Artrite reumatoide: una rivisitazione - Parte seconda

Data 15 luglio 2018
Categoria reumatologia

In questa seconda parte sono richiamate alcune raccomandazioni delle linee guida EULAR sul trattamento del paziente con artrite reumatoide.

Nella prima parte dedicata all'artrite rematoide sono stati sintetizzati alcuni aspetti generali di diagnosi e terapia.

In questa seconda parte saranno richiamate le raccomandazioni principali delle linee guida EULAR.
Naturalmente ci limiteremo ai principi generali che possono interessare il Medico di Medicina Generale in quanto la complessità della gestione rende sempre necessaria la consulenza specialistica sia nell'impostazione del trattamento iniziale sia nella valutazione di eventuali variazioni terapeutiche.

In generale la **scelta del trattamento** si deve basare sull'attività della malattia, sulla gravità del danno articolare, sulla tollerabilità dei farmaci, sulla presenza di comorbilità nel singolo paziente. In ogni caso, come si è detto nella prima parte, la terapia con un DMARD deve essere inziata il più precocemente possibile.

Il **monitoraggio dell'efficacia del trattamento** dovrebbe essere effettuato ogni 1-3 mesi. Se entro 3 mesi dall'inizio della terapia non si ottiene un miglioramento o se non si raggiunge l'obiettivo desiderato entro 6 mesi la terapia dove essere rivalutata per una eventuale variazione.

Il **metotrexato** dovrebbe far parte del trattamento iniziale. Nel caso il metotrexato sia controindicato o non tollerato si dovrebbero considerare come alternative la **leflunomide** o la **sulfasalazina**.

Gli **steroidi** dovrebbero essere associati ad un csDMARD quando si inizia la terapia oppure quando si cambia un csDMARD. Tuttavia il trattamento steroideo dovrebbe essere rapidamente ridotto e sospeso non appena questo sia clinicamentefattibile.

In caso di fallimento del primo csDMARD usato se non sono presenti segni prognostici sfavorevoli si dovrebbe passare o associare un **altrocsDMARD** ; se invece sono presenti segni prognostici sfavorevoli si dovrebbe associare un **bDMARD** o un **tsDMARD**.

In caso di ulteriore fallimento qualsiasi altro bDMARD o tsDMARD sono alternative raccomandate.

Nel paziente in remissione persistente, dopo aver ridotto e sospeso lo steroide, si dovrebbe considerare la possibilità di ridurre le dosi del/dei DMARDs usati.

RenatoRossi

Bibliografia

Smolen JS et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. Ann Rheum Dis 2017; 76: 960-977.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 15/11/2026 alle ore 12:13 | Pagina 1 di 1