SPONDILOARTRITI

LE ARTRITI IN CORSO DI MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

A cura della dottoressa Flavia Dolzani

Reumatologa Ospedale San Camillo - Trento

Revisione 2018: dottor Roberto Bortolotti

Direttore U.O.C Reumatologia - Ospedale Santa Chiara - Trento

COSA SONO?

Sono artriti con impegno periferico (= agli arti) o assiale (= al rachide e al tronco) che possono insorgere in corso di malattia infiammatoria cronica intestinale (Inflammatory Bowel Disease = IBD), in particolare Morbo di Crohn (MdC) e Rettocolite Ulcerosa (RCU).

Fanno parte del gruppo di artriti sieronegative (= con Fattore Reumatoide negativo) insieme alle Artriti Reattive, alla Spondilite Anchilosante, alla Artrite Psoriasica con le quali sono correlate sia la condivisione di quadri eziopatologici, clinici e radiologici comuni, sia la familiarità.

QUALE LA LORO FREQUENZA?

La prevalenza delle malattie croniche intestinali è stimata tra i 50 e i 100 casi su 100.000 abitanti per ciascuna malattia.

Il coinvolgimento articolare si riscontra nel 5-30 % di questi pazienti, con una frequenza lievemente maggiore per il MdC rispetto alla RCU e con uguale distribuzione tra i due sessi. L'artrite periferica sembra essere più frequente nei malati con impegno intestinale più diffuso e con interessamento del colon.

La prevalenza dell'impegno assiale è stimata tra il 5 e il 12 % ma questa percentuale può variare notevolmente a causa di un impegno silente (= cioè riscontro strumentale di malattia in assenza di sintomi clinici), in particolar modo per la sacro-ileite (v.dopo).

QUALE LA CAUSA?

La causa non è del tutto chiarita ma vi sono molti lavori che indicano una predisposizione genetica a cui si sovrappongono degli stimoli antigenici.

La predisposizione genetica è suggerita dall'aggregazione familiare riscontrata sia nel MdC che nella RCU. Allo stesso modo l'impegno articolare assiale, in particolare la spondilite (=infiammazione a livello dei corpi vertebrali) è associata col riscontro del gene HLA-B27, presente nel 60% dei pazienti.

L'interessamento articolare periferico invece non sembra avere un'associazione genica.

Per quanto riguarda la stimolazione antigenica sembra che le alterazioni della mucosa intestinale (provocate dalla malattia intestinale cronica sottostante) svolgano un ruolo fondamentale in quanto permetterebbero il passaggio in circolo di antigeni batterici (=parti del batterio che inducono una risposta immunitaria) che sarebbero in grado di provocare l'artrite, negli individui predisposti, mediante meccanismi immunologici o tossici.



A conferma di tale ipotesi sta il riscontro di un'alterata permeabilità intestinale sia in corso di malattie infiammatorie croniche sia nelle artriti reattive, cioè nelle artriti che insorgono in corso di infezioni batteriche intestinali da Salmonella Shighella, Calmpylobacter, etc.

QUALI LE MANIFESTAZIONI CLINICHE?

Artrite periferica

Tipicamente ad esordio acuto o subacuto (nell'arco di pochi giorni), interessa una o poche articolazioni, a carattere generalmente asimmetrico; di solito colpisce le grandi articolazioni degli arti inferiori (ginocchio, caviglia), ma nel MdC sono facilmente interessate anche le piccole articolazioni (metatarso-falangee). Generalmente si tratta di artrite migrante e transitoria, anche se spesso ricorrente; in alcuni casi cronicizza anche se rara è la forma erosiva.

Come nelle altre artriti sieronegative è frequente la presenza di tenosinoviti (= infiammazione di tendini e della guaina che li ricopre) e dattiliti (=infiammazione di un dito che risulta gonfio "a salsicciotto").

L'impegno articolare può precedere, essere sincrono o insorgere dopo la diagnosi di IBD, di solito entro i due anni. Nella RCU è stata notata una relazione temporale tra gli attacchi di artrite e la riacutizzazione della malattia intestinale.

Impegno assiale

Di solito si presenta con due differenti quadri: una Sacroileite (= infiammazione delle articolazioni sacroiliache) non associata all'HLA B27 e che di solito segue il decorso della malattia intestinale e una Spondilite Anchilosante (SA) associata all'HLA B27 e indistinguibile dalla classica SA; la sua insorgenza può precedere l'enterite e il decorso non è a questa correlato. Inoltre, questa forma talvolta è associata ad artrite periferica e ad altre manifestazioni extraarticolari come l'uveite (= infiammazione di una parte dell'occhio chiamata uvea).

Manifestazioni extra-articolari

Le più frequenti sono le manifestazioni muco-cutanee che possono interessare fino al 50 % dei pazienti con artrite associata a malattie croniche intestinali. Il pioderma gangrenoso è la più caratteristica, anche se rara, in quanto colpisce meno dell'1 % dei pazienti con artrite enteropatica: si tratta di ulcere dolenti a margini rilevati che derivano da rottura microtraumatica di noduli alle gambe. Le altre manifestazioni, come l'eritema nodoso, la livedo reticularis, la porpora, la vasculite, la psoriasi o l'aftosi del cavo orale, sono in genere aspecifiche, cioè non tipiche di questa malattia.

Un altro organo frequentemente interessato è l'occhio che può essere colpito da vari tipi di uveite.

COME VIENE POSTA LA DIAGNOSI?

In caso di malattia intestinale già riconosciuta, la diagnosi di Artrite enteropatica è abbastanza agevole, considerando la sintomatologia clinica e la storia.

Meno scontata invece è la diagnosi di artrite insorta insieme o addirittura prima della malattia enterica. Comunque, i dati di laboratorio (FR negativo) associati alle caratteristiche della artrite periferica (mono-oligoarticolare e asimmetrica) o alla presenza di impegno assiale permettono il suo inquadramento nella





categoria delle artriti siero-negative.

Altri indici di laboratorio sono determinati dall'attività della malattia intestinale con riscontro di anemia normocromica o da mancanza di ferro, leucocitosi e trombocitosi; VES e PCR sono aumentate sia per la malattia intestinale che per l'impegno articolare. Un segno di infiammazione intestinale è il riscontro di livelli elevati di calprotectina fecale.

Il liquido sinoviale (liquido estratto da un'articolazione infiammata) è di tipo infiammatorio con globuli bianchi compresi tra i 4000 e i 40000 per mm3.

La radiologia mostra un impegno delle sacro-iliache e del rachide sostanzialmente sovrapponibile a quello della spondilite anchilosante primitiva (cioè non associata a malattia intestinale) e anche a livello periferico mostra i segni tipici delle altre artriti sieronegative (a cui si rimanda).

QUALE LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE?

Viene effettuata prima di tutto con le altre artriti sieronegative: in caso di inquadramento in questa famiglia di malattie è fondamentale approfondire l'indagine anamnestica ed eventualmente strumentale alla ricerca di una malattia cronica intestinale latente.

QUALE LA PROGNOSI?

Per l'artrite periferica è essenzialmente legata al controllo della malattia intestinale sottostante, mentre in caso di impegno assiale la prognosi è del tutto sovrapponibile a quella della SA primitiva

QUALE LA TERAPIA?

Per l'artrite periferica è fondamentale il controllo della malattia intestinale di base. Inoltre, sono utili gli steroidi (anche per via locale) e la sulfasalazina; i FANS invece sono da evitare, per il loro possibile danno ad un apparato gastro-enterico già compromesso e il loro uso va limitato ai casi di spondilite associata ad una enteropatia in fase di remissione.

Nelle malattie infiammatorie intestinali i farmaci biotecnologici anti TNF sono risultati molto efficaci, sia nei confronti della malattia di base sia del suo impegno articolare, periferico o assiale; Naturalmente, in caso di impegno assiale restano fondamentali le terapie fisiche che praticamente vanno effettuate in maniera continuata per mantenere il più possibile la mobilità del rachide in questi pazienti.

