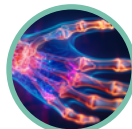


 NOVARTIS

**ANKYLOZUJÚCA**



**SPONDYLITÍDA**

Pod'me jej (po)rozumieť

# ANKYLOZUJÚCA SPONDYLITÍDA



## Pár viet na úvod...

Brožúra, ktorú držíte v rukách vznikla, aby ste sa dozvedeli základné informácie o príčine, príznakoch a liečbe Vášho ochorenia.

Jej hlavným cieľom je umožniť Vám porozumieť týmto informáciám v pohodlí Vášho domova. Má zodpovedať najčastejšie kladené otázky, priniesť návod na to, čo môžete pre úspech liečby urobiť Vy sami. A má Vás zároveň motivovať, aby ste sa v ambulancii pýtali na ďalšie možnosti riešenia Vašich každodenných problémov spojených s ochorením.

## ...o ochorení

**Ankylozujúca spondylitída** je chronické, zápalové reumatické ochorenie, ktoré postihuje najmä axiálny skelet (panvu, chrbticu a hrudný kôš).<sup>1</sup>

**Presná príčina vzniku ochorenia nie je známa.** Predpokladá sa, že u človeka s vrodenu náchylnosťou na vznik choroby určité vonkajšie vplyvy (najpravdepodobnejšie infekcie) spustia kaskádu dejov, ktorá vedie k vzniku zápalu.<sup>2</sup>

**Konkrétne táto choroba sa spája s pomerne silnou genetickou predispozíciou viazanou na antigén HLA B27.** Dôležité je uvedomiť si, že nie každý nositeľ antigénu HLA B27 musí ochorieť, v skutočnosti je to len **2-5%** týchto osôb. Výskyt ochorenia je pomerne zriedkavý. Ankylozujúcou spondylitídou trpí asi **0,1% populácie.** Avšak, riziko vzniku ochorenia u príbuzného pacienta, ak je taktiež nositeľom antigénu HLA B27 je 10 – 20- krát väčšie.<sup>3</sup>

Základným chorobným dejom prebiehajúcim v organizme u pacientov trpiacich ankylozujúcou spondylitídou je **zápal.** Ako u mnohých reumatických ochorení, i v tomto prípade **ide o špecifický autoimunitný zápal.** Jeho základnou charakteristikou je neprimeraná odpoveď imunitného systému, ktorý „vlastné“ pokladá za „cudzie“. A tak hlavne do oblastí úponov šliach, väzov, ale i do kĺbových púzdiar, kĺbovej výstelky a iných tkanív **vysiela organizmus veľké množstvo obranných buniek,** aby „zlikvidovali nepriateľa“. Čo sa prejaví opuchom a najmä bolesťou, pri dlhšom trvaní bez adekvátnej liečby trvalým poškodením týchto oblastí.<sup>4</sup>

Charakteristickým trvalým poškodením je postupne sa zhoršujúca ankylóza chrbtice (tvorba zrastov medzi stavcami) vedúca k stuhnutosi, zníženiu rozsahu až úplnému obmedzeniu hybnosti chrbtice.<sup>5</sup>



## SYMPTÓMY



Čo všetko môže byť prejavom ankylozujúcej spondylitídy...



### 1. Príznaky ochorenia v pojmoch

Najčastejším a zvyčajne prvým príznakom ochorenia je:

#### zápalová bolesť chrbta<sup>6</sup>

**Objavuje sa medzi 20. - 30. rokom života, prakticky vždy pred 50. rokom.** Bolesť je väčšinou lokalizovaná v spodnej časti chrbta; mizne, alebo sa zlepší po rozhýbaní, zhoršuje sa počas dlhého obdobia kľudu (spánok, sedenie), častokrát pacienta nadržanom budí zo spánku. V úvode ochorenia býva táto bolesť príznakom sakroiliitídy. Symetrický-obojsranný zápal sakroiliakálnych kĺbov (kĺby v oblasti panvy) je pre ochorenie typický.<sup>6</sup>



#### Periférna artritída<sup>7</sup>

zápal kĺbov je najčastejší v oblasti ramien a bedier, asi u 50% pacientov. Zápal ostatných kĺbov (kolená, členky, drobné kĺby rúk a nôh) je menej častý. V akútnej fáze je sprevádzaný zápalovou bolesťou kĺbu (mizne, alebo sa zlepší po rozhýbaní), opuchom a zníženou hybnosťou. Pretrvávajúce neliečeného zápalu môže viesť k trvalému poškodeniu.<sup>7</sup>



#### Entezitída<sup>8</sup>

zápal v oblasti úponov šliach a väzov (miesto pripojenia na kosť), je bolestivý príznak, ktorý môže byť dlho pretrvávajúcim a najviac obťažujúcim prejavom ochorenia. Najčastejšie sa prejavuje na dolných končatinách, najmä v oblasti piat, kde sa upína napr. Achillova šľacha. Pred objavením biologickej liečby, entezitídy patrili dlho k príznakom, ktoré len veľmi obmedzene reagovali na podávanú terapiu.<sup>8</sup>



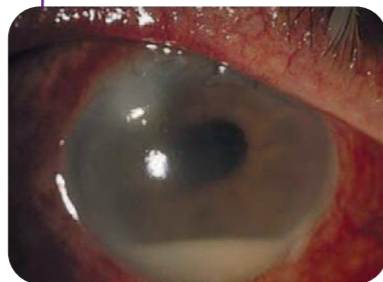
## SYMPTÓMY<sup>9</sup>

**Daktylitída** kombinácia zápalu kĺbov, šliach, šľachových púzdiar a úponov na prstoch rúk a nôh, prejavuje sa opuchom prsta v celej jeho dĺžke.<sup>10</sup>



**Hrudný kôš** býva postihnutý kombináciou zápalov, v oblasti chrbtice, úponov rebier na chrbticu i na hrudnú kosť a v oblasti úponov šliach, čo vedie k bolesti pri nádychu a kašli, pri dlhodobom poškodení k obmedzeniu hĺbky nádychu.<sup>11</sup>

Ankylozujúca spondylitída sa neprejavuje len zápalom v oblasti chrbtice, artritídami a entezeitídami, choroba má i svoje typické **MIMOKĽBOVÉ PRÍZNAKY**.<sup>12</sup>



**Uveitída, autoimunitný zápal v rôznych oblastiach oka**, ktorý sa prejavuje bolesťou, začervenaním a svetloplachosťou. Liečba patrí do kompetencie oftalmológa a je dôležité, aby ste lekára vyhľadali včas, i keď prognóza je dobrá a zápal odoznieva v priebehu niekoľkých týždňov.<sup>12</sup>

**Psoriáza**, kožné autoimunitné ochorenie, prejavujúce sa začervenaním a zvýšeným olupovaním buniek pokožky. Liečba kožných prejavov patrí do kompetencie dermatológa.<sup>12,13</sup>



**Trávaci trakt**, autoimunitný zápal v tejto oblasti je u pacientov s ankylozujúcou spondylitídou pomerne dosť častý. Uvádza sa, že mierne znaky zápalu má až 50% pacientov. Príznaky sú v takom prípade väčšinou mierne, alebo si ich pacient vôbec nevšimne. Iné je to, ak zároveň trpí ďalším autoimunitným ochorením. Ide o idiopatické črevné ochorenia, ako Crohnova choroba a ulcerózna kolitída, liečba ktorých patrí do kompetencie gastroenterológa.<sup>12</sup>

**Osteoporóza**, strata hustoty a kvality kostného tkaniva je paradoxne, napriek tomu že pokročilé ochorenie vedie ku „skostnateniu“ ankylóze chrbtice, veľmi častá. Densitometrické vyšetrenie a jeho hodnotenie je pri tomto ochorení pomerne zložité a je na zvážení Vášho lekára. Je dôležité predchádzať jej vzniku pravidelným pohybom, príjmom adekvátneho množstva vápnika, vitamínu D a K2. / 07 Hrudný kôš býva postihnutý.<sup>14</sup>

Adekvátna a komplexná liečba ankylozujúcej spondylitídy má pozitívny vplyv i na mimokĺbové prejavy ochorenia.<sup>15</sup>

## Formy

Formy ankylozujúcej spondylitídy<sup>16</sup>

Choroba má niekoľko foriem:<sup>16</sup>

**axiálna** (postihuje chrbticu),

**rizomelická** (okrem chrbtice sú postihnuté i ramená a bedrové kĺby),

**periférna** forma pri ktorej sú postihnuté i ostatné kĺby (kolená, členky, drobné kĺby rúk a nôh).



## LIEČBA



Prečo a ako sa liečiť



Predpokladom správnej liečby každého pacienta je komplexné zhodnotenie aktivity ochorenia, rýchlosti progresie, prítomnosti kĺbových a mimokĺbových prejavov, zohľadnenie ostatných ochorení a zároveň prínosov a rizík z liečby vyplývajúcich. **Každý pacient je špecifický** a lekár sa na základe vyššie uvedených faktorov snaží zvoliť liečbu s najvyšším možným benefitom a nízkym rizikom.<sup>6</sup>

**Veľmi účinnou a nevyhnutnou liečbou ankylozujúcej spondylitídy je jej nefarmakologická zložka a to každodenné cvičenie, či už v domácom prostredí, alebo pod vedením fyzioterapeuta.<sup>6</sup>**

Na tejto adrese nájdete komplexný návod na cvičenie zostavený fyzioterapeutkou: <http://www.mojareuma.sk/bechterevoa/>

**Nesteroidné antiflogistiká** sú základným kameňom farmakologickej liečby. Redukujú bolesť a stuhnutosť. V priebehu 2 – 4 týždňov sa účinok prejaví u 70 – 80 % pacientov. Liečba má vplyv i na redukciu tzv. röntgenovej progresie (trvalého poškodenia v oblasti chrbtice). Chorobu modifikujúce lieky (DMARDs), **prípadne niektoré injekčné formy glukokortikoidov podávané priamo do kĺbov** sa používajú na liečbu periférnej formy ochorenia (periférnych artritíd). U pacientov s axiálnou formou nebol potvrdený pozitívny efekt tejto liečby.<sup>17</sup>

**Objav biologickej liečby** výrazne rozšíril možnosti terapie u pacientov s ankylozujúcou spondylitídou. Pokladá sa za najúčinnnejšiu liečbu, avšak prináša so sebou aj určité riziká. Preto je liečba určená pre pacientov s vysokou aktivitou ochorenia s významným rizikom rýchlej progresie, u ktorých je štandardná liečba neúčinná. Jedinečnosť mechanizmu účinku biologickej liečby spočíva v tom, že zasahuje „priamo do deja“, čím redukuje vznik zápalu na presne stanovenom mieste, čo zvyšuje jej účinnosť. Na liečbu ankylozujúcej spondylitídy máme momentálne k dispozícii niekoľko preparátov (blokátory TNF, inhibítory IL17A), čo umožňuje do určitej miery personalizáciu terapie (liečbu prispôsobiť pacientovým potrebám na základe dominujúcich príznakov ochorenia).<sup>18</sup>



## OTÁZKY



**MUDr. Martin Žlnay, PhD.**

Primár klinickej a ambulantnej časti Národného ústavu reumatických chorôb, Nábr. I. Krasku 4782/4, 921 12 Piešťany

Vy sa pýtate, my odpovedáme...

### 1 Je ankylozujúca spondylitída vyliečiteľná?

Žiaľ nie. Choroba je chronická, neexistuje liečba, ktorá dokáže Vaše ochorenie vyliečiť, avšak sú k dispozícii liečivá, ktoré natoľko potláčajú aktivitu ochorenia, jej prejavy a progresiu, že Vám umožnia žiť plnohodnotný, aktívny život.<sup>19</sup>

### 2 Musím užívať liečbu každý deň? Aj tak sú to „len tablety na bolesť“.

Ako uvádzame vyššie, nesteroidné antiflogistiká sú základným kameňom liečby tohto ochorenia. Existuje niekoľko režimov, v akých sa liečbu odporúča užívať. Kontinuálne dlhodobé užívanie, alebo tzv. „on demand“ – podľa potreby. Faktory, ktoré ovplyvňujú rozhodnutie lekára, pri výbere režimu pre Vás sú aktivita ochorenia, efekt liečby a v neposlednom rade tolerancia lieku z Vašej strany. Ak pociťujete nežiaduce účinky, ktoré Vám bránia užívať liečbu v lekárom stanovenom režime, informujte ho. Neužívajte liečbu a neinformovať o tom svojho lekára, nie je riešením.<sup>6</sup>

## OTÁZKY



Vy sa pýtate, my odpovedáme...



### 3 **Mám naozaj aktívne ochorenie a s tým spojené významné ťažkosti, ale bojím sa biologickej liečby a jej nežiaducich účinkov, neviem sa rozhodnúť.**

Pacienti liečení biologickou liečbou sú pravidelne monitorovaní za účelom kontroly parametrov bezpečnosti. Majú pravidelné kontroly u pneumológa, odporúčajú sa pravidelné dermatoskopické vyšetrenia (vyšetrenie znamienok).<sup>6</sup>

### 4 **Môžem ja sám prispieť k úspešnosti liečby?**

Áno, určite a v prípade ankylozujúcej spondylitídy viac ako u ktoréhokoľvek iného reumatického ochorenia.

**Extrémne dôležitou zložkou liečby je pravidelné cvičenie.** 20 minút každodenného ranného cvičenia dokáže výrazne zlepšiť Váš celkový stav, redukuje bolesť, stuhnutosť a zlepšuje rozsah pohybu. Avšak vzhľadom na vysoké riziko osteoporózy a zlomenín stavcov, vyhýbajte sa vzpieraniu ťažkých bremien a športom s vysokým rizikom pádov. Vyhýbajte sa nezdravým pohybovým stereotypom, ak máte sedavú prácu upravte si výšku stola a stoličky, sedte vzpriamene a robte si pravidelné prestávky, počas ktorých urobíte pár jednoduchých cvikov, ktoré Vás naučil fyzioterapeut. Upravte si lôžko, na ktorom spíte, vyhýbajte sa vankúšom a mäkkým matracom. Snažte sa redukovať svoju hmotnosť. Ak fajčíte, prestaňte.<sup>20</sup>



### 5

### **Mám ankylozujúcu spondylitídu a prvostupňového príbuzného s podobnými ťažkosťami, mal by zísť k lekárovi?**

Áno, riziko ochorenia u prvostupňového príbuzného je 10 – 20 krát vyššie. Včasná diagnostika a liečba predchádza vzniku trvalého poškodenia.<sup>21</sup>

### 6

### **Mám ankylozujúcu spondylitídu a plánujem tehotenstvo. Aký to bude mať dopad na priebeh tehotenstva a pôrod? Musím vysadiť liečbu? Čo progresia ochorenia?**

Každý organizmus je jedinečný, ale stabilizované ochorenie by nemalo mať významný vplyv na priebeh tehotenstva. Pri pôrode treba zohľadniť rozsah a stupeň s chorobou súvisiaceho poškodenia v oblasti panvy a bedrových kĺbov. Ankylóza sakroiliakálnych kĺbov a obmedzenie rozsahu pohybu bedrových kĺbov môže skomplikovať priebeh prirodzeného pôrodu. Poradte sa o týchto skutočnostiach so svojim lekárom. Užívanie nesteroidných antiflogistik, sulfasalazínu a veľkej časti biologických liečiv sa počas tehotenstva a dojčenia neodporúča. Oznámiť plánované tehotenstvo ošetrojúcemu lekárovi je preto nevyhnutné. Vzhľadom na to, že ide o chronické, pomaly progredujúce ochorenie a očakáva sa pomerne krátka doba prerušenia liečby, je významná progresia málo pravdepodobná.<sup>21</sup>

## Referencie:

1. Sieper J., Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis. *The Lancet*, Volume 390, Issue 10089, 2017, pp. 73–84. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31591-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31591-4) [thelancet.com].
2. Păsăran E-D., Diaconu A. E., Oancea C., Bălănescu A-R., Aurelian S. M., Homentcovschi C. An Actual Insight into the Pathogenic Pathways of Ankylosing Spondylitis. *Current Issues in Molecular Biology*, 2024, 46(11):12800–12812. DOI: <https://doi.org/10.3390/cimb46110762>.
3. Nigil Haroon. Does a Positive HLA-B27 Test Increase Your Risk of Mortality? *The Journal of Rheumatology*, 2015; 42(4):559–560. DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.150017>.
4. Mauro D., Thomas R., Guggino G., Lories 1. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41584-021-00625-y>.
5. Yuehan Xiong, Menghua Cai, Yi Xu, Peng Dong, Hui Chen, Wei He, Jianmin Zhang. Joint together: The etiology and pathogenesis of ankylosing spondylitis. *Frontiers in Immunology*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.996103>.
6. Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, et al. ASAS–EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(1):19–34. doi:10.1136/ard-2022-223296.
7. Hwang, M. C., Ridley, L., & Reveille, J. D. Ankylosing spondylitis risk factors: a systematic literature review. *Clinical Rheumatology* (2021). DOI: 10.1007/s10067-021-05679-7.
8. Spadaro A, Perrotta FM, Carboni A, Scarno A. Clinical and imaging assessment of peripheral enthesitis in ankylosing spondylitis *Future Rheumatology*. DOI: 10.2217/17460816.4.5.611.
9. Sieper J., Braun J., Rudwaleit M. et al. Ankylosing spondylitis: an overview. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2002;61(Suppl 3):iii8–iii18. DOI: 10.1136/ard.61.suppl\_3.iii8.
10. Patience A. Pathology of enthesitis and dactylitis. *Royal College of Podiatry Conference*; 2023. DOI: 10.2217/17460816.4.5.611.
11. Rudwaleit M, Landewé R, van der Heijde D, Listing J, Brandt J, Braun J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis. *International Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection*. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(6):777–783. doi:10.1136/ard.2009.108233.
12. Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, Boonen A. Prevalence of extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(1):65–73. doi:10.1136/annrheumdis-2013-203582.
13. Meier K, Schloegl A, Poddubnyy D, Ghoreschi K. Skin manifestations in spondyloarthritis. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2020;12:1–15. doi:10.1177/1759720X20975915.
14. Briot K, Roux C. Inflammation, bone loss and fracture risk in spondyloarthritis. *RMD Open*. 2015;1(1):e000052. doi:10.1136/rmdopen-2015-000052.
15. Elewaut D, Matucci-Cerinic M. Treatment of ankylosing spondylitis and extra-articular manifestations in everyday rheumatology practice. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48(9):1029–1035. doi:10.1093/rheumatology/kep146.
16. Jurkowski M, Jeong S, Brent LH. Axial spondyloarthritis: Clinical features, classification, and treatment. *JSM Arthritis*. 2021;4(1):1029. doi:10.47739/2475-9155/1029.
17. Bittar M, Deodhar A. Axial spondyloarthritis: A review. *JAMA*. 2025;333(5):408–420. doi:10.1001/jama.2024.20917.
18. Zhou E, Wu J, Zeng K, Wang M, Yin Y. Comparison of biologics and small-molecule drugs in axial spondyloarthritis: a systematic review and network meta-analysis. *Front Pharmacol*. 2023;14:1226528. doi:10.3389/fphar.2023.1226528.
19. Zhu W, He X, Cheng K, et al. Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. *Bone Res*. 2019;7(1):22. DOI: 10.1038/s41413-019-0057-8.
20. Zão A, Cantista P. The role of land and aquatic exercise in ankylosing spondylitis: a systematic review. *Rheumatology International*. 2017;37:1979–1990. doi: 10.1007/s00296-017-3829-8.
21. Morin M, Hellgren K, Frisell T. Familial aggregation and heritability of ankylosing spondylitis – a Swedish nested case–control study. *Rheumatology*. 2020;59(7):1695–1702. doi: 10.1093/rheumatology/kez519.
22. Giovannopoulou E, et al. Ankylosing Spondylitis and Pregnancy: A Literature Review. *Current Rheumatology Reviews*. 2017;13(3):162–169. doi: 10.2174/1573397113666170203145940.

Spoločnosť Novartis vlastní autorské práva k použitým fotografiám.  
Tento materiál obsahuje všeobecné odporúčania a nenahrádza vyšetrenie  
alebo konzultáciu zdravotného stavu pacienta s ošetroujúcim lekárom.