



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/IT/intro>

Artrite di Lyme

Versione 2016

1. COS'È L'ARTRITE DI LYME

1.1 Che cos'è?

L'artrite di Lyme è una possibile complicanza di una malattia infettiva causata da un batterio detto *Borrelia burgdorferi* (borelliosi di Lyme) che è trasmesso dal morso di zecche, principalmente del tipo *Ixodes ricinus*.

La borelliosi di Lyme è una malattia multisistemica che può dare manifestazioni a livello della cute, del sistema nervoso centrale, del cuore, degli occhi e di altri organi, nella maggior parte dei casi tuttavia le articolazioni sono l'unico bersaglio. Nell'anamnesi emerge spesso nelle fasi iniziali la comparsa di un eritema migrante, ovvero un'eruzione rossa ed anulare nel sito del morso della zecca.

Raramente i casi non trattati di artrite di Lyme possono progredire fino all'interessamento del sistema nervoso centrale.

1.2 È diffusa?

Solo una minoranza di bambini affetta da artrite ha l'artrite di Lyme, che comunque costituisce una delle forme più frequenti di artrite che si verifica dopo infezione batterica nei bambini e negli adolescenti in Europa. Si verifica raramente prima dei 4 anni d'età ed è quindi principalmente una malattia dei bambini in età scolare.

Si verifica in tutte le aree d'Europa, ma è prevalente nell'Europa centrale, nella Scandinavia del sud e nell'area del mar Baltico. Sebbene la trasmissione dipenda dal morso di zecche infette, che sono attive da aprile a ottobre (in base alla temperatura ambientale e all'umidità), l'artrite di Lyme può rendersi manifesta in qualsiasi momento dell'anno

per via del periodo lungo e variabile che intercorre tra il morso e l'esordio delle manifestazioni cliniche.

1.3 Quali sono le cause della malattia?

La causa della malattia è il batterio *Borrelia burgdorferi*, che viene trasmesso tramite il morso della zecca *Ixodes ricinus*. La maggior parte delle zecche non essendo infette non causano problemi. In caso di morsi da parte di zecche infette spesso l'unica manifestazione che si verifica è quella cutanea dell'eritema migrante, senza progressione verso gli stadi successivi della malattia, quale l'artrite di Lyme.

La mancata progressione è facilitata dall'impiego precoce della terapia antibiotica. Quindi, sebbene la borelliosi di Lyme, sotto forma di eritema migrante, si possa verificare anche in 1 bambino su 1000 ogni anno, l'occorrenza dell'artrite di Lyme (la manifestazione tardiva della malattia) è un evento raro.

1.4 È ereditaria?

L'artrite di Lyme segue ad un'infezione e non è ereditaria, sebbene nei casi che vanno incontro ad artrite persistente, e resistente al trattamento antibiotico, sia stata osservata l'associazione con determinati marcatori genetici. Tuttavia i meccanismi precisi di questa predisposizione non sono noti.

1.5 Perché mio figlio ha questa malattia? Si può prevenire?

Nelle regioni europee in cui si trovano le zecche è difficile prevenire i morsi di zecca nei bambini. Tuttavia, nella maggior parte dei casi l'organismo causativo, la *Borrelia burgdorferi*, non viene trasmesso immediatamente dopo il morso di zecca, ma solo diverse ore fino a un giorno dopo, quando il batterio raggiunge le ghiandole salivari della zecca ed essa può inoculare l'agente infettante nell'ospite tramite la saliva. Le zecche si attaccano ai loro ospiti per 3-5 giorni, alimentandosi con il loro sangue. La rimozione precoce della zecca rende poco probabile la trasmissione dell'infezione, pertanto un controllo attento dei bambini nel periodo estivo può essere utile in tal senso. Il trattamento preventivo con antibiotici dopo il morso di una zecca non è raccomandato.

È invece necessario intraprendere la terapia antibiotica in caso di comparsa di eritema migrante. Questo trattamento arresta l'ulteriore proliferazione del batterio e previene l'artrite di Lyme. Negli Stati Uniti, è stato sviluppato un vaccino contro una singola specie di *Borrelia burgdorferi*, ma è stato ritirato dal mercato per motivi economici. Questo vaccino non è utile in Europa per via delle variazioni di specie.

1.6 È contagiosa?

Sebbene la borreliosi sia una malattia infettiva, l'artrite di Lyme non è contagiosa (ovvero non può diffondersi da una persona a un'altra), poiché il batterio deve essere trasportato dalla zecca.

1.7 Quali sono i sintomi principali?

L'artrite di Lyme si manifesta con gonfiore delle articolazioni e limitazione del movimento. Nonostante la vistosa tumefazione articolare spesso il dolore associato è scarso o assente. L'articolazione colpita più spesso è il ginocchio, sebbene possano essere interessate anche altre grandi articolazioni e perfino le piccole articolazioni. È raro che il ginocchio non sia coinvolto: 2 casi su 3 si presentano come monoartrite dell'articolazione del ginocchio. Più del 95% dei casi presenta un decorso oligoarticolare (4 articolazioni o meno). L'artrite di Lyme si presenta come artrite episodica in 2 casi su 3, in tali casi l'artrite scompare dopo giorni o settimane e ritorna alle stesse articolazioni dopo un intervallo senza nessun sintomo.

La frequenza e la durata degli episodi di infiammazione articolare di solito diminuiscono con il tempo, tuttavia in alcuni casi l'artrite cronicizza e persiste per 3 mesi o oltre. Ci sono anche rari casi con artrite di lunga durata dall'inizio (durata di 3 mesi o superiore).

1.8 La malattia è uguale in tutti i bambini?

No. La malattia può essere acuta (un singolo episodio di artrite), episodica o cronica, tende ad essere di breve durata ed episodica nei bambini più piccoli, mentre negli adolescenti può avere un decorso cronico

1.9 La malattia nei bambini è diversa da quella negli adulti?

La malattia negli adulti e nei bambini è simile. Tuttavia nei bambini le manifestazioni articolari sono più frequenti, sebbene nei piccoli il decorso tenda ad essere rapido e benigno e il trattamento antibiotico precoce abbia un'ottima possibilità di successo.

2. DIAGNOSI E TERAPIA

2.1 Come viene diagnosticata?

Di fronte ad un esordio di artrite, la possibilità che possa trattarsi di un'artrite di Lyme andrebbe presa in considerazione. Il sospetto clinico deve essere confermato dalle indagini di laboratorio compresi gli esami del sangue e, in alcuni casi, l'esame del liquido sinoviale (liquido prelevato dalle articolazioni infiammate).

Gli anticorpi diretti contro la *Borrelia burgdorferi* vengono documentati nel sangue tramite un test chiamato Enzyme Immuno Assay (EIA) e confermati da un secondo test di laboratorio detto immunoblot o Western blot.

In caso di artrite senza altra causa nota e in presenza di anticorpi diretti contro la *Borrelia burgdorferi* rilevati tramite EIA nel sangue e confermati dal test con Western blot, può essere posta la diagnosi di artrite di Lyme. Una ulteriore prova può giungere dal riconoscimento del genoma batterico tramite tecnica PCR (reazione a catena della polimerasi) nel liquido sinoviale. Tuttavia questo esame di laboratorio è meno affidabile della sierologia per la misurazione degli anticorpi. In particolare, l'esame potrebbe non indicare infezione in presenza di infezione e potrebbe indicare infezione laddove invece non ce n'è.

L'artrite di Lyme deve essere diagnosticata dal pediatra o in un ospedale pediatrico. Tuttavia, se il trattamento antibiotico non ha esito positivo, nella futura gestione della malattia deve essere consultato un reumatologo pediatrico.

2.2 Gli esami sono importanti?

A parte i valori sierologici, di solito vengono svolti esami per individuare i marcatori dell'infiammazione e la composizione chimica del sangue. Inoltre, possono essere considerate altre cause infettive dell'artrite e valutate tramite saggi di laboratorio adeguati.

Gli esami di laboratorio, in particolare la sierologia, non necessitano di essere ripetuti poiché non sono utili nel definire la risposta al trattamento antibiotico, la sierologia infatti può continuare a essere positiva per anni nonostante il successo del trattamento.

2.3 Può essere trattata/curata?

Il trattamento prevede la somministrazione degli antibiotici. Più dell'80% dei pazienti con artrite di Lyme va incontro a guarigione dopo uno o due cicli di terapia antibiotica. Nel restante 10-20% dei casi in cui l'artrite cronicizza si rendono necessari trattamenti di pertinenza reumatologica.

2.4 Quali sono i trattamenti?

La prima linea di trattamento consiste in antibiotici orali quali amoxicillina o doxiciclina (in soggetti di età superiore agli 8 anni) per 4 settimane o endovenosi quale ceftriaxone o con cefotaxima per 2 settimane.

2.5 Quali sono gli effetti collaterali della terapia farmacologica?

Si possono verificare effetti collaterali come la diarrea (soprattutto con l'uso degli antibiotici orali) o reazioni allergiche. Tuttavia nella maggior parte dei casi gli effetti collaterali sono rari e minori.

2.6 Quanto deve durare il trattamento?

Al termine del trattamento antibiotico, se è presente ancora artrite è consigliabile un periodo di osservazione di circa 6 settimane prima di decretare il fallimento della terapia.

In tal caso può essere somministrato un nuovo ciclo di terapia antibiotica e, qualora l'artrite persista oltre le 6 settimane, è indicato valutare l'inizio di una terapia anti-infiammatoria con anti-infiammatori non steroidei (FANS) orali o steroidei orali oppure intra-articolari nell'articolazione infiammata.

2.7 Che tipo di check-up periodici è necessario effettuare?

E' opportuno ripetere l'esame obiettivo articolare. Dopo un lungo periodo di remissione (assenza di infiammazione articolare) è improbabile che possa verificarsi una ricaduta.

2.8 Quanto dura la malattia?

In oltre l'80% dei casi scompare dopo uno o due trattamenti antibiotici. Nei restanti casi l'artrite scompare nel corso di mesi o anni. Infine, la malattia si arresta completamente.

2.9 Qual è l'evoluzione a lungo termine (prognosi) della malattia?

Dopo il trattamento con antibiotici, nella maggior parte dei casi la malattia scomparirà senza alcuna conseguenza. In rari casi può rimanere una limitazione nei movimenti dell'articolazione e un rischio di osteoartrosi precoce.

2.10 È possibile guarire completamente?

Sì. Più del 95% dei casi guarisce completamente.

3. VITA QUOTIDIANA

3.1 In che modo la malattia influisce sulla vita quotidiana del bambino e della famiglia?

Durante la fase acuta, l'infiammazione articolare può provocare dolore e limitazione nelle attività sportive. Nella maggior parte dei pazienti però la malattia non è aggressiva e le implicazioni sono minime e transitorie.

3.2 Si può andare a scuola?

Durante la fase acuta potrebbe essere necessario interrompere la partecipazione ad attività sportive; tuttavia il bambino stesso è in grado di decidere a quali attività desidera partecipare.

3.3 Si può fare sport?

Il bambino/adolescente deve decidere da solo riguardo questo aspetto. Se il bambino fa parte di un regolare programma di un club sportivo, potrebbe essere vantaggioso ridurre i requisiti di tale programma o adattarli ai desideri del paziente.

3.4 Che dieta bisogna seguire?

La dieta deve essere equilibrata e contenere una quantità sufficiente di proteine, calcio e vitamine per un bambino in fase di crescita. Le modifiche alla dieta non influiscono sul decorso della malattia.

3.5 Il clima può influenzare il decorso della malattia?

Anche se le zecche necessitano un clima caldo e umido, una volta che l'infezione ha raggiunto le articolazioni, l'ulteriore decorso della malattia non è influenzato dalle variazioni climatiche.

3.6 Il bambino può essere vaccinato?

Non ci sono limitazioni riguardo le vaccinazioni. Il successo delle vaccinazioni non è influenzato dalla malattia o dal trattamento antibiotico e non si prevedono altri effetti collaterali dovuti alla presenza della malattia o del trattamento. Attualmente, non esiste un vaccino contro la borreliosi di Lyme.

3.7 In che modo la malattia influisce su vita sessuale, gravidanza e contraccezione?

Non esistono restrizioni all'attività sessuale o alla gravidanza dovute alla malattia.