

Spondiloartritis

Spondiloartritis su raznolika grupa upalnih reumatskih bolesti koje se manifestiraju upalnom križoboljom, upalom perifernih zglobova i izvanzglobnih struktura, ali mogu zahvatiti i druge organe kao što su koža, crijeva i oči.

U ovu grupu bolesti ubrajamo

- Ankilozantni spondilitis ili Behterevljeva bolest
- Nediferencirani spondiloartritis
- Juvenilni spondiloartritis
- Psorijatički spondiloartritis
- Spondiloartritis povezan sa Ulceroznim kolitisom i Chronovom bolesti
- Reaktivni artritis
- Akutni prednji uveitis

Kako i zašto nastaju spondiloartritis

Ova grupa bolesti je nepoznatog uzroka. Ubraja se u upalne reumatske bolesti koje nastaju kao posljedica poremećaja imunološkog sustava. U nekim slučajevima bolest je genetski uvjetovana i obilježava je pozitivnost HLA B 27 antigena. Jedino kod reaktivnog artritisa možemo izolirati patogene mikroorganizme najčešće genitourinarnog ili probavnog sustava.

Epidemiološki podaci

Bolesti se javljaju podjednako u žena i muškaraca, osim kod ankilozantnog spondilitisa, koji je češći u muškaraca. U djece se bolest javlja u obliku juvenilnog spondiloartritisa koji ima sve karakteristike bolesti u odraslih. Češće su u mlađoj životnoj dobi osim kod Psorijatičkog artritisa kada se bolest može javiti i u starijih osoba.

Prema epidemiološkim podacima učestalost osoba sa spondiloartritisom u općoj populaciji je između 0,4-1,3%. To znači da danas u Istri boluje i do 2500 odraslih osoba i djece od ove bolesti.

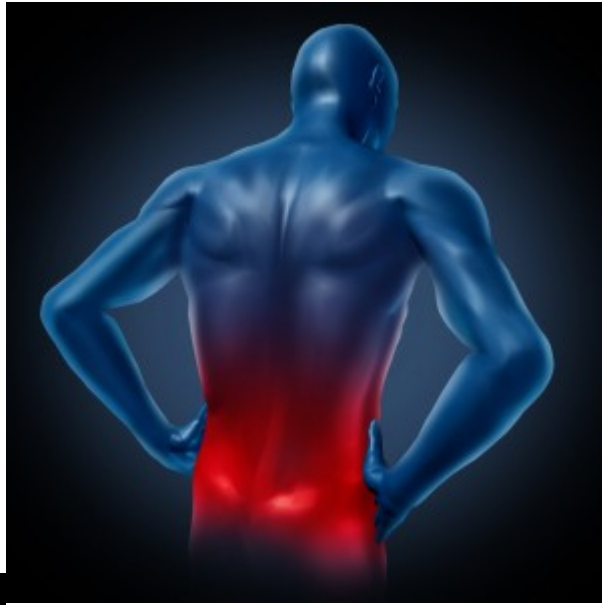
Znakovi kojima se bolesti očituje

Opći simptomi

Prije očitovanja bolesti na zglobovima i kralježnici bolesnici mogu osjećati pojačan umor, opću slabost, povišenu temperaturu do 37,5 i nedostatak apetita.

Upalna križobolja (Spondilitis)

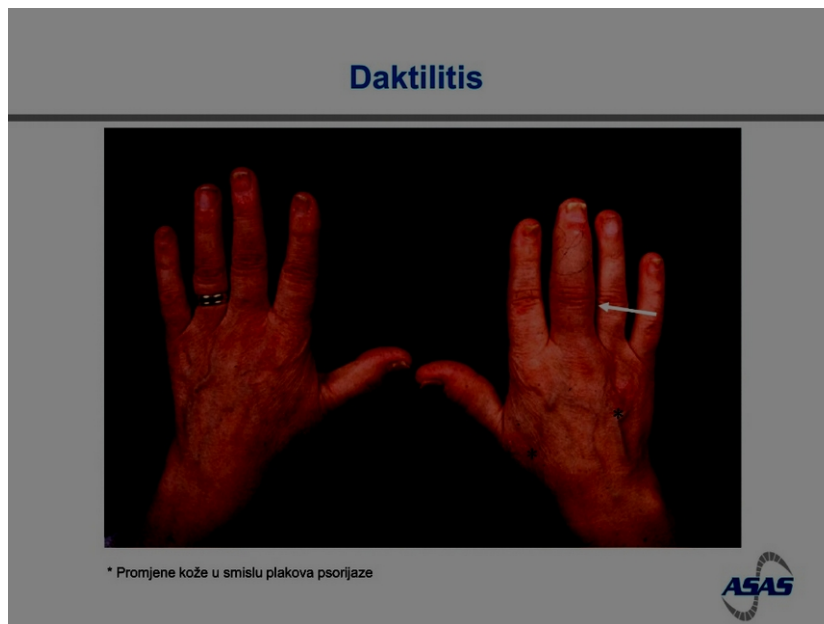
Bol u donjem dijelu leđa koja traje dulje od 3 mjeseca u osoba mlađih od 40 godina čine osnovne kriteriji za upalnu križobolju. Bol u križima je posljedica upale sakroilijakalnih zglobova, a kasnije i samih zglobova kralježnice. Bolest nastaje postepeno, često kao tupa i duboka bol u području donjeg dijela leđa, stražnjeg dijela zdjelice te u natkoljenicama i često mijenja stranu. Bolovi su jači u drugoj polovini noći i bude bolesnika. Nakon ustajanja i kretanja tegobe se smiruju. U jutarnjim satima bolesnici osjećaju ukočenost u donjem dijelu leđa koja traje dulje od pola sata. Posebno su učinkoviti nesteroidni protuupalni lijekovi (npr. Ketonal, Volateren, Brufena). Budući bolest nastaje postepeno ponekad prođe i do deset godina dok se ne postavi sumnja na upalnu križobolju.



Sl.1 Područje bolnosti kod sakroileitisa I upalne križobolje

Upala zglobova (artritis)

Upala zglobova može nastati postepeno ili naglo. Zglobovi su natečeni, topliji, bolni u mirovanju i pri kretanju. Vremenom pokret postaje ograničen. Upala može biti na jednom ili više zglobova i to češće na zglobovima nogu, osim kod psorijatičkog artritisa, gdje upala može zahvatiti simetrično zglobove ruku i nogu. Kod ostalih vrsta spondiloartritisa raspored zahvaćenih zglobova je uglavnom asimetričan. Karakteristika ovih artritisa je pojava „kobasičastog prsta“ (Dactylitis). Upala svih zglobova jednog prsta i njihovih tetiva i ovojnica formira zadebljanje jednog prsta na nogama ili rukama poput kobasice.



Sl.2 Kobasičasti treći prst desne šake u bolesnika s psorijatičkim artritisom

Upala hvatišta ligamenata i tetiva za kost (Entesitis)

Hvatišta tetiva i ligamenta za kost nose naziv enteze te se upala u tom području u medicinskoj literaturi zove entesitis. To su karakteristični znakovi ove grupe bolesti. Najčešće lokalizacije entezitisa su hvatište Ahilove tetive za petnu kost, hvatišta na zdjeličnim kostima ili na nutarnjim i vanjskim područjima lakta. Entezitis se očituje lokalnom oteklinom te bolom na pritisak i pokret.



Sl.3. Entezitis Ahilove tetive za petnu kost .

Ostale manifestacije bolesti

Kožne promjene – psorijaza (povezana s psorijatičnim artritisom). U 30% osoba sa kožnim promjenama može se javiti i spondiloarthritis. Kožne promjene mogu prethoditi spondiloartritisu, ali se u manjem broju slučajeva mogu javiti i nakon upalne križobolje i artritisa.

Upala šarenice oka (uveitis) –može biti jedina manifestacije spondiloartritisa uz HLA B 27 pozitivnost. Kasnije se mogu javiti i drugi znaci spondiloartritisa. Bolest može biti jednostrana ili obostrana i često recidivirati. Bolesnici osjećaju kao da imaju strano tijelo u oku. Oko postaje crveno bolno, pojačano suzi i osjetljivo je na svjetlo.

Upalne bolesti crijeva (Crohnova bolest i ulcerozni kolitis) – očituju se bolovima u trbuhu, učestalim proljevastima i sluzavim stolicama, ponekad uz primjese krvi.

Genitalne i urinarne infekcije, ali i upalne bolesti crijeva, mogu uzrokovati reaktivni artritis. U tom slučaju infekcije prethode artritisu.

Kako postavljamo dijagnozu Spondiloartritisa

Dijagnoza ove grupe bolesti se postavlja dosta kasno ,odnosno kada je bolest uznapredovala

Posebno je to vidljivo u pojedinim oblicima spondiloartritisa kao što je Ankilozantni spondilitis gdje dominiraju tegobe pretežito od strane kralježnice.

Iako postoje specifični kriteriji za svaku od bolesti koje ubrajamo u Spondiloartritise postoje opći kriteriji koji upućuju da se radi o ovoj grupi bolesti.

To su prije svega sakroileitis i upalna križobolja, asimetrična upala zglobova, entezitis, upala šarenice. Od slikovnih metoda najčešće se za dijagnozu koristi dokaz jednostranog ili obostranog sakroileitisa na radiogramu ili magnetskom rezonancom. Posebno veliki napredak je učinjen uvođenjem magnetske rezonance u dijagnosticanje ranog oblika sakroileitisa koji je vidljiv puno prije nego se to može pokazati na rendgenskoj snimci.

Laboratorijske analize pokazuju povećanje upalnih parametara kao što su povišene vrijednosti sedimentacije i C reaktivnog proteina iz krvi. Genetsku predispoziciju se povezuje s pozitivnošću HLA B 27 antigena i pojava bolesti kod srodnika.

Bakteriološki dokaz genitalne ili urinarne infekcije, potvrđena dijagnoza ulceroznog kolitisa ili Chronove bolesti ali i psorijaze, mogu pomoći u postavljanju dijagnoze određene bolesti iz grupe Spondiloartritisa.

Ciljevi liječenja i rehabilitacije bolesnika sa Spondiloartritisom

Nakon postavljanja dijagnoze reumatolozi usmjeravaju liječenje kako bi zaustavili upalu i napredovanje bolesti i poboljšali funkciju mišićno koštanog sustava. Liječenje bolesnika je kompleksno i često dugotrajno zbog čega mora biti dobra suradnja s reumatskim bolesnikom kojemu moramo detaljno objasniti sve naše postupke i namjere jer jedino tako naše „zajedničko liječenje“ može uspjeti. Moramo imati na umu da se uz spondiloarthritis javljaju i druge manifestacije bolesti te je vrlo važna suradnja s drugim specijalistima kao što su pedijatri, dermatolozi, gastroenterolozi, ginekolozi i usklađivati terapijske i dijagnostičke postupke.

Principi liječenja se razlikuju ako se u bolesnika razvija upalna bolest kralježnice bez upale perifernih zglobova takozvani „aksijalni oblik bolesti“ ili se od početka razvija upala zglobova, a tek kasnije upala kralježnici tzv. „periferni oblik bolesti“. Neki oblici bolesti razvijaju u isto vrijeme periferni i aksijalni oblik bolesti.

Liječenje perifernog oblika bolesti

Prema preporuci ekspertnih skupina preporučuju se lijekovi koji mijenjaju tijek upalne reumatske bolesti (DMARDs skraćeno od engl. Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs). Možemo ih podijeliti u sintetske i biološke DMARD-s. Reumatolozi u suradnji s bolesnicima, prema poznatim protokolima uvode i prate učinak i nuspojave ovih lijekova. Među sintetskim konvencionalnim DMARD-ima najčešće se koriste metotreksat, sulfasalazin, leflunomid i hidrosiklorokin. Terapija se može početi s jednim lijekom. Ako nema poboljšanja na terapiju u punoj dozi, u trajanju od 3-6 mjeseci, može se dodati neki drugi lijek ili prethodni isključiti i zamijeniti drugi lijekom različitog mehanizma djelovanja. Praćenje bolesnika mora biti vrlo temeljito svaka tri do šest mjeseci po principu „liječenjem do cilja“, a cilj je uvijek zaustaviti bolest i doći do faze remisije kada se bolest zaustavi u daljem napredovanju. U manjem broju bolesnika, ako se liječenje započne u vrlo ranoj fazi bolesti, može doći do izliječenja i prestanka uzimanja lijekova. U suprotnom nastavlja se liječenje najučinkovitijem lijekom u dozi održavanja.

UZ konvekcionalne DMARD-ove u težim slučajevima često se koriste i glukokortikoidi koje držimo da su najjači protuupalni lijekovi koji u višim dozama imaju i imunosupresivni učinak. Liječenje ovim lijekovima treba biti što kraće zbog nuspojava kod dugotrajne terapije.

Za poboljšanje dnevnih bolova i manjih upala temeljnoj terapiji se ponekad mogu dodati i nesteroidni protuupalni lijekovi (selektivni i neselektivni) : indometacin, ketonal, brufen, voltaren, naprosin, lubor, movalis, celekoksib. Ovim lijekovima se mogu dodati i lijekovi protiv bola kao što su lekadol, tramal ili neki jači opioidi.

Ako liječenje kombinacijom konvencionalnih lijekova koji mijenjaju tijek bolesti ne dovede do smanjenja bolnosti, natečenosti zglobova, ograničene pokretljivosti i smanjenje laboratorijskih vrijednosti sedimentacije i C- reaktivnog proteina, mogu se uključiti i biološki DMARD-ovi. Za uključenje bioloških lijekova potrebna je prethodna stroga kontrola i probir bolesnika koji su pogodni za ovu vrstu liječenja.

Biološki DMARD-ovi su nastali rekombinantnim tehnikama iz živih stanica koje su usmjerene na blokiranje aktivnosti bjelančevina tkz. citokina koji na lokalnoj razini zgloba, ligamenta i tetiva podržavaju i razvijaju upalu. Na taj način djeluju na smanjenje upale zglobova i poboljšanje pokretljivosti i radne sposobnosti bolesnika. Ti lijekove djeluju i na neke izvanzlobne manifestacije bolesti kao što su psorijaza, iridiciklitis i upalnu bolest crijeva.

Primjenjuju se kod djece i odraslih za liječenje ankilozantnog spondilitisa, psorijatičkog artritisa, i aksijalnog oblika nediferenciranog spondiloartritisa. Danas su razvijeni mnogi biološki lijekovi usmjereni na različite bjelančevine, ali su za ovu grupu bolesti dokazano učinkoviti lijekovi koji blokiraju djelovanje čimbenika nekroze tumora-alf(anti- TNFalfa) skraćena od eng. Tumor necrosis factor alpha.

Kod nas se primjenjuju (etanercept, infliksimab, adalimumab, golimumab, cetrolizumab) kao potkožna injekcija ili putem infuzije. Lijekovi se primjenjuju prema pravilniku Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, za sada, samo u bolnicama s reumatološkim odjelima.

Bioslični biološki lijekovi

Anti-TNF lijekovi su skupi pa je dostupnost terapije često neadekvatna. U samo četiri godine udvostručen je trošak anti-TNF lijekova. Bioslični lijekovi omogućuju uštedu uz jednaku kvalitetu liječenja.

Istekom patenata izvornih bioloških lijekova započeo je razvoj kopija bioloških lijekova koji se nazivaju bioslični lijekovi. Iako riječ kopija ima negativne konotacije, proizvesti kopiju biološke molekule znači proizvesti sofisticirani lijek visoke kakvoće za čiju su proizvodnju potrebna ekspertna znanja i vrhunska tehnologija.

U Europskoj uniji je 10.09.2013. odobreno prvo bioslično monoklonsko protutijelo infliksimab pod zaštićenim nazivom Inflectra™. Inflectra™ je registrirana za sve indikacije kao i referentni lijek infliksimab Lijek je uvršten u osnovnu listu lijekova HZZO-a te je od siječnja 2014. dostupan na hrvatskom tržištu.

Liječenje aksijalni oblik spondiloartritisa

Glavni predstavnik ovog oblika bolesti je ankilozantni spondilitis. Prvi izbor liječenja su nesteroidni protuupalni lijekovi (NSAR) od kojih prvi izbor mora biti Indometacin u punoj dozi, ako nema nuspojava. Ako liječenje nije dalo poboljšanje može se primijeniti i neki drugi NSAR ili lokalno primijeniti

glukokortikoid u obliku lokalnih injekcija u sakroilijakalne zglobove ili zglobove kralježnice. Lokalne injekcije glukokortikoida se uspješno primjenjuju i kod upala enteza ali i burzi.

Neuspješnost prethodne terapije nakon tri mjeseca liječenja sugerira uključenje bioloških lijekova jer konvencionalni DMARD(lijekovi koji mijenjaju tijek bolesti) kod ovih bolesnika nemaju terapijskog učinka.

Nefarmakološko liječenje

Edukacija: od samog početka bolesti reumatolozi trebaju strpljivo i pomno educirati bolesnike o njihovoj bolesti o protokolima liječenja , o nuspojavama lijekova i postupcima samo pomoći.

Opće mjere: dostatan odmor ovisno o fazi bolesti, promjene načina života, optimizacija tjelesne težine, prilagodba radnog mjesta i okoline.

Funkcionalno liječenje:

Primjena fizikalne terapije (elektroterapija, terapijski UZV, LASER itd.)ima analgetski i protuupalni efekt.

Provođenje specifičnih terapijskih vježbi je ključ u rehabilitaciji bolesnika s upalnom bolesti zglobova i kralježnice. Najčešće se provode individualni program pod stručnim nadzorom u dvoranama i u bazenima, ali je isto tako važno educirati bolesnike o vježbama koje će samostalno provoditi kod kuće a da pri tome ne štete svojim zglobovima. U procesu rehabilitacije i osposobljavanja bolesnika često koristimo i razna pomagala za ispravljanje statike za rasterećenje ili za podupiranje i samopomoć.

Kirurško liječenje

Svjedoci smo sve uspješnijih načina zamjene zglobova totalnim protezama ali i raznih korektivnih operacija koje provode ortopedi kada se farmakološkim ili nefarmakološkim metodama ne može postići željeni cilj.

A željeni cilj nam je uvijek isti: zaustaviti upalnu reumatsku bolest, smanjiti tegobe bolesnika i poboljšati funkciju, radnu sposobnost i kvalitetu življenja.

Ako imate neka pitanja u svezi vaše reumatske bolesti možete poslati upit našu e-mail adresu(vlasta.tripovic@gmail.com) ili dođite na besplatno savjetovalište koje drži reumatologinja Vlasta Urban Tripović svake srijede od 08-10 sati uz najavu na telefon 091 22 10 955