

# SPONDILITA ANKILOZANTA

---

Dr Valer Pompilian, medic primar medicina interna, specialist reumatologie, secția medicina interna III – Spital Colentina, sef lucrari umf Carol Davila

**DEFINITIE:** boala inflamatorie care afecteaza scheletul axial, cu sau fara afectarea articulatiilor periferice, care survine in stransa corelatie cu antigenul de histocompatibilitate HLAB27.

**EPIDEMIOLOGIE:** prevalenta SA in populatia generala europeana este apreciata intre 0,3 si 0,8%. Pe glob, prevalenta SA este paralela cu cea a HLAB27, cu cifrele in general mai mari la populatia europeana decat la rasele galbena si neagra. SA este cu precadere o boala a varstelor tinere (debuteaza cel mai frecvent in decada a treia) si cu predominanta masculina (raportul B/F=3/1).

**ETIOPATOGENIE:** Are trasaturi ale raspunsului imun innascut. Patogenia este dominata de interrelatia: HLAB27-germeni. Corelatia: HLA B27-spondilita ankilozanta (SA) este cea mai inalta cunoscuta in patologia umana intre un antigen de histocompatibilitate si o boala: 90% dintre SA sunt HLAB27 pozitive. HLAB27 intervine direct in patogenia SA, mecanismul fiind legat de perturbarea functiei de prezentare a peptidelor antigenice catre limfocitul CD8. Nu toate subtipurile HLAB27 predispun la SA. In ceea ce priveste rolul microbilor, cea mai studiata a fost Klebsiella pneumoniae, care este probabil mai importanta ca factor precipitant al puseelor decat ca agent determinant.

**ANATOMIE PATOLOGICA:** leziunile articulare se caracterizeaza prin asocierea de leziuni osteolitice si osteocondensante. Exista si leziuni viscerale: oculare (iridociclita), pulmonare (fibroza lobilor superiori), cardiace (insuficienta aortica), renale (amiloidoza, nefropatie cu IgA).

**TABLOU CLINIC:** Poate fi sistematizat in 4 sindroame: pelvirahidian, articular periferic, entesopatic, extraarticular.

- Sindromul pelvirahidian consta in rahialgii, dureri fesiere si dureri toracice. Dintre rahialgii cea mai caracteristica este durerea lombara de tip inflamator (low back pain-LBP). Caracteristicile

esentiale ale LBP sunt:ameliorarea la efort si accentuarea la repaus, redoarea matinala, debutul insidios, la varsta tanara (sub 40 ani) si durata peste 3 luni in momentul diagnosticului.

- Sindromul articular periferic se caracterizeaza prin oligoartrita (<5 articulatii) asimetrica de articulatii mari, cu precadere la nivelul membrelor inferioare,
- Entesopatiile-imbraca aspecte precum: tendinita achiliana, patelara, talalgiile posterioare, dureri toracice in inspir,etc
- Manifestari extraarticulare- exista manifestari de organ,precum cele oculare (iridociclita), pulmonare (fibroza lobi superiori), cardiace (insuficienta aortica), renale (amiloidoza,nefropatie cu IgA), precum si manifestari generale: febra, stare generala alterata, inapetenta.
- Examen clinic:
  - articulatiile sacroiliace: sunt sensibile la palpare.Exista de asemenea manevre de mobilizare a articulatiei, care sunt dureroase in sacroiliita.
  - coloana lombara: prezinta stergerea lordozei si contractura paravertebrala.Se practica testul Schober si testul degete-sol.In cazul testului Schober, se deseneaza la nivelul coloanei lombare un reper in dreptul liniei bicrete si un altul cu 10 cm mai sus.Pacientul este rugat sa flecteze anterior coloana lombara si se masoara elongatia reperului (normal>5 cm).Testul degete – sol masoara distanta intre varful degetelor si sol in conditiile flexiei maxime (normalul este 0).
  - coloana toracala: se remarca accentuarea cifozei; se determina perimetrul toracic:diferenta intre circumferinta toracelui in inspir profund si expir profund, masurate la nivelul mameloanelor (normal>5 cm).Exista de asemenea si o varianta de test Schober pentru flexia laterala a coloanei toracale: se deseneaza pe linia medioaxilara un reper vertical de 10 cm si pacientul este rugat sa –si flecteze toracele in partea opusa.
  - coloana cervicala: se practica testele menton-stern si occiput-perete (valoarea normala este 0 in ambele cazuri).

#### **PROBE PARACLINICE:**

- **Analize sanguine:** reactantii de faza acuta (VSH,PCR) pot fi crescuti.Spre deosebire insa de majoritatea bolilor inflamatorii de tesut conjunctiv,in puseul de SA markerii de inflamatie pot fi doar usor crerscuti sau chiar normali.

- Determinarea HLAB27: este un argument pentru diagnostic daca este pozitiv; nu infirma diagnosticul daca este negativ (10% din SA sunt HLAB27 negative). Formele HLAB27 pozitive au totodata afectare spinala mai severa.
- Imagistica: cuprinde radiografiile si investigatiile utile in faza preradiologica (standardul de aur este RMN sacroiliac).
  - **Radiografiile:** sunt preferate din cauza accesibilitatii.
    - a) RX articulatii sacroiliace - se face in mod ideal in incidente speciale, oblice (Ferguson). Modificarile constatate pot fi sistematizate in stadii. Stadiul 0 este sinonim cu aspectul normal al SI. Stadiul I se caracterizeaza prin modificari echivoce. In stadiul II apar strengerea conturilor suprafetelor articulare si pseudolargirea spatiului articular. In stadiul III se produce osteocondensarea ambilor versanti articulari, cu aspect zimtat, de "timbru postal"; spatiul articular este diminuat. In stadiul IV apare ankiloza articulara: practic, spatiul articular SI devine invizibil.
      - b) Radiografiile coloanei toracolombare: modificarile caracteristice apar la nivelul marginii anterioare a corpurilor vertebrale. Cele 3 elemente de diagnostic sunt :squaring, shining corners si sindesmofitele. Squaring - descrie pierderea concavitatii marginii anterioare a corpului vertebral, care astfel devine "patrat". Procesele de osteocondensare de la nivelul unghiurilor corpurilor vertebrale le fac sa apara de culoare alb-intens : "stralucitoare", "shining corners". Din unghiurile vertebrale emerg sindesmofitele, care sunt puncti osoase verticale, care leaga intre ele doua corpuri vertebrale adiacente. In SA sindesmofitele sunt fine, marginale (pornesc exact din unghiul vertebral) si distribuite ordonat (fiecare spatiu intervertebral are sindesmofitul sau). Acelasi aspect al sindesmofitelor ca in SA se intalneste in spondilitele enteropatice. Aspectul este in contrast cu cel din artritele reactive (inclusiv sindromul Reiter) si artropatia psoriazica: in aceste boli sindesmofitele sunt grosiere, nonmarginale si distribuite la intamplare.
  - Pe radiografiile de fata ale coloanei TL se pot observa calcificari ale ligamentelor intervertebrale, cu aspect de "sina de tramvai".
    - c) Radiografia de calcaneu (utila la pacientii cu talalgii posterioare): evidentiaza pinteni calcaneeni si periostita calcaneeana.
- **Imagistica in stadiile preradiologice: RMN, CT, scintigrafie:**
  - RMN de articulatii sacroiliace reprezinta standardul de aur pentru diagnostic. Elementul cardinal este edemul osos.
  - CT ofera informatii similare RMN

-Scintigrafia osoasa "corp intreg" este putin folosita astazi din cauza nespecificitatii. Atunci cand este utilizata, permite o cuantificare a captarii in articulatiile SI comparativ cu corpul sacrului (se calculeaza un asa numit index sacroiliac); de asemenea, scintigrafia "corp intreg" evidentiaza caracterul simetric sau asimetric al afectarii articulare periferice.

### **CRITERII DE DIAGNOSTIC:**

Sunt inca utilizate criteriile de la New York modificate in 1984.

- 1) dureri lombare datand de peste 3 luni, ameliorate de exercitiu si neameliorate de repaus
- 2) scaderea mobilitatii coloanei lombare in plan sagital si frontal
- 3) scaderea expansiunii toracelui
- 4) Radiologic: sacroileita bilaterala gr  $\geq 2$
- 5) Radiologic: sacroileita unilaterala gr  $\geq 3$

Diagnosticul este intrunit in prezenta sacroileitei radiologice (criteriile 4 sau 5) + oricare dintre criteriile clinice (1-3). Aceste criterii au fost criticate din cauza tardivitatii: criteriile 2 si 3 presupun recunoasterea bolii abia intr-un stadiu sechelar, iar sacroileita radiologica apare de asemenea tardiv.

Pentru diagnosticul precoce al SA pot fi utilizate criteriile ASAS (Assessment of spondylarthritis international society) pentru spondilartritele axiale. Diagnosticul poate fi pus daca exista sacroileita (radiologica sau RMN) plus un element spondilartropatic sau daca exista HLAB27 pozitiv plus doua elemente spondilartropatice. "Elementele spondilartropatice" sunt: durerea lombara de tip inflamator, artrite, entesita, uveita, dactilita, psoriazis, boala inflamatorie intestinala, raspuns bun la AINS, antecedente heredocolaterale de spondilartrite, HLAB27 pozitiv, PCR crescuta. Precocitatea diagnostica este o miza importanta in conditiile in care exista terapii eficiente (in primul rand terapia biologica antiTNF alfa).

### **DIAGNOSTIC DIFERENTIAL:**

- Alte spondilartropatii, de exemplu: artritele reactive (inclusiv sindromul Reiter), artropatia psoriazica, spondilitele enteropatice, spondilartritele nediferentiate, etc
- Alte boli evoluand cu lumbago cronic: spondiloza sau discopatia lombara (durerea lombara comuna), spondilodiscitele (osteomielita corpului vertebral) de cauza tuberculoasa (morb Pott)

sau netuberculoasa (cel mai adesea stafilococica), tumorile coloanei vertebrale, mielomul multiplu

- Diagnosticul diferential al sacroileitei:
- Alte spondilartrite
- rar : artrita reumatoida in stadiu tardiv, dupa o lunga evolutie centripeta
- Sacroiliita infectioasa: are acelasi spectru etiologic cu spondilodiscita
- Guta - poate afecta, foarte rar, articulatiile SI
- Boli degenerative:artroza sacroiliaca, boala Forestier
- osteita condensanta a ilionului: este o `modificare imagistica asimptomtica prezenta la femeile multipare.Apere radiologic o condensare triunghiulara interesand exclusiv versantul iliac al articulatiilor SI la nivelul portiunii inferioare ale acestora.
- Lupusul eritematos sistemic (in special cu antiRo +)

#### TRATAMENT:

- **Antiinflamatoriile nesteroidiene (AINS):** sunt medicatia de prima linie. Se poate folosi oricare dintre AINS, in doze maximale.Raspunsul este individualizat la fiecare pacient.Unele studii au aratat o diminuare a progresiei radiologice a bolii axiale in conditiile administrarii continue de AINS.
- **Medicatia remisiva chimica:** salazopirina in doze de pana la 3 grame/zi ( se incepe cu 1 g/zi si se creste lent) poate influenta favorabil afectarea periferica, dar efectele pe afectarea axiala sunt limitate.Metotrexatul si leflunomida nu sunt curent utilizate, neexistand dovezi convingatoare pentru eficienta.
- **Medicatia antiTNFalfa-** si anume:infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, reprezinta pana in prezent singurii agenti care amelioreaza simptomele axiale. In ciuda ameliorarii notabile a calitatii vietii, studiile au aratat ca medicatia antiTNF nu impiedica progresia afectarii axiale.
- **Alte medicamente:** pamidronatul (un bisfosfonat injectabil) a avut efecte favorabile in SA, conform unui studiu mic.
- **Terapii nonfarmacologice:** kineto si fizioterapie
- **Tratament chirurgical:**artroplastii (de exemplu: cea de sold), fuziune spinala (in formele cu instabilitate articulara vertebrala), osteotomii (in cazul cifozelor excesive).