

Odsjek za kliničku imunologiju i reumatologiju ♦ Klinika za unutarnje bolesti
Klinički bolnički centar Split ♦ Šoltanska 1 ♦ 21000 Split

KLINIČKA SLIKA SPONDILOARTROPATIJA SPONDYLOARTHROITIDES - CLINICAL FEATURES

Dušanka Martinović Kaliterna

Sažetak

Spondiloartropatije su međusobno povezana grupa artritisa koji se nerijetko i preklapaju, a uključuju ankilozantni spondilitis, reaktivni artritis/Reiterov sindrom, te artritis povezan s psorijazom i upalnom bolesti crijeva. Obilježava ih odsutnost reumatoidnog faktora te povezanost s HLA-B27 antigenom. Glavne kliničke zna-

čajke su upalna križobolja, spondilitis, sakroileitis, asimetrični artritis donjih udova, entezitis, daktilitis, javlja se i umor, uveitis, lezije kože i mukoznih membrana, te zahvaćenost srca i pluća. Iako postoje brojne sličnosti, svaki entitet ima specifična klinička obilježja koja nam pomažu u prepoznavanju istih.

Ključne riječi

spondiloartropatije, entezitis, sakroileitis, spondilitis, artritis, HLA-B27 antigen, ankilozantni spondilitis, psorijaza, upalna bolest crijeva

Summary

The spondyloarthritides are group of interrelated and overlapping arthritic conditions which primarily include ankylosing spondylitis, reactive arthritis/Reiter's disease and arthritis associated with psoriasis and inflammatory bowel disease. They are characterised by the absence of rheumatoid factor and by association with HLA-B27 antigen. The main clinical features are

inflammatory back pain, spondylitis, sacroileitis, asymmetric arthritis of lower limbs, enthesitis, dactylitis, besides fatigue, uveitis, skin and mucous membrane lesions, cardiac and pulmonary involvement. Although there are similarities among the spondyloarthritides, each of them have specific characteristic that help us to distinguish them.

Keywords

spondyloarthritides, enthesitis, sacroileitis, spondylitis, arthritis, HLA-B27 antigen, ankylosing spondylitis, psoriasis, inflammatory bowel diseases

Uvod

Spondiloartropatije su grupa različitih upalnih reumatskih zbiljanja, kroničnog tijeka koje imaju pojedine zajedničke kliničke značajke i nerijetko se međusobno preklapaju. Obilježene su genskom predispozicijom i upalnom križoboljom.

U spondiloartropatije se ubrajaju: ankilozantni spondilitis, reaktivni artritis (uključujući i Reiterov sindrom), psorijatični artritis, spondiloartropatija povezana s upalnom bolesti crijeva i nediferencirana spondiloartropatija (1).

Karakteristična patološka zbiljanja su entezitisi, upalno događanje na mjestu gdje tetive, ligamenti i kapsule zglobova dodiruju kost. Dok je karakteristika reumatoidnog artritisa sinovitis, entezitis je specifičan za spondiloartropatije (2). Daktilitisi ili "kobasičasti prsti"

također spadaju u karakteristična obilježja spondiloartropatija, vjerojatno su posljedica upalnog zbiljanja u tendosinovijalnim ovojnica i zglobova (3).

Upalno zbiljanje zahvaća aksijalni skelet, sakroiliakalne zglobove, zglobove udova kao i pojedine izvan-zglobne strukture poput crijeva, kože i aortnih zalistaka. Radiološka obilježja su sakroileitis i spondilitis. Laboratorijski se nalaze povišeni reaktanti upale, sedimentacija, C-reaktivni protein, uz anemiju kronične bolesti. Važna je odsutnost reumatoidnog faktora te povezanost sa HLA-B27 (4). Naravno da povezanost s ovim leukocitnim antigenom tkivne podudarnosti varira ovisno o vrsti spondiloartropatije i etničkoj pripadnosti. Analiza sinovijalne tekućine je nespecifična, odgovara upalnom zbiljanju s predominacijom neutrofila.

Ankilozantni spondilitis

Kliničku sliku obilježava novonastala križobolja s karakterističnom boli koja se širi prema gluteusima. Križobolja se pogoršava u jutarnjim satima, jenjava pri razgibavanju, obilježena je buđenjem tijekom noći zbog boli, te jutarnjom zakočenošću koja nije duža od pola sata. Češće se javlja u muškaraca životne dobi od 15 do 40 godina života. Artritis zahvaća sakroilijakalne zglobove te se širi prema vratnoj kralježnici. Ograničena pokretljivost kralježnice posljedica je deformacija nastalih tijekom bolesti u vidu lumbalne lordoze, torakalne kifoze te hiperekstenzije vratne kralježnice. Iako je Scoberov test nespecifičan, rabi se za mjerenje spinalne pokretljivosti. U pojedinih bolesnika javljaju se rane promjene ramena i kukova, dok su donji udovi zahvaćeni kasnije i to uglavnom asimetrično (5).

Entezitis je čest u ankilozantnom spondilitisu, najčešće se radi o upali Ahilove tetive i plantarne fascije sa insercijama kalkaneusa, što je podloga boli koja jenjava pri razgibavanju (2).

Reaktivni artritis i Reiterov sindrom

Reaktivni artritis je potaknut izvanzglobnom infekcijom, najčešće se javlja nekoliko tjedana nakon genitourinarne ili gastrintestinalne infekcije. Prvi oblik reaktivnog artritisa opisan je kao Reiterov sindrom koji podrazumijeva negonokokni uretritis, konjunktivitis i artritis. Bitni infekcijski okidači su Chlamydia, Ureaplasma, Shigella, Salmonella, Yersinia i Campylobacter. Zglobovi, najčešće donjih udova, zahvaćeni su asimetrično uz otok, febrilitet, daktilitis ili entezitis (9).

Psorijatični artritis

Psorijatični artritis je najčešće asimetričan te zahvaća distalnih zglobova. Klinički se prezentira u obliku blagog remitentnog artritisa ili teškog destruktivnog oblika. Opisuje se pet oblika psorijatičnog artritisa: oligoartikularni tip, poliartikularni tip, artritis distalnih interfalangealnih zglobova, mutilirajući artritis i psorijatični spondilitis. Oligoartikularni oblik se javlja u više

Opći simptomi uključuju umor, anoreksiju i subfebrilnost. Prednji uveitis predstavlja čestu izvanzglobnu manifestaciju, najčešće je unilateralni i rekurentni. Klinički se prezentira crvenim, bolnim okom, fotofobijom i pojačanim suženjem (6). Srčane manifestacije uslijed dilatacije aortne i mitralne valvule javljaju se kao smetnje provođenja ili regurgitacije. Promjene na plućima u smislu razvoja plućne fibroze očituju se smetnjama disanja i prate plućnim testovima poput spirometrije i difuzijskog kapaciteta pluća (7). Prisutnost HLA-B27 nalazi se u 90-95% bolesnika (4). Radiografska obilježja su simetrični sakroileitis sa inicijalnom sklerozom koja progredira prema erozivnim promjenama, te totalnoj ankilozi sakroilijakalnih zglobova. Spinalna zahvaćenost napreduje od osteitisa vertebralnih margina, marginalnih sindezmozofita koji su posljedica osifikacije anulusa fibrozusa, do stvaranja intervertebralnih premoštenja uz postupni razvoj klasične slike *bambusovog štapa* (8).

Radiološki se nalazi entezitis i periostalna reakcija, asimetrični sakroileitis te spondilitis.

Izvanzglobne manifestacije su konjunktivitis, zatim uveitis, uretritis ili dijareja, te oralne ulceracije, balanitis ili eritematozne lezije glansa penisa. Mogu se javiti i hiperkeratotične lezije dlanova i tabana koje počinju eritemom, makulama, papulama, vezikulama i nodulima (*keratoderma blennorrhagicum*). Simptomi traju najduže godinu dana premda može doći i do razvoja kroničnog reaktivnog artritisa (10).

od 70% slučajeva. Pri postavljanju dijagnoze važno je pažljivo pretraživanje psorijatičnih lezija: vlasišta, uški, umbilikusa, perineuma, noktiju. Javlja se i uveitis koji je najčešće bilateralni (11).

Radiološki se uočavaju promjene u smislu erozivnog artritisa uz značajnu resorpciju kosti. Javlja se i entezitis, periostalna reakcija, sakroileitis i spondilitis.

Spondiloartropatija povezana s upalnom bolesti crijeva

Spondiloartropatije su češće povezane sa Crohnovom bolešću naspram ulceroznog kolitisa, a ponekad se upalna reumatska bolest može manifestirati prije crijevnih tegoba.

Artritis zahvaća donje udove i asimetričnog je oblika, najčešće se javlja spondilitis kojeg je teško razlikovati od ankilozantnog spondilitisa. Egzacerbacije

perifernog artritisa prate aktivnost upalne bolesti crijeva dok je tijek spondilitisa neovisan.

Izvanzglobne manifestacije uključuju uveitis koji je najčešće bilateralni, zatim kožne lezije poput eritema nodosum i pioderma gangrenosum. Rjeđe se javljaju čvorići, periostitis i amiloidoza, kao i granulomatozna bolest kostiju i zglobova (12).

Nediferencirane spondiloartropatije

Ovaj termin se rabi za one oblike koji ne ispunjavaju kriterije pojedinih gore navedenih spondiloartropatija.

Svi bolesnici imaju upalnu križobolju, glutealnu bol, entezitis, daktilitis i rijetko izvanzglobne manifestacije (13).

Zaključak

Iako spondiloartropatije imaju brojna zajednička obilježja, u kliničkoj prezentaciji se javljaju karakteristična obilježja koja nam pomažu u njihovoj diferencijaciji. Pra-

ćenje bolesnika je u svakom slučaju kliničko iako se rabe i pojedini scoreovi poput Mander Enthesis Indexa (MEI), Bath Ankylosing Spondylitis Indexa (BASFI) (7).

Literatura

1. Healy PJ, Helliwell PS. Classification of the spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol* 2005;17:395-9.
2. D'Agostino MA, Oliveri I. Enthesitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20:473-86.
3. Healy PJ, Helliwell PS. Dactylitis: pathogenesis and clinical considerations. *Curr Rheumatol Rep* 2006;8:338-41.
4. Brown MA. Human leukocyte antigen-B27 and ankylosing spondylitis. *Intern Med J* 2007; 37:739-40.
5. Zochling J, Brandt J, Braun J. The current concept of spondyloarthritis with special emphasis on undifferentiated spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2005;44:1483-91.
6. Rosenbaum JT. Characterization of uveitis associated with spondyloarthritis. *J Rheumatol* 1989;16:792-6.
7. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, Sieper J, Braun J. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum* 2005;54:569-78.
8. Rudwaleit M, van der Hijde D, Khan MA, Braun J, Sieper J. How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis* 2004;63:535-43.
9. Amor B. Reiter's syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1998;24:677-95.
10. Cuchacovich R, Japa S, Huag WQ et al. Detection of bacterial DNA in Latin American patients with reactive arthritis by polymerase chain reaction and sequencing analysis. *J Rheumatol* 2002;29:1426-29.
11. Queiro R, Torre JC, Belzunegui J. et al. Clinical features and predictive factors in psoriatic arthritis-related uveitis. *Semin Arthritis Rheum* 2002;31:264-270.
12. Orchard TR, Thiyagaraja S, Welsh KI, Wordsworth BP, Gaston JS, Jewell DP. Clinical phenotype is related to HLA genotype in the peripheral arthropathies of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2000;118:330-66.
13. Oliveri I, Salvarani C, Cantini F, Ciancio G, Padula A. Ankylosing spondylitis and undifferentiated spondyloarthropathies: a clinical review and description of a disease subset with older age et onset. *Curr Opin Rheumatol* 2001;13:280-84.