



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Dipartimento Medicina Specialistica
Reumatologia

SPONDILITE ANCHILOSANTE

INFORMAZIONI PER I PAZIENTI



REGGIO EMILIA, GIUGNO 2022

Descrizione

La Spondilite Anchilosante (SA) è una malattia infiammatoria cronica che colpisce principalmente le articolazioni sacro-iliache (*ossa del bacino*) e la colonna vertebrale, ma può coinvolgere anche le articolazioni periferiche (*braccia, gambe, ecc...*).

La 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 spondiloartriti.

La SA insorge 3 volte più frequentemente nel sesso maschile, compare in genere in pazienti di età compresa tra i 20 e i 40 anni ed è 10-20 volte più frequente in parenti di primo grado di pazienti con SA, rispetto alla popolazione generale.

Non si conoscono ancora le cause della SA. La presenza dell'aplotipo HLA B27, un gene ereditato da uno o da entrambi i genitori, è strettamente associato alla malattia. La maggior parte dei pazienti con SA ha questo carattere genetico tuttavia l'HLA-B27 da solo non causa la malattia e solamente il 5% delle persone che hanno l'HLA B27 sviluppano la SA.

I nati da soggetti con SA non ereditano la malattia ma hanno solamente un rischio aumentato di ammalarsi.

Sintomi

Il sintomo d'esordio più frequente è il **dolore infiammatorio al rachide lombare (lombalgia)**: dolore prevalentemente notturno, peggiora con il riposo e migliora con il movimento, si associa a rigidità mattutina. Il miglioramento del dolore con il movimento è un elemento distintivo rispetto alle artrosi e alle discopatie, dove viceversa il movimento e lo sforzo possono peggiorare il dolore.

Il paziente descrive il dolore lombare come "fastidio", "fasciatura", "senso di costrizione" di intensità variabile; nella maggior parte dei casi il dolore è irradiato alla natica o in una vasta zona del bacino (*glutalgia*) o fino al ginocchio (*sciatica mozza*).

Altro sintomo è il **dolore toracico** che si accompagna ad una riduzione dell'espansibilità del torace, dovuto all'interessamento diffuso della gabbia toracica.

Sintomi sistemici come febbre, stanchezza, riduzione dell'appetito e perdita di peso rappresentano altre possibili

manifestazioni della SA.

Può anche essere presente un'**artrite periferica** (*gonfiore articolare dolente*) che in genere interessa in modo asimmetrico le articolazioni degli arti inferiori, come il ginocchio o la caviglia.

L'infiammazione nella SA può anche interessare il sito di inserzione dei tendini all'osso causando dolore e/o gonfiore a tendine d'Achille e alla fascia plantare oppure ai gomiti (*epicondilite*).

Nel lungo termine l'infiammazione della colonna vertebrale può determinare la completa fusione della colonna stessa (*colonna a canna di bambù*) determinando nel paziente un'importante disabilità.

In alcuni pazienti si associano manifestazioni extra-articolari come quelle oculari, caratterizzate da episodi ricorrenti di arrossamento, dolore e ipersensibilità alla luce (*uveite anteriore*), L'**infiammazione dell'occhio** richiede una precoce diagnosi e un adeguato trattamento da parte di un oculista per prevenire il danno oculare. Infine, alcuni pazienti presentano anche una **malattia infiammatoria intestinale** (*rettocolite ulcerosa e morbo di Crohn*).

Diagnosi

La diagnosi di SA dipende da un'attenta storia clinica e dall'esame fisico, in particolare:

1. la presenza di dolore con le caratteristiche della forma infiammatoria e la rigidità del tratto inferiore della colonna vertebrale
2. una storia familiare positiva per SA.

Il dolore del tratto inferiore della colonna vertebrale è molto comune nella popolazione generale ed è solitamente dovuto a cause "meccaniche", come l'artrosi o l'ernia discale, ma il dolore tipico della SA ha le caratteristiche della forma infiammatoria descritte in precedenza.

Inoltre, una storia familiare positiva per SA, in particolare un parente di primo grado affetto da SA, aumenta la probabilità di avere tale malattia in un paziente con lombalgia infiammatoria. Anche se la diagnosi di SA non richiede solitamente la determinazione dell'HLA-B 27, tale test può essere utile a fini diagnostici.

Tuttavia, una diagnosi certa di SA richiede la presenza,

evidenziata da una radiografia del bacino, di infiammazione delle articolazioni sacro-iliache. Tali alterazioni radiologiche compaiono però dopo 3-5 anni di malattia, perciò non sono utili per fare una diagnosi precoce di SA.

La risonanza magnetica delle articolazioni in fase precoce è più utile e attualmente tale metodica di diagnostica per immagini è frequentemente utilizzata nella diagnosi di SA. Gli esami del sangue non sono in genere utili per la diagnosi di SA.

Terapia

La fisioterapia, le corrette abitudini posturali, l'esercizio fisico mirato e i farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) sono alla base del trattamento del dolore e della rigidità causate dalla SA.

I FANS più frequentemente utilizzati appartengono alla classe degli inibitori specifici della Cox-2 (*es. celecoxib, etoricoxib*), accanto ad altri come diclofenac, naproxene, piroxicam.

I corticosteroidi e i farmaci anti-reumatici modificanti la malattia (DMARDs), quali la Sulfasalazina o il Methotrexate, sono attivi nel controllare i sintomi articolari periferici ma non i sintomi a carico della colonna vertebrale. Inoltre tali farmaci non hanno la capacità di rallentare l'evoluzione del danno alla colonna vertebrale.

La terapia della SA negli ultimi 20 anni si è arricchita di farmaci, detti **“biotecnologici”** o **“biologici”**, in grado di bloccare una sostanza chiamata Tumor necrosis factor α (*TNFalfa*), responsabile dell'infiammazione in alcune malattie e in particolare nella SA. Tali farmaci sono in grado di risolvere il dolore infiammatorio e probabilmente di prevenire l'evoluzione del danno articolare (*anchilosi della colonna vertebrale*). La prima di queste molecole è l'**Infliximab**, un anticorpo monoclonale chimerico (*uomo/topo*) che lega selettivamente il TNFalfa solubile rendendolo inattivo. Oltre a Infliximab sono disponibili altri farmaci biologici anti-TNFalfa: Etanercept, Adalimumab, Certolizumab e Golimumab.

Recentemente sono stati studiati nuovi farmaci biotecnologici diretti contro un'altra citochina implicata nei processi infiammatori e neoappositivi nella SA, l'interleuchina IL-17. Ad oggi è stato approvato per il trattamento della SA il Secukinumab, mentre altre molecole di questa classe sono ancora in fase di studio o di approvazione da parte di AIFA.