

Brevi cenni sulla Spondilite Anchilosante

Introduzione

La Spondilite Anchilosante (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).

Le caratteristiche comuni di tali affezioni sono rappresentate dall'assenza del fattore reumatoide, dalla frequente associazione con l'antigene HLA- B27, dalla predisposizione familiare, dall'interessamento della colonna, delle articolazioni periferiche (spesso in maniera asimmetrica) e dal coinvolgimento delle entesi (punti di inserzione di tendini, capsule e legamenti all'osso).

Epidemiologia

Nel gruppo delle malattie reumatiche infiammatorie, la SpA è la diagnosi più comune dopo l'artrite reumatoide. La sua prevalenza varia dallo 0,01 al 0,5%, con un'incidenza 3 volte maggiore nel sesso maschile. Colpisce in genere soggetti con età compresa tra i 20 e i 40 anni.

Eziopatogenesi

L'eziologia e la patogenesi della SA rimangono ignote. Si tratta senza dubbio di una malattia con una chiara predisposizione genetica: studi familiari dimostrano che circa il 15% dei pazienti ha parenti con spondilite ed indagini immunogenetiche evidenziano nel 80-90% dei pazienti con spondilite, positività per l'allele HLA-B27.

Clinica

I sintomi iniziali della malattia sono: lombalgia, più spesso notturna e di varia intensità in ragione dell'aggressività della malattia e rigidità mattutina, che si allevia con il movimento. A volte vi è irradiazione ai glutei e alla faccia posteriore della coscia fino al ginocchio (sciatica mozza). Può accompagnarsi febbricola, lieve astenia, ma in generale le condizioni rimangono buone.

Ci può essere interessamento dell'intestino (malattia di Crohn o colite ulcerosa), delle articolazioni periferiche, degli occhi (uveite), delle strutture costo-vertebrali e/o costo-sternali con diminuzione dell'espansibilità toracica. Comuni sono poi tendiniti e fasciti. Gli ammalati di spondilite anchilosante vengono spesso diagnosticati dopo anni dall'esordio della malattia, perché i sintomi vengono scambiati per una comune lombosciatalgia. E' una patologia cronica, caratterizzata da riacutizzazioni, di lieve o moderata intensità, alternate a periodi silenti.

Diagnosi

La diagnosi si fonda sui seguenti punti:

- a) Accurata anamnesi; valutazione dei sintomi e segni clinici;
- b) Tra gli esami di laboratorio, spesso sono aumentati gli indici di infiammazione (VES e proteina C reattiva), mentre, come già detto, molto frequente è la positività all'antigene HLA B27.
- c) Dal punto di vista strumentale, tipiche sono le alterazioni radiologiche, specie, in fase avanzata della malattia, che comprendono quadri di sacroileite mono o bilaterale (erosioni ed addensamento osseo in corrispondenza delle articolazioni sacro-iliache sino alla fusione) ed alterazioni dello scheletro assiale (flogosi nelle sedi di inserzione di legamenti ai margini dei corpi vertebrali sino all'ossificazione). Utili inoltre, in fase precoce, approfondimenti mediante Risonanza Magnetica e/o Scintigrafia Ossea.

Terapia

Il paziente con Spondilite Anchilosante necessita di un duplice apporto terapeutico: farmacologico e fisico.

1) La terapia di tipo farmacologico si fonda sull'utilizzo di Farmaci Anti-infiammatori Non Steroidei (FANS) ed immunosoppressori. Per le forme più aggressive e "non-responder" ai farmaci di fondo, oggi si possono utilizzare **farmaci cosiddetti biologici anti TNFa**, rivelatisi molto efficaci nell'indurre remissione e nel rallentare l'evoluzione della malattia.

2) Notevole importanza riveste la **terapia fisica**: una rieducazione posturale globale (RPG), fatta da terapisti esperti nel trattamento di questa patologia che conoscono gli esercizi per mobilizzare la colonna bloccata.

Tutti gli sport aerobici, che coinvolgono il movimento della colonna e non causano un aumento del dolore, sono indicati, primo fra tutti il **nuoto**.

Dott.ssa Stefania Volpinari
Specializzanda in Reumatologia
Università di Ferrara
Cattedra e U.O. complessa di Reumatologia
Direttore: Prof. Francesco Trotta.