



Regione
Lombardia

Corso MCB

Lezione di Medina dello Sport

Docente: Giorgio Diaferia

ARTRITI SPORT E ATTIVITA' MOTORIA

Dr. Giorgio Diaferia
Specialista in Fisiatria. MMG
Direttore Sanitario e Dir. FKT Centro di
Medicina Preventiva e dello

Sport SUISM-Università di Torino
Docente a.c. in Medicina dello Sport

SUISM-UniTo



Cos'è l'Artrite Reumatoide?

L'artrite reumatoide (artrite reumatoide) è una malattia cronica che provoca dolore, tumefazione e rigidità articolare con limitazione del range del movimento e della funzione delle articolazioni

Sebbene l'articolazione sia la parte dell'organismo più coinvolta, l'infiammazione può svilupparsi anche in organi interni (come polmoni, reni, cuore, sistema nervoso, vasi sanguigni, occhi).

La rigidità osservata quando la malattia è in fase attiva è più intensa la mattina al risveglio e può durare da una a più ore estendendosi, nei casi più severi, all'intera giornata. La durata della rigidità è molto importante perché differenzia l'artrite reumatoide da altre artropatie, come ad esempio, l'osteoartrosi in cui la rigidità mattutina è di circa 10-20 minuti.

Le articolazioni più frequentemente coinvolte sono quelle piccole delle dita delle mani, i polsi, i piedi, le ginocchia e le caviglie; più raro è il coinvolgimento di anche, spalle, gomiti e rachide. L'interessamento abitualmente è di solito simmetrico: se è coinvolto il polso destro spesso è colpito anche il polso sinistro.

Il paziente, inoltre, può riferire dei sintomi noti come "extra-articolari" e che possono essere indicativi di un coinvolgimento sistemico della malattia; fra questi ci sono: stanchezza, malessere generale, perdita di peso, indolenzimento muscolare (mialgie), febbre, secchezza degli occhi e della bocca (condizione nota come sindrome di Sjogren secondaria all'artrite reumatoide), riscontro di anemia, infiammazione dei tendini, presenza di piccole nodosità dolenti note come "noduli reumatoidi" che compaiono comunemente sotto la cute dei gomiti e degli avambracci.

Artrite è un nome generico che indica diverse malattie articolari infiammatorie. Una di queste è l'artrite reumatoide, una malattia infiammatoria cronica e sistemica del tessuto connettivo la cui eziologia è tuttora sconosciuta, i cui sintomi sono simili ad altre patologie quali il 'lupus eritematoso sistemico', l'artrite psoriasica e la **fibromialgia**



Come viene diagnosticata l'Artrite Reumatoide?

L'artrite reumatoide può essere difficile da diagnosticare all'esordio poiché può iniziare gradualmente con scarsi sintomi e diverse malattie, specialmente all'esordio, possono avere un comportamento simile. Per questo motivo i pazienti con sospetto di artrite reumatoide dovrebbero essere valutati da un reumatologo per la conferma diagnostica e per la somministrazione di una corretta terapia.

La diagnosi di artrite reumatoide si pone in base ai sintomi riferiti dal paziente e ai segni osservati durante la visita medica, come ad esempio il calore, la tumefazione e la dolorabilità articolare. Gli esami di laboratorio a volte possono essere di aiuto per la conferma diagnostica (presenza di anemia, positività del fattore reumatoide - un anticorpo riscontrato nell'80% dei pazienti con artrite reumatoide, o degli anticorpi anti-citrullina (anti-CCP) che hanno una specificità del 98% per l'artrite reumatoide; aumento della velocità di eritrosedimentazione - VES, e/o della proteina C reattiva. La radiografia può essere molto utile nella diagnosi ma non evidenzia alcuna anomalia nelle prime fasi della malattia (3-6 mesi). Sempre più rilevante appare, invece, l'uso dell'ecografia articolare, molto più sensibile rispetto alla radiografia tradizionale (soprattutto nella fase iniziale) e più economica rispetto alla risonanza magnetica, nel documentare l'ipertrofia della membrana sinoviale e l'intensità dell'infiammazione articolare e peri-articolare.

È importante ricordare che per la maggior parte dei pazienti (specialmente coloro che presentano i sintomi da meno di 6 mesi) non esiste un test specifico che confermi la diagnosi. La diagnosi si pone attraverso una valutazione

L'attività fisica per chi è affetto da artrite reumatoide è molto importante perché aiuta a conservare la mobilità articolare, anche se è necessario “rallentare” durante le eventuali fasi di riacutizzazione della malattia.



I punti chiave per stilare una scheda di allenamento possono essere così riassunti:

- *Iniziare sempre con un riscaldamento adeguato e a basso impatto traumatico, prediligendo esercizi di mobilità e propriocezione.*
- *Evitare carichi massimali, anzi iniziare con carichi “moderati”.*
- *Svolgere un numero di ripetizioni abbastanza elevato (15/20).*
- *Intensità non troppo elevata che non sovraccarichi troppo l'apparato osteoarticolare, successivamente si potrà aumentare l'intensità anche fino all'80% di 1RM.*
- *La frequenza cardiaca da utilizzare deve essere media (60/80% FCMax).*
- *Volume di allenamento medio-elevato, questo per contrastare la rigidità articolare di questa patologia e per creare allenamenti che possano stimolare un maggiore EPOC e di conseguenza una maggiore attività lipolitica, vista l'intensità non elevata non vi saranno rischi di Overtraining.*

La tipologia degli esercizi deve essere prevalentemente Base (pluriarticolari). Distribuire il carico su più articolazioni le solleciterà meno rispetto l'esecuzione degli esercizi di isolamento.

- La tipologia dell'allenamento consigliata è quella a Circuito, meglio ancora se si alterna un esercizio per i distretti superiori ad un esercizio per i distretti inferiori (Top/Down o PHA), questo per alternare i momenti di stress al quale sono sottoposte le articolazioni.*
- Praticare discipline Olistiche come Yoga e Pilates, molto utili perché migliorano la propriocezione, il rilassamento, la flessibilità.*
- Concludere sempre con una sessione di stretching per preservare la mobilità articolare e l'estensibilità muscolare.*
- La frequenza allenante ottimale sarà di 3/4 allenamenti settimanali da 60/75 minuti ma si apprezzano comunque importanti miglioramenti anche con una frequenza allenante inferiore*



L'allenamento dovrà basarsi sul mantenimento della FFM utilizzando esercizi a basso impatto articolare. Sarà fondamentale il mantenimento o il recupero della mobilità articolare e uno stretching graduale per salvaguardare la salute delle articolazioni. Nell'allenamento in sala pesi quindi, come per qualsiasi altro tipo di allenamento, si inizierà con un **riscaldamento** muscolare di tipo aerobico prima di dedicarci alla parte centrale dell'allenamento, attenzione però a esercizi ad alto impatto (tipo Run) anche per escludere a monte il rischio di cadute. A contrario dell'osteoporosi lieve, dove invece si consigliano attività a impatto come corsa, camminata in salita e sport con balzi e salti in cui le articolazioni (ginocchio in primis) vengono sovraccaricate, in presenza di artrosi è consigliabile la pratica del ciclismo, nuoto, aquagym e tutte quelle attività dove il muscolo lavora ugualmente ma il ginocchio, anca e caviglia sono in scarico. L'allenamento con i pesi stimola in maniera importante i tessuti (muscolare e connettivo) che vengono rinnovati e irrobustiti, mentre l'inattività li rende sempre più deboli, atrofici ed ipotonici favorendo anche la perdita di massa muscolare.



Purtroppo queste semplici regole vengono spesso disattese poiché la passione ed il piacere di praticare sport finiscono con essere più forti della esigenza di rispettare alcune norme elementari di prudenza e buon senso.

Il peggior errore che si può commettere è quello di continuare una attività sportiva palesemente inadatta, dopo aver attenuato il dolore ricorrendo ad un trattamento antalgico o anti-infiammatorio. È ovvio che si verranno a creare in questi casi condizioni tali da determinare una progressiva ingravescenza del dolore ed il rischio molto concreto di una continuazione del danno anatomico.

Il medico di famiglia e la prima diagnosi

{ Il medico di medicina generale svolge un ruolo molto importante nella strategia di lotta contro le malattie reumatiche. Il primo importante compito è quello di riconoscere immediatamente le espressioni iniziali della malattia e di inviare immediatamente il paziente dallo specialista o, meglio ancora, presso un centro specializzato per la diagnosi precoce e la terapia delle artriti croniche. Invio con appropriatezza





I problemi osteoarticolari sono la causa più frequente di ricorso al medico di famiglia. Il 70% delle visite si conclude con la prescrizione di farmaci antinfiammatori non steroidei o antido-lorifici. Il 73,3% dei pazienti è di sesso femminile. Le malattie osteoarticolari presentano un elevatissimo costo sociale per inabilità temporanea e permanente, ma soprattutto per il ricorso a strumenti diagnostici (dal semplice rx alla risonanza magnetica) ed a trattamenti convenzionali e non convenzionali. Purtroppo però contrariamente a quanto accade in altre malattie non sempre gli esami diagnostici hanno un sicuro ed elevato valore, l'esame clinico rimane ancor oggi il cardine del processo diagnostico. Il ruolo del medico di famiglia diventa perciò importante ed articolato, nonostante se ne stia sempre più impoverendo il ruolo clinico. Il medico di famiglia ha dunque un ruolo centrale nella diagnosi delle malattie reumatiche, un insieme di patologie che interessa **oltre 5 milioni e mezzo di persone in Italia**