

Juvenile Idiopathic Arthritis
Peter J. Gowdie, Shirley M.L. Tse
Pediatr Clin N Am 59 (2012) 301–327

Sintesi e commento a cura di:
Elisabetta Cortis UOC Pediatria Orvieto (Tr)

Questo articolo può essere interessante per il pediatra perché è una review completa e semplice sull'artrite idiopatica giovanile dalla diagnosi alla terapia comprendendo tutti i nuovi farmaci

ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE (AIG)

L'artrite idiopatica giovanile è la più comune malattia reumatica dell'infanzia.

La diagnosi di AIG richiede la persistenza di artrite per più di 6 settimane in pazienti con età inferiore ai 16 anni dove non sono evidenti altre cause di artrite. Gli esami di laboratorio non sono diagnostici ma possono essere di aiuto nella diagnosi differenziale.

A tutt'oggi non esiste una classificazione dell'AIG soddisfacente e pertanto viene utilizzata che considera sette forme: oligoarticolare, poliarticolare sieronegativa e sieropositiva, forma sistemica, artrite associata ad entesite, artrite psoriasica, forma indifferenziata.

La forma di AIG dipende dal tipo di esordio ossia dalle manifestazioni cliniche che compaiono nei primi sei mesi di malattia.

La forma più comune ed esclusiva dell'età pediatrica è **quella oligoarticolare** quando sono colpite quattro o meno articolazioni, frequentemente le grandi articolazioni degli arti inferiori. Nella maggior parte dei casi sono femmine piccole con anticorpi antinucleo positivi. La complicanza più temibile è l'uveite cronica, un'inflammazione della camera anteriore dell'occhio che può essere mono o bilaterale. Frequentemente questi bambini vanno incontro a remissione; circa il 50% dei pazienti ha un'evoluzione verso la forma poliarticolare.

La forma poliarticolare, quando sono colpite cinque o più articolazioni, sia le grandi che le piccole articolazioni. Il Fattore Reumatoide è positivo solo nel 3% dei casi.

La forma sistemica, ultimamente considerata nel gruppo delle malattie autoinfiammatorie, è caratterizzata soprattutto da sintomi sistemici, quali febbre e rash e sierositi. L'artrite sia delle grandi che delle piccole articolazioni, è necessaria per porre diagnosi ma purtroppo può comparire anche a distanza dall'esordio. I picchi febbrili, solitamente la mattina e la sera, si accompagnano a rash maculare color salmone al tronco e alle estremità che scompare con la defervescenza della febbre.

Circa il 40% dei paziente va in remissione mentre più della metà ha un'evoluzione cronica con persistenza dei sintomi sistemici e/o evoluzione poliarticolare; una piccola percentuale ha un andamento policiclico.

L'entesite è un termine utilizzato per descrivere l'inflammazione nella inserzione dei tendini e/o legamenti all'osso. Sono spesso interessati gli arti inferiori e la cresta iliaca.

L'artrite psoriasica è caratterizzata dalla presenza di artrite e psoriasi che possono comparire anche in tempi differenti. Tipica di questa forma è la forma di dito "a salsicciotto".

La terapia comprende sia quella farmacologica che quella fisioterapica.

Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) sono utilizzati per il trattamento sintomatico del dolore articolare e della rigidità. L'uso dei corticosteroidi, per os o e.v., è indicato solo in particolari casi (nelle sierositi e nella MAS) e, per quanto possibile, per tempi brevi.

Il cortisone per via intra-articolare è il trattamento di scelta nelle forme oligoarticolari (soprattutto monoarticolari). L'atrofia sottocutanea può verificarsi nel sito di iniezione nel 2% dei pazienti mentre le altre complicanze, come le infezioni, sono rare.

Tra gli immunosoppressori il Metotrexate è quello più utilizzato sia per via orale che sottocutanea (10-15 mg/m²/sc). In circa la metà dei pazienti si ottiene una remissione della malattia in 12 mesi di trattamento. E' generalmente ben tollerato nei bambini: i più comuni effetti collaterali riguardano il tratto gastrointestinale che sembrano ridursi con la somministrazione di acido folico, dopo 24 ore dal MTX. I pazienti in trattamento devono effettuare controlli ematici (emocromo, funzionalità epatica e renale) ogni 2-3 mesi.

Gli agenti biologici hanno cambiato il decorso dei pazienti con AIG.

Tra gli inibitori del TNF- α :

- *L'etanercept* somministrato per via sottocutanea è un inibitore umanizzato solubile del recettore del TNF.

- *Infliximab* somministrato per via endovenosa è un anticorpo anti TNF- α in parte murino.

- *Adalimumab* somministrato per via sottocutanea è un anticorpo chimerico umanizzato anti TNF- α . L'efficacia degli antiTNF α è maggiore quando vengono associati al MTX.

Nelle uveiti ricorrenti o croniche refrattarie alle terapie locali e al MTX l'infliximab e l'adalimumab possono essere efficaci.

Anakinra, antagonista del recettore dell'IL-1, somministrato per via sottocutanea ed il **Tolicizumab**, anticorpo monoclonale contro il recettore dell'IL6, somministrato per via endovenosa si sono dimostrati efficaci nel trattamento della forma sistemica.

Abatacept, inibitore della via di stimolazione delle cellule T, viene somministrato per via endovenosa.

Gli effetti collaterali per la maggior parte dei casi sono legati a reazioni locali infusionali.

I bambini che effettuano terapia con farmaci biologici hanno un aumentato rischio infettivo. Per l'infliximab sono stati casi di tubercolosi. Pertanto l'intradermoreazione alla Mantoux è raccomandata prima dell'inizio della terapia e poi ogni anno.