

L'ARTRITE CRONICA GIOVANILE

Contrariamente a quanto si possa pensare, l'artrite può colpire anche i bambini. L'artrite cronica giovanile (ACG), un'artrite cronica dell'infanzia, inizia prima dei sedici anni e a volte può colpire anche bambini di 6 mesi.

E' attualmente la più frequente malattia reumatica cronica del bambino. Come si presenta L'artrite cronica giovanile colpisce più frequentemente il sesso femminile e la sua causa è ancora sconosciuta. Inizia di solito con una tumefazione articolare che dura a lungo e si può estendere ad altre sedi. Il dolore può anche essere modesto, ma ciò che colpisce i genitori è l'importante rigidità al mattino lamentata dai bambini.

L'artrite cronica giovanile è diversa dall'Artrite Reumatoide dell'adulto.

La guarigione, infatti, si ottiene in circa i due terzi dei bambini colpiti da artrite cronica giovanile, mentre la maggior parte degli adulti con AR continuano ad avere infiammazione e deformità nelle articolazioni spesso per tutta la vita.

Qual è la sua causa?

Innanzitutto l'Artrite Cronica Giovanile è una malattia ad eziologia ignota, vale a dire che "non se ne conosce la causa". Vi sono alcune considerazioni, tuttavia che devono essere chiarite. La prima è che l'artrite cronica giovanile non ha alcuna relazione con i cosiddetti "reumatismi nel sangue" o Febbre reumatica che trova la sua causa nello Streptococco beta emolitico di gruppo A. Sono due malattie completamente diverse e da non confondere.

Un elemento comune a tutti i tipi di Artrite Cronica Giovanile (ACG) è l'infiammazione. Durante il decorso della malattia la membrana protettiva delle articolazioni conosciuta come membrana sinoviale si infiamma.

Fattori esterni come i virus sembrano giocare un ruolo importante nello scatenamento della malattia. I ricercatori hanno dimostrato che alcuni virus hanno caratteristiche fisiche simili a quelle delle cellule del corpo. Quando tali virus infettano il corpo inducono le cellule di tipo B e T a moltiplicarsi.

Queste cellule producono poi anticorpi, speciali proteine che hanno il compito di distruggere il virus invasore. Nell'artrite cronica giovanile tuttavia gli anticorpi riconoscono e danneggiano anche proteine del corpo oltre al virus con un meccanismo di reazione crociata.

Una delle aree più promettenti di ricerca in questa malattia è la genetica. I ricercatori negli ultimi 10 anni hanno sviluppato vari studi per capire come il corredo genetico di un individuo influenzi la sua predisposizione all'artrite.

Tre tipi di artrite cronica giovanile

L'artrite cronica giovanile è classificata in base al numero delle articolazioni coinvolte.

Ci sono tre distinti tipi di artrite cronica giovanile che riflettono i diversi sintomi e segni accertati nei primi tre mesi della malattia.

La forma sistemica è caratterizzata da febbre intermittente (1 o 2 puntate giornaliere) con valori di 39-40 °C associata talvolta a macchioline cutanee fugaci.

La febbre si accompagna a dolori alle articolazioni. Un'artrite vera e propria può non essere presente all'esordio della malattia ma comparire a distanza di settimane o mesi. In questa forma non vi è predilezione di sesso o di età. Circa il 25-30% dei bambini hanno il tipo poliarticolare che coinvolge 5 o più articolazioni.

La malattia si può accompagnare a febbre, stanchezza e calo dell'appetito. Le femmine sono di gran lunga più colpite. La ricerca del Fattore Reumatoide, tipico delle forme dell'adulto, è nella maggior parte dei casi negativa.

Sono spesso colpite da questa forma le piccole articolazioni e i bambini tendono a manifestare maggiori segni di dolore e rigidità specie al mattino.

Le forme pauciarticolari interessano circa il 40-50% di bambini colpiti da artrite cronica giovanile, per lo più le femmine.

Sono coinvolte non più di 4 articolazioni e non si hanno mai sintomi sistemici. I bambini che sviluppano questa forma iniziano a presentare sintomi prima dei 5 anni e normalmente l'artrite interessa le articolazioni maggiori come ginocchia, caviglie o polsi.

Un aspetto particolare associato a questa forma è l'insorgenza di uveite, un'inflammazione agli occhi, di solito asintomatica, che può causare perdita di vista e altre complicazioni. La prognosi è generalmente buona ma non bisogna dimenticare che l'artrite e l'uveite hanno due decorsi completamente indipendenti per cui un bambino guarito dall'artrite deve continuare i suoi controlli dall'oculista in quanto la complicità oculare, potrebbe determinare danni irreversibili fino alla cecità.

Come si cura?

Essendo una malattia da causa ignota, non esiste una terapia in grado di eliminarne la causa e, quindi, di indurre a guarigione. Il trattamento dell'artrite cronica giovanile ha pertanto lo scopo di ridurre il dolore, controllare l'inflammazione sistemica e articolare e di mantenere, con misure di tipo riabilitativo, in buono stato funzionale le articolazioni coinvolte. La terapia richiede tempi lunghi e va proseguita fino al conseguimento della remissione definitiva.

E' una terapia complessa che richiede l'integrazione di diverse figure specialistiche (pediatra-reumatologo, fisiatra, oculista, ortopedico) e un adeguato sostegno al piccolo paziente e alla sua famiglia.

Nei paesi scandinavi ed anglosassoni ed, in parte, anche in Italia questi piccoli pazienti vengono seguiti in Centri Specialistici di Pediatria che hanno sviluppato uno specifico interesse per queste malattie e da anni si dedicano all'assistenza e alla ricerca in questo ambito. Il trattamento farmacologico prevede l'impiego dei farmaci anti-inflammatori non steroidei detti comunemente FANS, corticosteroidi, e farmaci antireumatici quali il Methotrexate a basse dosi, Idrossiclorochina o Ciclosporina A.

Negli ultimi anni sono stati sperimentati trattamenti cosiddetti "biologici" che utilizzano, cioè, sostanze che interferiscono con i meccanismi immunologici della malattia. In studi clinici controllati su pazienti adulti e bambini affetti da Artrite Reumatoide in fase attiva, e resistenti ai comuni farmaci immunosoppressori, questi "prodotti biologici" hanno dimostrato una buona efficacia, ma è ancora presto per poterne stabilire, specie nel bambino, la sicurezza e l'assenza di effetti collaterali.

La terapia fisica e occupazionale ha lo scopo di prevenire la comparsa di deformità articolari. La chirurgia ortopedica può essere necessaria per correggere anchilosi articolari ed eventuali retrazioni dei tessuti molli periarticolari.

Talvolta il danno articolare è talmente grave da richiedere la completa sostituzione dell'articolazione mediante l'applicazione di protesi articolari.

Prof. Francesco Zulian
Responsabile Unità di Reumatologia Pediatrica
Università degli Studi di Padova