

Criteri invio MMG-reumatologo in caso di sospetto di malattia reumatologica

1. Premessa

L'esigenza di giungere a un tempestivo invio del paziente con sospetta malattia reumatologica da parte del Medico di Medicina Generale allo specialista reumatologo è in accordo con la necessità di una diagnosi precoce che diviene in Reumatologia tanto più importante e cruciale quanto più efficaci sono le terapie attualmente a disposizione. Esistono ampie evidenze a dimostrazione del fatto che una precoce strategia terapeutica, prima dell'instaurarsi di danni irreversibili, è in grado di modificare il decorso della malattia e di ridurre la disabilità in molti pazienti reumatologici.

2. Scopo e campo di applicazione

I criteri di invio sono riferiti a 5 gruppi nosologici relativi a patologie infiammatorie croniche che nel loro insieme coprono circa il 70 % delle patologie reumatologiche epidemiologicamente più rilevanti. Sono correlati al sospetto clinico specifico per questi 5 gruppi di patologie e, in presenza di questi criteri, la diagnosi per le singole patologie diviene estremamente probabile.

La prima patologia di riferimento è l'**Artrite Reumatoide** per la quale valgono i criteri che molte "early arthritis clinics" hanno adottato: tumefazione di tre o più articolazioni, positività del segno della gronda (compressione latero-mediale) a livello delle articolazioni metacarpo falangee e/o metatarsofalangee (vedi Figura), rigidità mattutina superiore o uguale a trenta minuti. La positività anche di uno solo di questi criteri deve far porre il sospetto di Artrite Reumatoide in fase precoce.

Il secondo gruppo di patologie è quello delle **Spondiloentesoartriti** che comprendono diverse patologie tra cui la Spondilite Anchilosante e l'Artropatia Psoriasica. Per queste patologie l'elemento clinico di maggior sospetto è rappresentato dalla cosiddetta "lombalgia infiammatoria" definita come una lombalgia persistente che migliora con l'esercizio e si esacerba durante il riposo notturno e al mattino (secondo una cadenza diametralmente opposta alla lombalgia meccanica da spondilo artrosi e/o da frattura da fragilità). La lombalgia infiammatoria ha una notevole rilevanza clinica in questo contesto se insorge in un giovane con meno di 40 anni, se dura da almeno tre mesi, se migliora con l'attività fisica, se è esordita gradualmente e se si associa a rigidità mattutina. Quando almeno 4 di questi 5 criteri sopra citati sono presenti la possibilità di essere di fronte a una spondiloentesoartrite è molto elevata. A questi criteri si può aggiungere un sesto criterio di invio definibile come presenza di una artrite in un paziente portatore di psoriasi o con una familiarità per psoriasi, altamente suggestiva per la definizione di una artropatia psoriasica.

La terza patologia presa in considerazione è la **Polimialgia Reumatica**, altamente sospetta quando in un paziente di entrambi i sessi con più di 50 anni compare dolore simmetrico alle spalle (cingolo scapolare) e/o alle anche (cingolo pelvico). A corredo di questi sintomi il sospetto di Polimialgia Reumatica è ancora più giustificato se esiste un aumento degli indici di flogosi (Velocità di eritrosedimentazione e Proteina C reattiva).

Le **artriti microcristalline** sono in generale correlate alla flogosi acuta o subacuta di una sola articolazione, più raramente di due o tre articolazioni. Il criterio di invio prevede l'esecuzione contestuale di una radiografia della articolazione interessata e, per la gotta, di una misurazione dei livelli circolanti di acido urico.

Il campo delle **connettiviti sistemiche** è molto vario ma alcuni sintomi o segni in varia combinazione devono allertare il clinico nei confronti di questa diagnosi: le manifestazioni cardinali sono rappresentate da un fenomeno di Raynaud, fotosensibilità, xerostomia e/o xeroftalmia, ipostenia della muscolatura prossimale in associazione ad artrite o anche a semplici artralgie.

Se si fa riferimento a questi semplici criteri clinici, la diagnosi di specifica affezione reumatologica è altamente sospetta e l'avvio del paziente al Reumatologo consente una tempestiva conferma diagnostica con altissima probabilità.

Tabella Criteri di invio dal MMG al reumatologo in caso di sospetto di malattia reumatica

Sospetto diagnostico	Criteri di invio al reumatologo		Set di Esami minimo suggerito di accompagnamento alla visita	Tempistica esami
Artropatie infiammatorie	Artrite reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> - ≥ 3 articolazioni tumefatte - Segno della gronda positivo* a MCF o MTF - Rigidità mattutina ≥ 30 minuti 	VES, PCR, emocromo, creatinina, AST, ALT, ELF sieroproteica, es. urine	2-3 settimane prima della visita
	Spondiloentesoartriti	Lombalgia infiammatoria che rispetta presenza di almeno 4 delle seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> - Età d'esordio < 40 anni - Durata della lombalgia > 3 mesi - Miglioramento con l'esercizio - Associazione con rigidità mattutina - Esordio insidioso - Artrite in paziente con psoriasi o familiarità per psoriasi 	VES, PCR, emocromo, creatinina	2-3 settimane prima della visita
	Polimialgia reumatica	dolore ad entrambe le spalle e/o entrambe le anche in paziente > 50 anni	VES, PCR, emocromo, AST, ALT, creatinina, glicemia	2-3 settimane prima della visita
Artriti microcristalline	Artriti microcristalline	Mono/oligoartrite	Uricemia, emocromo +RX standard del distretto interessato	Da effettuarsi alla comparsa dei sintomi
Connettiviti sistemiche	Connettiviti sistemiche	Sintomi e/o segni che possono caratterizzare la malattia: Artrite/artralgie, fotosensibilità, Raynaud, xerostomia/xeroftalmia, ipostenia prossimale	VES, PCR, emocromo, creatinina, AST, ALT, ELF sieroproteica, CPK	2-3 settimane prima della visita

* Segno della gronda alle metacarpo falangee e alle metatarso falangee



3. Monitoraggio

Una valutazione degli accessi, agli ambulatori della rete Reumatologica consentirà di verificare

- a) La % di aderenza ai criteri previsti dal presente protocollo sul numero totale dei casi inviati ((conferme diagnostiche)
- b) % ritardo diagnostico sul totale dei casi e raffronto con l'anno precedente
- c) % di pazienti che presentano completezza degli esami ematochimici

4. Comunicazione e formazione

I contenuti del presente documento saranno diffusi oltre che nei consueti canali istituzionali (ATS, ASST, comitato aziendale della medicina generale) anche attraverso eventi formativi organizzati a livello territoriale con i Reumatologi della rete Reumatologica, le ATS e i medici di medicina generale. L'obiettivo è quello di illustrare con maggiore dettaglio le patologie in esame motivando la scelta dei criteri clinici di invio che sono delineati nel presente documento, oltre alla documentazione dei vantaggi clinici derivanti dal programma di diagnosi precoce in termini di qualità di vita del paziente, prevenzione della disabilità e risparmio sul consumo di risorse sanitarie.

Bibliografia di riferimento

1. Early arthritis clinic is cost-effective, improves outcomes and reduces biologic use.
Nisar MK
Clinical rheumatology ,2019 Jun;38(6):1555-1560
2. Early arthritis clinic is effective for rheumatoid and psoriatic arthritides.
Nisar MK
Rheumatology international ,2019 04;39(4):657-662
3. Evaluation of multiple referral strategies for axial spondyloarthritis in the SPondyloArthritis Caught Early (SPACE) cohort.
Abawi O, van den Berg R, van der Heijde D, van Gaalen FA
RMD open ,2017 ;3(1):e000389
4. Evaluating the ASAS recommendations for early referral of axial spondyloarthritis in patients with chronic low back pain; is one parameter present sufficient for primary care practice?
Van Hoeven L, Koes BW, Hazes JM, Weel AE
Annals of the rheumatic diseases ,2015 Dec;74(12):e6
5. Validity of polymyalgia rheumatica diagnoses and classification criteria in primary health care.
Fors C, Bergström U, Willim M, Pilman E, Turesson C
Rheumatology advances in practice ,2019 ;3(2):rkz033
6. 2012 Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative.
Dasgupta B, Cimmino MA, Kremers HM, Schmidt WA, Schirmer M, Salvarani C, Bachta A, Dejaco C, Duftner C, Jensen HS, Duhaut P, Poór G, Kaposi NP, Mandl P, Balint PV, Schmidt Z, Iagnocco A, Nannini C, Cantini F, Macchioni P, Pipitone N, Del Amo M, Espígol-Frigolé G, Cid MC, Martínez-Taboada VM, Nordborg E, Direskeneli H, Aydin SZ, Ahmed K, Hazleman B, Silverman B, Pease C, Wakefield RJ, Luqmani R, Abril A, Michet CJ, Marcus R, Gonter NJ, Maz M, Carter RE, Crowson CS, Matteson EL
Arthritis and rheumatism ,2012 Apr;64(4):943-54
7. Tips and tricks to recognize microcrystalline arthritis.
Filippucci E, Di Geso L, Grassi W
Rheumatology (Oxford, England) ,2012 Dec;51 Suppl 7():vii18-21
8. Mortality profile related to the spectrum of systemic connective tissue diseases: a retrospective, population-based, case-control study.
Sartori Vieira C, de Rezende RPV, Mendes Klumb E, Cardoso Mocarzel LO, Altenburg Gismondi R
Lupus ,2019 10;28(12):1498-150