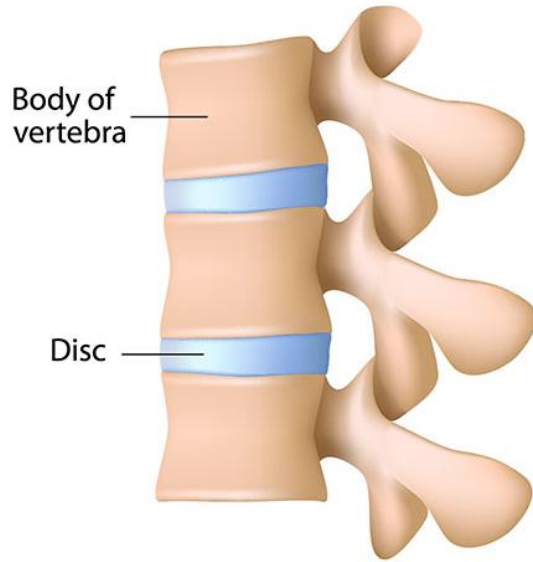
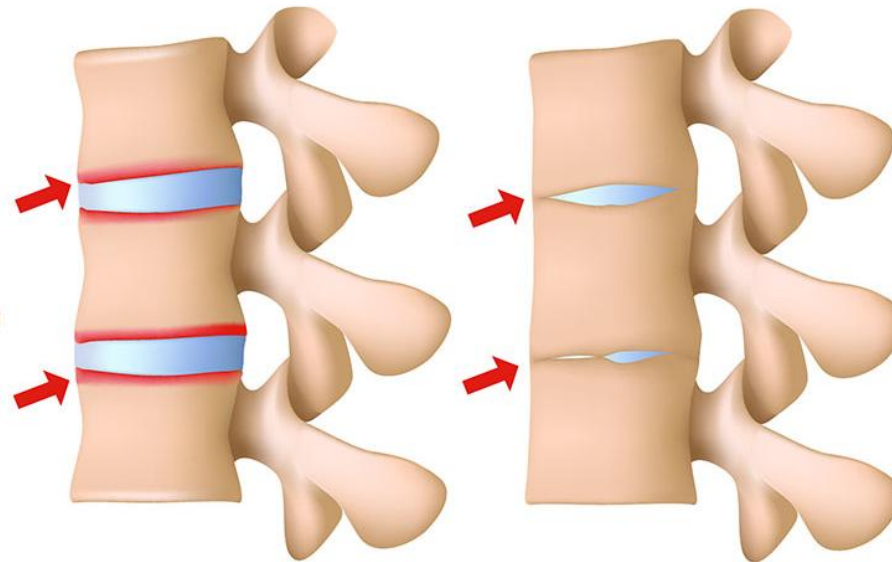


Healthy spine



Ankylosing spondylitis



Inflammation
of joints

Fusion of bones
"Bamboo spine"

Spondilita anchilozantă

Spondilita anchilozantă (SA)

Spondilita anchilozantă (SA) - o afecțiune sistemică cronică inflamatorie, ce afectează *articulațiile sacroiliace* și *scheletul axial* și poate să asocieze afectarea articulațiilor periferice și manifestări extra-articulare caracteristice, pe un teren genetic specific (HLA B27)

- ❖ Incidența este de 2-3 ori mai mare la bărbați, **mai frecvent la bărbații tineri**
- ❖ La 80% - apare la vârsta mai tânără de 30 de ani, mai puțin de 5% - la cei peste 45 de ani
- ❖ Istoricul familial: la 10-30% din cei cu SA în familie
- ❖ *Bărbații au evoluție mai severă*, afectând mai frecvent coloana vertebrală și sacroiliacile, la femei evoluția axială e mai ușoară, fiind mai frecvent afectarea articulațiilor membrelor inferioare
- ❖ Se asociază cu HLA B-27

Tabloul clinic:

Debutul este adesea **insidios**, în adolescență sau **la adultul tânăr**. Se manifestă prin durere lombară joasă cu caracter inflamator, precoce.

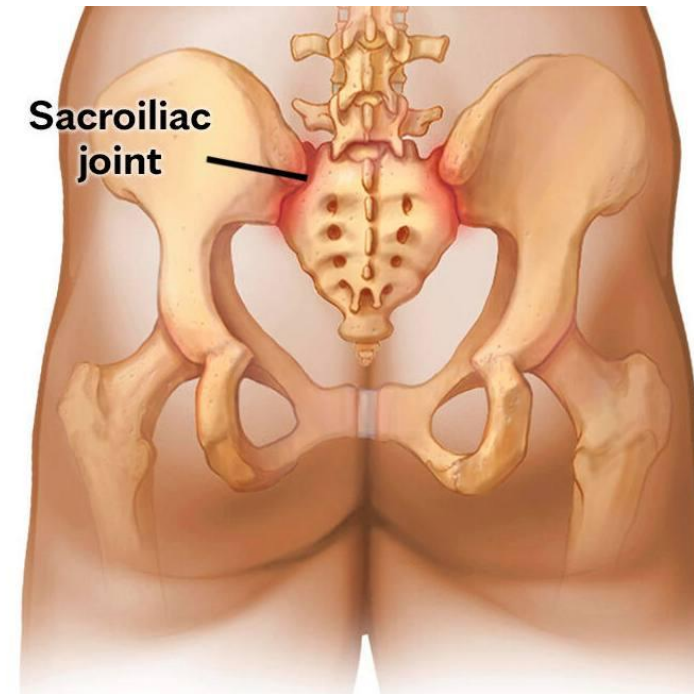
Sediul: regiunea fesieră, cu iradiere creasta iliacă, regiunea trohanteriană, fața posterioară a coapsei cu iradiere alternantă „în basculă”

La debut durerea e unilaterală și intermitentă, ulterior – persistentă bilaterală.

Redoarea este prelungită (3h), se ameliorează la mobilizare și AINS

Afectare ascendentă

1. **Stadiul sacroiliac:** dureri fesiere profunde în cadranul supero-intern, c iradieri sciatică până la nivelul spațiului popliteu, însoțite de redoare matinală.

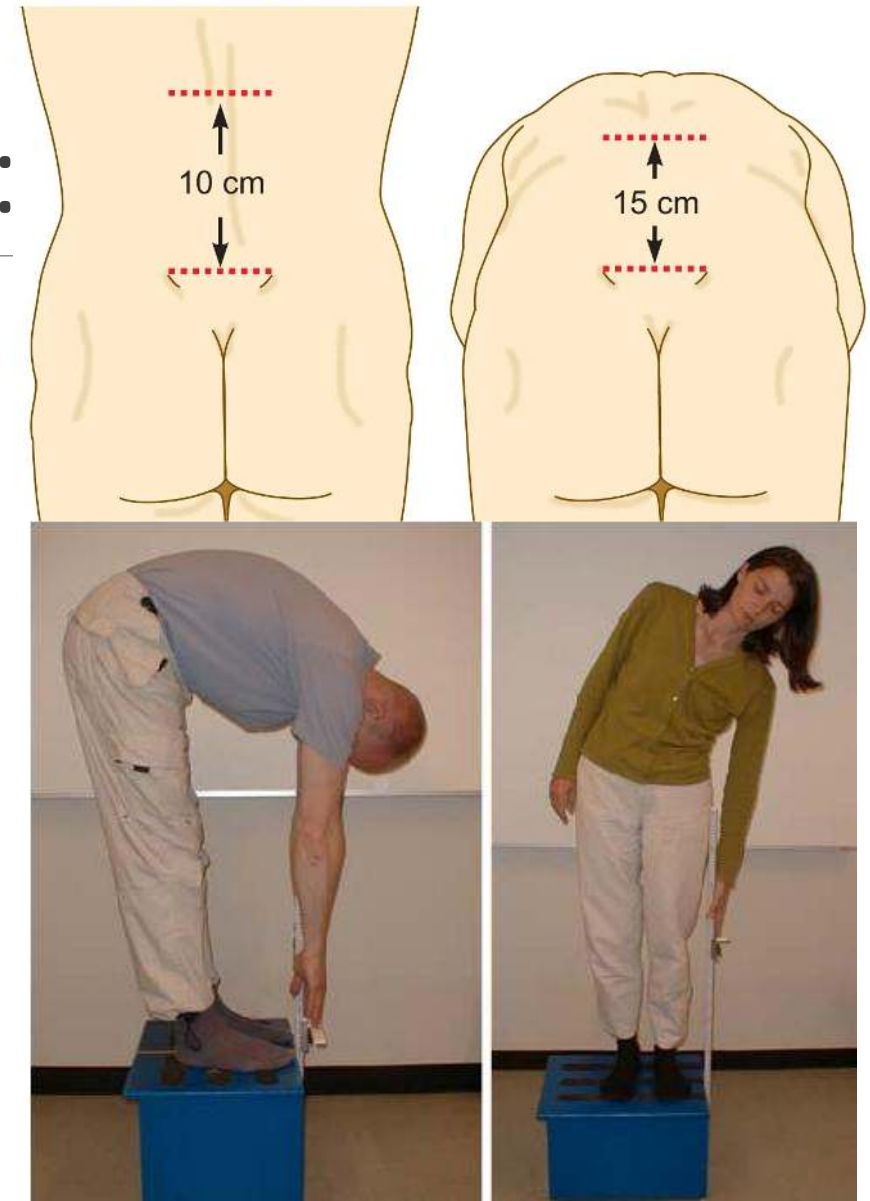


Manifestări clinice axiale:

2. **Stadiul lombar:** Dureri lombare asociate redorii matinale.

Obiectiv:

- Rectitudine la acest nivel, contractura musculaturii paravertebrale bilateral și limitarea progresivă a mobilității până la anchiloză.
- Anteflexia - indicele deget-sol;
- Lateroflexia - pacientul cu regiunea fesieră și umerii lipiți de perete să efectueze lateroflexie maximală și se marchează din nou poziția degetului, distanța dintre cele 2 puncte (<10cm)

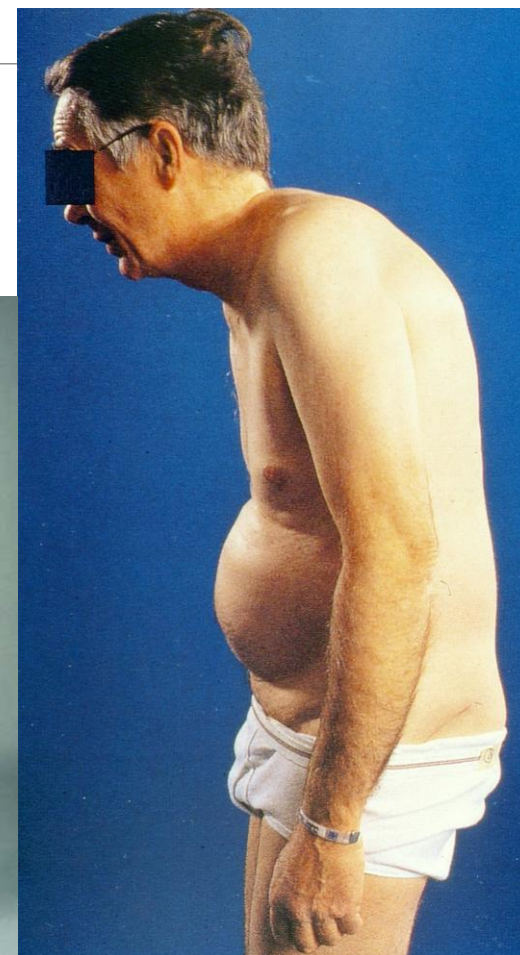
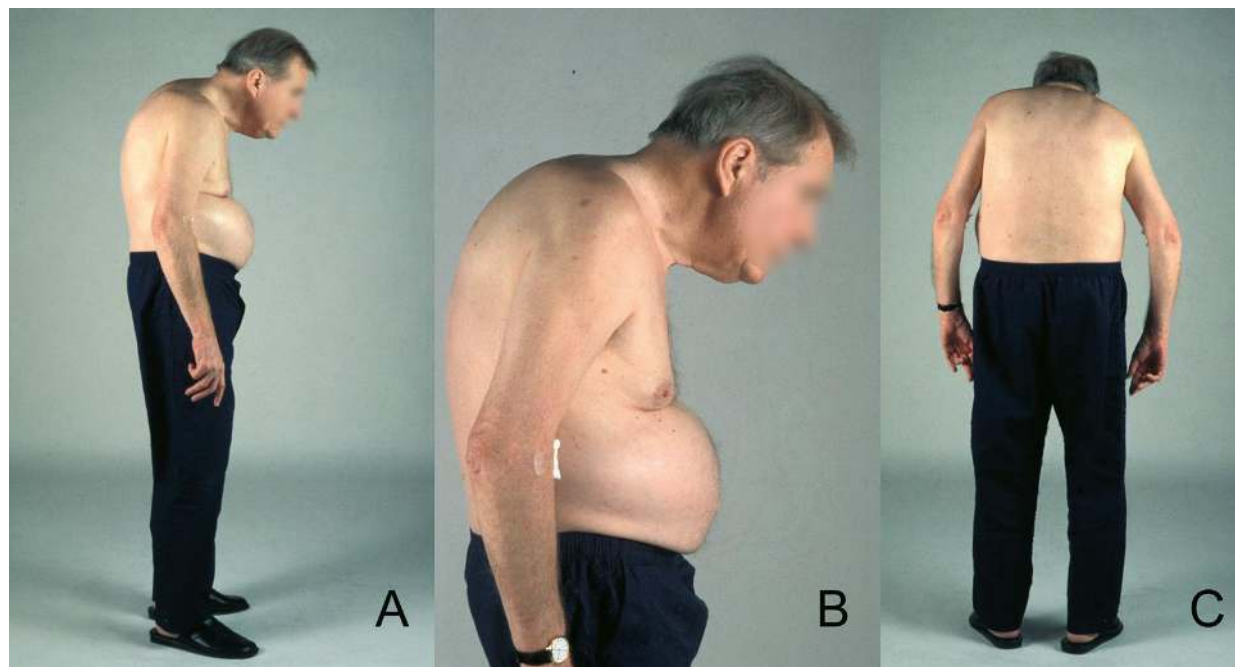


Manifestări clinice axiale:

3. Stadiul dorsal: Dureri toracice, condro-sternale și manubrio-sternale, cu limitare progresivă a distensiei toracice, cu apariția dispneei, compensată inițial prin excursii mai amble ale diafragmului.

Obiectiv:

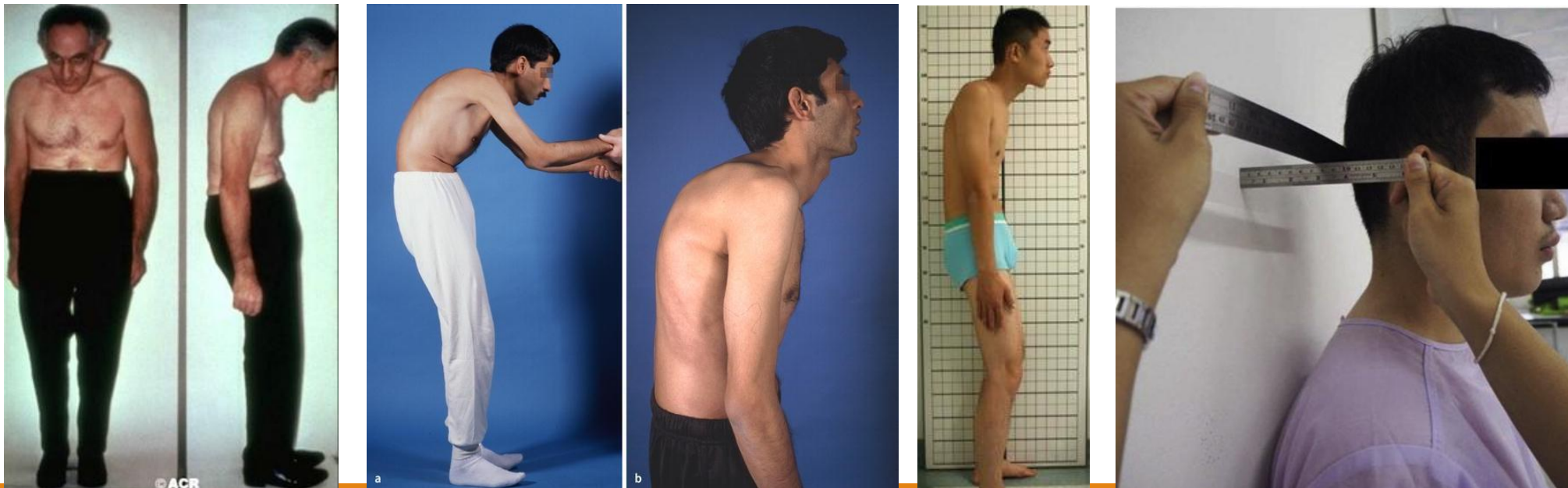
- accentuarea cifozei toracice
- diminuare progresivă a indicelui centimetric –
încunferința toracică la nivelul
spațiului IV intercostal



Manifestări clinice axiale:

4. Stadiul cervical: dureri de tip inflamator, uneori cu iradiere la nivelul centurii scapulare și limitarea progresivă a mobilității cu fixarea în flexie a coloanei cervicale.

În stadiul tardiv (după cel puțin 10 ani de evoluție), prin afectarea întregului schelet axial apare poziția tipică de „schior” prin anteflexia cervicală, cifoza dorsală, rectitudinea lombară și fixarea în flexie a șoldurilor



Entezite:

Sunt consecința afectării inserțiilor tendinoase, ligamentare, fasciale și capsulare pe suprafețele osoase.

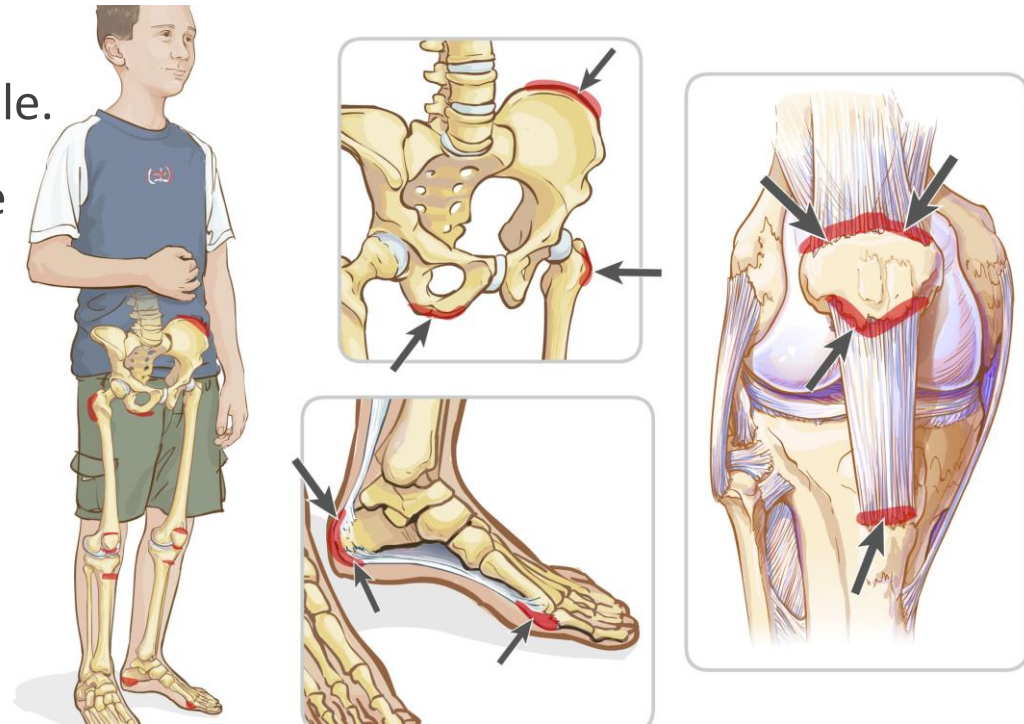
Acuze: Talalgii – fasciita plantară și tendinita Ahiliană

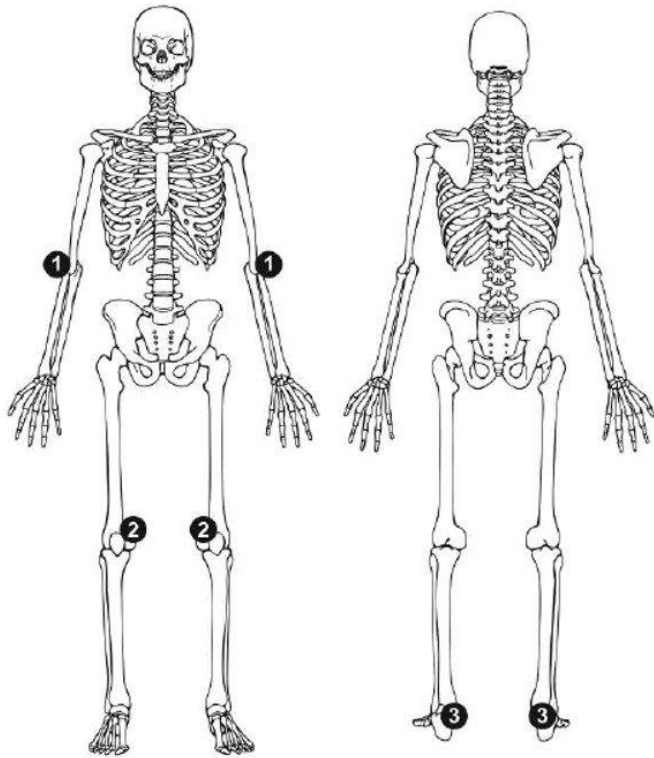
Dureri la nivelul tuberozităților ischiadice, trohanterien, tibiale.

Dureri la nivelul regiunilor sternocondrale, manubriosternale

Evaluarea entezopatiilor:

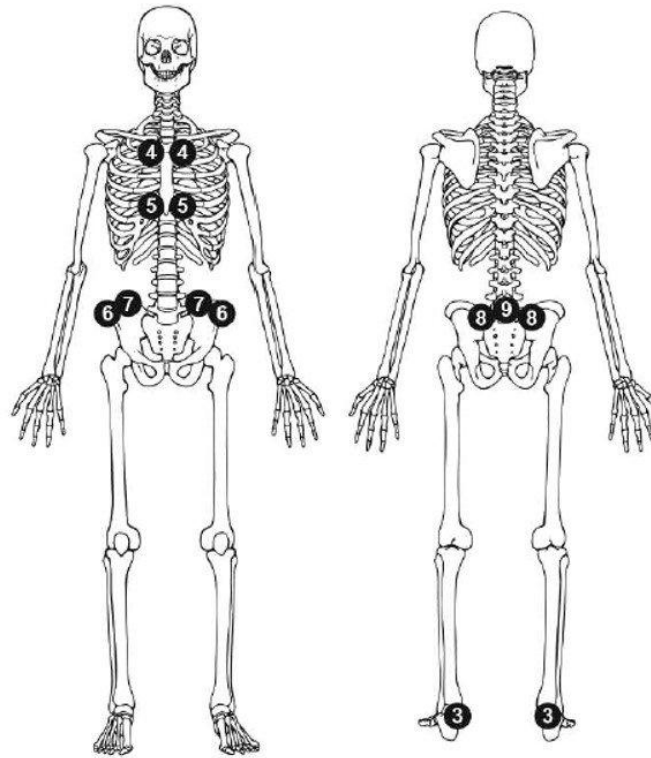
Scorul MASES și LEI





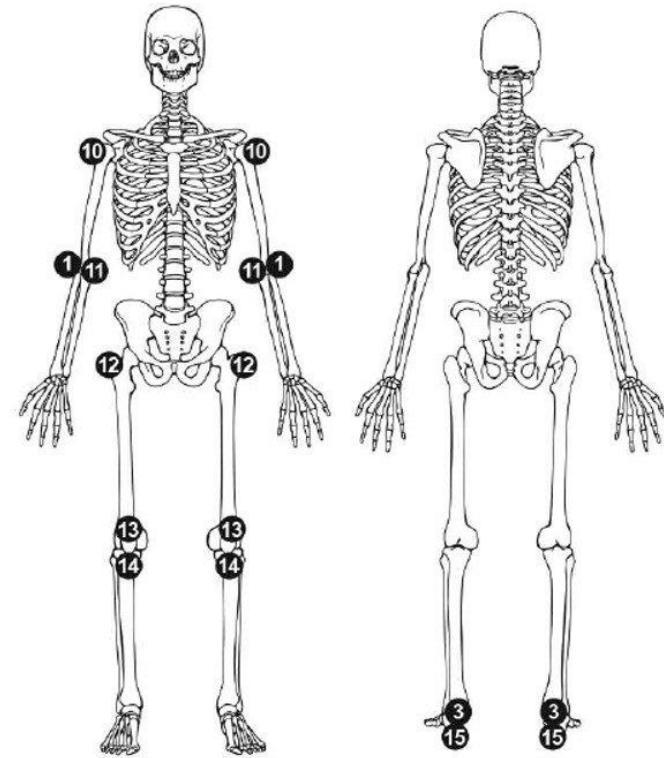
LEI
6 sites

- ① Lateral epicondyle humerus
- ② Medial condyle femur
- ③ Achilles tendon
- ④ 1st costochondral
- ⑤ 7th costochondral



MASES
13 sites

- ⑥ Anterior superior iliac spine
- ⑦ Iliac crest
- ⑧ Posterior superior iliac spine
- ⑨ 5th lumbar spinous process
- ⑩ Supraspinatus insertion



SPARCC
18 sites, score of 16*

- ⑪ Medial epicondyle humerus
- ⑫ Greater trochanter
- ⑬ Quadriceps insertion into superior border of patella
- ⑭ Patellar tendon insertion into inferior pole of patella OR tibial tubercle*
- ⑮ Insertion plantar fascia

Tenosinovite:

Rezultatul inflamației de la nivelul tecii sinoviale prezente la anumite tendoane, cu traseu curbiliniu sau care trec prin tunele fibroase

Adesea – Tenosinovita flexorilor degetelor + sinovita interfalangiană proximală + entezita flexorului superficial + edemul țesutului subcutanat = **Dactilita**



Afectarea articulațiilor periferice

Oligoarticulară, asimetrică și implică predominant membrele inferioare: coxofemorale, genunchi și tibiotarsiene

Șoldurile și umerii sunt afectați la 35% dintre pacienți. Interesarea precoce a articulației coxo-femorale determină un grad ridicat de impotență funcțională, coxita fiind considerată un factor de prognostic negativ.



Manifestări extrascheletale:

- 1. Afectarea oculară:** Uveita acută anterioară sau iridociclită, manifestate prin durere, fotofobie, vedere încețoșată sau creșterea secreției lacrimale. Episoadele pot fi recurente, cu posibilitate de apariție a complicațiilor (glaucom, cataractă, cecitate)
- 2. Afectare cardiacă:** aortita ascendentă și insuficiența aortică în cele mai multe cazuri, însă pot fi prezente și tulburări de conducere (inclusiv bloc atrioventricular), pericardita și disfuncția diastolică
- 3. Afectare neurologică:** apariția de fracturi la nivelul coloanei vertebrale, cel mai frecvent segmentul cervical, subluxația atlanto-axială, sindroame compresive prin osificarea ligamentului longitudinal posterior, sindromul de coadă de cal
- 4. Afectare pulmonară:** apariția disfuncției ventilatorii restrictive secundară limitării severe a expansiunii toracice și fibroză pulmonară (cel mai frecvent localizată la nivelul lobilor superiori)
- 5. Afectarea renală** include nefropatia cu Ig A sau amiloidoza secundară.
- 6. Osteopenia și osteoporoza** au o prevalență crescută la pacienții cu boală activă persistentă, crescând riscul de apariție a fracturilor și a complicațiilor neurologice mai ales în cazul implicării coloanei vertebrale
- 7. Afectare gastrointestinală:** modificări de tip inflamator la nivel intestinal

Investigații paraclinice:

a. Investigații de laborator:

- Forme ușoare de anemie pot fi întâlnite la unii pacienți.
- Sindromul inflamator poate fi prezent, dar valorile VSH și CRP nu reflectă întotdeauna activitatea bolii.
- Fosfataza alcalină poate prezenta valori ușor crescute la pacienții cu SA, însă valoarea acesteia nu reprezintă un marker de activitate.
- HLA B-27 este pozitiv la peste 95% dintre pacienți, comparativ cu 6% din populația generală. Prezintă specificitate și sensibilitate înaltă pentru diagnosticul de SA, fiind recomandat la pacienții cu durere lombară inflamatorie, în absența modificărilor de sacroiliită pe radiografia convențională

Investigații paraclinice:

b. Investigații imagistice:

- Radiografia convențională:

Sacroiliita este tipic bilaterală și simetrică, evidențiată inițial în 2/3 inferioare ale articulației.

Conform criteriilor New York 1984, sacroiliita este definită în 5 grade astfel:

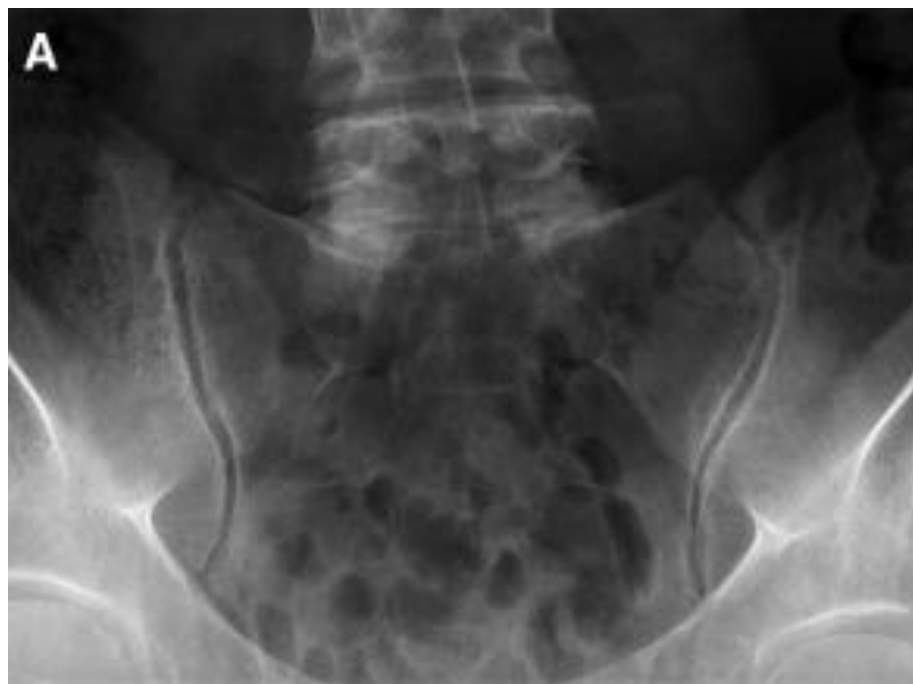
Gradul 0: absența modificărilor;

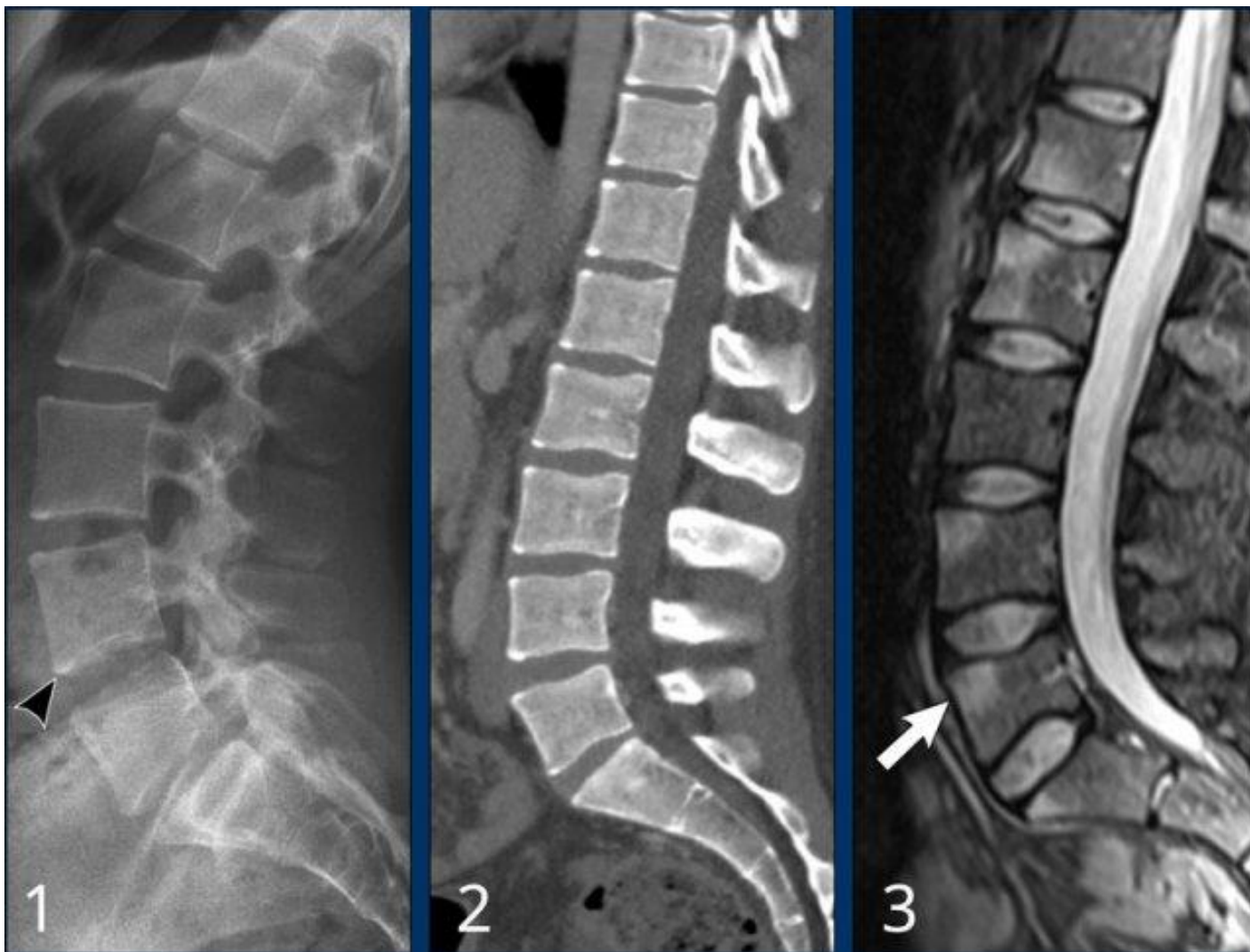
Gradul 1: eroziuni ale osului subcondral cu pierderea regularității marginilor osoase (suspiciune de sacroiliită);

Gradul 2: eroziuni osoase și minimă scleroză pe ambii versanți articulari cu pseudolărgirea spațiului articular (sacroiliită minimă);

Gradul 3: osteocondensare (scleroză) pe ambii versanți articulari, îngustarea spațiului articular (sacroiliită moderată);

Gradul 4: fuziune osoasă, cu dispariția spațiului articular (anchiloză)



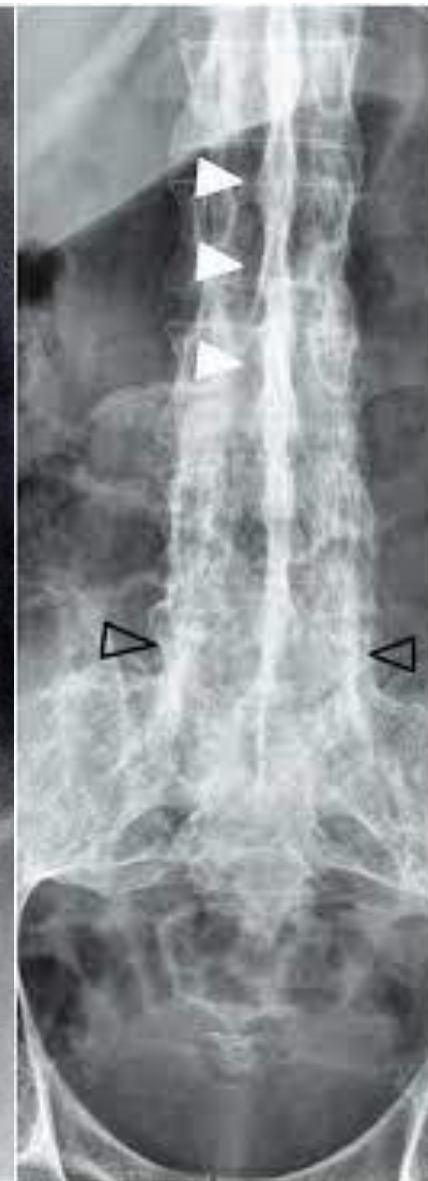


Radiografia coloanei vertebrale:

- Inițial apare aspectul denumit „shiny corners”, reacție secundară inflamației la locul de inserție al inelului fibros al discului intervertebral pe marginea corpului vertebral;
- La nivel lombar se evidențiază aspectul de vertebră pătrată determinat de erodarea marginii superioare, inferioare și anterioare a corpului vertebral la locul inserției inelului fibros



- Formarea de punți osoase intervertebrale - sindesmofit
- osificarea fibrelor externe ale inelului fibros.



- Osificarea ligamentelor interspinoase și supraspinoase realizează o bandă longitudinală continuă mediană, pe radiografia de față, cunoscută sub denumirea de semnul „firului electric”.
- Osificarea articulațiilor interapofizare posterioare și a ligamentelor galbene formează imaginea de „șine de tramvai”.
- În fazele avansate, în urma formării de sindesmofite la nivelul întregii coloane, se obține imaginea de „coloană de bambus”, la care se adaugă osificarea ligamentelor interspinoase și a articulațiilor interapofizare cu anchiloză

Investigații paraclinice:

Afectarea articulației coxo-femorale (coxita) poate duce la modificări radiologice de îngustare uniformă a spațiului articular, scleroză subcondrală, iar tardiv apar osteofite marginale și anchiloză.

Entezopatiile prezente la nivelul marelui trohanter, calcaneu, creasta iliacă, tuberozitatea ischiatică pot duce la formarea unei reacții periostale sau eroziuni osoase. Radiologic apar sub forma unor spiculi osoși.

Radiografic mai pot fi observate modificări de osteoporoză generalizată, secundară imobilizării și procesului inflamator.

Cum au fost in ultima saptamina ?

Va rugam marcati cu un X pe urmatoarele scale. Daca simptomele dvs (durere, oboseala) au avut variatii

marcati numarul care indica media severitatii acestora.

1. Care a fost gradul oboselii pe care ati resimtit-o ?

absenta

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 foarte severa

2. Cum ati descrie durerea de ceafa , spate , mijloc sau sold ?

absenta

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 foarte severa

3. Cum au fost per ansamblu durerile si umflaturile pe care le-ati avut in incheieturi ?

absenta

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 foarte severa

4. Cum ati resimtit discomfortul pe care l-ati avut din cauza zonelor dureroase la atingere sau apasare ?

absenta

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 foarte sever

--	--

A. Scorul total pentru intrebarile 1-4

5. Cum ati resimtit intepeneala de dimineata , dupa ce va trezeati ?

absenta

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Cit timp apreciati ca dureaza intepeneala , dimineata ?

Raspundeti numai la scala 1. Scala numarul 2 este pentru medic !

1. in ore

0	1/4	1/2	3/4	1 1/4	1 1/2	1 3/4	>2
---	-----	-----	-----	-------	-------	-------	----

2. VAS

0	1.25	2.5	3.75	6.25	7.5	8.75	10
---	------	-----	------	------	-----	------	----

--	--	--	--

B. Valoarea medie a raspunsurilor 5 + 6.2

(A _ _ + B _ _ . _ _) : 5 = _ . _ _ scorul BASDAI

BASFI**VERSIUNEA ROMANEASCA VALIDATA**

1. Incaltatul ciorapilor/sosetelor fara ajutor a fost:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

2. Aplecatul dupa un creion aflat pe podea, fara sa va ajutati de ceva a fost:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

3. Intinsul dupa un obiect aflat pe un raft inalt a fost:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

4. Ridicatul de pe scaun fara ajutor a fost:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

5. Ridicatul fara sprijin de pe podea a fost:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

6. Statul in picioare pe loc, fara discomfort timp de 10 minute a fost:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

7. Urcatul a 12-15 trepte (un etaj pe scari) fara folosirea balustradei sau alt ajutor a fost:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

8. Privitul peste umar fara intoarcerea corpului a fost:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

9. Activitatile solicitante precum kinetoterapia, munca in gradina, sportul preferat le-ati efectuat:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

10. Realizarea activitatilor dintr-o zi, acasa si la serviciu a fost:

usor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 imposibil

X = valoarea medie a raspunsurilor 1+2+...+10

Scor BASFI = X/10 =

Tratamentul:

Scopul tratamentului SA este calmarea durerii, reducerea inflamației, menținerea flexibilității articulare și posturii normale, reducerea limitărilor funcționale, prevenirea anchilozei.

- Educația pacientului: gimnastică curativă, kinetoterapie, fizioterapie, balneoterapie.

- Tratamentul medicamentos:

- AINS;

- analgezice;

- glucocorticosteroizi;

- tratament remisiv cu DMARD;

- tratament remisiv cu anticorpi anti-TNF α ;

- Tratament chirurgical (ortopedic) – la necesitate.

- Tratament de reabilitare.

Tratamentul medicamentos al SA (AINS)

- **Tratamentul îndelungat cu AINS este determinat patogenetic**, este eficient și nu are o alternativă adecvată decât medicația antiTNF α .
- AINS sunt preparate de primă linie în tratamentul SA.
- AINS poate fi administrat imediat la diagnosticarea bolii, independent de faza bolii.
- La pacienții cu evoluție persistentă a bolii tratamentul cu AINS este unul de durată.
- Tratamentul continuu cu AINS **încetinește progresarea bolii** spre deosebire de tratamentul „la cerere”.
- Administrarea AINS *necesită evaluarea riscului cardiovascular și al adversităților digestive, renale.*
- AINS va fi ales individual, deoarece nu există unul preferențial

Tratamentul medicamentos al SA (glucocorticoستيروizi)

- Administrarea sistemică nu este recomandată pacienților cu SA, atât forma axială, cât și forma periferică.
- În artrite periferice, sacroiliită, entezite administrarea locală a corticosteroizilor. Administrarea peri-tendinoasă în regiunea tendonului Achilles și a mușchiului quadriceps.
- Tratamentul local cu glucocorticoستيروizi este eficient în uveită.

Tratamentul medicamentos al SA (remisiv – DMARD)

- Preparatele remisive – DMARD (Metotrexat, Leflunomidă, Sulfasalazină) **nu vor fi administrate pacienților cu SA forma axială!**
- Pacienților cu **SA forma periferică** în faza activă a bolii poate fi administrat Sulfasalazină 1-3 g/zi cu reevaluarea eficacității peste 3 luni
- În cazurile refractare la SSL, MTX poate reprezenta o alternativă, până la inițierea terapiei biologice

Terapia biologică:

Recomandări de inițiere:

1. Lipsa răspunsului a 2 AINS pe o perioadă de 3 luni și BASDAI ≥ 4
2. VSH și PCR crescute
3. Modificări specifice IRM
4. Progresie radiologică

Agenți anti TNF α (Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab pegol)

Agenți inhibitori ai IL-17 (Secukinumab)

Terapia non farmacologică

1. Educația pacientului: Vizează asigurarea cooperării pacientului și a compliancei la terapie. Regimul de viață: se impune continuarea activității obișnuite cu repaus de noapte pe pat tare 8-9 ore, fără pernă sau cu pernă cilindrică su ceafă și evitarea ridicării genunchilor (pentru prevenirea flexumului de genunchi).

În timpul zilei se indică folosirea de scaune dure cu spătar drept sau scaune speciale.

Dieta este hipercalorică, cu vitamine și hiposodată.

Tratamentul igienico-postural constă în:

- decubit ventral cu pernă sub torace și sub frunte, cu saci de nisip pe coloana dorsală și bazin
- decubit dorsal cu pernă sub coloana dorsală, fără pernă sub cap, mâinile la ceafă, coatele pe planul patului
- decubit dorsal cu perna sub coloana dorsală și săculeți de nisip pe umeri și genunchi.

Terapia non farmacologică

2. Kinetoterapia

Set de exercitii fizice cu rol de tonifiere a musculaturii paravertebrale și abdominale, păstrarea mobilității coloanei vertebrale, completate cu exerciții respiratorii

Practicarea înotului

Evitarea suprasolicitărilor fizice, traumatismelor și a suprarăcelilor

Spondylolysis and Spondylolisthesis Rehabilitation Exercises



Pelvic tilt



Dead bug exercise



Gluteal stretch



Partial curl



Double knee to chest



Quadruped arm/leg raise



Side Plank

Tratament chirurgical

Pentru afectarea coloanei vertebrale, indicații:

- deformarea cifotică cu alterare importantă a statusului funcțional;
- pseudoartroza dureroasă la nivelul coloanei vertebrale;
- fracturi vertebrale cu instabilitate funcțională; complicații neurologice.

Tipuri de intervenție chirurgicală:

- metode de realiniere osoasă pentru corecția deformării (osteotomie de închidere/ deschidere a coloanei, artrodeză fixată);
- decompresie chirurgicală a rădăcinilor nervoase la nivelul coloanei vertebrale.

Artrite periferice – coxita:

- Artroplastie, endoprotezare articulară.

