

A spondylitis ankylopoetica korszerű kezelésének gyakorlati kérdései

Szántó Sándor, Szekanecz Zoltán

A spondylitis ankylopoetica gyulladós reumatológiai kórkép, amely a gerinc- és a sacroiliacalis ízületek gyulladását okozva idült háti fájdalomhoz, végül pedig a gerinc merevségéhez, mozgásának beszűküléséhez és deformitáshoz vezet. Az elmúlt évtizedig a kórkép kezelését főleg a fizioterápia és a nem szteroid gyulladáscsökkentők adásának kombinációja alkotta, de az utóbbi időben a tumornekrozis-faktor-alfa-gátlók forradalmasították a kezelést és javították a betegség kimenetelét. A tumornekrozis-faktor-alfa-gátlók hatékonyan gátolják a sacroiliacalis és gerincízületek gyulladását, amit a betegek panaszainak, tüneteinek, mozgásfunkcióinak javulása, valamint a mágneses rezonancias kép és az akutfázis-fehérjék változása is jól mutat. További vizsgálatokat igényel azonban annak tisztázása, hogy a radiológiai progresszió és a strukturális károsodások megakadályozható-e ezekkel a gyógyszerekkel. Összefoglalónk célja, hogy rávilágítson a spondylitis ankylopoetica kezelésében végbement fejlődésre és ajánlásokat adjon a betegek gondozásához.

**spondylitis ankylopoetica,
nem szteroid gyulladáscsökkentők,
tumornekrozis-faktor-alfa-gátlók,
fizioterápia**

PRACTICAL CONSIDERATIONS IN THE STATE-OF-THE-ART MANAGEMENT OF ANKYLOSING SPONDYLITIS

Ankylosing spondylitis is an inflammatory rheumatic disease characterized by inflammation of the spinal and sacroiliacal joints, which causes chronic back pain and ultimately spinal stiffness, impaired motility, and deformity. Until the last decade, treatment mainly consisted of a combination of physical therapy and non-steroidal anti-inflammatory drugs, but recently tumor necrosis factor- α inhibitors revolutionized therapy and improved clinical outcomes. Tumor necrosis factor- α inhibitors effectively control inflammation of the sacroiliacal and spinal joints as shown by improved signs symptoms, and functions, magnetic resonance imaging findings, and reduction of acute phase reactants. Whether these drugs are capable of preventing radiographic progression and structural damage has, however, to be clarified in future studies. This review aims to highlight recent progress in the treatment of ankylosing spondylitis, and to provide recommendations for its management.

**ankylosing spondylitis,
non-steroidal anti-inflammatory drugs,
tumor necrosis factor- α inhibitors,
physical therapy**

dr. Szántó Sándor (levelező szerző/correspondent): Debreceni Egyetem,
Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Belgyógyászati Intézet, Reumatológiai Tanszék/
University of Debrecen, Medical and Health Science Center, Institute of Medicine,
Department of Rheumatology;
H-4032 Debrecen, Móricz Zs. u 22. E-mail: szanto@iibel.dote.hu

Érkezett: 2008. augusztus 1.

Elfogadva: 2009. január 6.

Aspondylitis ankylopoetica (SPA) krónikus lefolyású reumatológiai kórkép, amelyet kezdeti stádiumában deréktáji fájdalom jellemez a sacroiliacalis és a gerincízületek gyulladása következtében. A betegség progressziója során a háti, majd a nyaki gerincszakasz is érintetté válik, és az idült gyulladáshoz syndesmophyták kialakulása társul, ami évek-évtizedek alatt a gerinc teljes elmerevedéséhez vezet. A betegség becsült prevalenciája Közép-Európában 0,3-0,5% (1), kezdeti tünetei rendszerint a késői serdü-

lókorban és a korai felnőttkorban kezdődnek. A betegség a férfiakat jóval gyakrabban érinti, mint a nőket (2). Az SPA társulhat perifériás arthritissel, enthesitissel, akut anterior uveitissel és gyulladós bélbetegséggel is (3, 4). Az SPA fájdalommal és mozgáskorlátozottsággal, esetleges extraarticularis tünetekkel jár, ami a betegek számára jelentős életminőség-romlást okoz, a társadalomra pedig a fiatal-középkorú egyének munkaképességének elvesztésével és kezelésük, ápolásuk költségével nagy terhet ró.

A kórkép kezelése nagy kihívást jelent a reumatológusoknak, házi orvosoknak, fizioterápiás szakembereknek, de az extraarticularis tünetek gyakori előfordulása miatt a társszakmák képviselői számára is. Az elmúlt évtizedekben az életmódbeli tanácsok, a rendszeres gyógytorna és a nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek (NSAID-ok) képezték a terápia alappilléreit. A hazánkban is egyre szélesebb körben elérhető biológiai terápiák (TNF- α -gátlók) alapvető változást hoztak az SPA kezelésében, kimenetelében és gondozásában, ugyanakkor ezek rendkívül magas költsége szükségessé teszi a hosszú távú előnyök kritikus elemzését és ennek alapján a kezelendő betegcsoport pontos meghatározását. Az Európai Reumaellenes Liga (EULAR) és az „ASsessment in AS” (ASAS) nemzetközi munkacsoport tényeken és szakértői véleményeken alapuló ajánlást fogadott el a közelmúltban az SPA kezeléséről, amely hazánkban is alapul szolgálhat a betegek gondozásának irányelveihez (1. táblázat) (5). Jelen tanulmányban az említett ajánlások nagy gyakorlati jelen-

tőségű pontjait tekintem át, elemezve az SPA-s betegek gondozásával kapcsolatos megállapításokat.

A kezelés általános szempontjai

A korai diagnózis jelentősége

Az SPA eredményes kezelésének egyik alapfeltétele a betegség korai diagnózisa, amelyhez azonban a jelenleg is használt, 1984-ben elfogadott módosított New York-i kritériumrendszer nem nyújt elegendő segítséget (2. táblázat) (6). Ennek alapján ugyanis csak abban az esetben tekinthető igazoltnak a betegség, ha előrehaladott radiológiai eltérések alakultak ki a sacroiliacalis ízületekben, ez azonban évekkel késleltetheti a diagnózis felállítását (7). A sacroiliacalis ízület körüli gyulladás érzékelésével az MR-vizsgálat nagy előrelépést hozott, ennek segítségével a betegség gyanúja korán felvethető és a diagnosztikus kétsédelem csökkent-

1. TÁBLÁZAT

Az Assessment in Ankylosing Spondylitis munkacsoport és az Európai Reumaellenes Liga (ASAS-EULAR) szakértői javaslatai a spondylitis ankylopoetica gondozásáról (általános, nem gyógyszeres, gyógyszeres, invazív és sebészi)

Ajánlás

- Az SPA kezelésének kialakításában szereplő tényezők:
 - A betegség aktuális manifesztációi (axiális, perifériás, enthesialis, extraarticularis tünetek és jelek).
 - Az aktuális tünetek mértéke, klinikai leletek és prognosztikai indikátorok:
 - betegség aktivitás/gyulladás;
 - fájdalom;
 - funkció, rokkantság, fogyatékoság;
 - strukturális károsodás, csípőérintettség, gerincdeformitások.
 - Általános klinikai státusz (kor, nem, társuló betegségek, alkalmazott gyógyszerek).
 - A beteg kívánságai és elvárásai.
- Az SPA-s betegek monitorozásának magába kell foglalnia: a beteg kórtörténetét, klinikai paramétereit, laboratóriumi tesztjeit és képalkotó vizsgálatait. A monitorozás gyakoriságát egyenként kell meghatározni a tünetektől, súlyosságtól és gyógyszeres kezeléstől függően.
- Az SPA optimális gondozása a nem gyógyszeres és gyógyszeres kezelések kombinációját igényli.
- Az SPA nem gyógyszeres kezelésének magába kell foglalnia a betegek oktatását és a rendszeres testmozgást. Az egyéni és csoportos fizioterápiát kell fontolóra venni. A betegetársulások és önszervező csoportok hasznosak lehetnek.
- Az NSAID-ok első vonalbeli szerként ajánlottak fájdalomban és merevségben szenvedő SPA-s betegek kezelésében. Azoknál, akiknek fokozott a gastrointestinalis rizikójuk, nem szelektív NSAID-ok plusz gyomorvédő szerek vagy szelektív COX-2 inhibitorok használhatók.
- Analgetikumok, mint a paracetamol és az opioidok, megfontolhatók azoknak a betegeknek a számára, akiknél az NSAID-ok elégtelenek, kontraindikáltak és/vagy rosszul tolerálhatók.
- Kortikoszteroidinjekciók a musculoskeletalis gyulladás helyére megfontolhatók. A szisztémás kortikoszteroidok használatát axiális betegségben nem támasztják alá bizonyítékok.
- Nincs bizonyíték a betegségmódosító reumaellenes szerek (DMARD-ok) hatékonyságára, beleértve a sulfasalazint és a methotrexatot az axiális betegség kezelésében. A sulfasalazin megfontolható perifériás arthritises betegeknek.
- Anti-TNF-kezelést kell kapniuk azoknak a betegeknek, akiknek tartósan aktív a betegségük az ASAS ajánlások szerinti hagyományos kezeléseik ellenére. Nem támasztja alá bizonyíték a DMARD-ok szükségzerű használatát az anti-TNF-kezelés előtt vagy azzal együtt axiális betegségben szenvedő betegekben.
- Teljes csípőarthroplastica megfontolandó életkortól függetlenül azoknál a betegeknek, akiknek makacs a fájdalmuk, rokkantak, és a strukturális károsodás radiológiai bizonyítéka fennáll. Gerincműtét, például korrekciós osteotomia és stabilizációs eljárások válogatott betegekben hasznosak lehetnek.

SPA: spondylitis ankylopoetica; NSAID-ok: nem szteroid gyulladáscsökkentők; DMARD-ok: betegségmódosító reumaellenes szerek; TNF: tumornekrozis-faktor.

hető (8). Ugyancsak elősegítheti az SPA vagy legalábbis a nem differenciált spondylarthritis korai diagnózisát a HLA-B27 meghatározása, amely növelheti vagy negatívitás esetén csökkentheti az SPA fennállásának valószínűségét. Mivel az egészséges populációban is előfordul 5-8%-os arányban és a diagnosztizált SPA-s betegek néhány százaléka HLA-B27-negatív, jelenléte semmiképpen nem tekinthető perdöntőnek (2). Az SPA vagy más szeronegatív spondylarthritis (arthritis psoriatica, gyulladós bélbetegséghez társuló arthritis, reaktív arthritis) előfordulása a családi anamnézisben, akut anterior uveitis, gyulladós bélbetegségre utaló panaszok és tünetek, enthesitis, kolbászujj (dactylitis) vagy perifériás arthritis a beteg saját anamnézisében, a gerincpanaszok kedvező terápiás válasza NSAID-okra szintén felvetheti a betegség gyanúját, és alapot teremthet a korai kezeléshez (7).

A gondozásban részt vevő szakemberek

Az SPA-s betegek gondozása több szakember együttes feladata. A háziorvos elsődleges szerepe a betegség diagnózisának felvetése, a beteg reumatológiai szakrendelésre utalása, a betegséggel és kezelésével kapcsolatos napi teendők ellátása.

A reumatológus szakorvos feladata a kezelési stratégia felállítása, egyeztetése a társszakmák képviselőivel, a betegség aktivitásának megállapítása, az SPA által okozott életminőségbeli és funkcionális károsodások felmérése, a biológiai terápiás kezelés szükségességének megítélése és az ezzel kapcsolatos monitorozás koordinálása.

A fizioterápiás szakember elsősorban a mozgásterápiát irányítja, időszakosan ellenőrzi, emellett egyéb fizioterápiás kezeléseket végez, és életmódbeli tanácsokkal látja el a beteget.

Mivel a betegellátás valamennyi szintjén felmerülhet esetleges társuló betegségek (uveitis, gyulladós bélbetegség, psoriasis stb.) fennállása, fontos ezek ismerete, illetve a megfelelő szakemberekkel való szoros munkakapcsolat is. A betegklubok, önszervező egyesületek hasznosak lehetnek a betegek testi-lelki-egzisztenciális nehézségeinek kezelésében; hazánkban, bár vannak biztató kezdeményezések, ezen a téren még komoly hiányosságok tapasztalhatók.

A betegek monitorozása

Az SPA-s betegek állapotának követésére az ASAS munkacsoport dolgozott ki ajánlást (9). Ennek alapján a beteg fájdalmának, funkciójának és a betegség aktivitásának megítélésére vizuális analóg skálákat szokás alkalmazni. A gerinc mobilitásának meghatározásához a napi gyakorlatban a lumbalis Schober-tesztet, a mellkas légzési kitérésének vizsgálatát és a fal-occiput távolság mérését végezzük, a perifériás ízületi érintettség vagy enthesitis követésére fizikális vizsgálat szükséges. Az akutfázis-reakciók vizsgálata, így a CRP (C-reaktív

2. TÁBLÁZAT

A spondylitis ankylopoetica 1984-es, módosított New York-i kritériumrendszere

Klinikai kritériumok:

- Legalább három hónapja fennálló deréktáji fájdalom és merevség, amely mozgásra javul, de a pihenés nem csökkenti.
- Az ágyéki gerinc sagittalis és frontális síkban kialakult mozgáskorlátozottsága.
- A mellkas légzési kitérésének csökkenése összehasonlítva a kornak és nemnek megfelelő normálértékekkel.

Radiológiai kritérium:

- Kétoldali, legalább második stádiumú vagy egyoldali, harmadik-negyedik stádiumú sacroileitis.

Az SPA definitív diagnózisa akkor mondható ki, ha a radiológiai kritériumhoz legalább egy klinikai kritérium társul.

protein) vagy a vörösvérsejt-süllyedés meghatározása szintén javasolt, de ezek összefüggése a betegség aktivitásával korántsem olyan egyértelmű, mint például a rheumatoid arthritis esetén. A képalkotó vizsgálatok közül – már diagnosztizált és típusos röntgenelváltozásokkal alátámasztott SPA esetén – a sacroiliacalis röntgenvizsgálat kevés további információt nyújt, így ennek rendszeres ismétlése nem indokolt. A radiológiai progresszió monitorozására elsősorban a lumbalis és a nyaki gerinc oldalirányú röntgenvizsgálata alkalmas, amely „Stokes AS Spinal Score” (SASSS) meghatározását teszi lehetővé, és végzése két-évente tekinthető optimálisnak (10). Egyéb röntgenvizsgálatok inkább csak törés gyanúja esetén jönnek szóba. Az MR-vizsgálat, mint korábban említésre került, inkább csak a korai diagnózisban, esetleg a gyulladós folyamat követésében játszhat szerepet TNF- α -gátló kezelés alkalmával (11).

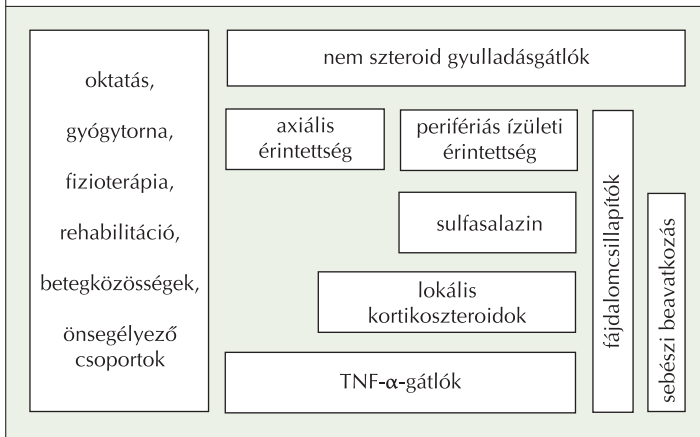
A legkorszerűbb gyógyszeres kezelések sem helyettesítik a fizioterápiás eljárásokat.

Nem gyógyszeres kezelések

Bár a gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelések hatékonyságát SPA-ban nem hasonlították össze direkt módon, általánosságban megállapítható, hogy a különböző kezelési eljárások egymást kiegészítik, a legkorszerűbb gyógyszeres kezelések sem helyettesítik a fizioterápiás eljárásokat. A gondozási stratégia folyamata az 1. ábrán látható, ahol a betegség időbeli progressziója felülről lefelé halad (5). A nem gyógyszeres kezelések közül a rendszeresen – akár otthon, akár csoportban – végzett gyógytorna jelentősen csökkentette a fájdalmat és javította a fizikális funkciót. A csoportos torna – talán inkább pszichés tényezők miatt – az otthon végzett gyakorlatokkal összehasonlítva nagyobb mértékben javította a betegséggel kapcsolatos globális

1. ÁBRA

A spondylitis ankylopoetica szakértői véleményen és kutatási bizonyítékokon alapuló, ajánlott gondozásának folyamatábrája Zochling et al. alapján (5). A betegség időbeli progressziója függőlegesen, felülről lefelé halad



megítélést (12). Mivel hazánk gyógyvizekben bővelkedik, fontos hangsúlyozni, hogy a gyógyvizes kezelés költséghatékonyan javította a betegek fizikális funkcióját (13).

A gyógyszeres kezelés lehetőségei

Hagyományos gyógyszerek

Az SPA gyógyszeres kezelésében az NSAID-ok első vonalbeli szernek tekinthetők azoknak a betegeknek a számára, akiknek gerinc- vagy perifériás ízületi fájdalmuk, illetve merevségük van. Akár a hagyományos NSAID-ok, akár a coxibok hatékonyan képesek a fájdalmat csökkenteni és a mozgásszervi funkciót javítani, s e készítmények közötti összehasonlító vizsgálat nem mutatott előnyt egyik gyógyszercsoport vonatkozásában sem. A hosszú távú kezelés kedvező hatására utal az a randomizált, kontrollált vizsgálat, amelyben két év elteltével a rendszeresen celecoxibot szedő betegeknél a radiológiai progresszió lassúbb volt, mint a gyógyszert csak alkalmanként szedők esetében (14). A vizsgálat eredményének megerősítéséhez további bizonyítékok szükségesek, de az említett tanulmány és a klinikai tapasztalat is arra utal, hogy a – kockázat-haszon arányának figyelembevételével – az SPA-s betegek számára a tartós NSAID-kezelés javasolt. Egy készítmény hatástalansága esetén más hatásmechanizmusú NSAID-ra váltás javasolt, illetve elégtelen hatás esetén a gyógyszer esetleg hagyományos analgetikumokkal (például paracetamol) kiegészíthető.

Az elmúlt évtizedekben a gyulladással járó reumatológiai

kórképek, így a rheumatoid arthritis kezelésében a betegségmódosító reumaellenes szerek (DMARD-ok) hatása bebizonyosodott, ezek a gyógyszerek elterjedtek a napi reumatológiai gyakorlatban. Ezzel szemben az SPA-s betegeken végzett vizsgálatok nem támasztották alá e gyógyszerek kedvező hatását a gerinc gyulladásos betegségében. A sulfasalazinnal végzett vizsgálatok sem a gerincfájdalom, sem a fizikai funkció vonatkozásában nem hoztak a placebónál kedvezőbb eredményeket (15). A tartós sulfasalazinkezelés ugyanakkor csökkentette a perifériás arthritis aktivitását és egy vizsgálat az uveitisre kifejtett kedvező hatását is alátámasztotta (16, 17). A methotrexattal végzett kezelések sem hoztak kedvezőbb eredményeket, ráadásul itt a perifériás arthritisre kifejtett kedvező hatás sem volt igazolható (18). Ugyancsak nem támasztották alá klinikai bizonyítékok a szisztémás kortikoszteroidkezelés kedvező hatását sem. Ezek alapján a rheumatoid arthritis kezelésében kialakult ajánlások a DMARD-ok és a szisztémás kortikoszteroidkezelés tekintetében nem követhetők az SPA tisztán gerincérintettséggel járó (axiális) leggyakoribb formájában. A lokális kortikoszteroidkezelés az SPA-hoz csatlakozó alsó végtagi aszimmetrikus oligoarthritis vagy enthesitis esetén jön szóba, utóbbi esetben azonban az ínrupturát mint potenciális szövődményt figyelembe kell venni (19).

Biológiai terápiás készítmények

Mint láttuk, az egyéb arthritisek kezelésére használtos, hagyományos DMARD-ok SPA-ban gyakorlatilag hatástalanok, kivéve a ritka perifériás arthritisszel járó formát. Ma tehát axiális SPA-ban elsősorban a biológiai gyógyszerektől várható siker. A TNF- α -gátló kezelések alkalmazása SPA-ban a betegek számára korábban nem tapasztalt javulást eredményezett. A monoklonális antitestek, így az infliximab és az adalimumab (20, 21), valamint a TNF-receptor-fúziós protein, az etanercept (22) egyaránt hatékonyan bizonyultak a gerincfájdalom, funkció és perifériás ízületi érintettség vonatkozásában. A gyógyszerek hatása gyors, és a kedvező hatás tartós kezelés esetén is fennmarad (23). A gyógyszer elhagyása után a betegek többségében egy éven belül relapsus következik be, de a betegség akár ugyanannak a szernek az ismételt adására is a korábbiakhoz hasonlóan jól reagál (24). A kezelés igen magas ára ellenére a költség-haszon számítások kedvező eredményt adtak, vagyis a funkció, ezáltal a termelékenység megmaradása esetén a biológiai terápiás kezelések társadalmi-gazdasági szinten is megtérülnek (25). Az SPA leggyakoribb extraarticularis manifesztációinak kezelésében, így az akut anterior uveitis és a társuló gyulladásos bélbetegségek terápiájában jelentős különbség észlelhető a különböző TNF- α -gátlók között. A monoklonális antitestek (infliximab és adalimumab) jelentősen csökkentik mind az uveitises fellángolások gyakoriságát és súlyosságát, mind a gyulladásos bélbetegségek aktivitását, miközben az etanercept hatása ezekre a

A rendszeresen celecoxibot szedő betegeknél a radiológiai progresszió lassúbb volt, mint a gyógyszer csak alkalmanként szedők esetében.

kórképekre sokkal szerényebb (26, 27).

A TNF- α -gátló kezeléssel kapcsolatos optimizmust kissé beárnyékolják azok az újabb vizsgálatok, amelyek arra utalnak, hogy a biológiai terápiás kezelések a radiológiai progressziót nem befolyásolják olyan jelentős mértékben, mint az más gyulladásoos reumatológiai kórképek (például a rheumatoid arthritis vagy az arthritis psoriatica) esetén megfigyelhető (28). Feltételezhető azonban, hogy ezek a felismerések olyan célzott terápiák kidolgozásához vezetnek, amely az ankylosist okozó kóros csontújdonképződés szelektív megakadályozását segítik elő.

A TNF- α -gátló kezelés alkalmazhatóságát hazánkban a Reumatológiai Szakmai Kollégium módszertani levele szabályozza, amely összhangban van a nemzetközi ajánlásokkal. Ennek megfelelően a kezelés csak az SPA módosított New York-i kritériumok szerinti, egyértelmű diagnózisa esetén kezdhető meg, abban az esetben, ha a betegség a korábbi adekvát kezelés – legalább két, különböző, egymást követően, tartósan alkalmazott nem szteroid gyulladásgátló maximális, illetve tolerálható dózisa – ellenére is aktív. Ez a feltétel oligoarthritis vagy enthesitiszes manifesztáció esetén kiegészül további, legalább két lokális szteroidinjekció, polyarthritis esetén pedig a sulfasalazin vagy egyéb DMARD-ok legalább négy hónapos adásának hatástalanságával. A betegség aktivitásának mérésére a BASDAI-index használandó (29), és azon egyének betegsége tekinthető aktívnek, akiknek BASDAI-indexe (0–100) több mint 40 (3. táblázat). Hazánkban a TNF- α -gátló kezelés indikálása, felírása és a betegek követése az úgynevezett biológiai terápiás centrumok feladata. Az anti-TNF-kezelés potenciális mellékhatásai közé tartoznak az injekció helyén létrejövő reakciók a subcutan készítményeknél (etanercept és adalimumab) és a szokatlan infúziós reakciók az intravénás infliximab esetén. Nyílt vizsgálatok igazolták, hogy a kezelés a fertőzések nagyobb veszélyével jár, de a megfelelő szűrővizsgálatokkal (kiemelten fontos a tuberkulózis) a kockázatok jelentősen csökkenthetők. Demyelinisatiós betegségeket, lupus-szerű szindrómákat és a korábban meglévő szívelégte-

3. TÁBLÁZAT

A spondylitis ankylopoetica aktivitásának meghatározására szolgáló BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). A 100 mm-es vizuális analóg skálákon a beteg jelöli az elmúlt hétre vonatkozó válaszait. A BASDAI-érték kiszámítása során az ötödik és hatodik válasz átlagát egy értéknek véve az első négy kérdéssel együtt számítunk átlagot

1. Hogyan jellemezné az általában tapasztalt fáradtság/levertség szintjét?	semmi _____ nagyon súlyos
2. Hogyan jellemezné a nyak-, a hát- vagy csípőfájdalom általában tapasztalt szintjét?	semmi _____ nagyon súlyos
3. Hogyan jellemezné az ízületeiben tapasztalt fájdalom/duzzadás általános szintjét, a nyaki, háti vagy csípőízületeket kivéve?	semmi _____ nagyon súlyos
4. Hogyan jellemezné az érintésre vagy nyomásra érzékeny területeken tapasztalt kellemetlen érzés általában tapasztalt szintjét?	semmi _____ nagyon súlyos
5. Hogyan jellemezné a reggeli felkelést követő merevség általában tapasztalt szintjét?	semmi _____ nagyon súlyos
6. A felébredést követően mennyi ideig tart reggelente a merevség?	0 óra _____ 2 óra vagy több

lenség romlását szintén leírták esettanulmányokban, de gyakoriságuk semmiképpen nem tekinthető jelentősnek.

Műtéti beavatkozások

Korrektív műtéti beavatkozás rendszerint az SPA késői stádiumában jöhet szóba, ha a létrejött kyphosis horizontális látótérkiesést okoz, fájdalmas gerinc-pseudoarthrosis vagy szegmentális instabilitást okozó gerinctörés alakul ki. A lumbalis ékosteotomia kiváló funkcionális eredményt adhat nagyfokú, rokantságot okozó, fixált kyphoticus deformitás esetén, az egyensúly és a horizontális látótér helyreállításával (30). Amennyiben az SPA-s betegnél a csípőízület érintettsége miatt teljes arthroplastikára van szükség, a posztoperatív szakban nem kell a heterotop csontképződés és a reankylosis nagyobb veszélyével számolni, összevetve a coxarthrosis miatt végzett műtétekkel (31). Mivel ezekben a kedvező eredményekben szerepet játszhat az NSAID-ok rutinszerű alkalmazása is SPA-ban, a perioperatív időszakban sem javasolt az NSAID-kezelés felfüggesztése. SPA-ban teljes csípőízületi arthroplastica rendszerint fiatalabb betegeknél

A TNF- α -gátló kezelések alkalmazása a betegek számára korábban nem tapasztalt javulást eredményezett.

válk szükségessé, mint a coxarthrosisos betegcsoportban, ezért a nem cementes protézisek alkalmazása javasolt, ugyanis ezeknél könnyebb végrehajtani a gyakoribb késői revíziókat.

Összegzés

Az SPA kezelésében az elmúlt években forradalmi változás következett be, amelyet leginkább a biológiai terápiás készítmények bevezetése eredményezett. Ez szükségessé tette az alkalmazott kezelési eljárások

szisztematikus áttekintését, a hagyományos és korszerűbb beavatkozások várható rövid és hosszú távú eredményeinek, költséghatékonyságuknak az elemzését. Bár a betegség progressziója viszonylag lassú, és a belső szervei manifesztációk hiánya miatt az élettartamot csak kevésbé rövidíti, az általa okozott fájdalom és rokkantság miatt mégis tisztában kell lenni a terápiás lehetőségekkel, legyen az akár a legegyszerűbb életmódbeli tanács vagy a molekuláris biológiai kutatások legújabb eredménye. A leírt ajánlások nem tekinthetők útmutatónak, inkább csak a betegek monitorozásához és kezeléséhez szolgálnak gyakorlati tanácsokkal.

IRODALOM

- Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, et al. Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum* 1998;41(1):58-67.
- Feldtkeller E, Khan MA, van der HD, van der LS, Braun J. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2003;23(2):61-6.
- McGonagle D, Gibbon W, Emery P. Classification of inflammatory arthritis by enthesitis. *Lancet* 1998;352(9134):1137-40.
- Martin TM, Smith JR, Rosenbaum JT. Anterior uveitis: current concepts of pathogenesis and interactions with the spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol* 2002;14(4):337-41.
- Zochling J, van der HD, Burgos-Vargas R, Collantes E, Davis JC, Jr., Dijkmans B, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2006;65(4):442-52.
- van der LS, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984;27(4):361-8.
- Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: do we need new criteria? *Arthritis Rheum* 2005;52(4):1000-8.
- Zochling J, Baraliakos X, Hermann KG, Braun J. Magnetic resonance imaging in ankylosing spondylitis. *Curr Opin Rheumatol* 2007;19(4):346-52.
- van der HD, van der LS, Dougados M, Bellamy N, Russell AS, Edmonds J. Ankylosing spondylitis: plenary discussion and results of voting on selection of domains and some specific instruments. *J Rheumatol* 1999;26(4):1003-5.
- Creemers MC, Franssen MJ, van't Hof MA, Gribnau FW, van de Putte LB, van Riel PL. Assessment of outcome in ankylosing spondylitis: an extended radiographic scoring system. *Ann Rheum Dis* 2005;64(1):127-9.
- Baraliakos X, Landewe R, Hermann KG, Listing J, Golder W, Brandt J, et al. Inflammation in ankylosing spondylitis: a systematic description of the extent and frequency of acute spinal changes using magnetic resonance imaging. *Ann Rheum Dis* 2005;64(5):730-4.
- Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD002822.
- Van Tubergen A, Boonen A, Landewe R, Rutten-Van Molken M, van der HD, Hidding A, et al. Cost effectiveness of combined spaxercise therapy in ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2002;47(5):459-67.
- Wanders A, Heijde D, Landewe R, Behier JM, Calin A, Olivieri I, et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs reduce radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis: a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum* 2005;52(6):1756-65.
- Chen J, Liu C. Sulfasalazine for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD004800.
- Kirwan J, Edwards A, Huitfeldt B, Thompson P, Currey H. The course of established ankylosing spondylitis and the effects of sulphasalazine over 3 years. *Br J Rheumatol* 1993;32(8):729-33.
- Benitez-Del-Castillo JM, Garcia-Sanchez J, Iradier T, Banares A. Sulfasalazine in the prevention of anterior uveitis associated with ankylosing spondylitis. *Eye* 2000;14(Pt3A):340-43.
- Gonzalez-Lopez L, Garcia-Gonzalez A, Vazquez-Del-Mercado M, Munoz-Valle JF, Gamez-Nava JI. Efficacy of methotrexate in ankylosing spondylitis: a randomized, double blind, placebo controlled trial. *J Rheumatol* 2004;31(8):1568-74.
- Toussirot E, Wendling D. Current guidelines for the drug treatment of ankylosing spondylitis. *Drugs* 1998;56(2):225-40.
- van der HD, Dijkmans B, Geusens P, Sieper J, DeWoody K, Williamson P, et al. Efficacy and safety of infliximab in patients with ankylosing spondylitis: results of a randomized, placebo-controlled trial (ASSERT). *Arthritis Rheum* 2005;52(2):582-91.
- Revicki DA, Luo MP, Wordsworth P, Wong RL, Chen N, Davis JC, Jr. Adalimumab Reduces Pain, Fatigue, and Stiffness in Patients with Ankylosing Spondylitis: Results from the Adalimumab Trial Evaluating Long-Term Safety and Efficacy for Ankylosing Spondylitis (ATLAS). *J Rheumatol* 2008;35(7):1346-53.
- Calin A, Dijkmans BA, Emery P, Hakala M, Kalden J, Leirisalo-Repo M, et al. Outcomes of a multicentre randomised clinical trial of etanercept to treat ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2004;63(12):1594-600.
- Braun J, Baraliakos X, Listing J, Fritz C, Alten R, Burmester G, et al. Persistent clinical efficacy and safety of anti-tumour necrosis factor alpha therapy with infliximab in patients with ankylosing spondylitis over 5 years: evidence for different types of response. *Ann Rheum Dis* 2008;67(3):340-45.
- Baraliakos X, Listing J, Rudwaleit M, Brandt J, Alten R, Burmester G, et al. Safety and efficacy of readministration of infliximab after longterm continuous therapy and withdrawal in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2007;34(3):510-15.
- Wailoo A, Bansback N, Chilcott J. Infliximab, etanercept and adalimumab for the treatment of ankylosing spondylitis: cost-effectiveness evidence and NICE guidance. *Rheumatology (Oxford)* 2008;47(2):119-20.
- Guignard S, Gossec L, Salliot C, Ruyssen-Witrand A, Luc M, Duclos M, et al. Efficacy of tumour necrosis factor blockers in reducing uveitis flares in patients with spondylarthropathy: a retrospective study. *Ann Rheum Dis* 2006;65(12):1631-4.
- Rudwaleit M, Baeten D. Ankylosing spondylitis and bowel disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20(3):451-71.
- van der HD, Landewe R, Einstein S, Ory P, Vosse D, Ni L, et al. Radiographic progression of ankylosing spondylitis after up to two years of treatment with etanercept. *Arthritis Rheum* 2008;58(5):1324-31.
- Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994;21(12):2286-91.
- van Royen BJ, De Gast A. Lumbar osteotomy for correction of thoracolumbar kyphotic deformity in ankylosing spondylitis. A structured review of three methods of treatment. *Ann Rheum Dis* 1999;58(7):399-406.
- Bhan S, Malhotra R. Bipolar hip arthroplasty in ankylosing spondylitis. *Arch Orthop Trauma Surg* 1996;115(2):94-9.