

Marta Olejárová
Revmatologický ústav
Praha



Ankylozující spondylitida a vy

 **NOVARTIS** | Reimagining Medicine

Rozměr po složení: 105×210 mm

Obsah

Co víme o vzniku nemoci aneb Tajemná molekula HLA B27	8
Příznaky a projevy ankylozující spondylitidy	12
Bechtěrev pod rentgenem	17
Léčba ankylozující spondylitidy	23
Život s ankylozující spondylitidou	34
Plánování rodiny	39
Očkování	42

Milí přátelé, pacienti,

dozvěděli jste se, že příčinou vašich bolestí zad nejsou „plotýnky“, ale zánět. Chronické zánětlivé onemocnění, které se jmenuje ankylozující spondylitida. Při stanovení diagnózy vysvětluje ošetřující lékař pacientovi podstatu jeho onemocnění a informuje o vhodné životosprávě a možnostech léčby, přesto většina pacientů pátrá po dalších informacích, zpravidla na internetu. Kvalita informací dostupných na internetu však značně kolísá, navíc většina z nich není nijak korigována, a tak se snadno může stát, že je pacient informován nesprávně.

Nejlepší cestou k získání informací je osobní rozhovor s ošetřujícím lékařem, který pacienta náležitě informuje s ohledem na jeho konkrétní zdravotní stav, avšak čas v ordinaci může být někdy omezený nebo je informací tolik, že je obtížné si vše pamatovat.

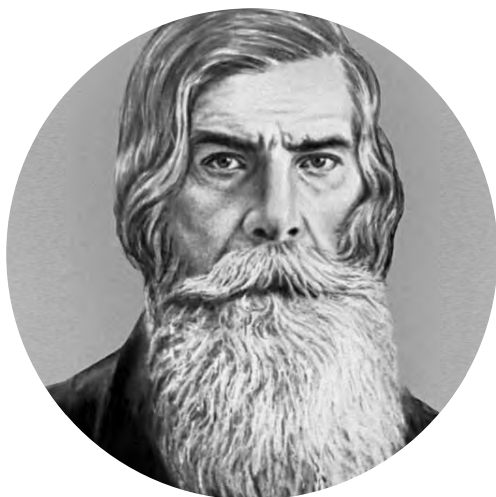
Tato brožurka vám přináší základní informace o vaší nemoci, o její podstatě, principech diagnózy a léčby, ale také o jejím vlivu na běžný život, práci a rodinu. Využila jsem v ní své více než dvacetileté zkušenosti z oboru revmatologie i praktické práce s pacienty a zaměřila jsem se na informace, které by měl pacient znát, a problémy, které nejčastěji řeší.

Doufám, že v ní najdete vše, co vás zajímá. A pokud ne, doplní je váš ošetřující lékař.

Přeji vám pevnou vůli a pevné zdraví.

Srdečně

MUDr. Marta Olejárová, CSc.



Vladimír Michajlovič Bechtěrev

Ankylozující spondylitida neboli Bechtěrevova nemoc, je vleklé, zpravidla celoživotní zánětlivé onemocnění kloubů páteře, v některých případech i kloubů končetinových. Důsledkem tohoto zánětu je kostnatění vazů spojujících jednotlivé obratle. Může docházet ke srůstání obratlů (tzv. ankylóze, odtud název „ankylozující“) a omezení hybnosti páteře ve všech směrech.

Ankylozující spondylitida je mezi lidmi známá spíše jako **Bechtěrevova nemoc**. Pojmenování dostala podle svého objevitele – ruského lékaře a vědce **Vladimíra Michajloviče Bechtěreva**, který ji popsal v roce 1892. Byl to charismatický ruský neurolog, neurofyzikolog a psychiatr, který žil v letech 1857 až 1927. Zabýval se především studiem příčin nervových a duševních chorob, jeho dílo však bylo tematicky velmi široké a obsáhlé a dotýkalo se hned několika medicínských oborů – neurofyzikologie, neurologie, psychologie, psychiatrie i revmatologie.

Ankylozující spondylitida je relativně vzácné onemocnění, které postihuje asi 0,25 % populace. Vyskytuje se celosvětově, na všech kontinentech a ve všech podnebných pásích, avšak s určitými zeměpisnými rozdíly. Její výskyt je častější v severních zemích, což až tak nesouvisí s chladným podnebím, ale s vyšším výskytem antigenu HLA B27 (viz dále) v severských populacích. Ankylozující spondylitida postihuje převážně muže, kteří jsou postiženi 4–6× častěji než ženy.

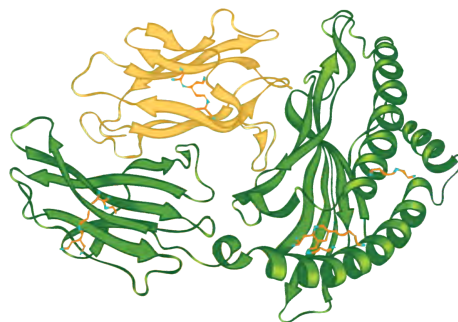
Co víme o vzniku nemoci aneb Tajemná molekula HLA B27

I přes významné pokroky v poznání biologických reakcí, souhry různých molekul i úlohy genetických vlivů zůstává vlastní prvotní příčina Bechtěrevovy nemoci stále neznámá. Přestože se jedná o neinfekční zánětlivé onemocnění (choroba není přenosná), je velmi pravděpodobné, že se nějaký **infekční mikroorganismus** na spuštění nemoci podílí.

Který to je, zatím nevíme, pod drobnohledem byla řada bakterií či virů, ale u žádného z nich nebyla jednoznačná souvislost se vznikem choroby potvrzena. Z experimentálních prací ale víme, že např. u laboratorních myší, které trpí zánětlivým onemocněním páteře, podobným Bechtěrevově nemoci, se choroba nerozvine, pokud jsou od narození krmeny sterilní stravou. Pokud dostávají běžnou stravu, obsahující běžné bakterie, zánět kloubů páteře u nich propukne.

Velmi důležitou úlohu mají při vzniku Bechtěrevovy nemoci **geny**. Rodinný výskyt ankylozující spondylitidy a příbuzných onemocnění, jako jsou záněty oční duhovky, lupénka apod., u pokrevních příbuzných je znám dlouho a je výraznější než např. u revmatoidní artritidy. Choroba však není klasicky dědičná,

neplatí tedy, že by muž s Bechtěrevovou nemocí musel mít nutně postižené všechny děti, nicméně riziko u jeho potomků vyšší je. A může za to právě **antigen HLA B27**.



Co vlastně tato kombinace písmen a čísel, připomínající státní poznávací značku auta, znamená? Podobnost s „espézetkou“ není čistě náhodná. HLA antigeny jsou bílkovinné molekulární „značky“ na povrchu všech buněk lidského těla. Nejvíce jich je na povrchu bílých krvinek (leukocytů), proto se označují zkratkou „HLA“ (z angličtiny Human Leukocyte Antigen). Je jich několik skupin, resp. systémů, které se označují písmeny, např. A, B, C atd., a každý z nich má mnoho podtypů, které se pak označují čísly. Každý člověk má na svých buňkách unikátní kombinaci těchto antigenů – tedy svoji vlastní „espézetku“. Pokud se do těla dostane cizorodá buňka nebo některý z jejích antigenů, HLA molekuly je předloží imunitnímu systému, který proti nim spustí nekompromisní reakci směřující k jejich likvidaci.

U autoimunitních chorob, mezi něž ankylozující spondylitida patří, je však imunitní systém zmaten, neumí rozpoznat, co je cizí a co vlastní, a paradoxně začne bojovat i proti vlastním buňkám a tkáním. Přes 90 % pacientů s ankylozující spondylitidou je nositelem antigenu HLA B27. Podezření, že je tou poruchou, která vede ke vzniku nemoci, právě on, je vysoké. Nicméně nositelem tohoto antigenu je určité procento zcela zdravé populace (kolem 7 %), která nikdy chorobou neonemocní. Proč tomu tak je? Odpověď není jednoduchá a zatím se stále odvíjí od různých hypotéz. Molekulární biologové se např. domnívali, že by antigen HLA B27 mohl být podobný některému bakteriálnímu či virovému antigenu, a proto stimuluje imunitní systém k nesprávné reakci, v podezření byla např. bakterie Klebsiella. Další hypotézou je, že antigen HLA B27 poskytuje ochranu některým mikroorganismům před působením přirozené imunity, umožňuje tak jejich přežívání a ty pak mohou spustit zmíněný autoimunitní zánět. Tak by tomu mohlo být např. u nyní populárních chlamydií, což jsou zvláštní bakterie žijící uvnitř buňky. Samy o sobě mohou působit klinicky jen lehkou, nevýraznou infekci, ale po napadení organismu jsou schopny v něm dlouhodobě přežívat a zbytečně svou přítomností „dráždit“ imunitní systém.

Antigen HLA B27 nacházíme i u jiných zánětlivých chorob, jako jsou již zmíněné záněty duhovky, některé typy psoriatické artritidy, autoimunitní střevní záněty nebo tzv. reaktivní artritidy.

Nositel antigenu HLA B27 je tedy oproti zdravé populaci ohrožen vyšším rizikem vzniku ankylozující spondylitidy. Antigen HLA B27 tuto diagnózu podporuje, avšak nepotvrzuje, přece jen platí, že naprostá většina nositelů je zdravá.

Nositel antigenu HLA B27 jej přenese na polovinu svých potomků. Ale pravděpodobnost, že jedinec s pozitivním HLA B27 onemocní spondylitidou, je něco kolem 5 %. Dobrou zprávou tedy je, že nositelé antigenu HLA B27 tedy budou mít s pravděpodobností 97,5 % své děti zdravé.



Příznaky a projevy ankylozující spondylitidy

Ankylozující spondylitida je tedy, jak její latinský název napovídá, zánětlivé onemocnění, které postihuje páteř. Zánět však nemusí být omezen jen na klouby páteře, může se objevit i zánět končetinových kloubů (artritida), častěji dolních končetin, nebo zánět šlach (tendinitida) a jejich úponů (entezitida). Podle typu postižení rozlišujeme tři formy nemoci: čistě **axiální**, kdy je postižen pouze osový skelet, tedy páteř, dále formu **rizomelickou**, kdy jsou současně s páteří postiženy i kořenové končetinové klouby (kyčle a ramena), a **periferní** neboli skandinávskou formu, kdy je přítomno kromě páteře i postižení periferních kloubů (kolen, kotníků, drobných nožních kloubů apod.). Klouby horních končetin jsou postiženy oproti jiným revmatickým chorobám zřídka.

Zánět v páteři začíná nejprve v sakroiliakálních kloubech. Je to místo vklínění konce páteře – kosti křížové do pánevního kruhu. V tomto místě nejsou kosti srostlé, jak to na první pohled vypadá, ale nachází se zde plochý kloub s malým rozsahem pohybu. Zánět tohoto kloubu označujeme jako **sakroiliitidu**. Projevuje se **zánětlivými bolestmi zad**, které velmi dobře znáte, tedy klidovými bolestmi s maximem v noci

nebo časných ranních hodinách, spojenými se ztuhlostí, které polevují cvičením. Typicky se tyto bolesti objevují u mladších jedinců mezi 20. a 30. rokem věku, pozdější začátek je vzácný, a pokud je choroba zjištěna později, jedná se zpravidla o pozdní diagnózu.

Nemoc je chronická, proměnlivá, zánětlivá bolest může v jejím průběhu zesilovat, zeslabovat nebo může i úplně vymizet, a to v momentě, kdy dojde k ankylóze. Ankylóza znamená srůst. Při Bechtěrevově nemoci dochází vlivem chronického zánětu ke kostnatění přilehlých vazů a srůstům kloubů mezi sebou. Nejprve je tento proces patrný v průběhu sakroiliakálních kloubů, i když může být zpočátku jen v některých částech kloubní štěrbině a postupně ji srůsty zcela uzavřou. Když dojde k ankylóze, postižený kloub přestane bolet. To už se ale obvykle bolest přesouvá do vyšší části páteře a má zde stejný charakter.

I jednotlivé meziobratlové klouby mohou postupně srůstat a omezovat pak hybnost postiženého úseku páteře, přičemž po určitou, poměrně dlouhou dobu nemusí srůsty páteře činit výraznější omezení celkové hybnosti a pacient je nemusí vůbec vnímat. Problém nastává obvykle, až když se choroba dostane do oblasti hrudní páteře, kde může omezovat dechové pohyby hrudního koše, či krční páteře, kde může znemožňovat otáčení hlavy. Pak může

nastat problém např. při řízení vozidel. Měření rozvíjení páteře lékařem nebo fyzioterapeutem je tedy důležité nejen pro diagnostiku této nemoci, ale i při jejím sledování, hodnocení vývoje nemoci či funkčního omezení pro posudkové účely.

U **rizomelické formy** se může zánět rozvinout ve velkých, kořenových kloubech – ramenou a zejména v kyčlích (*obr. níže*). Zánět kyčelního kloubu může být často úplně prvním projevem nemoci, ještě před nástupem typických bolestí zad. Bolesti kyčelního kloubu pacient vnímá zepředu,



Rizomelická forma
ankylozující spondylitidy

hluboko v třísle, někdy mohou kyčle bolet i z boku. Pacienti často mylně uvádějí bolesti v hýždích jako bolest kyčlí, ale bolest lokalizovaná v této oblasti vychází ze sakroiliakálních kloubů a přilehlých struktur.

U tzv. **periferní formy** dochází k zánětu končetinových kloubů, nejčastěji se setkáváme s postižením kolene, kotníku či drobných nožních kloubů. Postižení kloubů je spíše asymetrické a na rozdíl od revmatoidní artritidy nebývají postiženy klouby horních končetin (*obr. níže*).



Periferní forma
ankylozující spondylitidy

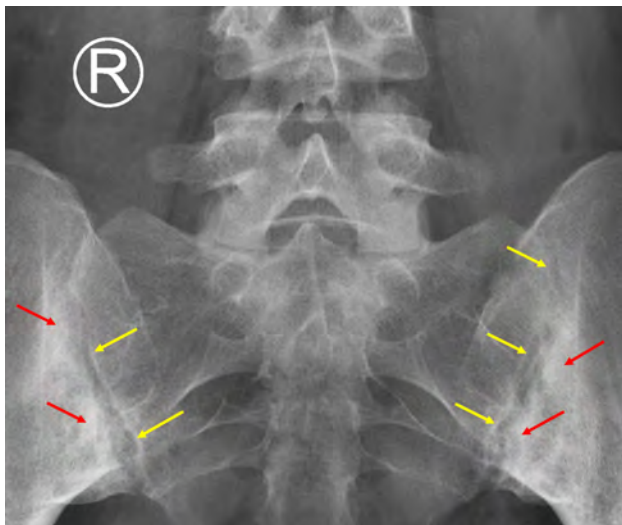
Velmi typickým projevem spondyloartritid jsou **entezopatie** – záněty v oblasti šlachových úponů. Entezopatická bolest může být velmi silná, vyvolaná aktivním pohybem kloubu, a může aktivní pohyb výrazně limitovat. Pacient ji může pociťovat např. jako bolest paty v oblasti úponu Achillovy šlachy nebo zespoda, v místě úponu ploché šlachy chodidla (plantární aponeurózy).

Kromě postižení páteře, kloubů, šlach a jejich úponů se setkáváme u některých nemocných s různými **mimokloubními projevy**, různými výrazkami připomínajícími lupénku, se záněty oční duhovky, střevními záněty aj. Při objevení se jakýchkoliv nových příznaků, které ani na první pohled nemusí s chorobou souviset, je vhodné je hlásit svému ošetřujícímu lékaři – revmatologovi, který poté rozhodne o dalším postupu.

Bechtěrev pod rentgenem

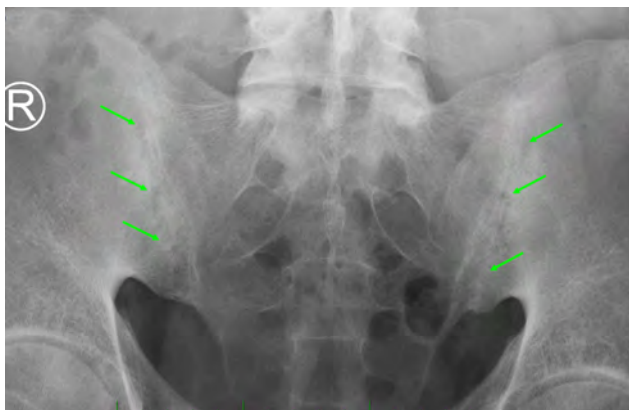
Při podezření na Bechtěrevovu nemoc jste jistě absolvovali jeden nebo i více snímků páteře. Proč se snímky provádějí a jaké změny vlastně na rentgenu hledáme? Není lepší magnetická rezonance?

Rentgenové změny jsou způsobeny až chronickým zánětem, proto je u časných stadií nemoci nemusíme na klasickém RTG snímku zachytit. První zánětlivé změny bývají patrné na kloubních štěrbinách sakroiliakálního skloubení, tedy v místě vklínění kosti křížové do pánve. Štěrbiny postižené zánětem mají na rentgenu nepravidelný průběh, místy jsou zúžené, jinde mohou být naopak rozšířené, tento nálezní svědčí pro zánět neboli sakroilitidu. Rozšíření štěrby signalizuje kostní erozi, tedy úbytek či jakési „nahlodání“ kosti. Kostní eroze jsou specifickým projevem zánětu, nemohou být způsobeny jiným, např. degenerativním kloubním onemocněním (artrózou). Později se objevují v kloubních štěrbinách i místa přemostěná kostní tkání, tedy srůsty. Štěrbina v těchto místech zaniká a dochází k pevnému spojení obou kloubních ploch, což označujeme jako ankylózu. U Bechtěrevovy nemoci jsou tyto změny typicky symetrické, na obou stranách kosti křížové, ale v počátečních stádiích mohou být i jednostranné.



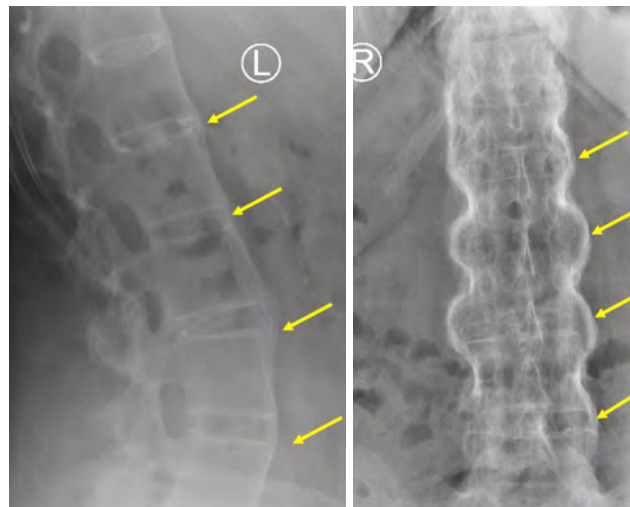
Obrázek 1

Na RTG je oboustranně patrný počínající zánět křížovokyčelních skloubení. Jejich štěrbiny mají nepravdělnou šířku (žluté šipky) a struktura přilehlé kosti je výraznější (červené šipky).



Obrázek 2

Na tomto RTG snímku jsou již pokročilé zánětlivé změny křížovokyčelních skloubení. Linie kloubních štěrbin jsou setřelé, místy úplně zaniklé (zelené šipky).



Obrázek 3

Na bočním RTG snímku bederní páteře (vlevo) vidíme plynulé přemostění všech obratlů, tzv. syndesmofyty (žluté šipky). Na předozadním snímku bederní páteře jsou tyto syndesmofyty patrné na obou stranách obratlů, a obraz tak připomíná bambusovou tyč.

Změny na obratlích se obvykle vytvářejí později a vyvíjejí se odspoda, tedy od kosti křížové nahoru, a postupují většinou plynule obratel po obratli, od bederní přes hrudní až po krční páteř.

Nejprve můžeme pozorovat určité zahrocení či čtvercový tvar obratle, pokud se na něj díváme zboku, později se vytvářejí po stranách obratlů kostěné srůsty, tzv. **syndesmofyty**, které vznikají kostnatěním vazů spojujících jednotlivé obratle. Jsou jemné, symetrické a pravidelné, a pokud se vyvinou na více obratlích za sebou, páteř dostává na rentgenovém snímku vzhled „bambusové tyče“. Označuje se proto jako „bambusová páteř“.

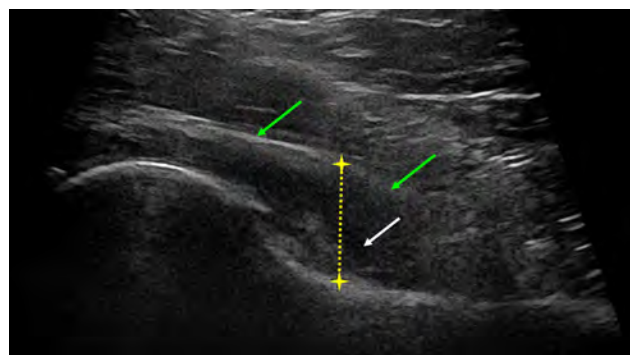
Rentgenové vyšetření je velmi důležité pro stanovení diagnózy, ale i pro sledování vývoje nemoci nebo hodnocení rozsahu postižení, např. pro účely posudkového lékařství. Rentgenový snímek však spolehlivě zachytí jen změnu tvaru či struktury kostních tkání, není schopen zobrazit změny měkkých tkání, otok apod., což v praxi znamená, že může být rentgenový snímek poměrně dlouhou dobu zcela normální nebo jen s neurčitými změnami, které nejsou pro diagnózu Bechtěrevovy nemoci průkazné. Diagnóza tak může být oproti prvním klinickým potížím značně opožděna, v praxi je to často několik let.

Velký přínos pro časnou diagnostiku zánětlivých onemocnění páteře má vyšetření **magnetickou rezonancí**. Tato metodika nezatěžuje pacienta žádným radioaktivním zářením a je schopna zobrazit tkáně tvrdé, měkké i přítomnost tekutiny, prokreslit tvar a strukturu i hluboce uložených orgánů, takže může zachytit zánět v oblasti sakroiliakálních kloubů ještě před vznikem kostních erozí, a diagnostiku spondyloartritid tak výrazně urychlit.

Nevýhodou tohoto vyšetření je oproti běžnému rentgenovému snímku vysoká cena a nemožnost vyšetřovat pacienty s předměty z magnetického kovu v těle. Vyšetření nesmí proto podstoupit pacienti s kardiostimulátory, nitroušními implantáty apod. Obyčejné zubní plomby nevadí. U chirurgického materiálu (např. endoprotézy,

kovové svorky, dráty apod.) je většinou vyšetření možné, protože dnešní chirurgie využívá již řadu let pomůcky z nemagnetického kovu (svorky, endoprotézy). V každém případě je však třeba tuto skutečnost nahlásit lékaři, který vyšetření plánuje a který rovněž rozhodne, zda je vyšetření v konkrétním případě bezpečné a možné.

Ultrazvukové vyšetření provádíme při podezření na zánět končetinových kloubů, nejčastěji ho využíváme pro vyšetření kyčelních kloubů, které nejsou přístupné přímému klinickému vyšetření. Ultrazvuk dokáže zobrazit měkké tkáně a přítomnost tekutiny, můžeme proto spatřit např. zesílení kloubní výstelky při chronickém zánětu nebo zmnožení nitrokloubní tekutiny (tzv. výpotek). Pro vyšetření sakroiliakálních kloubů či kloubů páteře není ultrazvuk přínosný. Nespornou výhodou ultrazvuku je jeho snadná dostupnost, nízká cena a žádné škodlivé záření.



Obrázek 4

Ultrazvukové vyšetření kyčelního kloubu postiženého zánětem, ukazuje vzedmutí (žlutá linie) kloubního pouzdra (zelené šipky) zmnoženou nitrokloubní tekutinou (bílá šipka).



Léčba ankylozující spondylitidy

U pacienta, u kterého byla stanovena diagnóza neradiografické axiální spondyloartritidy, je třeba zahájit léčbu co nejdříve. Základem terapie je léčba pohybová, tedy pravidelné cvičení a pohybové aktivity, jež mohou u části nemocných přinést dostatečnou úlevu. Pokud jsou obtíže výraznější nebo neodezní při pohybové léčbě, užívají pacienti protizánětlivé léky (nesteroidní antirevmatika). U nemocných s postižením končetinových kloubů nebo šlach a úponů se užívá sulfasalazin. V nejtěžších případech s nedostatečnou odpovědí na cvičení a běžnou léčbu nesteroidními antirevmatiky je možné podat léčbu biologickou.

Nefarmakologická léčba

Základem léčby neradiografické axiální spondyloartritidy je **léčba pohybová**. Řada klinických studií i zkušenosti z praxe ukazují, že vhodné cvičení nejen snižuje zánětlivou bolest a ztuhlost, ale také napomáhá udržet pohyblivost páteře a zpomaluje průběh nemoci. U pacientů s Bechtěrevovou nemocí cvičení navíc pomáhá udržet vzpřímené držení těla a pohyblivost hrudníku nutnou pro správné dýchání.

Ideálním postupem u nově diagnostikovaných pacientů je odborné kineziologické vyšetření

fyzioterapeutem nebo vyšetření rehabilitačním lékařem, kteří navrhnou individuální program cvičení s ohledem na aktuální klinický nálezn. Toto cvičení by se měl pacient během individuální fyzioterapie naučit správně provádět a doma pak pokračovat v pravidelném cvičení alespoň jednou denně po dobu 20 minut, lépe dvakrát. Ve větších rehabilitačních zařízeních probíhají i pravidelná skupinová cvičení určená speciálně pacientům se spondyloartritidami.

Vhodné jsou pravidelné kontroly fyzioterapeuta nebo rehabilitačního lékaře, které zhodnotí vývoj nemoci, efekt dosavadní léčby, případně program cvičení individuálně upraví.

Bolesti zad a kloubů, respektive jejich krátkodobé zhoršení, můžeme řešit též různými **nefarmakologickými prostředky** – třeba prohříváním (na ztuhlá záda apod.) či chlazením a ledováním (akutní zánět kolenního kloubu), jemnými masážemi nebo fyzikální léčbou (elektroléčba, magnetoterapie, laser apod.).

Lázeňská léčba neboli balneoterapie je důležitou součástí nefarmakologické léčby a jejím smyslem je intenzivní, individuální rehabilitace. Lázeňskou léčbu navrhuje odborný lékař – revmatolog, event. rehabilitační lékař a poukaz na základě tohoto doporučení vystavuje praktický lékař. Po schválení návrhu zdravotní pojišťovnou je pacient vyzván k nástupu do tří měsíců.

Komplexní lázeňská léčba je hrazena zdravotní pojišťovnou od II. stadia a lze ji v případě potřeby opakovat jednou za rok. U nemocných s nižším stadiem je možné indikovat tzv. příspěvkovou lázeňskou léčbu, kdy má pacient hrazenou léčbu a sám hradí ubytování a stravu. Lázeňskou léčbu pro pacienty s ankylozující spondylitidou poskytuje většina lázeňských zařízení, ale nejdelší zkušenosti s léčbou zánětlivých revmatických onemocnění mají lázně Jáchymov, Třeboň nebo Bohdaneč.



Farmakoterapie

Dominujícím projevem ankylozující spondylitidy jsou zánětlivé bolesti zad, často i kloubů a úponů šlach a vazů.

Pro léčbu bolesti užíváme u nemocných s ankylozující spondylitidou léky ze skupiny tzv. **nesteroidních antirevmatik**. Tyto léky mají silný účinek na akutní zánětlivou bolest, a pokud jsou podávány pravidelně a v dostatečných dávkách, působí i protizánětlivě. Nesteroidní antirevmatika nejsou návyková, ale jejich dlouhodobé užívání může být spojeno s různými jinými nežádoucími účinky, proto je třeba, aby vám vhodný lék vybral ošetřující lékař s ohledem na vaše přidružená onemocnění a při pravidelných kontrolách vyhodnocoval bezpečnost této léčby.

Obecně jsou u spondyloartritid výhodnější nesteroidní antirevmatika s delším nebo prodlouženým účinkem, která jsou schopna působit přes celou noc nebo i po dobu celých 24 hodin. Pokud se podávají nesteroidní antirevmatika dlouhodobě, což je v případě ankylozující spondylitidy časté, je třeba zajistit prevenci poškození žaludeční sliznice pomocí ochranného léku na žaludek; v praxi se nejlépe osvědčily tzv. inhibitory protonové pumpy. U pacientů s vyšším rizikem poškození žaludeční sliznice je možné užít i tzv. koxiby (selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2), které jsou z tohoto pohledu bezpečnější.

Klinické studie u ankylozující spondylitidy ukazují, že dlouhodobé užívání nesteroidních antirevmatik zpomaluje i postup nemoci a srůstání obratlů. Ze všech těchto důvodů jsou nesteroidní antirevmatika u ankylozující spondylitidy lékem první volby. Pacienti obvykle užívají zvolené a osvědčené antirevmatikum dlouhodobě, dokud lék působí a dokud jej tolerují.

Při nedostatečném účinku je možné zvážit i kombinaci s jiným lékem na bolest s jiným mechanismem účinku, nesmí se však kombinovat nesteroidní antirevmatika mezi sebou. Jejich efekt na bolest se při kombinaci nezvyšuje, zato však stoupá výskyt nežádoucích účinků.

Při bolestech kloubů a úponů uložených v podkoží je možné použít **nesteroidní antirevmatika lokálně** ve formě gelu, masti nebo náplasti. Při tomto podávání se nevyskytují žádné závažné celkové účinky. Jediným rizikem lokální aplikace antirevmatik je alergická kožní reakce, jež se častěji vyskytuje po slunění plochy, která byla předtím lékem ošetřena. Jinak je tato léčba zcela bezpečná.



Syntetické choroby modifikující léky

Tyto léky mohou příznivě ovlivnit zánět kloubů, úponů a některé mimokloubní projevy (např. oční záněty), nepůsobí však na zánětlivé změny v oblasti páteře, a proto se u spondyloartritid používají méně často než např. u revmatoidní artritidy. Jejich efekt nastupuje pomalu, řádově týdny až měsíce. Nemají tedy na rozdíl od nesteroidních antirevmatik bezprostřední účinek na bolest, avšak dlouhodobě snižují celkovou zánětlivou aktivitu nemoci a jejich efekt přetrvává i po určitou dobu po vysazení léku. Tuto léčbu indikuje ošetřující revmatolog, který poté sleduje účinnost a bezpečnost léčby. Mimo klinické kontroly se zpravidla kontroluje krevní obraz, jaterní enzymy a funkce ledvin.

Novou skupinou syntetických léků jsou tzv. **cílené syntetické choroby modifikující léky**. Jedná se o moderní léky s velmi silným protizánětlivým účinkem. Vyrábějí se ve formě tablet a užívají vnitřně, není nutné je tedy (na rozdíl od biologické léčby) podávat injekčně, což je jejich velkou výhodou. Léčba může být spojena, podobně jako u jiných léků potlačujících imunitní systém, s vyšším výskytem infekcí. Tyto léky se již užívají u revmatoidní artritidy a psoriatické artritidy, zkoušejí se i u ankylozující spondylitidy.

Biologická léčba

Biologická léčba představuje v současné době nejúčinnější způsob léčby ankylozující spondylitidy. Termín „biologická léčba“ může vyvolat představu, že jejím principem je přirozené působení přirozených látek. Jedná se však o vysoce sofistikovaný způsob léčby, jehož cílem je zásah do regulace imunitního systému. U zánětlivých revmatických onemocnění je známo několik desítek biologicky aktivních látek, které se podílejí na vzniku zánětlivé reakce. Prozánětlivé působení těchto aktivních látek je možné zablokovat uměle vytvořenou protilátkou nebo receptorem, které se na ni navážou a znemožní její působení. Tyto protilátky se vyrábějí velmi složitým procesem za využití metod genového inženýrství, nejsou tedy vyráběny z krve nebo krevní plazmy. Všechny biologické léky je třeba podávat injekčně, ve formě nitrožilních infuzí nebo podkožních injekcí.

Biologické léky zasahují do komplikované sítě imunitních reakcí a tento zásah může ovlivnit nežádoucím způsobem jiné důležité imunitní procesy, např. ochranu proti virovým či bakteriálním infekcím, tuberkulóze aj. Při biologické léčbě je zvýšeno riziko infekcí, avšak nebylo dosud prokázáno, že by některý z prostředků biologické léčby ovlivňoval protinádorovou imunitu a zvyšoval riziko vzniku zhoubných nádorů.



Inhibitory TNF

Tumor nekrotizující faktor α (TNF α) je biologicky aktivní látka (tzv. cytokin), která se významně uplatňuje při rozvoji zánětlivé reakce u revmatických onemocnění. Působí na několika úrovních a jeho zablokování má výrazný protizánětlivý účinek. TNF α je historicky první cytokin, který se podařilo úspěšně pomocí umělé protilátky zablokovat. V revmatologii používáme léky inhibující TNF α již přes dvacet let, užívají se k léčbě revmatoidní artritidy, psoriatické artritidy, ankylozující spondylitidy i v posledních letech neradiografické axiální spondyloartritidy. Některé z nich příznivě působí i na samotnou psoriázu nebo výše zmíněná střevní zánětlivá onemocnění.

Inhibitory TNF α snižují aktivitu zánětu, zlepšují zánětlivou bolest páteře, její pohyblivost, ovlivňují i zánět končetinových kloubů, úponů a výskyt mimokloubních projevů (např. očních zánětů). Je však třeba zdůraznit, že biologické léky nejsou univerzálními léky na bolest, ale léky s protizánětlivým účinkem, a proto nemohou ovlivnit jiné příčiny bolesti, jako jsou degenerativní změny (deformační spondylóza, artróza apod.) nebo bolesti zad ze svalové dysbalance.

Léčba inhibitory TNF α je indikována u pacientů s vysokou zánětlivou aktivitou, u nichž není standardní léčba nesteroidními antirevmatiky dostatečně účinná.

Před zahájením léčby je třeba provést preventivní vyšetření zaměřené na závažná skrytá onemocnění, zejména infekce. Provádí se mimo jiné test na skrytou tuberkulózu nebo virové záněty jater (virové hepatitidy), rentgen plic a základní hematologické a biochemické vyšetření krve.

Pokud nejsou všechna vstupní vyšetření v pořádku, je třeba zvážit přínos a riziko biologické léčby a ve spolupráci s dalšími specialisty rozhodnout o dalším postupu.

Inhibitory TNF α se podávají formou nitrožilních infuzí nebo podkožních injekcí. V průběhu terapie je pak třeba pravidelně hodnotit její účinnost a bezpečnost, zejména v prvním roce léčby.

Inhibitory IL-17

Interleukin 17 (IL-17) je další cytokin, který hraje důležitou roli při rozvoji zánětu u spondyloartritid i u dalších příbuzných chorob, jako je např. lupénka. Zablokování jeho funkce uměle vytvořenou protilátkou má u těchto onemocnění výrazný protizánětlivý účinek. Léky, které tímto mechanismem působí, označujeme jako inhibitory IL-17. Užívají se i k léčbě ankylozující spondylitidy, psoriatické artritidy a psoriázy.

Léčba inhibitory IL-17 je určena nemocným, u kterých není standardní terapie nesteroidními antirevmatiky dostatečně účinná a zánětlivá aktivita přetrvává i přes tuto léčbu. Před zahájením léčby se provádějí stejná vyšetření jako před anti-TNF léčbou.

Inhibitory IL-17 se podávají podobně jako většina ostatních biologických léčiv formou podkožních injekcí.

V průběhu léčby ošetřující lékař pravidelně vyhodnocuje účinnost léčby i její případné nežádoucí účinky.

Glukokortikoidy

Glukokortikoidy jsou hormony kůry nadledvin, které mají celou řadu léčebných účinků, mimo jiné i výrazný a rychlý účinek protizánětlivý. Celková léčba glukokortikoidy (užívání tablet) není u ankylozující spondylitidy vhodná, a proto se u tohoto onemocnění prakticky nepoužívají. Výhodné je ale jejich podání přímo do zánětem postiženého kloubu formou nitrokloubní injekce. Pokud je tato léčba účinná, může se opakovat. Do stejného kloubu je možné podat až 4 injekce za rok, interval mezi nimi by ale neměl být kratší než 6 týdnů.

Léčba komorbidit

U pacientů s ankylozující spondylitidou se vyskytují ve srovnání s běžnou populací některá další přidružená onemocnění, tzv. komorbidit. Jedná se zejména o onemocnění srdce a cév a úbytek kostní hmoty neboli osteoporózu. U pacientů s ankylozující spondylitidou je třeba aktivně vyhledávat rizikové faktory aterosklerózy (obezita, vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, cukrovka aj.) a náležitě je léčit.

Nedílnou součástí komplexní péče je i prevence osteoporózy, jež spočívá v dostatečném přísunu vápníku a vitamínu D, dostatku zdravého pohybu a pravidelných kontrolách kostní hmoty (kostní denzitometrie). Při rozvoji osteoporózy se pak kromě vápníku a vitamínu D podávají i další léky, které brání dalšímu odbourávání kostní hmoty.

Život s ankylozující spondylitidou

Životospráva

Pacienti s ankylozující spondylitidou musí dbát na **střídavý pohybový režim** s dostatkem zdravého pohybu, vyloučit by měli naopak aktivity spojené se strnulou nebo vynucenou polohou a těžkou fyzickou prací.



Vhodné je tedy střídání poloh a pohybových aktivit i lehčí fyzická aktivita, nevhodné je dlouhodobé sezení nebo stání, naprosto nevhodné je např. dlouhé sezení s ohnutou páteří a hlavou skloněnou k monitoru apod.

Pokud už jste ve svém zaměstnání nuceni sedět, je třeba práci několikrát denně podle potřeby přerušit a krátce si zacvičit (jednou za 1–2 hodiny). Je též třeba **upravit pracovní místo** (stůl, židli, monitor) tak, aby páteř trpěla nevhodnou polohou co nejméně. Měli byste sedět vzpřímeně, s monitorem ve výši očí a blízko stolu tak, abyste udrželi ramena v rovině.

Pravidelné cvičení je možné dále doplnit vhodnými rekreačními **sportovními aktivitami**, jako je plavání, aqua aerobik, pilates, jóga apod. Nevhodné jsou sporty silové, sporty s vysokým rizikem úrazu a sporty s jednostrannou fyzickou zátěží nebo ve strnulé poloze. To se týká např. i jízdy na kole na delší vzdálenosti. Raketové sporty (tenis, squash) nebo běhání mohou zhoršovat bolesti zad, ale pokud nevyvolávají žádné obtíže, je možné tyto sporty provozovat i nadále.

Strava pacientů se zánětlivým revmatickým onemocněním nevyžaduje žádnou zvláštní úpravu. Tyto nemoci nevznikají dietní chybou ani nedostatkem nějaké látky, proto nemusíte svůj jídelníček nijak zvlášť upravovat. Je však třeba dbát na zásady zdravé, pestré, racionální a nutričně vyvážené stravy s dostatkem bílkovin, minerálů a vitamínů. Doporučuje se pouze omezit živočišné tuky a sacharidy, protože pacienti s chronickými záněty jsou více ohroženi aterosklerózou.

Obézním pacientům se doporučuje redukce váhy.

Někteří pacienti mohou současně trpět osteoporózou nebo jsou osteoporózou ohroženi; jejich strava by pak měla obsahovat dostatek vápníku, který je v běžné stravě obsažen v dostatečném množství prakticky jen v mléku a mléčných výrobcích. Je proto třeba je zařazovat do jídelníčku nejméně dvakrát denně a upřednostňovat výrobky s vyšším obsahem kalcia (tvrdé sýry).

Pacienti s ankylozující spondylitidou by **neměli kouřit a nadměrně konzumovat alkohol**, kouření a pravidelná konzumace alkoholu zhoršují průběh onemocnění a patrně urychlují i progresi (postup) nemoci a rozvoj srůstů.





Plánování rodiny

Plodnost mužů a žen s ankylozující spondylitidou není nijak nemocí ovlivněna, nicméně zejména u žen je vhodné se o těhotenství poradit s ošetřujícím revmatologem a naplánovat ho. Ideální je otěhotnět v době, kdy je aktivita nemoci nízká a pacientka užívá léky, které jsou bezpečné i v těhotenství, nebo léky nepotřebuje vůbec. Většina léčiv užívaných u ankylozující spondylitidy, včetně biologických léků, se v průběhu těhotenství podávat může. Nejčastěji užívané léky – nesteroidní antirevmatika se mohou užívat v průběhu těhotenství s výjimkou posledních tří měsíců před porodem. Přesné informace získáte od svého ošetřujícího revmatologa.

Průběh nemoci během 9 měsíců těhotenství a porodu se však nedá dopředu odhadnout a je třeba počítat se situací, že se může nemoc zhoršit a pacientka bude po porodu potřebovat s péčí o miminko pomoci. Je proto třeba, aby si budoucí rodiče byli této možnosti vědomi a pomoc blízké osoby si dopředu zajistili.

Těhotenství, zejména jeho druhá polovina, představuje změnou anatomických poměrů vyšší zátěž páteře, případně kloubů dolních končetin pro každou ženu a tyto obtíže mohou být u pacientek s ankylozující spondylitidou pochopitelně výraznější. Je proto třeba dbát od samého začátku těhotenství na zdravý režim, který záda a páteř šetří. Je vhodné střídání poloh, střídání pohybu a odpočinku, doporučuje se pravidelné kondiční cvičení pro těhotné nebo plavání (pokud to samozřejmě zdravotní stav těhotné a průběh těhotenství dovolují). Bolavá záda je možné ošetřit jemnou masáží vleže na boku, aplikací analgetické masti nebo prohřátím nebo bolest zmírnit vhodnými léky na bolest.

Pacientky s ankylozující spondylitidou mohou většinou **rodit přirozenou cestou**; u nemocných se závažnými strukturálními změnami pánve, bederní páteře a kyčelních kloubů je vhodný porod chirurgickou cestou („císařský řez“). Volba porodu je v kompetenci porodníka, který zváží všechny okolnosti a může si vyžádat i vyjádření ošetřujícího revmatologa.

Novorozenci pacientek a pacientů s ankylozující spondylitidou jsou zdraví, není známo, že by byl jejich zdravotní stav nějak negativně nemocí ovlivněn. Rodiče, kteří jsou nositeli antigenu HLA B27, jej předají polovině svých potomků, avšak nemá význam antigen HLA B27 v raném dětství (i dospělosti) stanovovat „preventivně“, pokud nemají děti žádné obtíže. Většina nositelů HLA B27 je zdravá a případnému vzniku ankylozující spondylitidy stejně neumíme zabránit. Avšak pokud by se u nich příznaky zánětlivého onemocnění objevily (zánětlivé bolesti zad, otoky a záněty kloubů, event. záněty duhovky, lupénka či střevní záněty), je třeba výskyt HLA B27 u rodičů ošetřujícímu lékaři dítěte sdělit a zajistit specializované vyšetření.

Pacientky s ankylozující spondylitidou mohou kojit, **kojení** je možné i při užívání některých nesteroidních antirevmatik, jejichž průnik do mateřského mléka je velmi nízký. Opět – konkrétní léky, které je možné užívat při kojení, vybere váš revmatolog.

Očkování

Pacienti se zánětlivými revmatickými nemocemi mohou mít vyšší riziko infekčních onemocnění, které se může dále zvyšovat užíváním léků s imunosupresivním účinkem (včetně biologické léčby). Proto je u všech nemocných prevence vzniku infekce v podobě očkování velmi důležitá. Doporučuje se např. pravidelné očkování proti chřipce, u starších nemocných proti pneumokokům a v dnešní době i očkování proti onemocnění COVID-19. Očkování je u stabilizovaných nemocných bezpečné a jeho přínos a výhody výrazně převyšují potenciální rizika.

Vakcinace není obecně vhodná u nemocných s vysokou aktivitou zánětu nebo při léčbě vysokými dávkami glukokortikoidů či imunosupresiv, avšak očkování proti onemocnění COVID-19 by mělo proběhnout u všech pacientů se zánětlivým revmatickým onemocněním co nejdříve, bez ohledu na jeho aktivitu a závažnost. Výjimkou jsou pouze těžké, život ohrožující stavy (jakéhokoliv původu). O konkrétním očkování je třeba se poradit s ošetřujícím praktickým lékařem a revmatologem.

Možnosti léčby zánětlivých revmatických onemocnění se v posledních desetiletích významně zlepšily a pokroky moderní medicíny umožňují velké části pacientů vést normální, plnohodnotný život. Nicméně léčba je úspěšná pouze za dvou předpokladů, kterými jsou časná diagnóza a léčba nemoci a dobrá spolupráce pacienta. Jen tak lze dosáhnout optimálních výsledků, které současná medicína nabízí.

Tak pojďme na to...



Novartis, s. r. o.
Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4
tel.: +420 225 775 111, www.novartis.cz
info.cz@novartis.com

CZ2202177792/02/2022