

Newsletter GISMO

Comitato Editoriale

Giovanni Minisola (Coordinatore)

*Agostino Gaudio
Daniela Merlotti
Ombretta Viapiana
Raffaele Zicoella*

Anno XII – Numero XLVIII – 2024

LA DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE DELLE SACROILEITI

I.Leccese (1), C.Pecchioli (2), A.Pompa (1)

(1)UOS REUMATOLOGIA C.T.O. ALESINI ROMA, (2)UOSD ENDOCRINOLOGIA C.T.O. ALESINI - ROMA

Premessa: La diagnosi delle spondiloartriti assiali rappresenta tuttora un'importante sfida per il reumatologo. Le stesse tecniche di imaging utilizzate per lo studio delle sacroiliache, quali la radiografia tradizionale e la RMN, nonostante rappresentino uno strumento fondamentale in fase diagnostica, presentano entrambe delle importanti limitazioni in termini di sensibilità e specificità. Se da un lato la radiografia è in grado di rilevare i danni determinati della malattia (erosioni, sclerosi subcondrale, anchilosi ossea), dall'altro la complessa anatomia dell'articolazione sacroiliaca con la sua doppia obliquità è responsabile di una significativa variabilità intra- e inter-osservatore. Inoltre, l'identificazione del danno rende questa metodica poco sensibile nelle fasi precoci di malattia. La RMN, al contrario, ha una maggiore sensibilità essendo in grado di identificare i segni di infiammazione attiva (edema osseo, capsulite, sinovite, entesite) e cronica (sclerosi, erosioni, sostituzione adiposa, anchilosi), ma una specificità limitata aumentando il rischio di overdiagnosi e diagnosi errate. E' stato infatti dimostrato che anche in soggetti sani, come donne nel post-partum e atleti, nonché in altre patologie come fratture da stress sacrali, osteite condensante dell'ilo, infezioni, tumori, DISH, SAPHO, sarcoidosi e morbo di Paget la RMN può rilevare alterazioni apparentemente simili alle sacroileiti.

Descrizione del caso clinico: Uomo di 57 anni con anamnesi patologica remota muta fatta eccezione per una lunga storia di lombalgia cronica e episodi di tallonite per cui effettuava in modo autonomo cicli di naprossene con beneficio. Negli ultimi tre mesi per il peggioramento della sintomatologia in assenza di traumi e perdita di risposta alla terapia abituale effettuava valutazione reumatologica. All'esame obiettivo per riscontro di dolorabilità a carico delle sacroiliache e dell'inserzione del tendine di Achille di sinistra e Schober test positivo, nel sospetto di spondiloartrite a interessamento assiale, veniva impostata terapia con diclofenac e richiesti ulteriori accertamenti. Gli esami ematici compresi i test di tipizzazione HLA risultavano nella norma fatta eccezione per lieve aumento della PCR, significativo aumento della fosfatasi alcalina, HLA B27 positivo. Le radiografie della colonna lombosacrale, bacino e piedi mostravano sclerosi delle limitanti di alcuni somi vertebrali, anchilosi completa delle sincondrosi sacro-iliache con sclerosi del versante iliaco più accentuato a sinistra, spina calcaneare bilaterale. Per la riferita assenza di risposta alla terapia con diclofenac e il riscontro di aumentati valori di fosfatasi alcalina veniva richiesta una scintigrafia ossea total body che mostrava iperconcentrazione del radiofarmaco a livello della teca cranica e delle ali iliache in particolare a sinistra. Veniva quindi posta diagnosi di Morbo di Paget in paziente affetto da Spondiloartrite HLA B27 positivo e impostato trattamento con neidronato e FANS con remissione della sintomatologia e normalizzazione della fosfatasi alcalina e PCR.

Conclusioni: Anche se il dolore lombare infiammatorio e la sacroileite sono elementi caratteristici delle spondiloartriti assiali, è fondamentale conoscere e saper riconoscere le principali diagnosi differenziali. Il particolare caso descritto pone l'attenzione su come, anche in corso di spondiloartrite, sia necessario analizzare in modo critico sia i sintomi che gli esami strumentali. Il morbo di Paget è una malattia caratterizzata da un alterato turnover osseo con una aumentata attività degli osteoclasti cui consegue una esuberante neoformazione ossea. Le sedi più frequentemente interessate sono il cranio, il femore e il bacino. Reperti comuni includono ispessimento della corticale ossea, sclerosi dell'ala iliaca, ispessimento delle linee ileopettinea e ischiopubica, protrusione acetabolare e ingrossamento dei rami pubici e dell'ischio. Inoltre anche se più raramente è possibile riscontrare una fusione delle articolazioni sacroiliache, sia uni- che bilaterale.