



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

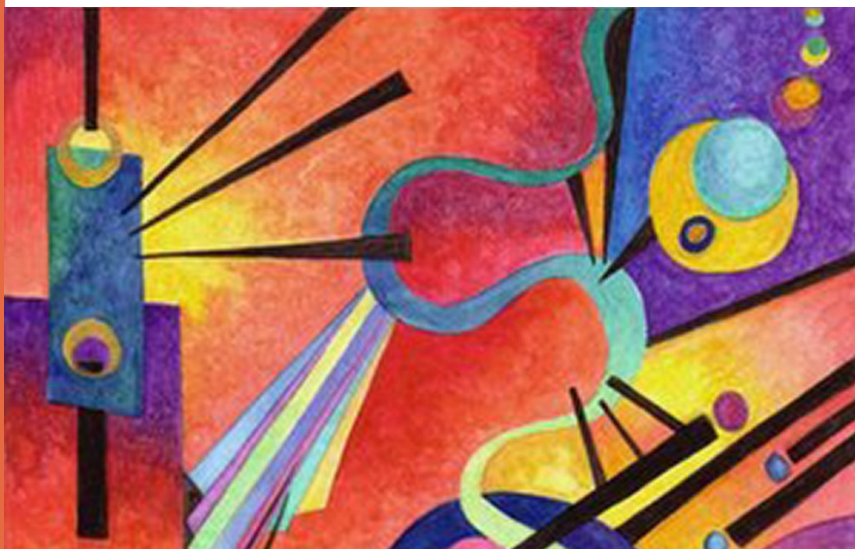
Arcispedale S. Maria Nuova

Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche
Reumatologia

Dott. Carlo Salvarani - Direttore

SPONDILITE ANCHILOSANTE

INFORMAZIONI PER I PAZIENTI



REGGIO EMILIA, MARZO 2015

DESCRIZIONE

La Spondilite Anchilosante (SA) è una malattia infiammatoria cronica che colpisce principalmente le articolazioni sacroiliache e la colonna vertebrale, ma che può coinvolgere anche le articolazioni periferiche.

La SA, con l'artrite reattiva, l'artrite psoriasica, le artriti associate a malattie infiammatorie intestinali (*morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa*) e le spondiloartriti indifferenziate, fa parte del gruppo delle spondiloartropatie (SpA). Ha un'incidenza 3 volte maggiore nel sesso maschile, esordisce in genere in pazienti di età compresa tra i 20 e i 40 anni ed è 10-20 volte più frequente in parenti di primo grado di pazienti con SA, rispetto alla popolazione generale.

Non si conoscono ancora le cause della SA. La presenza dell'aplotipo HLA B27 (*è un gene, quindi ereditato da uno o entrambi i genitori*) è strettamente associato alla malattia.

La maggior parte dei pazienti con SA ha questo carattere genetico, che tuttavia è riscontrabile anche in persone della popolazione generale sana senza spondilite. L'HLA-B27 da solo non causa la malattia e solamente il 5% delle persone che hanno l'HLA B27 sviluppano la SA.

La SA non è una malattia ereditaria. I nati da soggetti con SA hanno solamente un rischio aumentato di ammalarsi di questa malattia articolare (*come ad esempio è dimostrato nel diabete o nella ipertensione*).

QUADRO CLINICO

Il sintomo d'esordio più frequente è il dolore al rachide lombare (*lombalgia*), con le caratteristiche del dolore infiammatorio: prevalentemente notturno, peggiora con il riposo e migliora con il movimento, si associa a rigidità mattutina.

Il miglioramento del dolore con il movimento è un elemento distintivo rispetto alle forme degenerative del rachide (*artrosi*) e alle discopatie, dove viceversa il movimento e lo sforzo possono rappresentare elementi scatenanti o peggiorativi del dolore.

Il paziente descrive il dolore lombare come "fastidio", "fasciatura", "senso di costrizione" di intensità variabile; nella maggior parte dei casi il dolore è irradiato alla natica e comunque in una vasta zona del bacino (*glutalgia*) o fino al ginocchio (*sciatica mozza*).

Altro sintomo è il dolore toracico che si accompagna ad una riduzione dell'espansibilità del torace, dovuto all'interessamento diffuso delle strutture costo-vertebrali o costo-sternali. Sintomi sistemici come febbre, stanchezza, riduzione dell'appetito,

perdita di peso, rappresentano altre manifestazioni della SA. Può anche essere presente una artrite (*tumefazione articolare dolente*) periferica che in genere interessa in modo asimmetrico le grandi articolazioni degli arti inferiori, come il ginocchio o la caviglia. L'infiammazione nella SA può anche interessare il sito di inserzione dei tendini dell'osso (*entesi*) determinando dolore e/o tumefazione nella porzione posteriore e inferiore del calcagno (*Tendine Achilleo e fascite plantare*). Nel lungo termine l'infiammazione della colonna vertebrale può determinare la completa fusione della colonna stessa (*colonna a canna di bambù*) determinando nel paziente un profondo grado di disabilità. In alcuni pazienti sono riscontrabili anche manifestazioni extrarticolari, come quelle oculari caratterizzate da episodi ricorrenti di arrossamento, dolore e ipersensibilità alla luce (***uveite anteriore***).

L'infiammazione dell'occhio richiede una precoce diagnosi e un adeguato trattamento da parte di un oculista per prevenire il danno oculare.

DIAGNOSI

La diagnosi di SA dipende da una attenta storia clinica e dall'esame fisico. Due elementi della storia clinica sono di grande importanza:

- 👉 la presenza di dolore con le caratteristiche della forma infiammatoria e la rigidità del tratto inferiore della colonna vertebrale,
- 👉 una storia familiare positiva per SA.

Il dolore del tratto inferiore della colonna vertebrale è molto comune nella popolazione generale ed è solitamente dovuto a cause "meccaniche" non infiammatorie come l'artrosi o l'ernia discale, ma il dolore tipico della SA ha le caratteristiche della forma infiammatoria (*vedi quadro clinico*).

La presenza di una lombalgia infiammatoria è l'elemento chiave per la diagnosi di SA.

Inoltre, una storia familiare positiva per SA (*in particolare un parente di primo grado affetto da SA*) aumenta la probabilità di avere tale malattia in un paziente con lombalgia infiammatoria. Anche se la diagnosi di SA non richiede solitamente la determinazione dell'HLA-B 27, tale test può essere utile a fini diagnostici.

Però una diagnosi certa (*definita*) di SA richiede la presenza di evidenza radiologica ad una radiografia del bacino di infiammazione delle articolazioni sacroiliache (*sacroileite*).

Tali alterazioni radiologiche compaiono però dopo 3-5 anni di malattia, perciò non sono utili per fare una diagnosi precoce di SA.

La risonanza magnetica delle articolazioni in fase precoce è più utile e attualmente tale metodica di immagine è frequentemente utilizzata nella diagnosi di SA.

Gli altri esami del sangue non sono utili per la diagnosi di SA; talvolta sono aumentati gli indici di infiammazione (*VES-PCR*).

TERAPIA

La fisioterapia, le corrette abitudini posturali, i farmaci anti-infiammatori non steroidei (**FANS**) sono alla base del trattamento del dolore e della rigidità causate dalla SA.

FANS comunemente utilizzati sono il diclofenac, naproxene, piroxicam e di recente sono stati introdotti gli inibitori specifici della Cox-2 come celecoxib e etoricoxib.

I corticosteroidi e i farmaci anti-reumatici modificanti la malattia (**DMARDs**), quali la **Sulfasalazina**, il **Methotrexate**, sono attivi nel controllare i sintomi articolari periferici, ma non nei sintomi a carico della colonna vertebrale. Inoltre tali farmaci non hanno la capacità di rallentare l'evoluzione del danno alla colonna vertebrale.

La terapia della SA si è recentemente arricchita di nuovi farmaci in grado di bloccare una sostanza chiamata Tumor necrosis factor alfa (*TNF-alfa*) responsabile del mantenimento della infiammazione nelle malattie articolari infiammatorie e quindi nella SA. Tali farmaci sono in grado di sopprimere l'infiammazione e quindi risolvere il dolore e probabilmente prevenire l'evoluzione del danno articolare (*anchilosi della colonna vertebrale*).

La prima di queste molecole, sintetizzate mediante tecniche di biotecnologia genetica, è Infliximab, un anticorpo monoclonale chimerico (*uomo/topo*) che lega selettivamente il **TNFalfa** solubile rendendolo inattivo.

Vi sono evidenze che l'impiego di **Infliximab** nelle fasi iniziali del processo spondilítico, possa determinare una scomparsa dell'edema osseo (*segno di infiammazione*) evidenziato in risonanza magnetica a carico delle articolazioni sacroiliache e della colonna vertebrale, a testimonianza di una regressione del danno flogistico. Oltre a Infliximab sono oggi disponibili altri farmaci biologici anti TNFalfa: **Etanercept** che è il recettore antagonista del TNFalfa e **Adalimumab**, altro anticorpo monoclonale e due ultimi nuovi: **Certolizumab** e **Golimumab**.