

# *Spondilo-entesoartriti*

## *1.3 Spondiloartriti – entesoartriti dell'adulto \**

### *1.3.1 Spondilite anchilosante*

### *1.3.2 Artrite psoriasica*

### *1.3.3 Spondilo-entesoartriti enteropatiche*

### *1.3.4 Spondilo-entesoartriti reattive*

### *1.3.5 Sindrome SAPHO*

### *1.3.6 Spondilo-entesoartriti indifferenziate*

# *Criteria utili per la diagnosi delle spondiloartriti sieronegative*

*Dolore infiammatorio al rachide*

*Sinovite asimmetrica o prevalente agli arti inferiori*

Più

- Familiarità per spondiloartrite
- Psoriasi
- Malattie infiammatorie intestinali croniche
- Uretrite, cervicite o diarrea acuta nel mese precedente
- Dolore gluteo alternato, bilaterale
- Entesopatia (inserzione tendine achilleo o fascia plantare)
- Sacroileite

*The European Spondyloarthropathy Study Group*

# *Spondiloartriti sieronegative: laboratorio*

- Frequente elevazione degli indici di flogosi
- Assenza del fattore reumatoide
- Elevata incidenza HLA B27

90% Spondilite anchilosante

70% s. di Reiter

30% artropatia psoriasica (var. spondilitica)

5-8% popolazione generale

*... l'uomo che non può guardare il cielo*



*Spondilite  
anchilosante*

# *Spondilite anchilosante*

*Patologia infiammatoria cronica che colpisce elettivamente lo scheletro assiale (articolazioni sacroiliache e vertebre); si associa inoltre ad entesiti ed a presenza di artrite periferica (in genere monoartrite o oligoartrite asimmetrica, prevalentemente alle grosse articolazioni degli arti inferiori)*

*Colpisce soggetti giovani e di sesso maschile (rapporto maschi/femmine: 9/1); la sua prevalenza nella razza caucasica è pari allo 0,05-0,1% della popolazione*

*Clinica:*

*Sacroileite: dolore gluteo, irradiato posteriormente sino al cavo popliteo (sciatica mozza)*

*Spondilite: dolore infiammatorio al rachide*

# *Eziologia*

- Eziologia non chiara
- La forte associazione con il gene HLA-B27 suggerisce il coinvolgimento di una componente genetica
- HLA B-27
  - Allele delle molecole del complesso maggiore di istocompatibilità (MHC) di classe I
  - Presenta i peptidi antigenici alle cellule T citotossiche
  - Conferisce suscettibilità per spondiloartriti (SA in particolare)
- Una storia familiare positiva rappresenta un forte fattore di rischio per spondiloartriti

# *Patogenesi*

- **Entesopatia/entesite**
  - Meccanismo patologico primario nella SA (a differenza della AR – sinovite)
  - Infiammazione nell'area di inserzione dei legamenti, tendini, capsula articolare o fascia all'osso (entesi)
  - Presente nella colonna vertebrale e nelle articolazioni periferiche

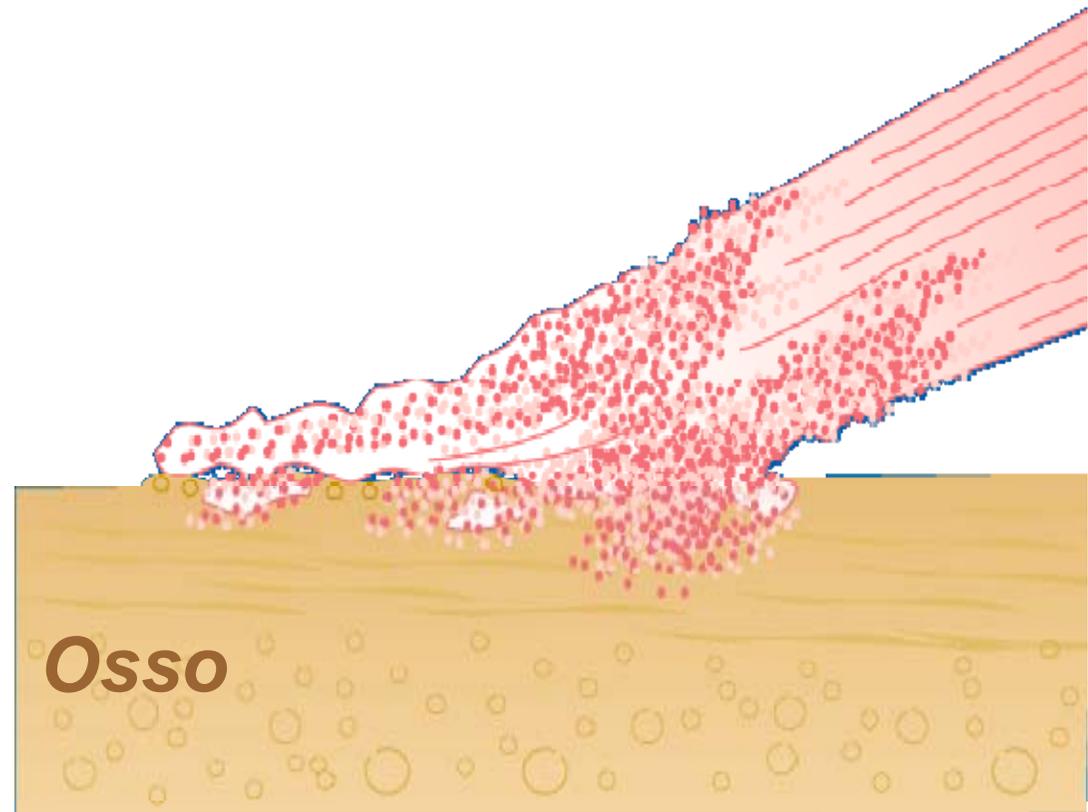
*McGonagle D, et al. Curr Rheumatol Rep. 2002;4:500-506*

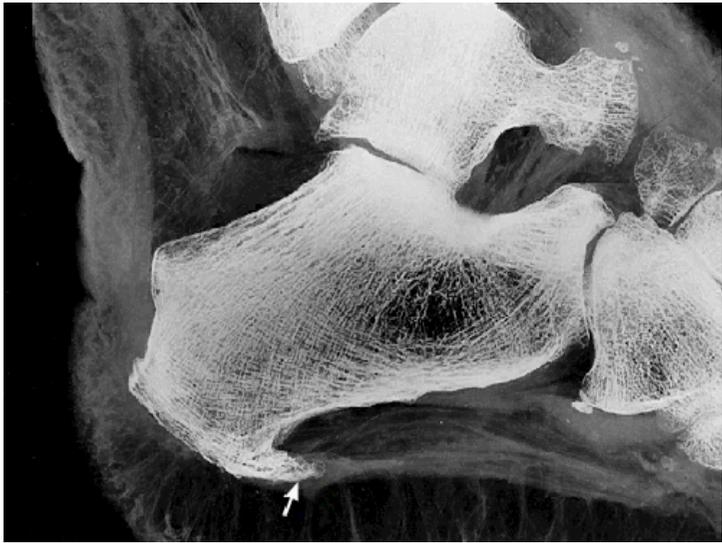
*McGonagle D. Rheum Dis Clin N Am 2003; 29:549-560*

*Braun, Khan, Sieper. Ann Rheum Dis 2000; 59: 985-94*

# *Entesite*

- *Neoapposizione ossea periostale*
- *Infiammazione e riassorbimento osso subcondrale*

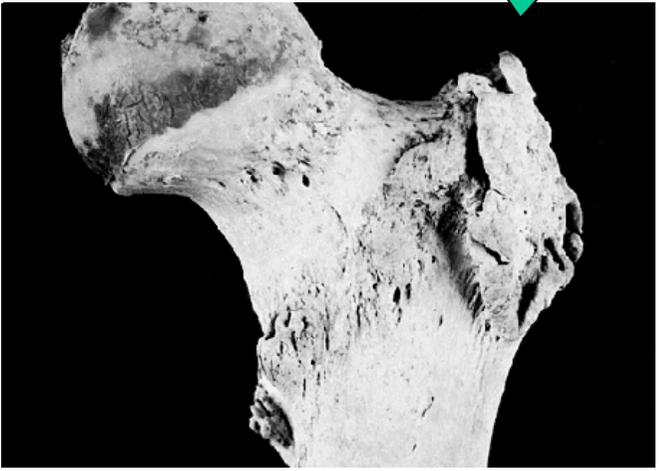
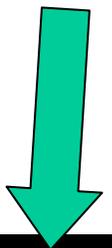




enthesopathic change with AS



*enthesite*

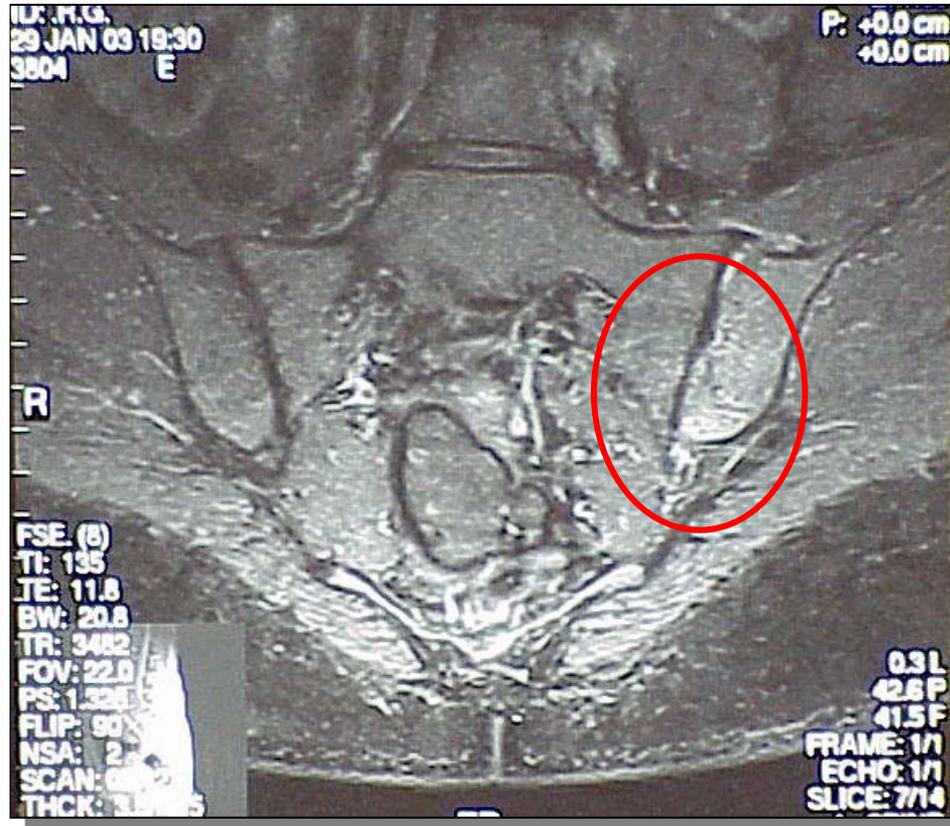


# *Sacroileite*

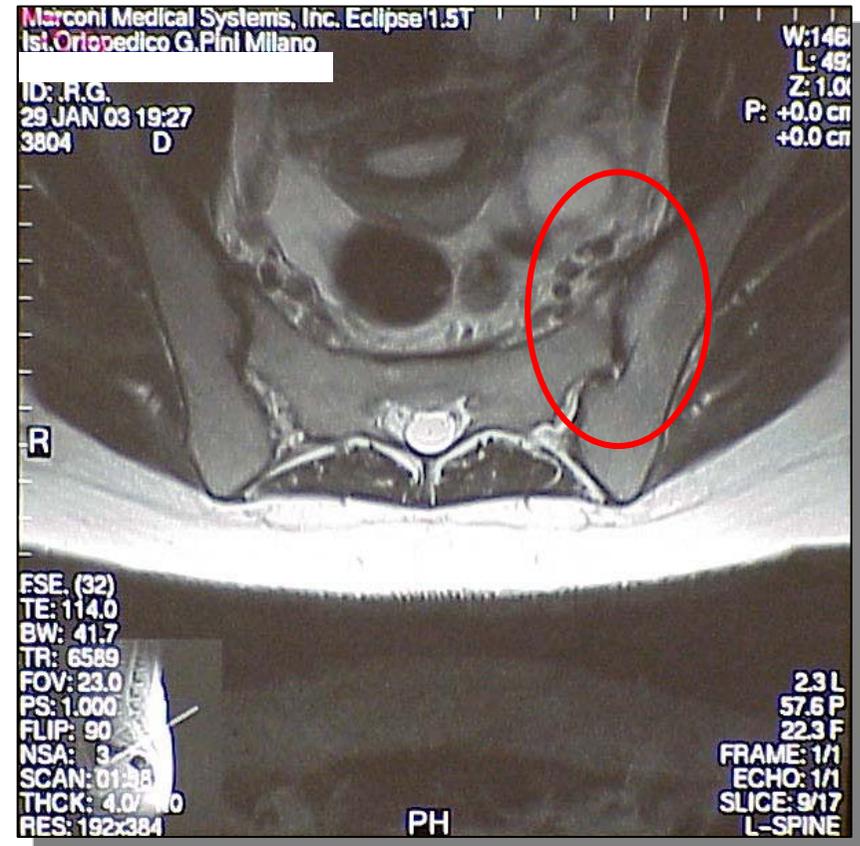
- Tutti i pazienti con SA ne sono affetti
- Distruzione cartilaginea/erosioni ossee
- Neoformazione di tessuto osso
- Anchilosi ossea



# *RM sacroiliache*

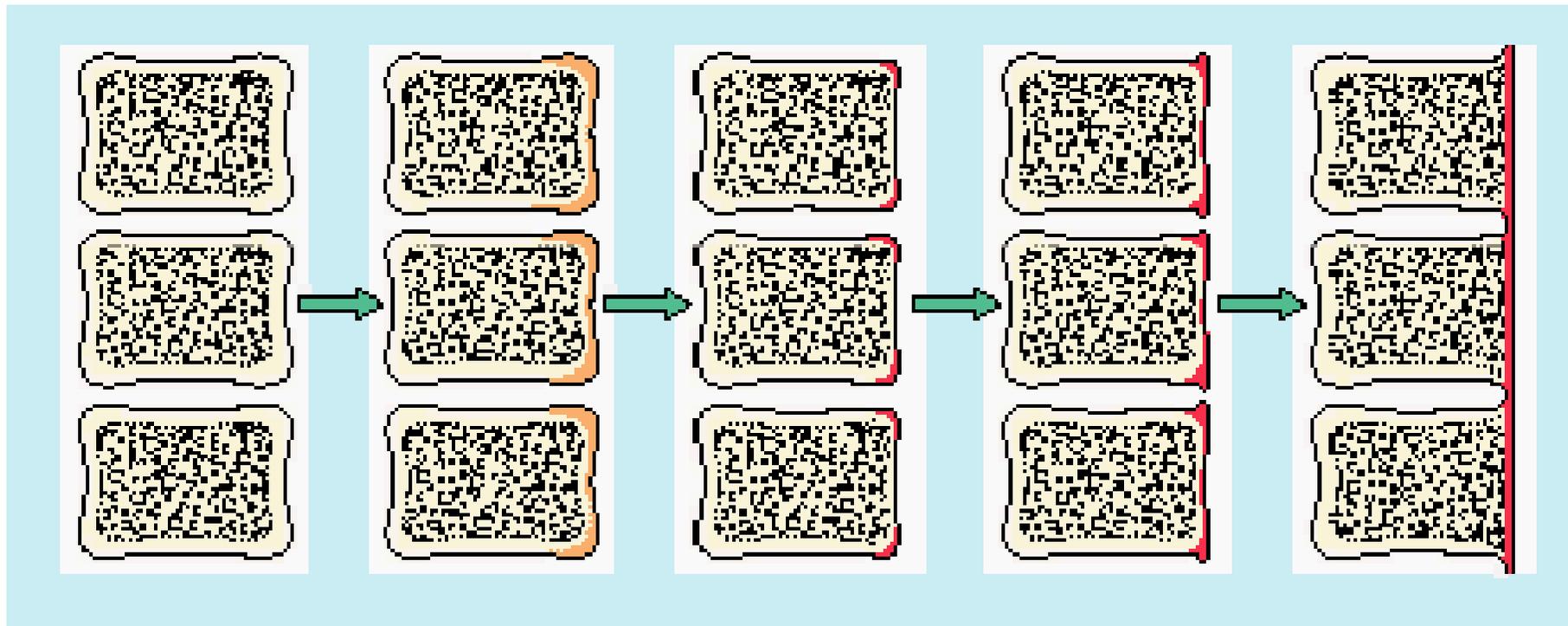


**Sequenza STIR, scansione coronale**



***Sequenza T2 pesata, scansione assiale***

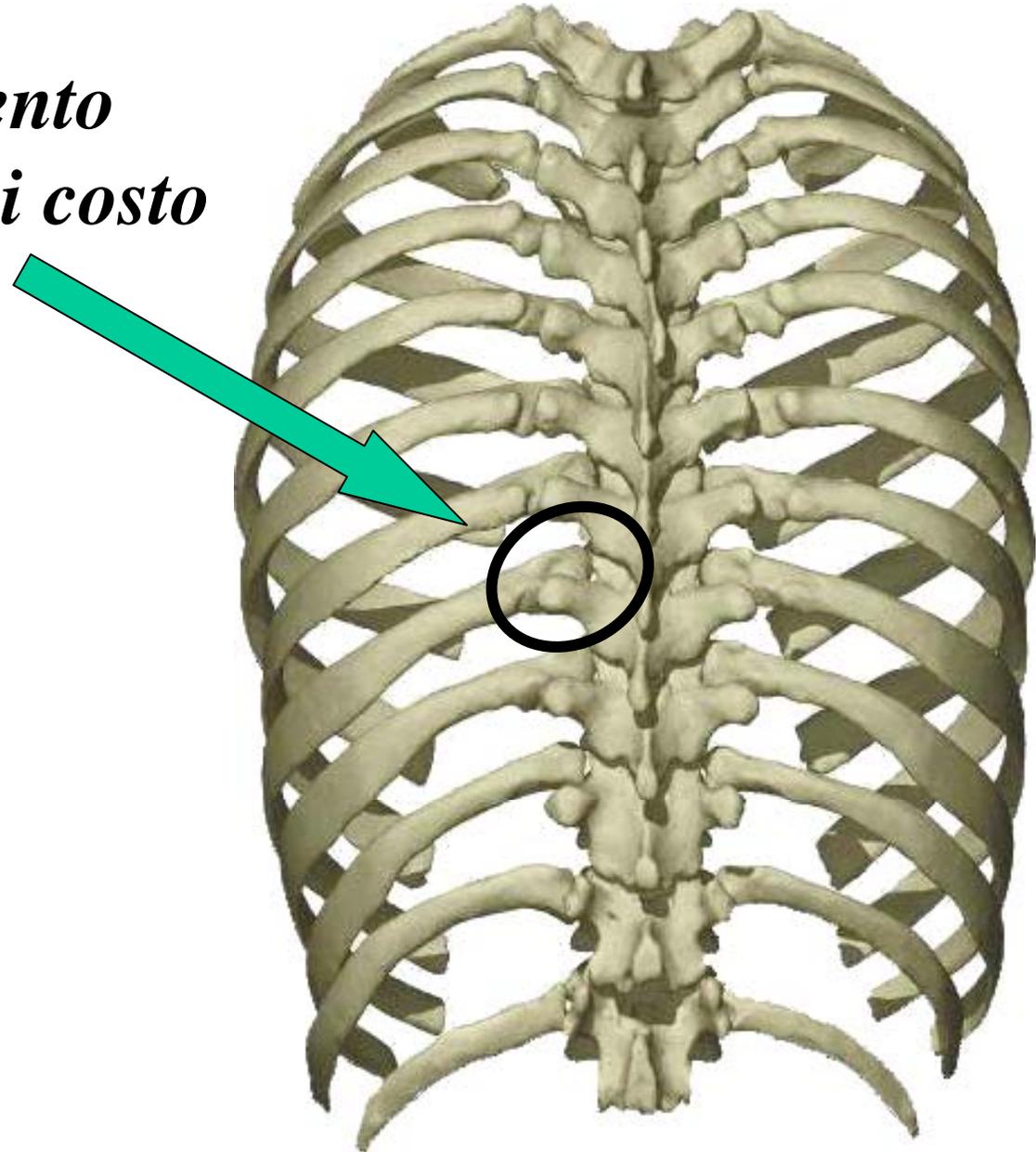
## *Spondilite anchilosante: successione delle lesioni a carico del rachide*



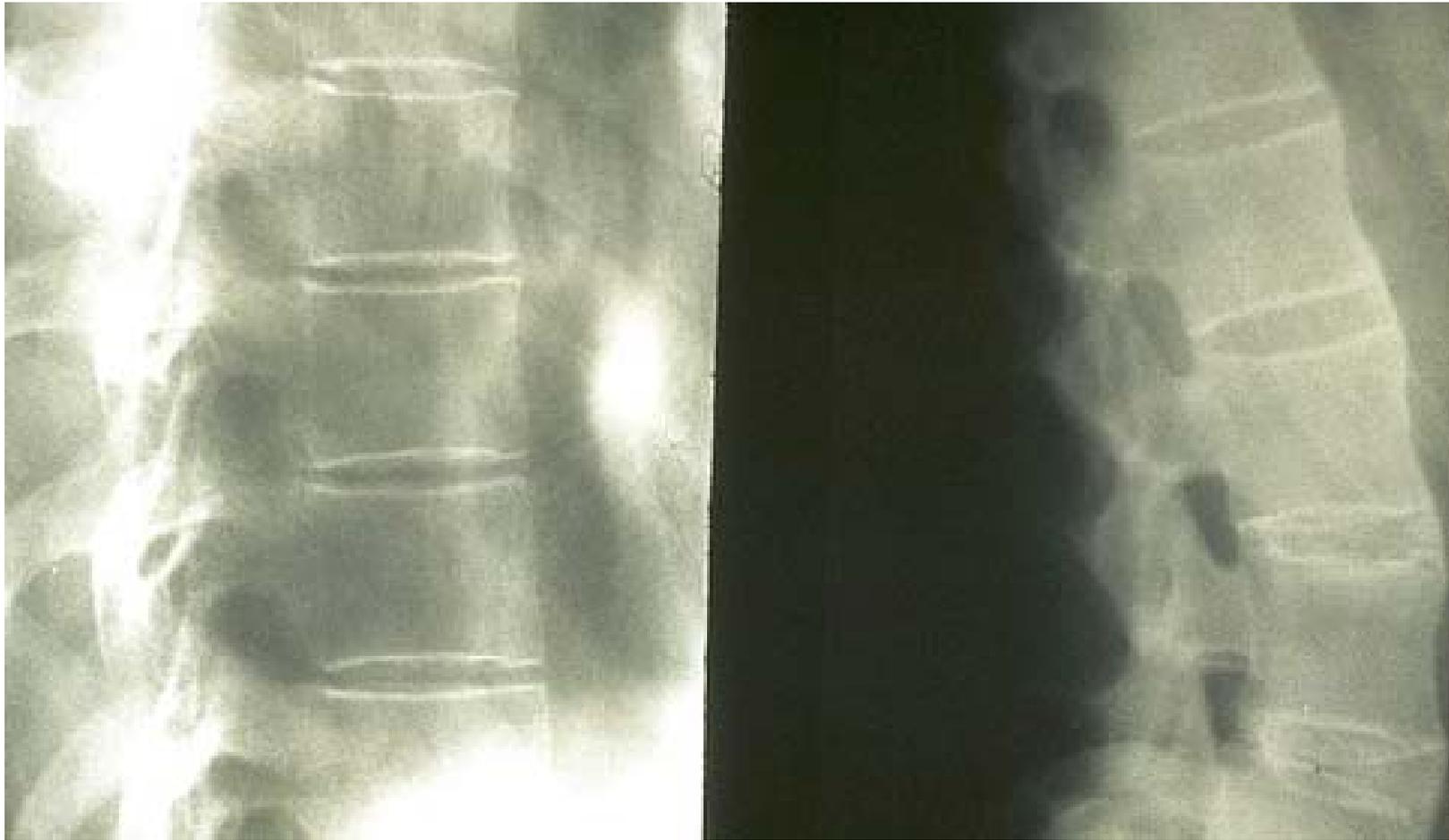
*L'interessamento del rachide in corso di spondilite anchilosante è di regola ascendente, a partenza dal tratto lombosacrale*

*Spondilite anchilosante: coinvolgimento scheletrico*

*Interessamento  
articolazioni costo  
vertebrali:*



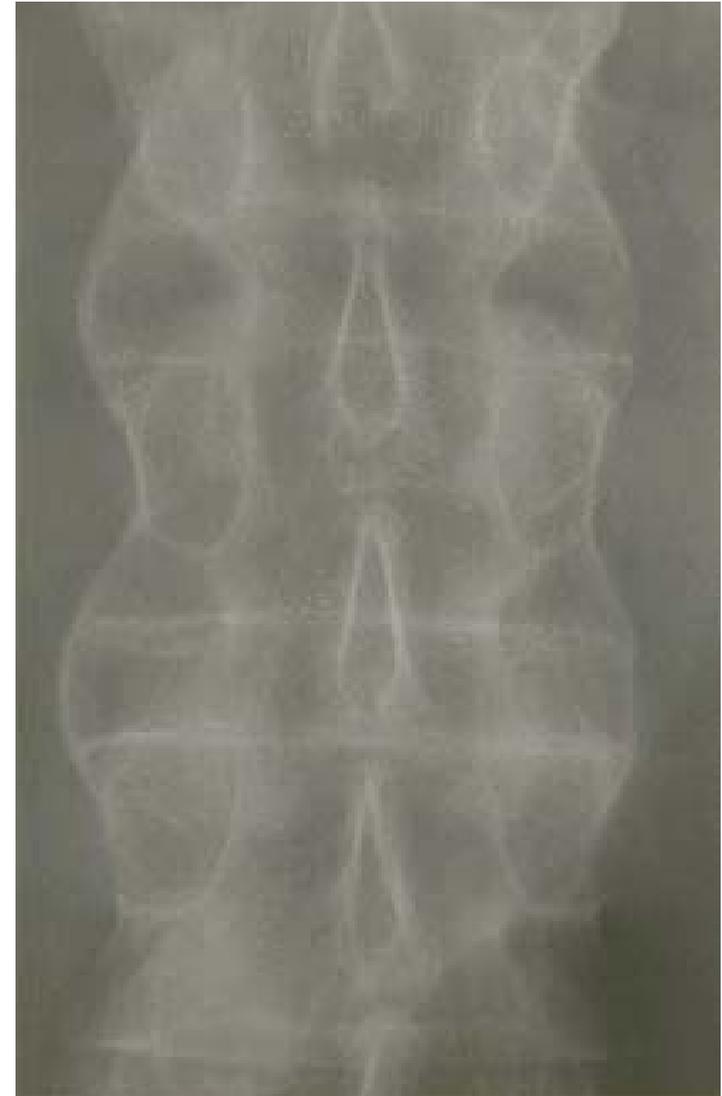
*Spondilite anchilosante: lesioni riscontrabili al rachide*



*Sindesmofiti*



*Aspetto a canna di bambù  
(fusione completa)*



# *RM della colonna*

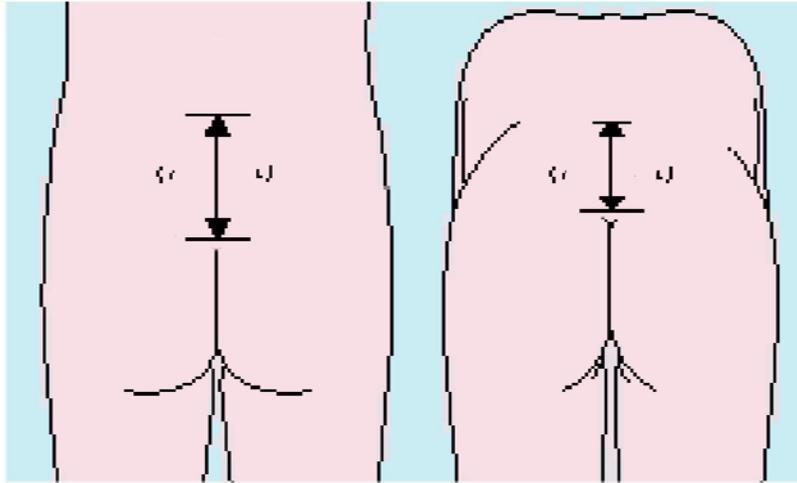


*Braun et al. Arthritis Rheum.  
2003;48:1126-36.*

# *Spondilite anchilosante: valutazione mobilità del rachide*

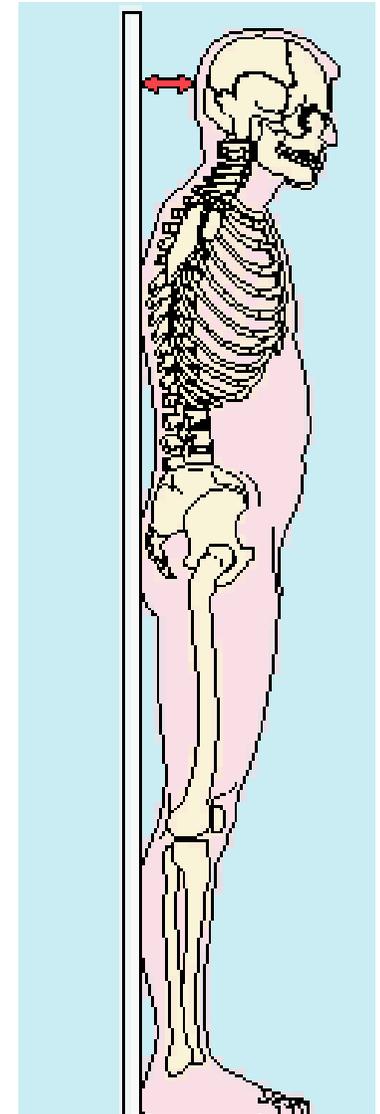
*10 cm*

*14 cm*



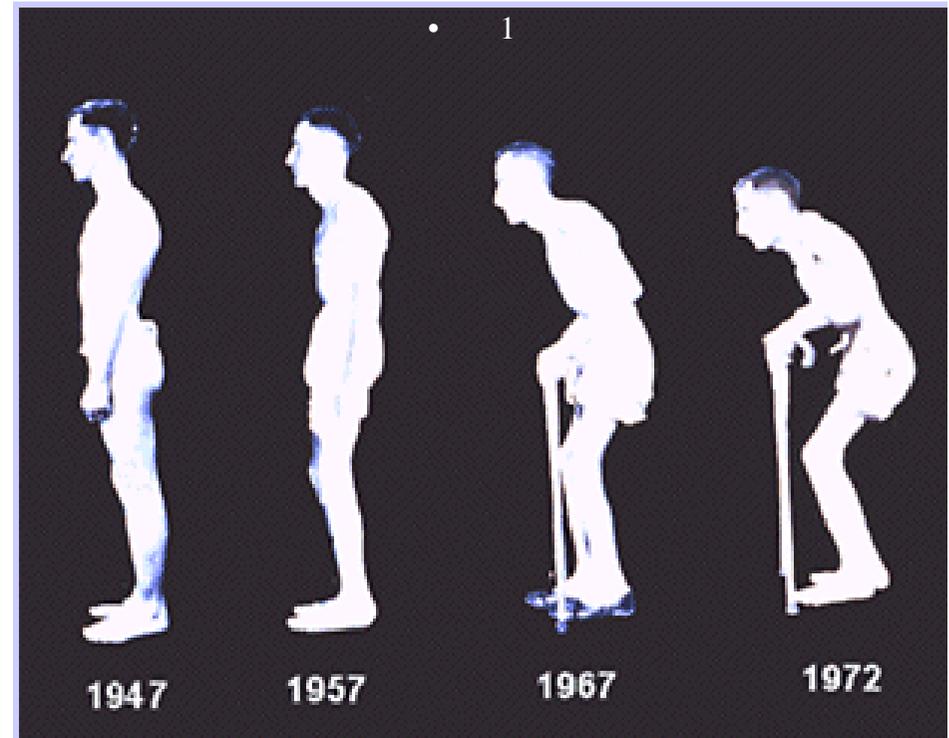
*Test di Schöber*

*Segno della freccia o di Forrester*



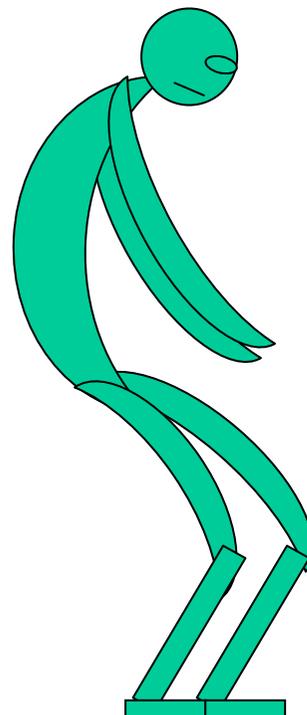
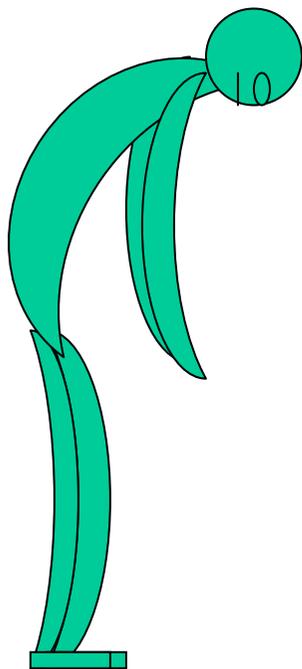
# *Interessamento del rachide presentazione e decorso*

1. Perdita della lordosi lombare e atrofia dei glutei
2. Accentuazione della cifosi toracica
3. Incurvamento in avanti se è coinvolta la colonna cervicale, coinvolgimento dell'anca che porta a contratture in flessione con conseguente flessione compensatoria del ginocchio



*Little, H. et al. Am J Med 1976; 60:279-285.*

*Spondilite anchilosante evoluta: come può guardare in avanti il paziente?*





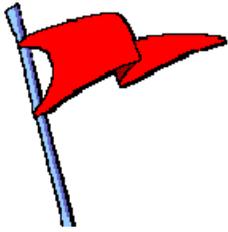
*dattilite*

# *Diagnosi di SA*

- La diagnosi è basata sulla combinazione di caratteristiche cliniche suggestive di SA e sull'evidenza radiologica/RMN di sacroileite/spondilite
  - Differenziare il dolore lombare infiammatorio da quello meccanico
  - Differenziare le alterazioni radiografiche dovute a SA da quelle dovute ad altre patologie quali l'iperostosi idiopatica scheletrica diffusa (DISH)
  - Spondiloartropatia indifferenziata

# *Diagnosi differenziale – dolore lombare infiammatorio vs meccanico*

<b>Caratteristiche</b>	<b>Infiammatorio</b>	<b>Meccanico</b>
Dolore/Rigidità	Di solito dura > 60 min, spesso migliora durante il giorno	Di solito dura < 45 min, spesso peggiora durante il giorno
Attività fisica	Migliora i sintomi	Peggiora i sintomi
Durata	Cronico	Acuto o cronico
Età di insorgenza	Di solito < 40 anni	Spesso > 40 anni
Evidenze radiografiche	Sacroileite, anchilosi spinale, sindesmofiti	Restringimento dello spazio discale, disallineamento, osteofiti

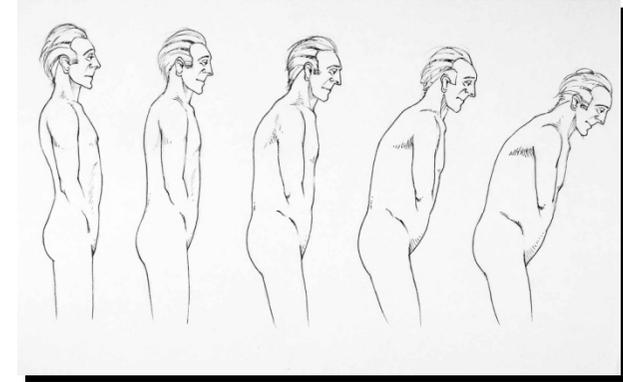


## Paziente con lombalgia

Anamnesi ed esame obiettivo

- età < 45a
- dolore notturno/mattutino
- inizio subdolo
- rigidità
- sciatica mozza e/o alternante
- sensibilità ai FANS
- migliora col movimento

- durata superiore a 3 mesi
- storia di entesiti e/o mono-oligoartriti
- associazione con psoriasi, malattie infiammatorie croniche intestinali, uveiti.
- familiarità per spondiloartriti, colite ulcerosa, m. di Crohn, uveite anteriore acuta, psoriasi



**spondiloartrite**



**Rx bacino e rachide DL**

**Indici di flogosi**

**Valutazione reumatologica**

# *Spondilite anchilosante: terapia*

## *1) FANS*

- *Indometacina*
- *altri FANS (piroxicam, diclofenac, naprossene..)*
- *coxib (celecoxib, rofecoxib..)*

## *+ cinesiterapia*

- *Esercizi di mobilizzazione dolce, attiva, prevalentemente in estensione, del rachide*
- *Ginnastica respiratoria*
- *Nuoto*

## *2) 1 + DMARDs*

- *se interessamento periferico(sulfasalazina)*

*3) 1 + Anti-TNF-alfa (se interessamento assiale non responsivo a 1 o se interessamento articolare periferico non responsivo a 2)*

# *Spondilite Anchilosante*

*Importante evitare*

*Trazioni vertebrali*

*Esercizi a strappo*



*Rischio di fratture*

*Sovraccarico strutturale del rachide*

*Atteggiamenti in flessione del rachide*

*Una colonna spondilitica è rigida, meno flessibile,  
osteoporotica con un aumentato rischio di frattura in  
seguito a traumi*

# Artropatia Psoriasica

## Definizione

*L'artropatia psoriasica è una enteso-artro-osteopatia ad andamento cronico-evolutivo che compare in soggetti con psoriasi o predisposti a psoriasi e che può interessare sia il compartimento osteo-articolare periferico che quello assiale.*

# **Criteri CASPAR (EULAR 2005)**

*Interessamento flogistico articolare, del rachide o delle entesi*

*Con 3 o più dei seguenti criteri*

- 1. Psoriasi attuale\*** *Presenza di lesioni cutanee tipiche secondo giudizio reumatologico*
- 2. Anamnesi di psoriasi** *Importanza della raccolta anamnestica dei dati*
- 3. Anamnesi familiare di psoriasi** *Storia familiare di psoriasi in parenti di primo/secondo grado*
- 4. Onicopatia psoriasica** *Lesioni tipiche come onicolisi, pitting, ipercheratosi valutate obiettivamente*
- 5. Negatività del fattore reumatoide** *Non on il latex-test, meglio con metodica ELISA o in nefelometria*
- 6. Dattilite attiva** *Dito a salsicciotto*
- 7. Anamnesi di dattilite** *Importanza della raccolta anamnestica dei dati*
- 8. Neoapposizione ossea iuxta-articolare ad Rx** *Non osteofitosi*

**\* Valore psoriasi attuale = 2      Specificità: 0.987      Sensibilità: 0.914**

# Storici pattern clinici di AP

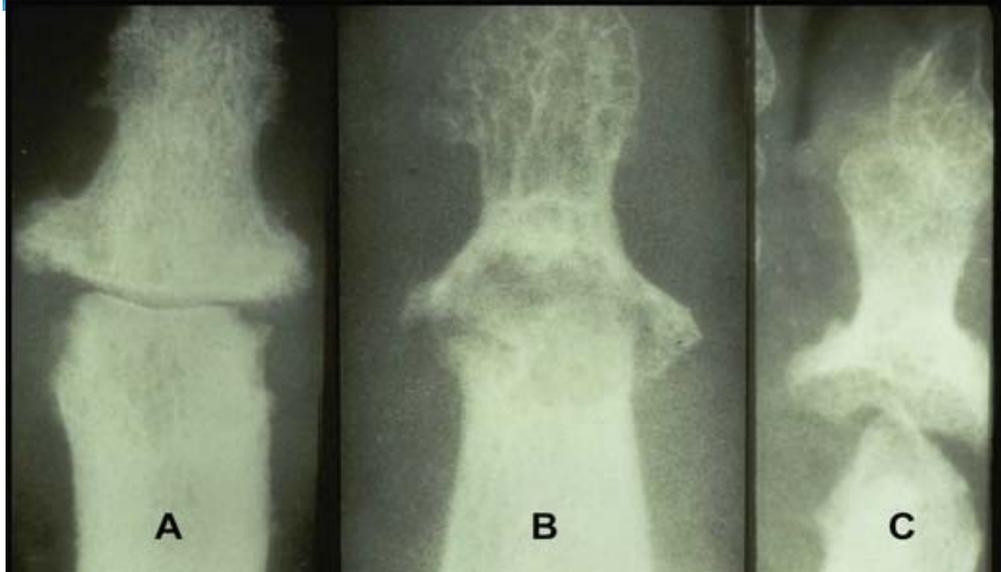
**Distale predominante (interfalangee distali di mani e piedi)**

**Mono/oligo-articolare (<5 articolazioni) spesso con distribuzione asimmetrica**

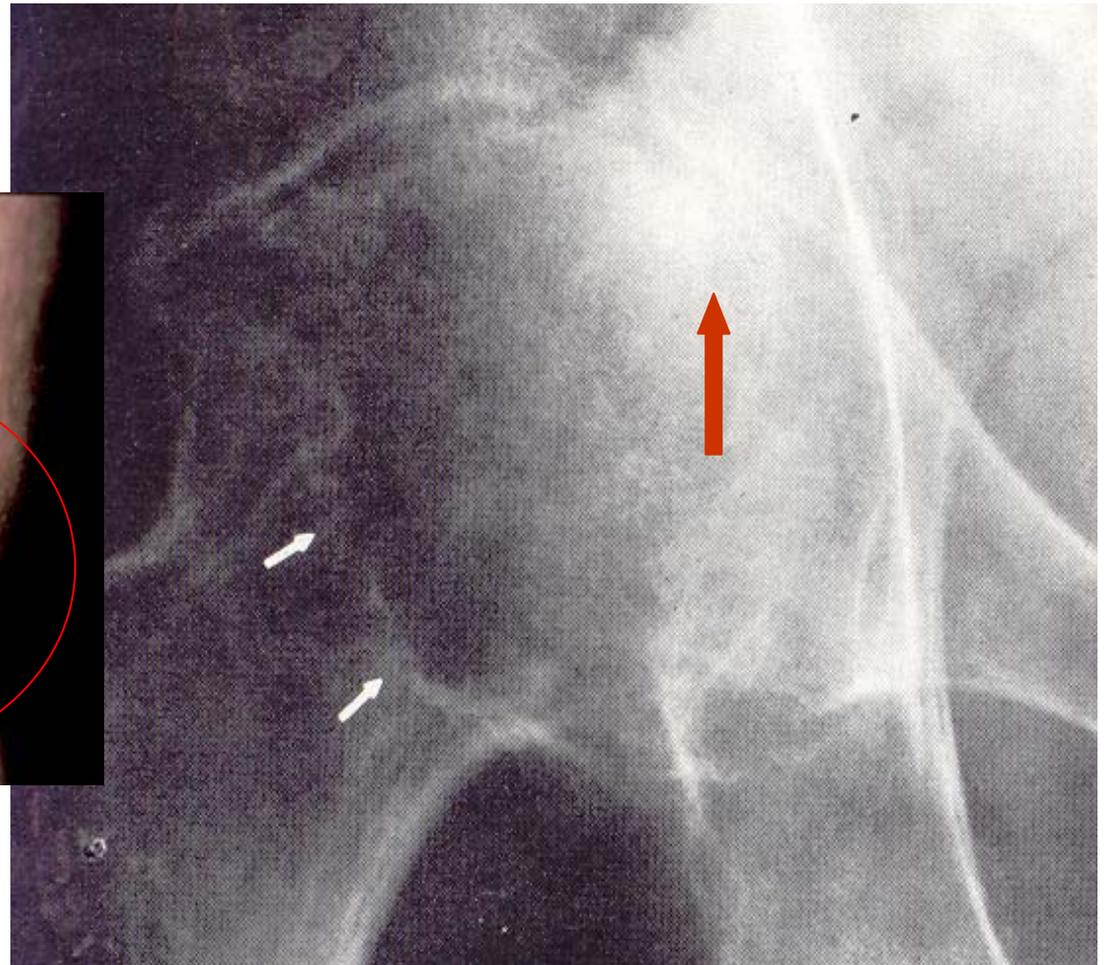
**Poli-articolare ( $\geq 5$  articolazioni), simil-reumatoide  
Assiale**

**‘Artrite mutilante’**

# Distale predominante



# ***MONO-OLIGO ARTRITE***



# ***POLIARTICOLARE SIMMETRICA***



# *ARTRITE MUTILANTE*



© 1994 Jeffrey L. Melton, M.D.



# ***ASSIALE***



# **Sottoclassificazione clinica attuale dell'artropatia psoriasica**

- **Poliarticolare ( $\geq 4$  articolazioni)** (simmetrica-asimmetrica)
- **Oligo-articolare ( $< 4$  articolazioni)** (in genere asimmetrica)
  - **Piccole o grosse articolazioni**
- **Forma predominante assiale**
  - **Simil spondilite anchilosante**
- **Forma predominante entesitica**

# 1) CLINICA

Psoriasi



artropatia  
Psoriasica



Artrite

# *Cercare la psoriasi*



# *Cercare la psoriasi*



# *Cercare la psoriasi*



*Anche dove non te l'aspetti*

# *Cercare la psoriasi*



*Anche familiare*

## Interessamento distale

- **Tipico ma non esclusivo (OA, RA) (Rx)**
- **Spesso associato all'onicopatia**
- **Frequenza: 30-50% delle PsA**



# **Interessamento Assiale**

- **Presenza di lombalgia, dorsalgia o cervicalgia di tipo infiammatorio**
- **Presenza di limitazione funzionale di uno o più segmenti del rachide**
- **Dolori persistenti in sede sacrale**
- **Presenza della cosiddetta “sciatica mozza alternante”**
- **Dolori al torace di tipo infiammatorio**

# Entesite

- **Segno distintivo delle spondiloartropatie**
- **Frequenza dell'entesite sintomatica:  $\approx 30\%$**
- **Solo in pochi casi coinvolgimento entesitico predominante**



**PsA: altri aspetti caratteristici**

# Dattilite

- **Stretta associazione con tenosinovite ad RM**
- **Due sottotipi:**
  - **acuto: tumefazione molle, intenso dolore, possibile arrossamento**
  - **Cronico: tumefazione dura, dolore lieve-moderato**



# Interessamento extra-articolare

- **Psoriasi cutanea ed ungueale**
- **Interessamento oculare: irite nel 7% delle AP (più frequente nei pz HLA-B27+)**
- **Ulcere orali uretrite, interessamento valvolare aortico (non comune)**



# Sindrome di Reiter

Insorgenza: ~ 1-3 settimane dopo un'infezione genitourinaria o gastroenterica

Agenti eziologici:

*Yersinia enterocolitica* e *pseudotuberculosis*

*Shigella flexneri* e *dysenteriae*

*Campilobacter jejuni*

*Salmonella typhimurium* o *enteritidis*

*Chlamydia tracomatis*

*Ureaplasma urealyticum*

Trasmissione oro-fecale  
(forma epidemica)

Trasmissione sessuale  
(forma endemica)

Pur essendo stati trovati antigeni batterici nelle articolazioni colpite, non è un'artrite settica, per assenza di agenti patogeni. La patogenesi è immuno-mediata

Frequente associazione con HLA B27

# Spondiloartrite in corso di IBD

## **Interessamento scheletrico:**

Spondilite con sacroileite

Possibile oligo-monoartrite periferica, in genere agli arti inferiori

Entesiti e tendiniti

## **Altre manifestazioni extra-GI:**

uveiti (3-11%)

congiuntiviti ed episcleriti

Eritema nodoso, pioderma gangrenoso

## **Trattamento:**

quello della malattia di base -utile sulfasalazina-

infiltrazioni steroidee in caso di artrite periferica

Controindicati FANS e COXIB per il rischio di riacutizzazione della malattia intestinale

Infliximab (MoAb anti-TNF alfa) nella malattia di Crohn