



PROGETTO PER LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE OCULARI INVALIDANTI DELL'ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE

L'Artrite Idiopatica Giovanile (AIG), che in passato veniva chiamata Artrite Cronica o Artrite Reumatoide Giovanile (ARG), colpisce circa un bambino ogni 1000, si calcola che in Italia 10.000 bambini e adolescenti possano esserne affetti. L'artrite esordisce, per definizione, prima dei 16 anni di età e può colpire qualsiasi articolazione, in numero variabile da una a moltissime. Sulla base del numero di articolazioni colpite all'esordio della malattia e della presenza o meno di febbre, si distinguono differenti tipi di AIG: la forma con sintomi sistemici (febbre), la poliartrite e l'oligoartrite. L'oligoartrite è la forma più comune e meno grave (più del 50% dei bambini con AIG è affetta da questa forma), solitamente sono colpite femmine in tenera età che frequentano la scuola materna o elementare. Talvolta la malattia può iniziare già nel secondo semestre di vita. Nella maggior parte di questi casi sono presenti nel sangue dei particolari **auto-anticorpi** che sono di aiuto per fare la diagnosi: **gli Anticorpi Anti-Nucleari (ANA)**.

In genere i bambini con artrite oligoarticolare rispondono bene alle cure adeguate. Tuttavia (soprattutto le femmine più piccole e con gli **ANA** positivi) possono andare incontro a un'**uveite anteriore** o **irido-ciclite cronica (ICC)**¹, un'inflammatione oculare che può colpire entrambi gli occhi. L'ICC, solitamente, si manifesta nei primi mesi dopo l'esordio dell'artrite, più passa il tempo meno probabile diventa la comparsa di questa complicanza oculare. L'ICC viene definita "cronica" sia perché gli episodi infiammatori dell'occhio possono recidivare più volte o cronicizzare, sia perché non è un'inflammatione con sintomi acuti, infatti **di solito è completamente asintomatica**: l'occhio non si arrossa, il bambino non lamenta dolore né disturbi della vista.

¹ Questo nome deriva dal fatto che l'inflammatione oculare interessa la parte anteriore di una struttura dell'occhio che si chiama "uvea" (l'uvea anteriore comprende: iride e corpo ciliare, da cui deriva il nome di irido-ciclite). L'uvea è una membrana che avvolge l'occhio e che serve ad apportarvi il sangue per la vascolarizzazione dell'occhio.



Talvolta può esserci un minimo disturbo della visione (che risulta un po' offuscata) ma il bambino, soprattutto quanto più è piccolo, può non essere in grado di percepirla e di riferirla. ***E' perciò di estrema importanza che tutti i bambini con AIG vengano controllati periodicamente dall'oculista con un particolare esame che si chiama: esame biomicroscopico con lampada a fessura (LAF)***, che consente di vedere se all'interno dell'occhio siano presenti segni di infiammazione (definiti ***Tyndall*** la cui gravità viene indicata con +, ++, +++). L'infiammazione oculare va subito curata per evitare che, persistendo, possa portare a complicazioni quali la ***cataratta*** (cioè l'opacizzazione del cristallino), la ***cheratopatia a bandeletta*** (cioè l'opacizzazione della cornea), il ***glaucoma*** (aumento della pressione all'interno dell'occhio) o a ***danni irreversibili fino alla cecità***. L'ICC all'esordio si cura con semplici colliri a base di cortisone e di sostanze che dilatano la pupilla (midriatici). Se le cure locali non risultano efficaci è necessario ricorrere a terapie per via generale, analoghe a quelle che si fanno per l'artrite.

La terapia dell'AIG è piuttosto complessa e multidisciplinare infatti richiede la collaborazione tra diversi specialisti, fondamentale è quella tra pediatra, reumatologo e oculista. A tutt'oggi purtroppo non esistono ancora ***farmaci*** in grado di "guarire" l'infiammazione oculare risolvendo per sempre il problema. Il nostro obiettivo è quello di diagnosticare l'infiammazione presente all'interno dell'occhio al suo esordio, controllarla rapidamente per ridurre il numero delle recidive e minimizzare i gravi danni anatomici alle strutture intraoculari che portano al calo dell'acuità visiva e, in qualche caso, alla cecità (edema maculare, neuropatia ottica, distacco di retina, membrane epiretinali).

Gli steroidi (cortisone) sono potentissimi anti-infiammatori che possono essere utilizzati per via sistemica; tuttavia comportano inevitabili effetti collaterali non solo generali (osteoporosi, rallentamento della crescita e obesità), ma anche oculari (cataratta e glaucoma) aggravando i danni già prodotti dall'infiammazione oculare. Inoltre, nonostante il trattamento sistemico, circa il 40% delle uveiti recidiva e il 30% tende a cronicizzare: questo avviene soprattutto nei casi non diagnosticati e quindi non curati tempestivamente. In questi casi per minimizzare gli effetti indesiderati (oculari e generali) della terapia steroidea cronica si introducono gli immunosoppressori



o i cosiddetti “farmaci di fondo” o “*Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs (DMARDs)*”, come farmaci “risparmiatori di steroide”.

Gli unici che sembra possano avere un’efficacia oltre che sull’artrite anche sull’uveite sono il Metotressato e la Ciclosporina. Queste terapie vengono anche chiamate “*farmaci ad azione lenta*” in quanto la loro efficacia si manifesta in pieno solo dopo 3-6 mesi di terapia, vanno quindi almeno inizialmente associati al cortisone, che ha invece un effetto immediato. Tuttavia vi è una percentuale di pazienti che non risponde alle cure immunosoppressive standard, in questi casi refrattari può essere utile impiegare nuovi farmaci come gli anti-TNF (Infliximab e Adalimumab). Questi trattamenti si sono dimostrati straordinariamente efficaci nel curare l’artrite, l’80% circa dei bambini e ragazzi con AIG risponde a queste cure già nel giro di pochi giorni o settimane. Questi farmaci biologici, l’anticorpo monoclonale anti-TNF Infliximab e, in seconda istanza, l’anticorpo umanizzato anti-TNF Adalimumab hanno dimostrato nell’esperienza clinica di poter essere efficaci anche nell’uveite, nei casi non responsivi al cortisone o cortico-dipendenti. Di recente sono stati approvati dal Ministero della Sanità per l’uveite dell’AIG.

La diagnosi precoce dell’ICC è fondamentale per la prevenzione delle conseguenze invalidanti sulla funzione visiva poiché consente di curare al suo esordio questa patologia. Le possibilità di guarigione utilizzando terapie locali sono maggiori e si evita di dover ricorrere a farmaci più tossici e costosi. L’obiettivo primario è quindi lo screening precoce dell’uveite e la valutazione dell’efficacia della terapia nella riduzione/eliminazione dell’infiammazione intraoculare.

L’efficacia della terapia viene stabilita in base alla riduzione o alla scomparsa di cellule infiammatorie rispetto allo stato di partenza, il che porta a valutare di ridurre o persino eliminare il farmaco corticosteroidico sia ad uso locale che sistemico. Nell’eventualità di un peggioramento dell’uveite e dell’acuità visiva, il paziente dovrà essere sottoposto ad esami strumentali oftalmologici (fluorangiografia retinica, ecografia oculare, OCT, campo visivo) per la valutazione del fondo oculare e per il riscontro di eventuali complicanze del polo posteriore (edema maculare cistoide, pucker maculare, neuropatica ottica, distacco di retina, etc.).



Il progetto per lo screening precoce dell'uveite nell'AIG prevede la possibilità che tutti i bambini e ragazzi affetti da questa patologia, che accedono all'ambulatorio di Reumatologia Pediatrica, siano periodicamente monitorati con un moderno esame strumentale eseguito con **Kowa Laser**.

Nel caso venisse rivelata la presenza di segni d'infiammazione dovranno essere sottoposti a un'immediata visita oculistica e ricevere tempestivamente le cure mediche necessarie, stabilite dal consulto tra oculista e reumatologo pediatra. Questo richiede la presenza contemporanea di entrambi: l'oculista è in grado di diagnosticare e monitorare l'andamento dell'uveite attraverso il riscontro oggettivo dell'obiettività oculare, il reumatologo pediatra ha la formazione per gestire le cure mediche sistemiche, cortisoniche e immunosoppressive.

L'esame con Kowa Laser è rapido, indolore e può essere effettuato da personale non medico opportunamente addestrato (**ortottista**), consente quindi lo screening su larga scala di questa patologia potenzialmente invalidante sulla funzione visiva.

Il progetto, sostenuto economicamente da ARG-ITALIA Onlus, è attivo presso l'UDS Reumatologia dell'età evolutiva dell'Istituto Ortopedico Gaetano Pini - Milano

Sede legale: Via Quadronno 33, Milano 20122 - Tel: 340.2264313 - CF: 97588140158 - IBAN: IT 76 D 05048 01657 0000 0001 6959
infoargitalia@gmail.com - <http://argitalia.wordpress.com/> - <https://www.facebook.com/ARGItalia>

Referente Scientifico Dr.ssa Valeria Gerloni

Ufficio Stampa ARG-ITALIA: MaRoStudio - Via P. Giovio 29, Milano 20144 - Tel: 02.45470429 - Fax: 02.58431690 - posta@marostudio.it