

Le spondiloartriti enteropatiche, che cosa sono e come si manifestano le artriti associate alle malattie infiammatorie croniche intestinali.

Dr. Corrado Castagneto

Dirigente Medico di I° livello, ASL4 Chiavarese - Dipartimento di Medicina Interna - U. O. Medicina Generale P.O. - Sestri Levante

Nei pazienti affetti dalle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) si verificano manifestazioni extraintestinali che nel 25% dei casi colpiscono le articolazioni (spondiloartriti enteropatiche). Il termine spondiloartrite enteropatica sta ad indicare un'infiammazione della colonna vertebrale (spondilite) o delle articolazioni (artrite), che origina da una malattia intestinale (enteropatica). Bisogna subito distinguere questa patologia dalla comunissima artrosi spondiloartrosi, termini che si riferiscono ad un processo degenerativo cronico che colpisce la maggior parte delle persone con età superiore ai 40-50 anni. Non basta quindi che un paziente affetto da MICI abbia un dolore, ad esempio al ginocchio, per parlare di artrite enteropatica, dal momento che il dolore è anche il principale sintomo dell'artrosi, occorre la presenza dei segni dell'infiammazione articolare, che sono principalmente la tumefazione, l'arrossamento, il calore, la rigidità e la netta dolorabilità al movimento. Il paziente con artrite alla caviglia, avrà quindi una rigidità e dolore più intenso al mattino e all'inizio del movimento. Nella malattia di Crohn (MC) e nella colite ulcerosa (CU) si osservano due distinte forme di coinvolgimento articolare: articolazioni periferiche, articolazione assiale. Nel primo caso si tratta di una artrite che colpisce una (monoarticolare) o più (paucipoliarticolare) articolazioni, in modo asimmetrico (non sono mai colpite contemporaneamente, per esempio, le due ginocchia o le due caviglie) e che presenta un quadro laboratoristico e strumentale di flogosi aspecifica. E' infatti sempre negativa la ricerca del fattore reumatoide (Ratest - Reumatest) nel siero dei pazienti e anche la biopsia del tessuto sinoviale risulta aspecifica. E' associata con la riacutizzazione della malattia intestinale e può essere accompagnata anche da altre manifestazioni extraintestinali (eritema nodoso, uveite). L'evoluzione di questa artrite è generalmente benigna e tende a scomparire con la remissione clinica delle MICI dopo alcune settimane o alcuni mesi ed è difficile che provochi danni irreversibili, come erosioni ossee o deformazioni articolari. Può associarsi all'infiammazione di uno o più tendini, la tendinite può anche essere il primo e unico sintomo di una artrite enteropatica. Le articolazioni più colpite sono quelle del ginocchio, della caviglia e le articolazioni metatarsofalangee dei piedi. La seconda forma reumatica è caratterizzata da un'infiammazione della colonna vertebrale (spondilite) che inizia sempre a livello del bacino (sacroileite) e tende successivamente a salire lungo la colonna lombare, dorsale e cervicale. Spesso non è correlata con le manifestazioni cliniche delle MICI, avendo un decorso clinico indipendente. Il primo segno della spondilite è il dolore in regione lombosacrale, che si diffonde ai glutei e alla coscia, ma che non scende mai fino ai piedi, come accade nella lombosciatalgia. Il dolore è persistente ed è più intenso al mattino e all'inizio del movimento, può essere localizzato alla gabbia toracica quando l'infiammazione colpisce la colonna dorsale. Il dolore, tipicamente, è alleviato dall'attività fisica. La spondilite, diversamente dalla oligoartrite, non è associata alla

riattivazione della malattia intestinale, può precedere di molti anni la malattia intestinale e presenta un andamento cronico svincolato dall'infiammazione intestinale. Nella spondilite l'infiammazione inizia sempre a livello delle articolazioni sacroiliache (sacroileite), ed è il primo segno radiologico della malattia, facilmente individuabile con una semplice radiografia del bacino. La forma sacroileite asintomatica o paucisintomatica colpisce il 25% dei pazienti con MICI e non tende ad avere un'evoluzione clinica grave, quasi sempre la diagnosi, infatti, è solo radiologica. Di contro il decorso cronico della spondilite può portare, con gli anni, ad una riduzione della mobilità della colonna, fino alla rigidità (anchilosi) di alcuni suoi segmenti. La spondilite anchilosante colpisce più frequentemente soggetti di sesso maschile ed è più frequente nei pazienti HLA B27 positivi. Nell'uomo esiste un complesso sistema di proteine (antigeni) situate sulla superficie dei globuli bianchi (leucociti), denominato sistema HLA (da Human Leucocyte Antigens, ossia Antigeni Leucocitari Umani) ognuno di noi possiede una particolare frequenza di antigeni del sistema HLA, che viene ereditata dai genitori e che determina una specie di "codice" genetico individuale. Si è visto che coloro che possiedono un particolare tipo di HLA, denominato B27, sviluppano più facilmente la spondilite, è stato dimostrato che nel 90% dei pazienti affetti da spondilite anchilosante è presente un HLA di tipo B27. Bisogna però precisare che solamente il 20% dei pazienti con HLA B27 svilupperà in futuro una spondilite. Le due forme di reumatismo enteropatico (la oligoartrite e la spondilite) possono anche presentarsi, contemporaneamente o in tempi successivi, nello stesso paziente. Esiste anche la possibilità che la triade artralgie migranti, calo ponderale e febbre siano i sintomi di esordio del MC. La terapia delle spondiloartriti si basa sull'impiego dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), dei cortisonici, della sulfalazina e degli immunosoppressori-immunomodulatori (Azatioprina, Ciclosporina, Metotrexate, anticorpi monoclonali anti TNF). I FANS sono efficaci nel ridurre il dolore e dovrebbero essere i farmaci di primo impiego, ma possono essere utilizzati solo per pochi giorni a causa dei possibili effetti collaterali a livello gastrointestinale (ulcerazioni ed emorragie). Nei casi più intensi e persistenti bisognerà quindi ricorrere ai cortisonici (generalmente sono sufficienti dosaggi medio-bassi), alla sulfalazina e agli immunosoppressori, tutti farmaci ben noti ai pazienti affetti da infiammazione intestinale. Durante le fasi acute dell'artrite l'articolazione andrà tenuta a riposo e sarà utile applicare del ghiaccio, successivamente è consigliabile una delicata ma costante ginnastica quotidiana per mobilizzare nuovamente l'articolazione. Nella spondilite la ginnastica è indispensabile e deve essere praticata durante tutte le fasi della malattia, per impedire la comparsa di anchilosi della colonna vertebrale. E' inoltre necessario conservare una postura corretta, ossia cercare di mantenere sempre la schiena "diritta", evitando atteggiamenti viziosi sul lavoro e preferendo, ad esempio, sedie e poltroncine con schienale diritto e rigido, piuttosto di divani o poltrone morbide, guidare sotto il volante con la schiena eretta e dormendo supini su un letto duro e con un guancialetto basso. In conclusione possiamo dire che è importante conoscere queste complicanze reumatiche per sapersi gestire nel migliore dei modi, anche se bisogna ribadire che le spondiloartriti enteropatiche difficilmente danno conseguenze irreversibili e invalidanti.