

## Spondilite anchilosante: diagnosi e terapia

**Mauro Marin**

Medico di medicina generale  
Pordenone, AIMEF

*Sebbene i criteri diagnostici della spondilite anchilosante risalgano ad oltre vent'anni fa, tale malattia infiammatoria cronica sistemica è spesso sottodiagnosticata. Per la sua tendenza evolutiva verso una grave disabilità motoria necessita di un precoce trattamento medico e riabilitativo*

**U**n dolore lombare irradiato al gluteo e alla regione posteriore della coscia, la cosiddetta "sciatica mozza", persistente da almeno tre mesi, più intenso alla notte, che si associa a rigidità mattutina, ma che manifesta miglioramenti con l'esercizio fisico può essere la prima manifestazione clinica di una spondilite anchilosante (*Lancet* 2007; 369: 1379-90).

Questa malattia infiammatoria cronica sistemica colpisce lo 0.9% della popolazione con un rapporto maschi/femmine di 3:1 ed esordisce in età giovanile (15-40 anni), mostrando una tendenza evolutiva verso l'anchilosi della colonna vertebrale (*NEJM* 2008; 359: 2034).

Gli esami laboratoristici non sono diagnostici, sebbene nel 70-90% dei casi si riscontrino nella tipizzazione HLA la presenza dell'antigene HLA B27 e gli indici di flogosi (VES e PCR) possano risultare elevati nelle fasi di riacutizzazione, ma senza essere correlati con il grado di progressione della malattia.

Infatti, la spondilite anchilosante viene classificata tra le spondiloartriti sieronegative per l'interessamento prevalente dello scheletro assiale e per la sieronegatività del fattore reumatoide.

### ■ Manifestazioni cliniche

Altre manifestazioni cliniche articolari extra-assiali con carattere asimmetrico, transitorio e di lieve intensità possono interessare le articolazioni periferiche e i cingoli scapolare e pelvico, le inserzioni tendinee (entesiti) e dei legamenti, in particolare il tendine d'Achille a livello calcaneare o sulla fascia plantare (fascite plantare).

Le anche sono le articolazioni extra-assiali più spesso interessate, il dolore inguinale è irradiato anche al ginocchio, con limitazione della rotazione e abduzione articolare coxo-femorale.

Manifestazioni extra-articolari che possono associarsi alla spondilite sono l'astenia, la febbre, l'uveite anteriore acuta (iridociclite), l'insufficienza aortica, l'aortite, la fibrosi polmonare, le malattie infiammatorie intestinali, l'amiloidosi renale, le neuropatie periferiche e la psoriasi.

L'iridociclite è la manifestazione extra-articolare più comune (25-30%) e si presenta tipicamente in forma acuta e monolaterale con occhio arrossato e dolente, fotofobia, aumentata lacrimazione e disturbi visivi.

### ■ Criteri diagnostici

I criteri diagnostici per la spondilite anchilosante sono stati codificati già dal 1984 (*Arthritis Rheum* 1984, 27: 361-8) e comprendono un insieme di criteri radiologici e clinici.

La presenza di un criterio radiologico e di almeno un criterio clinico consente di classificare la malattia come spondilite anchilosante (tabella 1).

Il riscontro radiologico di sacro ileite deve sempre essere presente, anche se può passare inosservato a una valutazione non esperta, mentre la spondilite con fusione delle vertebre lombosacrali a canna di bambù è caratteristica, ma già indicativa di uno stadio avanzato di malattia (*NEJM* 2008; 359: 2034).

Le tipiche lesioni rilevabili alla radiologia tradizionale sono rappresentate dai sindesmofiti e dalla sacroileite bilaterale.

La sacroileite inizia con una sclerosi (grado I-II), a cui seguono erosioni (grado II-III) e infine fusione delle rime articolari (grado IV) dopo alcuni anni dall'esordio clinico dei sintomi.

La TAC è una metodica più sensibile per evidenziare l'iniziale sclerosi e le piccole erosioni. L'impiego della risonanza magnetica nucleare viene considerato un metodo d'indagine di secondo livello per la diagnosi precoce dell'edema osseo a livello sacroiliaco e vertebrale.

I due aspetti anatomo-patologici caratterizzanti la spondilite anchilosante sono l'infiammazione e la neoformazione ossea, con una lesione iniziale all'inserzione ossea di legamenti, tendini, fasce e capsule articolari, che mostrano una tendenza progressiva all'ossificazione e alla formazione di sindesmofiti, originatisi dalle fibre esterne dell'anulus fibroso dei dischi intervertebrali e dall'osteite alla loro inserzione ai piatti vertebrali.

La lombalgia di origine infiammatoria della spondilite anchilosante va differenziata dalla comune lombalgia di origine meccanica in base ai seguenti caratteri distintivi: età d'esordio inferiore a 40 anni, presenza da almeno tre mesi, miglioramento con l'esercizio fisico, comparsa notturna del dolore, rigidità mattutina.

L'irrigidimento del rachide è un segno invalidante tipico e progressivo con protrusione anteriore del tratto cervicale, ipercifosi dorsale, riduzione o scomparsa della lordosi lombare. L'interessamento della gabbia toracica comporta una ridotta capacità ventilatoria esaminabile mediante spirometria.

Tabella 1

**Criteria diagnostici di spondilite anchilosante**

- Dolore lombare infiammatorio e rigidità da almeno tre mesi che migliora con il movimento e non con il riposo
- Limitazione della motilità del rachide sul piano sagittale e frontale
- Ridotta espansione toracica in rapporto all'età e al sesso
- Radiografia: sacroileite bilaterale di grado II-IV
- Radiografia: sacroileite monolaterale di grado III
- Radiografia: spondilite anchilosante con sacroileite monolaterale di grado III-IV o bilaterale di grado II-IV + almeno un criterio clinico qualsiasi

**Trattamento**

Secondo il gruppo di studio internazionale ASAS (Assessment in ankylosing spondylitis), la spondilite anchilosante ha una tendenza evolutiva verso una grave disabilità motoria, per cui necessita di un precoce trattamento medico e riabilitativo (*Ann Rheum Dis* 2006; 65: 445-52).

Il trattamento farmacologico si avvale di farmaci del gruppo dei FANS non selettivi e inibitori selettivi della Cox-2 (celecoxib ed etorocoxib).

Come terapia di fondo, sono stati impiegati finora la sulfasalazina o il methotrexate. In caso di mancata risposta ai FANS, oggi vengono preferiti i più efficaci farmaci biologici ad azione anti-TNFalfa, quali etanercept, adalimumab e infliximab.

Il trattamento riabilitativo fisioterapico comprende cicli di esercizi di mobilitazione del rachide e di rieducazione posturale, ginnastica in acqua per il mantenimento del tono e del trofismo muscolare, ginnastica respiratoria per mantenere una buona funzionalità con incremento della respirazione diaframmatica, pratica del nuoto e di altre attività fisiche.

Il trattamento combinato farmacologico e riabilitativo ha dimostrato una maggiore efficacia rispetto al solo trattamento riabilitativo (*J Rheumatol* 2006; 33: 2029-34). Pertanto, appare utile una gestione integrata dei casi da parte del medico di medicina generale, dello specialista reumatologo e del fisioterapista della riabilitazione esperto in spondilite anchilosante.

**Raccomandazioni**

Le raccomandazioni fornite dal gruppo di studio ASAS si possono così riassumere:

1. La terapia della spondilite anchilosante deve essere personalizzata in base alla gravità delle manifestazioni cliniche presenti, al grado di danno anatomico e limitazione funzionale, all'intensità del dolore, alle condizioni cliniche generali (età, sesso, comorbidità, politerapie in atto, ecc) e alle aspettative del paziente.

2. Il monitoraggio della malattia dovrebbe comprendere: anamnesi, rilievi clinici, laboratoristici e radiologici in conformità al quadro clinico presente e alle misure di valutazione del "core set ASAS". La frequenza dei controlli va personalizzata in base al quadro clinico e alle cure in atto.

3. La gestione della malattia comprende una combinazione di cure farmacologiche e non farmacologiche (riabilitative fisiche).

4. Il trattamento non farmacologico deve comprendere l'educazione dell'assistito e un'attività fisica regolare, considerando trattamenti sia individuali sia di gruppo e di mutuo-aiuto.

5. I farmaci antinfiammatori non steroidei sono raccomandati come trattamento iniziale per i pazienti che presentano dolore e rigidità. Negli assistiti con alto rischio gastrointestinale possono essere usati i FANS non selettivi in associazione a un farmaco gastroprotettore oppure potrebbe essere prescritto un inibitore selettivo della Cox-2.

6. Gli analgesici, come il paracetamolo e gli oppiacei, possono essere utilizzati per il controllo del dolore quando i FANS risultano insufficienti a sedare il dolore o quando sono controindicati o non tollerati.

7. Possono essere indicate le infiltrazioni locali di corticosteroidi nelle sedi di flogosi muscolo-scheletrica, mentre invece l'uso di corticosteroidi per via sistemica non è supportato da evidenze scientifiche per la spondilite anchilosante.

8. Per il trattamento delle localizzazioni assiali non vi sono evidenze scientifiche riguardo all'efficacia del methotrexate e della sulfasalazina.

9. L'impiego dei farmaci anti-TNFalfa dovrebbe essere riservato ai pazienti con malattia in fase attiva persistente nonostante le cure convenzionali, effettuate secondo le raccomandazioni ASAS. L'associazione di farmaci anti-TNFalfa con methotrexate o sulfasalazina non ha evidenze scientifiche di efficacia sulle localizzazioni assiali della malattia.

10. L'artroplastica totale dell'anca va considerata nei pazienti con coxalgia refrattaria o limitazione funzionale e con evidenza radiologica di lesione articolare, indipendentemente dall'età. In pazienti selezionati può essere proposta anche una chirurgia spinale (osteotomia correttiva e stabilizzazione vertebrale) su indicazione dello specialista neurochirurgo.

**Gastroprotezione**

Va rilevato che la gastroprotezione con farmaci di riconosciuta efficacia negli assistiti in terapia a lungo termine con FANS, indipendentemente dalla presenza o meno di sintomi gastrici, è un diritto del paziente riconosciuto dalla nota AIFA n. 1. Quindi è anche un dovere del medico, la cui omissione può comportare una responsabilità per negligenza colposa in caso, ad esempio, di emorragia digestiva da FANS conseguente a omessa terapia gastroprotettiva pur consigliata dalle linee guida.