

Spondilita anchilozantă

Spondilita anchilozantă este o boală cronică progresivă care afectează în principal articulațiile sacroiliace și articulațiile coloanei vertebrale, cu evoluție spre anchiloză vertebrală. Boala a fost descrisă prima oară de Pierre-Marie (1899), Struempell (1897) și de Bechterew (1892).

Spondilita anchilozantă face parte din categoria bolilor reumatice autoimune, unde mai sunt incluse următoarele boli: reumatismul articular (poliartrita cronică), artrita cu psoriazis, artrita idiopatică juvenilă, colagenoza, granulomatoza Wegener, vasculita.

Care sunt cauzele spondilitei anchilozante ?

Nu se cunoaște cauza exactă a acestei boli. Se presupune că există o predispoziție genetică și o infecție declanșatoare, care împreună conduc la această boală. Unii cercetători cred că microorganisme în mod normal inofensive, care se regăsesc în intestinalele tuturor persoanelor, provoacă această reacție autoimună a sistemului imunitar. S-a constatat existența unei legături între poliartrită (care deformează mâinile femeilor), spondilartrită (care anchilozază sira spinării la bărbați) și inflamația intestinului. Este o asocierie frecventă a spondilitei cu diferite suferințe intestinale (prin microbi, prin toxinele lor, prin medicamente sau conservanți alimentari). Se presupune implicarea mai multor gene, dintre care cea mai cunoscută este HLA-B27 (Human Leucocyte Antigen B27). 90% dintre bolnavii de spondilită anchilozantă au gena HLA-B27, dar nu toți care au această genă se și îmbolnăvesc.

La sfârșitul anului 2007, cercetătorii britanici de la Wellcome Trust au reușit să identifice două gene noi, care au un rol semnificativ în apariția bolii. Aceste gene sunt: ARTS1 și IL23R. Această descoperire este foarte importantă și poate conduce la apariția unor medicamente noi, mult mai eficiente, decât cele existente până în momentul de față.

Care sunt simptomele spondilitei anchilozante?

Pacientul tipic este tânăr, cu vârsta între 15 și 30 de ani, cu dureri cronice și rigiditate la partea de jos a coloanei. Se pot prinde și alte articulații: coxofemorale, umeri, genunchi. La bărbați apare de două ori mai des decât la femei. În 40% din cazuri, boala este asociată de iridociclită și fotofobie (sensibilitate ridicată la lumină). Alte simptome pot fi: afte și oboseală cronică.

Simptomele cele mai semnificative sunt:

- durere lombară inferioară și redoare, datând de peste luni, necalmată de repaus

- durere și redoare toracică
- limitarea mișcărilor coloanei vertebrale
- limitarea expansiunii toracice
- irită
- rigiditate

Care sunt investigații necesare pentru diagnostic ?

Diagnosticarea spondilitei anchilozante se bazează pe evaluarea simptomelor pacientului, o examinare fizică, constatarile de la radiografie și testele de sânge. Simptomele timpurii ale spondilitei anchilozante pot fi foarte înșelătoare, deoarece redoarea și durerea în partea inferioară a spatelui, apar în multe alte boli. Ele pot fi deosebit de subtile la femei, care tind (deși nu totdeauna) să aibă o implicare mai ușoară a coloanei vertebrale. Pot trece ani până când se ia în considerare diagnosticul de spondilita anchilozantă.

Examinarea poate arăta semne ale inflamației și ale gradului redus de mobilitate al articulațiilor. Acest aspect poate apărea mai pregnant la coloana. Flexibilitatea spatelui inferior și/sau a gâtului pot fi reduse. Poate exista o inflamare a articulațiilor sacroiliace. Destinderea toracelui pentru respirație completă poate fi limitată din pricina rigidității peretelui toracic. Persoanele sever afectate pot avea o ținută imobilă. Inflamarea ochilor poate fi în continuare evaluată cu un oftalmoscop.

Date relevante pentru diagnostic sunt sugerate de anormalități ce apar în radiografiile de coloană și prezenta markerului genetic, gena HLA B27. Pacientul prezintă un sindrom inflamator nespecific cu valori crescute ale VSH, PCR, fibrinogen.

În diagnosticul durerii lombare trebuie excluse alte cauze cum ar fi disfuncții renale, pe care le evaluăm prin sumar de urina, ecografie renală, uree și creatinina. Pacienții sunt în continuare evaluați privind simptomele și semnele altor spondiloartropatii, cum este psoriazisul, bolile venerice (boli cu transmitere sexuală) sau dizenteria (artrita reactivă sau boala Reiter) precum și boala inflamatorie de colon (colita ulceroasă sau boala Crohn).

Care este tratamentul?

Nu există un tratament pentru vindecarea acestei boli.

În general se tratează simptomele, reducerea durerii și a inflamației, recăpătarea mobilității pentru a permite bolnavului să ducă o viață activă.

Acest tratament include:

-antiinflamatorii nesteroidice (NSAIDs) pentru reducerea durerii și a inflamației: diclofenac, ibuprofen, indometacin, celebrex, etc.

-agenți remisivi clasici (DMARDs) pentru supresarea sistemului imunitar: salazopirină (sulfasalazină), metotrexat, ciclosporină

-agenți remisivi biologici anti-TNF-alfa: Enbrel (Etanercept), Humira (Adalimumab), Remicade (Infliximab)

-fizioterapie

-medicină naturistă

-acupunctură

-dietă: având în vedere că spondilita incumbă o mare cantitate de substanțe toxice ce produce inflamații (radicali liberi ai oxigenului), se indică consumul de alimente antioxidante: afine, spanac, căpsune, broccoli, prune uscate și în general vegetalele ce conțin vitamina E. Produsele lactate, carnea, supele concentrate din carne se evită. Aceasta deoarece grăsimile animale sporesc concentrarea bilei, care irită mucoasa intestinală deja inflamată la reumatici slăbind funcția ei de barieră în calea pătrunderii germenilor sau a toxinelor în sânge. Tot pentru aceasta, se evită condimentele iritante, coloranții și conservele.

Agenții anti-TNF-alfa sunt agenți biologici cel mai mult folosiți în practica medicală, în tratamentul AS; ei sunt indicați în forme active de AS, care nu au răspuns la tratamentul cu metotrexat și cu un alt agent remisiv clasic (DMARD).

Bibliografie:

Harrison's Principles of Internal Medicine - 17ed