Scheda informativa:
opzioni terapeutiche per i pazienti con patologie reumatiche infiammatorie

Le patologie reumatiche infiammatorie, come l'artrite reumatoide e la spondiloartrite assiale, colpiscono decine di milioni di persone in tutto il mondo. Per alcuni pazienti che convivono con queste patologie, tuttavia, è possibile raggiungere la remissione. Il trattamento mirato alla remissione si concentra sulla riduzione dell'infiammazione, o sulla sua completa soppressione, per garantire il controllo dei sintomi.

È importante che i responsabili delle politiche sanitarie, i medici e i pazienti conoscano le diverse opzioni terapeutiche disponibili per raggiungere l'obiettivo della remissione.

Opzioni terapeutiche

Ridurre l'infiammazione il prima possibile è fondamentale per rallentare o prevenire la progressione della malattia e raggiungere la remissione. I farmaci modificanti la malattia, o DMARD, aiutano a perseguire questo obiettivo e si suddividono in DMARD sintetici convenzionali (csDMARD), sintetici mirati (tsDMARD) o biologici (bDMARD). Per il controllo del dolore vengono utilizzati farmaci antinfiammatori e analgesici semplici, mentre la riabilitazione aiuta a ripristinare e mantenere la funzionalità.

Un trattamento precoce e mirato consente di ottenere risultati ottimali. La remissione precoce nei pazienti con AR all'esordio trattati con DMARD sintetici convenzionali (csDMARD) è associata a benefici clinici e funzionali.[1] Anche tra i pazienti che necessitano di terapie mirate aggiuntive (bDMARD o tsDMARD), coloro che raggiungono la remissione entro 12 settimane (28% dei pazienti) sperimentano meno dolore e affaticamento, e una migliore funzionalità fisica e qualità della vita per almeno un anno rispetto a chi non la raggiunge.[2]

Gestione del dosaggio e dei tempi di trattamento

La remissione non è un percorso uguale per tutti. Per i pazienti in remissione sostenuta, la riduzione del dosaggio dei DMARD potrebbe essere vantaggiosa. Conosciuto anche come "tapering", questo metodo consiste nel ridurre il dosaggio dei farmaci senza interromperli completamente, poiché una sospensione improvvisa spesso provoca riacutizzazioni.[3]

Nell'ambito dell'AR, si è cominciato a mettere in discussione l'idea che i DMARD debbano essere sempre assunti, senza interruzioni. Questa convinzione si basava principalmente su dati provenienti da pazienti trattati con farmaci biologici, un gruppo generalmente più difficile da trattare e con meno probabilità di raggiungere la remissione senza farmaci. Tuttavia, per i pazienti che non necessitano di farmaci biologici, è possibile ottenere la remissione senza DMARD. Gli studi dimostrano che il 20-38% di questi pazienti può interrompere il trattamento senza che la malattia si ripresenti. [4 5 6]

Accesso all'intera gamma di opzioni terapeutiche

Per i pazienti con artrite psoriasica, in caso di risposta inadeguata o intolleranza, è consigliato il passaggio a un altro farmaco biologico (bDMARD) o a un DMARD sintetico mirato (tsDMARD). Ciò include un passaggio all'interno della stessa classe di farmaci.[7]

Un'altra possibilità per i pazienti che puntano alla remissione è *il passaggio a un'altra* classe di farmaci per ottenere risultati ottimali. Studi recenti indicano che il passaggio da un inibitore del TNF a un inibitore JAK, ad esempio, spesso porta a risultati migliori rispetto a un cambio all'interno della stessa classe.

Le evidenze dimostrano che i pazienti che passano a un'altra classe di farmaci hanno:

- **1,7 volte più** probabilità di raggiungere la remissione
- **2,2 volte più** probabilità di non provare dolore
- **1,8 volte più** probabilità di mantenere una migliore aderenza al trattamento[8]

Per ulteriori informazioni, consultare il sito **Global Remission Coalition**.

Global Remission Coalition

Riferimenti

[1] Klooster et al. Long-term clinical, functional, and cost outcomes for early rheumatoid arthritis patients who did or did not achieve early remission in a real-world treat-to-target strategy. Clin Rheumatol. 2019 Oct;38(10):2727-2736.

[2] Gossec et al. POS0643 Association of Early Remission on Clinical and Patient-Reported Outcomes in Patients with Rheumatoid Arthritis: Post-hoc Analysis of Data from the Select-Compare Study. Poster. https://doi. org/10.1136/annrheumdis-2024-eular.1469

[3] Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.

[4] Heutz et al. Sustained DMARD-free remission in subgroups of patients with rheumatoid arthritis: an analysis of two prospective cohorts with early arthritis. DOI: 10.1016/S2665-9913(24)00234-0. 5

[5] Mulligen. Tapering conventional synthetic DMARDs towards sustained drug-free remission in rheumatoid arthritis. Lancet Rheumatol. 2024 May;6(5):e254-e255. 6

[6] Kjørholt et al. Effects of tapering conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs to drug-free remission versus stable treatment in rheumatoid arthritis (ARCTIC REWIND): 3-year results from an openlabel, randomised controlled, non-inferiority trial. Lancet Rheumatol. 2024 May;6(5):e268-e278.

[7] Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.

[8] Caporali et al. A Real World Comparison of Clinical Effectiveness in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Upadacitinib, Tumor Necrosis Factor Inhibitors, and Other Advanced Therapies After Switching from an Initial Tumor Necrosis Factor Inhibitor. Adv Ther (2024) 41:3706–3721.