

## Sinergismo d'azione tra protocollo riabilitativo ed anti-TNF $\alpha$ versus terapia biologica

L. LAURICELLA, D. SCATURRO, C. ASARO, G. LETIZIA MAURO

U.O.C. di "Riabilitazione", Medical University - Plovdiv, Bulgaria

La spondilite anchilosante è una malattia infiammatoria cronica ad eziologia sconosciuta che colpisce prevalentemente lo scheletro assiale ma che può coinvolgere anche le entesi periferiche. In molti casi la malattia è progressiva ed è causa di disabilità di grado non inferiore a quella provocata dall'artrite reumatoide. (1,2)

La prevalenza globale è attorno allo 0,1-0,2%. La patologia esordisce in età giovanile in un'età compresa tra i 20-40 anni e meno del 5% dei casi ha un'esordio ad un'età superiore ai 45 anni. Ha una netta prevalenza, almeno nelle forme più classiche, nei maschi rispetto alle femmine con un rapporto di 3-4:1. Di solito l'espressione clinica è più severa negli uomini mentre le donne hanno un impegno vertebrale meno importante e sono più sintomatiche per l'interessamento di anche, ginocchia, caviglie e polsi. (3)

L'immunogenetica ha confermato di recente il ruolo dei fattori genetici evidenziando come il 96% dei pazienti affetti risulti positivo per l'allele HLA-B27, presente nel 7% della popolazione bianca.

L'eziologia e la patogenesi rimangono ignote. I dati dell'epidemiologia genetica riguardanti il ruolo dell'associazione spondilite ed allele HLA-B27, suggeriscono che la malattia sia dovuta ad una risposta immune a stimoli ambientali (verosimilmente infettivi) in soggetti geneticamente suscettibili. (4,5)

Il tipico sintomo d'esordio è rappresentato da dolore localizzato alla regione presacrale e alle natiche per interessamento delle articolazioni sacroiliache, talvolta riferito alla regione della cresta iliaca o del grande trocantere, con possibile estensione alla coscia e al poplite fino alla metà prossimale del polpaccio (sciatica mozza). Sebbene all'inizio il dolore sia monolaterale o alternante, entro pochi mesi diventa persistente e bilaterale coinvolgendo anche il tratto lombare, associandosi a rigidità che si accentua al mattino e si riduce con il movimento, con durata superiore ai 15 minuti.

Oltre a questo esordio tipico, la malattia può comparire nel 10% dei casi con dolore di tipo sciatico, trafittivo alla regione presacrale e ai glutei, accentuato dai movimenti di torsione; nel 15% dei casi e tipicamente nella forma giovanile, esordisce con una monoartrite periferica agli arti inferiori (ginocchio-caviglia). Altre volte il dolore è a carico delle entesi del piede (tendine di achille e fascia plantare), del cingolo pelvico (tuberosità ischiatica, legamento ileo-lombare) o del torace all'inserzione dei muscoli intercostali. (6,7)

Tipica dei soggetti di sesso maschile e nel 20-30% dei casi, è la maggior frequenza della progressione dell'impegno assiale fino all'anchilosi diffusa, con rigidità ingravescente del rachide e dei cingoli, ridotta mobilità del torace e gravi deformità posturali con impotenza funzionale delle coxofemorali e delle spalle, caratterizzandosi l'immagine "dell'uomo che non guarda più il cielo".

### MATERIALI E METODI

Presso l'ambulatorio dell'U.O.C. di Riabilitazione dell'A.U.O.P. "Paolo Giaccone" di Palermo, in diciotto mesi (Aprile 2011-Maggio 2012), sono stati arruolati 24 soggetti (6 donne-18 uomini), affetti da Spondilite Anchilosante HLA B27 diagnosticata secondo i criteri europei.

I parametri di inclusione sono stati: età compresa tra i 30-60 anni, pazienti in trattamento farmacologico con biologico e nessun programma riabilitativo nei sei mesi precedenti l'avvio dello studio. I criteri d'esclusione comprendevano comorbidità e terapia farmacologica con FANS.

Scopo dello studio è stato valutare l'efficacia di un protocollo riabilitativo associato a terapia con anti-TNF $\alpha$  versus soggetti sottoposti al trattamento biologico, sia in termini di riduzione della sintomatologia algica che di recupero e mantenimento del range articolare.

I soggetti sono stati suddivisi in modo random in 2 gruppi uno sperimentale (A) e uno di controllo (B), comprendenti 12 pazienti cadauno. Il primo è stato sottoposto, con cadenza bisettimanale per 20 sedute, a rieducazione funzionale di gruppo associata all'assunzione di farmaci biologici. Il gruppo di controllo ha eseguito terapia con anti-TNF $\alpha$ . La valutazione clinica è stata realizzata alla visita basale (T0), a 5 settimane (T1) e alla fine del trattamento (T2) a 2 mesi, inoltre i pazienti sono stati rivalutati a 6 mesi (T3), mediante la scala VAS, il questionario BASFI, il BASDAI, il BASMI e l'HAQ-S.

Il programma riabilitativo prevedeva 3 fasi (Fig. 1):

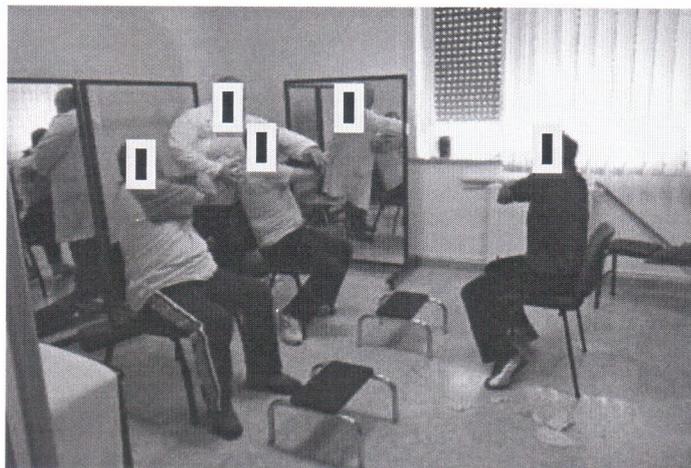


Figure 1. — Programma riabilitativo.