

Rigidità, movimenti, dolore e prurito





COLLANA "INFÒRMÀTI PER RISOLVERE"

Rigidità, movimenti, dolore e prurito

Dott.ssa Daniela Renna

*Policlinico di Bari,
Reumatologia Universitaria*

daniela.renna.91@gmail.com



PubbliReuma

Guida tascabile per viaggiatori



INTRODUZIONE

Si pensa al dolore come a un qualcosa di estremamente negativo, di nocivo per l'organismo. In realtà il dolore è spesso un meccanismo fisiologico di difesa che il nostro corpo attua nei confronti di una potenziale minaccia. È per questo che, ad esempio, quando avviciniamo la nostra mano a una fonte di calore (es. fornelli accesi in cucina), il nostro istinto primordiale ci fa allontanare da essa, e quello che avvertiamo è dolore nel punto in cui abbiamo avvicinato la mano al fornello acceso.

Il dolore diventa patologico quando si automantiene, perdendo il significato iniziale e diventando a sua volta una malattia (sindrome dolorosa). Quando il dolore diventa cronico, come nel caso delle malattie reumatologiche non ben controllate, esso assume caratteristiche di dolore GLOBALE, legato a motivazioni fisiche, psicologiche e sociali, come evidenziato nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Quando il dolore diventa globale, trattare la sola sorgente cosiddetta "somatica" del dolore (che è nel nostro caso la malattia reumatologica) non basta: anche quando la malattia è ben controllata dalla terapia in atto, il dolore permane perché permangono le altre sorgenti del dolore, quelle psicologiche e sociali.

Per questo motivo, trattare tempestivamente la malattia significa trattare il dolore prima ancora che sopraggiunga l'invalidità e, quindi, le conseguenze

2



psico-sociali di essa. È dunque fondamentale prestare attenzione al sintomo dolore, cercare di comprenderne le caratteristiche e, in una prima fase, avvertirlo in tutte le sue sfaccettature piuttosto che sopprimerlo con l'assunzione di analgesici e antinfiammatori. È importante capire il tipo di dolore e la localizzazione per poterlo spiegare al meglio al proprio medico di famiglia o al proprio reumatologo di fiducia, poiché l'"intervista" al paziente riguardo il tipo di dolore che avverte è parte integrante del processo diagnostico del medico, il quale, unitamente all'esame obiettivo e agli esami di laboratorio e/o strumentali, potrà produrre una diagnosi veritiera e, quindi, una terapia efficace.

Ogni individuo reagisce in maniera unica a un determinato stimolo doloroso, sulla base delle esperienze pregresse e su quella che viene definita la sua soglia del dolore, e ogni persona è in grado di valutare, secondo il suo parametro, quanto è forte il suo dolore e quindi è in grado di oggettivarlo tramite una misurazione.

Ogni individuo apprende il significato della parola dolore attraverso le esperienze correlate a una lesione durante i primi anni di vita. Essendo un'esperienza spiacevole, alla componente somatica del dolore si accompagna anche una carica emotiva. Il dolore, pertanto, è sempre soggettivo ed è importante che il paziente impari a misurare il suo dolore e a prenderne nota in un diario giornaliero.

Dolore

Nell'ambito del dolore, esistono diverse suddivisioni che aiutano il medico nel processo di diagnosi. Innanzitutto, bisogna che il paziente reumatologico

o potenzialmente reumatologico localizzi il dolore: il dolore che di solito indirizza il soggetto a prenotare una visita reumatologica è nella maggior parte dei casi articolare, ma anche periarticolare o muscolare. In alcuni casi, il paziente non riesce a localizzare il dolore e spesso avverte dolori diffusi in tutto il corpo, come nel caso della fibromialgia.

1. Dolore articolare

Soffermandoci sui dolori articolari, la classica suddivisione che il medico reumatologo opera per comprendere il tipo di dolore articolare è la distinzione tra **dolore infiammatorio e dolore meccanico**.

Il **dolore infiammatorio** è un dolore che insorge a riposo (ad esempio quando ci si stende la sera sul divano o quando ci si sveglia nel cuore della notte a causa del dolore) e che migliora in contesto di movimento (durante la giornata, nel corso di attività fisica o lavorativa). Questo tipo di dolore è caratteristico delle artriti e delle spondiloartriti come l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica e la spondilite anchilosante, e in molti casi al dolore è associato il gonfiore e il rossore dell'articolazione dolente. In questi casi il dolore è spesso sordo, latente e a volte pulsante; può durare diverse ore e tende ad alleviarsi nel corso di varie attività. In queste malattie, infatti, spesso chi si ferma è perduto.

Ovviamente, in base alle articolazioni coinvolte dal dolore infiammatorio, il clinico sarà in grado di stabilire un sospetto mirato a una specifica malattia reumatologica:

- l'artrite reumatoide predilige le piccole articolazioni delle mani e dei piedi e assai raramente può coinvolgere le grosse articolazioni e lo scheletro assiale;



- la spondilite anchilosante coinvolge le articolazioni del bacino e della colonna e di fatto il primo sintomo è rappresentato dal mal di schiena infiammatorio;
- le spondiloartriti possono colpire le articolazioni periferiche e/o la colonna e/o il bacino a seconda dei casi;
- gli attacchi acuti di gotta coinvolgono nella maggior parte dei casi l'articolazione metatarsofalangea dell'alluce e al dolore acuto e lancinante (i pazienti spesso descrivono come insopportabile il semplice peso delle lenzuola) si accompagna sempre calore, rossore e tumefazione dell'articolazione stessa;
- nel caso dell'arterite gigante-cellulare o arterite di Horton, l'esordio della malattia può essere rappresentato da un "mal di testa infiammatorio", vale a dire una cefalea che spesso interrompe il sonno notturno e che tende a migliorare nell'arco della giornata.

Il dolore infiammatorio va trattato innanzitutto trattando la malattia di base, con farmaci immunosoppressori antireumatici. In caso di riacutizzazione di malattia anche in corso di terapia, oltre a considerare altre linee terapeutiche antireumatiche, può essere utile, laddove non controindicato, il ricorso a farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o a brevi cicli di cortisone. Nella gotta, oltre ai FANS può essere una valida alternativa la colchicina.

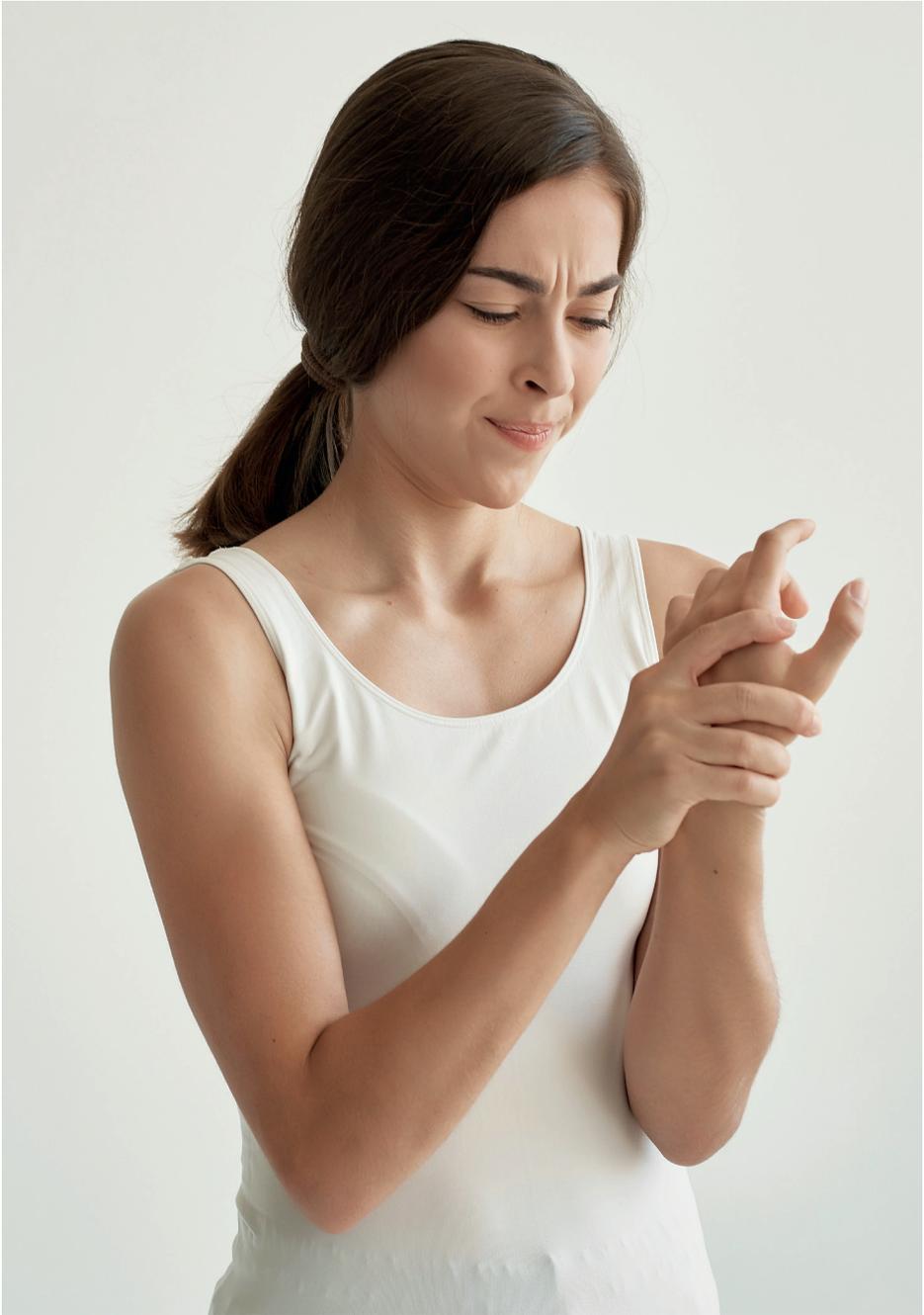
Il **dolore meccanico**, invece, è evocato dai movimenti e tende ad affievolirsi con il riposo.

Generalmente il dolore meccanico, soprattutto quello cronico, è legato all'osteoartrosi, una malattia molto frequente e comune nell'età avanzata, caratterizzata dalla riduzione progressiva della cartilagine. Virtualmente tutte le articolazioni possono essere colpite dall'osteoartrosi, ma le più frequentemente coinvolte sono le ginocchia, le anche, la colonna e le

piccole articolazioni delle mani. Il dolore è accompagnato da limitazione funzionale e, nei casi più gravi (quando la cartilagine articolare si riduce fino a far toccare i due capi ossei dell'articolazione tra di loro), impotenza funzionale vera e propria. La rigidità articolare, a differenza delle artriti, è solitamente un elemento tardivo della malattia e dura spesso meno di 30 minuti. Nel corso della malattia si possono verificare dei "blocchi" delle articolazioni, soprattutto a livello delle ginocchia, dovuti alla perdita di materiale dentro l'articolazione.

A volte, le articolazioni colpite da osteoartrosi possono infiammarsi e, quindi, gonfiarsi, simulando una condizione infiammatoria come un'artrite. Si possono anche trovare slargamenti delle articolazioni, particolarmente visibili alle dita delle mani come piccoli noduli (noduli di Bouchard, noduli di Heberden).

Nell'osteoartrosi, il dolore va trattato con farmaci antinfiammatori o analgesici prescritti da uno specialista. Generalmente, quando il dolore diventa cronico, il ricorso a farmaci analgesici è anch'esso quotidiano. Come stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, il trattamento del dolore cronico deve essere "misurato" sul singolo paziente, mettendo il paziente al centro della discussione e non la malattia. Si parte con la dose minima di analgesico (spesso a base di oppioidi) per poi arrivare a quella che dà maggiori benefici e minori effetti collaterali. Come misure non mediche, è fondamentale nell'osteoartrosi la mobilizzazione controllata delle articolazioni attraverso cicli di fisiochinesiterapia. Altrettanto importante, nei soggetti in sovrappeso od obesi, è la perdita di peso, in modo da ridurre il carico sull'articolazione. Infiltrazioni intra-articolari di acido ialuronico rappresentano un recente valido presidio per le artrosi di spalla, ginocchio e anche. Quando falliscono tutte le terapie mediche, è indicato l'intervento chirurgico di artroprotesi.





2. Dolore periarticolare

Il dolore periarticolare è tipico delle strutture anatomiche che si trovano vicino all'articolazione, come i tendini e i legamenti. Anche questo tipo di dolore è generalmente meccanico, si scatena con i movimenti e si riduce con il riposo, ma può essere scatenato anche da determinate posizioni. Esempio classico di dolore periarticolare è la **periartrite scapolo-omeroale**: si tratta di una sindrome dolorosa della spalla causata da un'inflammatione di uno o più tendini della cosiddetta "cuffia dei rotatori". Questi tendini consentono la movimentazione dell'articolazione della spalla e, a seconda del tendine coinvolto dall'inflammatione, il dolore può essere scatenato dai movimenti di adduzione o abduzione della spalla, ma anche semplicemente stando a letto in posizione supina per l'adagiamento del tendine infiammato sul tessuto sottostante.

Il **dolore tendineo** è solitamente risvegliato dai movimenti poiché il tendine è quella parte di articolazione che si allunga quando l'articolazione effettua i movimenti di abduzione, mentre si detende quando l'articolazione va in adduzione.

Il **dolore entesitico** è scatenato da un'inflammatione dell'entesi, che è quel breve segmento di tendine o di legamento che s'inserisce sull'osso.

In genere, l'entesite scaturisce dal sovraccarico funzionale del tendine o legamento a cui appartiene l'entesi sofferente (si pensi ad esempio al cosiddetto "gomito del tennista", un dolore al gomito provocato dal sovraccarico dell'articolazione, tipico di alcuni lavori o sport come il tennis); le entesiti, tuttavia possono essere anche la conseguenza di traumi o malattie sistemiche che alterano la normale architettura tendinea o legamentosa a livello delle entesi. In linea generale, quando dipende da un trauma o dal

sovraccarico funzionale, l'entesite riguarda un tendine o un legamento soltanto; quando invece è correlata a una malattia sistemica, tende a interessare più tendini o legamenti sparsi nel corpo umano. Le entesiti solitamente si associano alle spondiloartriti come l'artrite psoriasica.

In assenza di cure adeguate, alcune entesiti possono culminare con la lacerazione dell'entesi sofferente. Questo è il caso, per esempio, della tendinite achillea o delle tendiniti a livello della cuffia dei rotatori. In questi casi, il danno diventa irreversibile e comporta l'impotenza funzionale dell'articolazione; solo un intervento chirurgico di ricostruzione del tendine rotto o di artroprotesi è in grado di ridare mobilità all'articolazione.

Il dolore periarticolare si tratta essenzialmente con *farmaci antinfiammatori, analgesici o brevi cicli di cortisone*.

3. Dolore osseo

Il dolore osseo è tipico delle fratture. Le fratture oggetto di interesse reumatologico sono quelle patologiche vertebrali, vale a dire i crolli vertebrali causati dall'osteoporosi. In questo caso, il dolore è acuto o sub-acuto, e a seconda della localizzazione della vertebra fratturata sarà dorsale o lombo-sacrale. Le fratture delle vertebre lombari spesso causano lombo-sciatalgia, un dolore che parte dalla parte bassa della schiena e si irradia a una sola o entrambe le gambe: questo avviene perché il crollo della vertebra causa uno stiramento delle radici nervose che passano tra una vertebra e l'altra e che innervano gli arti inferiori.

In caso di crollo vertebrale recente, il dolore va trattato con farmaci sintomatici e con bifosfonati per

via intramuscolare. Passato il momento acuto, è necessario poi l'inizio o la rimodulazione della terapia per l'osteoporosi.

4. Dolore muscolare

La mialgia o dolore muscolare è un dolore localizzato in uno o più muscoli. Tale sintomo può manifestarsi per diverse cause, tra cui sforzi eccessivi, traumi e malattie sistemiche.

Dolore muscolare locale: è confinato ad una specifica area corporea. Spesso, la mialgia ben localizzata è dovuta ad una contrazione involontaria ed improvvisa del muscolo (crampo) o ad una lesione parziale della struttura muscolare per un trauma (strappo, contrattura ecc.). Inoltre, la mialgia può derivare da sforzi fisici eccessivi o troppo prolungati, con impegno specifico di una determinata fascia muscolare. In alcune occasioni, il dolore è conseguenza della tensione continua, dovuta allo stress ed al mantenimento protratto di posture sbagliate, che favorisce l'affaticamento muscolare (soprattutto a carico di collo, spalle e schiena). Altre volte, il dolore è riflesso ed origina a livello osseo ed articolare (artrite, artrosi, distorsione, tendinite ecc.).

Dolore muscolare diffuso: può avere diverse cause, tra cui le infezioni virali (sindromi influenzali), la polimialgia reumatica, le miopatie indotte da farmaci (es. statine e fibrati) e l'ipotiroidismo. In alcuni casi, la mialgia può dipendere da uno stato di stanchezza generale.

Il dolore muscolare diffuso si riscontra anche nelle miopatie infiammatorie (dermatomiosite e polimiosite) ed è inoltre un sintomo caratteristico della fibromialgia.

5. Il dolore nella sindrome fibromialgica

La **fibromialgia** è una sindrome caratterizzata prevalentemente da dolore diffuso muscolo-scheletrico e profonda astenia, ma può manifestarsi con una serie molto ampia di sintomi diversi, quali tremori, cefalea, alterazioni della sensibilità, insonnia, perdita della memoria eccetera. L'assenza di esami laboratoristici e strumentali diagnostici rende ancora più difficile riconoscerla, ma in Italia sarebbero circa due milioni le persone che soffrono di questa malattia. Ciò che normalmente non provoca dolore per queste persone risulta molto doloroso: vi è quindi un'*alterata percezione del dolore, un abbassamento drastico della soglia del dolore.*

Si tratta di un dolore che assume diverse sfaccettature e connotati anche nel singolo paziente: può essere un dolore urente o sordo, bruciante. Può localizzarsi in sede articolare, periarticolare e muscolare e spesso il paziente fa fatica a localizzarlo.

Ritorna il concetto di **dolore globale** menzionato all'inizio di questa trattazione: il paziente con sindrome fibromialgica è un paziente il cui dolore va trattato su più fronti. Accanto ai farmaci che riducono il dolore e migliorano la qualità del sonno, devono essere adottati meccanismi in grado di rilassare i muscoli attraverso tecniche di rilassamento (es. yoga) ed esercizi di stretching. In pazienti sovrappeso od obesi deve essere attuato un programma di allenamento con esercizi aerobici oltre che di stretching, e deve essere messo a punto un regime alimentare finalizzato alla perdita di peso. Gli antidepressivi possono essere utili nel caso in cui vi sia una forte componente psicoaffettiva determinante il dolore; la terapia farmacologica va sempre associata a un percorso psicologico e psicoterapeutico.



Posso gestire da solo/a la mia terapia per il dolore?

Molti pazienti affetti da malattie reumatiche si pongono questo interrogativo. Generalmente è lo stesso reumatologo che ha in cura il paziente a consigliare sulle lettere di visita una terapia antinfiammatoria al bisogno, per cui può esserne fatto un utilizzo "ragionato". Che significa "ragionato"? È importante in questo caso visualizzare il dolore nella sua intensità, cioè porsi la domanda: quanto è intenso il dolore che sto provando, da 0 a 10, considerando che zero è assenza di dolore e dieci è il dolore più forte che abbia mai provato? Se la risposta alla domanda è 5 o 6, si tratta di un dolore sopportabile, che non richiede generalmente un trattamento acuto. Se invece si tratta di un dolore importante che limita le attività della vita quotidiana, è giusto ricorrere a farmaci per il dolore.

Quando la scala visuo-analogica del dolore tende ogni giorno o quasi ad essere improntata su valori superiori al 7, è possibile che questo sia legato a due situazioni:

- la terapia per la malattia autoimmune NON sta funzionando;
- la terapia per la malattia autoimmune sta funzionando, MA ci sono altre condizioni dolorose concomitanti (artrosi, discopatie, fibromialgia ecc.) che non riescono ad essere controllate dalla saltuaria assunzione di farmaci antinfiammatori e che richiedono un trattamento diverso (anche e soprattutto non medico) per poter essere tenute a bada.

In entrambi i casi, è opportuno richiedere un controllo reumatologico per poter essere indirizzati nella giusta maniera verso un tipo di trattamento piuttosto che un altro.

Rigidità articolare

La rigidità nei movimenti è un sintomo molto comune nelle malattie reumatiche.

In condizioni infiammatorie come l'artrite, la rigidità è tipicamente un sintomo che si accompagna al dolore mattutino: il soggetto con artrite si sveglia con una notevole difficoltà nel "carburare", nel mettere in moto il proprio corpo; generalmente questa rigidità dura più di 60 minuti al mattino e migliora fino a scomparire nell'arco della giornata. Un metodo utile per ridurre il tempo di rigidità è quello di "allenare" ogni giorno l'articolazione: nel caso dell'artrite reumatoide, ad essere colpite più frequentemente sono le mani, per cui utilizzare per alcuni minuti al giorno delle palline di spugna (le comuni palline antistress) per aprire e chiudere le dita delle mani aiuta a ridurre la sensazione di rigidità dei movimenti dell'articolazione. Per i soggetti affetti da spondilite anchilosante, è fondamentale effettuare esercizi mirati alla mobilitazione della colonna e del bacino (es. abbassare la schiena con le ginocchia estese e unite fino a far arrivare le mani al pavimento), meglio ancora se si instaurano dei percorsi mirati di fisioterapia.

In alcuni casi, quando la malattia non viene trattata tempestivamente, le erosioni che si creano a livello dell'osso possono determinare una vera e propria fusione delle articolazioni tra di loro, le anchilosi, rendendo impossibile i movimenti di articolarietà delle zone coinvolte.

In condizioni meccaniche come l'artrosi, invece, la rigidità dura meno di 60 minuti e può manifestarsi in qualunque momento della giornata. Quando l'artrosi è avanzata, la rigidità diventa limitazione e impotenza funzionale, poiché la cartilagine articolare è così esigua da non permettere più ai capi ossei dell'articolazione di scivolare tra di loro.



Prurito

Il prurito è un sintomo piuttosto comune, che può essere attribuito a numerose condizioni patologiche e non. Spesso, questa manifestazione dipende da motivi banali, come l'eccessiva sudorazione, l'estrema secchezza della cute o la puntura di un insetto. Oltre ad essere un sintomo tipico di problematiche della pelle, in qualche caso, il prurito può segnalare la presenza di malattie sistemiche più severe.

A seconda della causa scatenante, la sensazione pruriginosa può associarsi ad altri sintomi, tra cui bruciore, gonfiore, comparsa di vescicole, intorpidimento o formicolio.

Il prurito è causato dalla liberazione di una sostanza, l'istamina, da alcune cellule del nostro organismo, i mastociti. Queste cellule producono istamina in risposta ad uno stimolo irritativo, il quale, tra l'altro, tende ad auto-perpetuarsi con il grattamento. È un po' quello che succede quando veniamo punti da una zanzara: la sostanza rilasciata dalla puntura della zanzara stimola i mastociti vicini e crea la zona di arrossamento e la sensazione di prurito, ma se

continuiamo a grattarci in corrispondenza di quella zona, quella zona si arrosserà sempre di più e darà sempre più fastidio e prurito.

In corso di malattie reumatologiche, può comparire prurito in alcune condizioni patologiche: l'artrite psoriasica, la dermatomiosite e le reazioni di fotosensibilità in corso di lupus eritematoso sistemico. In tutti questi casi, il prurito è associato a lesioni cutanee caratteristiche.

Nell'**artrite psoriasica**, il prurito si associa alle zone di cute interessate dalla psoriasi. La tipica lesione in questo caso è la chiazza psoriasica, un'area della pelle caratterizzata da eritema, infiltrazione e desquamazione. Solitamente queste chiazze sono visibili a livello della parte esterna dei gomiti, delle ginocchia, del cuoio capelluto, ma esistono casi di psoriasi inversa, localizzati nelle pieghe cutanee. Esiste un altro tipo di psoriasi cutanea, quella pustolosa, presente spesso a livello dei palmi delle mani e delle piante dei piedi.

Nel **lupus**, il prurito è spesso associato alla comparsa o al peggioramento di eritemi cutanei legati

TIPI DI PSORIASI



Psoriasi a placche



Psoriasi guttata



Psoriasi pustolosa



Psoriasi inversa



Psoriasi delle unghie



Artrite psoriasica

all'esposizione solare, come nel caso del rash a farfalla a livello del viso.

Nella **dermatomiosite**, le lesioni cutanee caratteristiche (rash eliotropo alle palpebre, rash alla V del petto, papule e segno di Gottron) si accompagnano spesso a forti sensazioni pruriginose.



Anche in questo caso, la terapia per il prurito consiste nel trattamento della malattia di base. Può essere utile il ricorso a farmaci antistaminici per via orale per alleviare i sintomi, o presidi topici (creme, gel, polveri) a base di cortisone per ridurre l'entità delle lesioni cutanee. In quest'ultimo caso, bisogna stare attenti alla presenza di eventuali segni di sovrainfezione batterica delle lesioni provocate dalla malattia

o dal proprio grattamento: se vi sono segni di pus o di infezione in atto, è opportuna una valutazione del medico di famiglia prima di applicare la crema a base di cortisone, che potrebbe peggiorare il quadro infettivo.



Source: IMACS





ASSOCIAZIONE NAZIONALE PERSONE CON MALATTIE
REUMATOLOGICHE E RARE - APS

www.apmarr.it

Scarica il booklet



seguici su

