

SPONDYLITIS ANKYLOPOETICA

Szántó Sándor dr.

*DEOEC, Belgyógyászati Intézet,
Reumatológiai Tanszék,
Debrecen*

A spondylitis ankylopoetica (SPA) kezelése régóta nagy kihívást jelent a reumatológusok és a velük együttműködő, a betegek mindennapi gondjaival gyakrabban szembesülő háziorvosok számára. A hagyományos terápiás eljárások, a gyógytorna és a nemsteroid-gyulladáscsökkentő szerek mellett a biológiai kezelések (TNF- α gátlók) elterjedése korábban elképzelhetetlen módon csökkentette a SPA-s betegek fájdalmát, javította életminőségüket és munkaképességüket. A TNF blokkoló monoklonális antitestek nemcsak az ízületi tünetekre hatnak kedvezően, hanem a SPA-t kísérő társuló tünetekre, az uveitisre, a gyulladós bélbetegségekre és az enthesitisre is.

B. S. 31 éves gondozott férfitbetegünknel 15 éves korában jelentkezett először recidiváló jellegű, aszimmetrikus térd és bokaízületi gyulladás, amelyhez kb. egy év múlva az Achilles-ín tapadásánál mindkét oldalon fájdalmas duzzanat társult. Átmenetileg nemsteroid-gyulladáscsökkentő (NSAID) kezelésben részesült, amelyre ízületi duzzanatai megszűntek, az Achilles-ín területi fájdalmak és ödémák mérséklődtek. 16-17 éves korában észlelte derék- és keresztcsont tájéki fájdalmát, ami éjszaka, különösen a hajnali órákban erősödött, napközben, mozgás hatására mérséklődött. A deréktáji fájdalmak miatt NSAID-ot szedett, amely fájdalmát csökkentette. 19 éves korában a jobb oldali szem gyulladásának és fájdalomának okaként iridocyclitis igazolódott, emiatt hospitalizációja vált szükségessé szemészeti osztályon. Szemcsepp és subconjunctivalis injekció formájában lokális szteroid kezelést kapott, erre megszűnt szemgyulladása, de később kiújult és recidiváló jellegűvé vált. Ekkor merült fel először szeronegatív spondylarthritis lehetősége, mivel a betegnek korábban prosztatagyulladása is volt, Reiter-kórnak vélelmezték. HLA-B27 meghatározás történt, ami pozitív eredményt adott. A következő években derékfájása tartóssá vált, majd a gerinc háti szakaszán is fájdalmat érzett, utóbbihoz a mellkasban jelentkező abroncsszerű érzés is társult, ami a mély légvételt nehezítette. 25 évesen, 2003-ban jelentkezett első alkalommal reumatológiai szakrendelésen. Ekkor a

panaszok jellege, az ágyéki gerinc mozgásának Schober-jellel igazolt beszűkülése és a mellkas légzési kitérésének csökkenése alapján spondylitis ankylopoetica (SPA) fennállását valószínűsítette, ezért betekintő sacroiliacalis felvétel történt, ami a bal oldali rés gyakorlatilag teljesen csontos ankylosist igazolt, jobb oldalon pedig részleges ankylosist igazolt. Ennek alapján bal oldali IV-es, jobb oldali III-as stádiumú sacroileitis fennállása volt véleményezhető. A típusos panaszok, a gerinctünetek és a röntgennel igazolt sacroiliacalis ízületi eltérések alapján a SPA a módosított New Yorki kritériumrendszer szerinti diagnózisa felállítható volt. 2003 és 2007 között többféle NSAID-ot szedett tartósan, így diclofenacot, naproxent, nimesulidot, de emellett sem csökkentek panaszai jelentősen, gerincét egyre merevebbnek érezte, évente 1-2 alkalommal pedig szemgyulladásai is visszatértek. Mivel az alkalmazott ún. hagyományos kezelés ellenére is aktívnak volt tekinthető betegsége, vagyis a vízuális analóg skálák használatán alapuló BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) 4 cm felett volt (egyik alkalommal 6,70, majd kb. 1,5 hónappal később 6,84) TNF- α -gátló adalimumab (Humira) adása mellett döntöttünk. A kezelés elkezdése előtt a beteg tájékoztatását anamnéziszfelvétel és fizikális vizsgálat követte. A szükséges és kötelező szűrővizsgálat részeként a rutin laboratóriumi vizsgálatok (vérkép, májenzimek, vesefunkciós vizsgálatok és vizeletvizsgálat)



ESETISMERTETÉS

mellett kettős-szálú DNS és nukleáris anti-gének elleni autoantitest meghatározások történtek. A Mantoux-teszt, a mellkasröntgen és az ezek ismeretében elvégzett tüdőgyógyászati konzílium ugyancsak elvégzésre került az előírt vizsgálatok részeként. Ekkor SPA-ban a TNF-gátló terápia még az Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz beadott egyedi méltányossági kérelemmel volt lehetséges, amelynek kedvező elbírálása után 2007 nyarán tudtuk az adalimumab kezelést elkezdni. A beteg az első injekció beadását követően már néhány nappal a fájdalom gyakorlatilag teljes megszűnését tapasztalta, s ez a kedvező hatás a későbbiekben is fennmaradt. A kezelés hatékonyságát tükröző BASDAI-érték a 12. héten már 1,02 volt, és a későbbi kontrollok során mindvégig 1 alatt maradt. A jelenleg már 2,5 éve folytatott kezelés mellett nemcsak a fájdalom teljes megszűnése, hanem a gerinc mozgásának javulása is sokkal jobb életminőséget biztosított számára. Életéhez hozzátartozik a rendszeres gerinctorna mellett a szabadidős sporttevékenységek végzése is. A Humira kezelés mellett a korábban észlelt Achilles-ín területi enthesitise is megszűnt, és a szemészeti gyulladások sem újultak ki. 2008 decemberétől az egyedi méltányossági kérelem helyett lehetővé vált a gyógyszer 100%-os támogatással történő felírása is, ami jelentősen csökkentette az orvosi adminisztrációs terheket is.

A fent leírt történetnek a kedvező kifejlet ellenére számos tanulsága van. Mivel a SPA rendszerint fiatal felnőttkorban kezdődik, általában 15-40 éves életkor között, a betegek a deréktáji fájdalmat gyakran túlterhelésnek, sportsérülés következményének tartják, emiatt későn, sokszor csak a kezdeti tünetek után évekkel kerülnek orvoshoz. Esetünkben ez a késés kb. 9 év volt, mivel az alsó végtagi arthritisek már a betegség kezdeti tüneteinek tarthatók. A SPA diagnózisának felállításához a jelenleg érvényben levő New Yorki-kritériumtünetek alapján a hagyományos röntgenvizsgálattal igazolt sacroileitis szükséges, amely radiológiai elváltozás kialakulása is sokszor évekig tarthat. A korai kóriszmét elősegítheti a pozitív családi anamnézis (nemcsak SPA, hanem egyéb spondylarthritis pl. arthritis psoriatica), tartósan fennálló, gyulladásos deréktáji fájdalomra utaló panaszok (gyakori felébredés hajnalban derék- vagy far-táji fájdalomra, amely NSAID szedésére csökken), az alsó végtagi aszimmetrikus oligoarthritis, enthesitisek (inak csonton való tapadási helyén kialakuló gyulladás) vagy uveitis jelenléte, HLA-B27 pozitivitás és a sacroileitis

MRI-vizsgálattal való korai igazolása. Ezen jelek közül néhánynak a megléte esetén a korai kezelés rendszeres gerinctorna, NSAID-ok formájában elkezdhető, és évente végzett röntgenvizsgálattal célszerűen lehet figyelni a sacroileitis kialakulását, amely a TNF- α -gátló kezelés egyik alapfeltétele. Betegünk esetében az extra-skeletális tünetek közül korán kialakult az enthesitis és az uveitis, amely a gyulladásos deréktáji fájdalommal együtt korábbi diagnózist tett volna lehetővé. Viszonylag gyakran találkozhatunk egyéb kísérő tünetekkel is, mint a gyulladásos bélbetegség, psoriasis, amely extra-skeletális manifesztációk a betegség bármely stádiumában kialakulhatnak, egymással kombinálódhatnak. Ezek a kísérő tünetek befolyásolhatják a betegség kezelését is. Súlyos gyulladásos bélbetegség társulása esetén NSAID adása ellenjavallt, mivel előidézhetheti a béltünetek fellöbbanását. A TNF- α -gátlók közül a monoklonális antitestek (adalimumab, infliximab) hatásosnak tekinthető a gyulladásos bélbetegségekre és az uveitisre, a TNF-receptor fúziós proteín (etanercept) hatása ezekre a tünetekre jóval kisebb. Betegünk esetén a gyógyszerválasztást befolyásoló fontos tényező volt a súlyos extra-skeletális tünetek megléte, így kezelésében a TNF-gátló monoklonális antitestek jöttek szóba. Mivel a beteg a szubkután öninjekciózást részesítette előnyben az infúziós kezeléssel szemben, adalimumab adása mellett döntöttünk, amelyet kéthetente 40 mg-os dózisban alkalmaz. A TNF- α -blokkolók lehetséges mellékhatásai közül bizonyos fertőzésekre való fokozott hajlam említendő elsőként, ezek közül is kiemelendő a tbc-s infekció. Megfelelő anamnéziszelfevétellel, felvilágosítással, a kezelés megkezdése előtt elvégzett szűrővizsgálattal azonban ez a veszély minimalizálható. A potenciális mellékhatások közé tartozik még a közép súlyos vagy súlyos szívelégtelenség romlása, de ez a veszély is kiküszöbölhető, ha kérdéses esetben rendszeres kardiológiai kontrollvizsgálatok történnek. Mivel a SPA-s kezelt betegeink rendszerint fiatal- vagy középkorúak, ez általában nem jelent reális veszélyt. Felmerült tartós kezelés során a daganatos betegségek gyakoriságának esetleges fokozódása is, szerencsére sok ezer beteget magában foglaló regiszterek révén sem lehetett ezt igazolni.

Az alapellátásban dolgozó szakemberek a betegség diagnózisának felvetésével, a beteg biológiai terápiás centrumba utalásával, a betegséggel és annak kezelésével kapcsolatos napi teendők ellátásával járulhatnak hozzá, hogy SPA-s betegek a legkorszerűbb ellátásban részesüljenek.