie ma non nella sindrome fibromialgica. La mobilizzazione contro resistenza è deficitaria nelle miopatie infiammatorie. Il dolore alla pressione è presente nelle miopatie infiammatorie e nella sindrome fibromialgica. L'esame neurologico è alterato nelle miopatie infiammatorie.

Aspetti distintivi del tipo di dolore		
	Dolore neurogeno	Dolore riferito
Anamnesi	Disestesico; incrementato dalla compressione del nervo (e.g. sindrome del tunnel carpale) o dalla mobilizzazione del rachide (e.g. sciatica)	Non correlato ad alcun movimento. Correlato alla funzione del viscere
Dolore al movimento	Presente in caso di pressione sulla radice(l) nervosa (e) al movimento del rachide	Assente
Range di mobilità	Normale	Normale
Mobilizzazione contro resistenza	Normale (a meno di deficit motorio)	Normale
Dolore alla palpazione	Presente alla compressione dei punti di Valleix	Assente
Esame neurologico	Può essere anormale	Normale

Il dolore neurogeno è disestesico, cioè associato ad alterazioni della sensibilità, ed è incrementato dalla compromissione del nervo o dalla mobilizzazione del rachide. Il dolore al movimento è presente in caso di pressione sulla radice nervosa o al movimento del rachide nel caso per es. di lombalgia. Il range di mobilità è normale così come la mobilizzazione contro resistenza. Il dolore alla palpazione è presente alla compressione dei punti di Valleix. L'esame neurologico può essere normale.

Il dolore riferito non è correlato ad alcun movimento ma alla funzione del viscere. Il dolore al movimento è assente così come il dolore alla palpazione. Il range di mobilità la mobilizzazione contro resistenza e l'esame neurologico sono normali.

Differenza tra dolore infiammatorio e da carico. Il dolore infiammatorio presenta **rigidità** di lunga durata massima al risveglio con **dolore** presente al riposo (il pz non sa dire da quanto tempo ha dolore; calo di cortisolo nelle ore notturne può rendere conto del massimo dolore al risveglio), è un dolore che migliora con il movimento. Il dolore da carico presenta **rigidità** di breve durata al cambio della posizione e il **dolore** si ha in caso di carico (artrosi degenerative).

Il primo risponde agli antinfiammatori non steroidei mentre il dolore da carico no e necessita di un cocktail di farmaci.