

Czy jesteśmy w stanie wcześniej rozpoznawać zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa? **

Can we diagnose ankylosing spondylitis earlier?

Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik Katedry i Kliniki: dr hab. med. Piotr Wiland

Streszczenie

Zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa jest najczęstszą chorobą z grupy spondyloartropatii zapalnych. Charakteryzuje się występowaniem zapalnego bólu krzyża, zaburzeniem ruchomości w kręgosłupie oraz zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzanego w badaniach obrazowych. Jednakże rozpoznawanie zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa jest opóźnione około 5-10 lat od wystąpienia pierwszych objawów choroby, co prawdopodobnie ma związek z pojawieniem się zmian uwidocznionych w badaniu radiologicznym stawów krzyżowo-biodrowych. W ostatnich latach coraz bardziej dąży się do ustalenia rozpoznania jak najwcześniej, co może mieć istotne znaczenie w prognoście choroby. Istotne znaczenie w procesie wcześniejszego rozpoznawania może mieć powszechniejsze stosowanie badania rezonansu magnetycznego stawów krzyżowo-biodrowych jak i wątpliwych sytuacjach również i kręgosłupa. W ostatnich latach ustalono nowe kryteria klasyfikacyjne dla rozpoznawania osiowej spondyloartropatii zapalnej, która zwykle stanowi pierwszą fazę rozwoju zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa.

Słowa kluczowe: osiowa spondyloartropatia zapalna, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, kryteria klasyfikacyjne, wczesne rozpoznawanie

Summary

Ankylosing spondylitis is the most common disease belonging to so called axial spondyloarthritis. The disease is characterised by inflammatory back pain, sacroiliitis detected radiologically and impaired spinal mobility. However, the diagnosis of ankylosing spondylitis is delayed over 5-10 years after the onset of the first symptoms. It may be related to slowly progressing, radiographic changes in the sacroiliac joints. Recently, efforts have been made to diagnose axial spondyloarthritis as soon as it is possible, which may be significant in the prognosis of the disease. The use of magnetic resonance imaging (MRI) of the sacroiliac joints and in some doubtful cases the spine is very important in early diagnosis. Lately, the new classification criteria for the axial spondyloarthritis have been established. Predominantly axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis should be considered as one disease continuum.

Key words: axial spondyloarthritis, ankylosing spondylitis, classification criteria, early diagnosis

Zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) jest najczęstszą chorobą z kręgu spondyloartropatii zapalnych (SpZ). Zajmuje stawy krzyżowo-biodrowe i stawy kręgosłupa, w tym stawy żebrowo-kręgosłupowe i stawy żebrowo-poprzeczne; w przebiegu klinicznym mogą pojawić się dolegliwości w stawach obwodowych i przyczepach ścięgniętych. Proces chorobowy wywołuje ból i sztywność szczególnie w dolnym odcinku kręgosłupa, prowadząc do ograniczenia ruchomości i częściowego lub nieraz całkowitego zeszywnienia zajętych stawów, głównie kręgosłupa.

PRZYCZYNY PÓŹNEGO STAWIANIA ROZPOZNANIA U CHORYCH NA ZESZTYWNIĄJĄCE ZAPALENIE STAWÓW KRĘGOSŁUPA

Postawienie rozpoznania ZZSK rzadko następuje przed wystąpieniem nieodwracalnych zmian w układzie ruchu. W większości przypadków okres pomiędzy pierwszymi objawami choroby a ustaleniem rozpoznania waha się od 5-10 lat (1). Składa się na to szereg różnych czynników, związanych z podejściem chorego do własnych dolegliwości, czujności diagnostycznej lekarza oraz rodzajem pierwszych objawów choroby. Zwykle pierwsze

**Praca dedykowana Panu Profesorowi Eugeniuszowi J. Kucharzowi z okazji sześćdziesiątych urodzin.

objawy ZZSK nie przebiegają tak ostro czy dramatycznie jak to widzi się u chorych na toczeń rumieniowaty trzewny czy reumatoidalne zapalenie stawów. Jeśli ZZSK rozpoczyna się od objawów osiowych, tzn. wywodzą się one z kręgosłupa czy dużych stawów jak barkowych czy biodrowych, to mogą być one banalizowane przez chorego. Choroba dotyczy w młodszym wieku przede wszystkim mężczyzn, którzy są mniej skłonni do zasięgnięcia porady u lekarza niż kobiety. Ponadto powszechność bólów krzyża w społeczeństwie sprawia, że ich występowanie nie budzi zaniepokojenia.

Zwykle dolegliwości nie mają ostrego charakteru. Pojawiają się w godzinach rannych, ale w dalszym ciągu dnia łagodnieją, co jest zgodne z ich naturą. U dużej części chorych nie ma też takich namacalnych objawów jak obrzęku stawów obwodowych, gorączki czy zmniejszenia masy ciała. Pierwsze objawy często mogą być więc traktowane zarówno przez chorego, jak i lekarza jako typowe bóle korzonkowe. W niektórych sytuacjach są wykonywane zdjęcia radiologiczne, ale dotyczyć one mogą odcinka lędźwiowego kręgosłupa i nie obejmują stawów krzyżowo-biodrowych, co sprawia, że negatywny wynik badania uspokaja zarówno chorego, jak i lekarza. Ponadto nawet gdy zdjęcia są ukierunkowane na stawy krzyżowo-biodrowe, to w początkowym okresie ZZSK zmiany zapalne nie dają się jeszcze uwidocznić w badaniu radiologicznym. Nie są również przydatne we wczesnej diagnostyce ZZSK kryteria nowojorskie (tab. 1), które dla ustalenia rozpoznania wymagają występowania zmian radiologicznych (2). Stąd w ostatnich latach trwały poszukiwania bardziej czulszych, niż wymienione, kryteriów rozpoznawania ZZSK czy też SpZ.

Tabela 1. Zmodyfikowane klasyfikacyjne kryteria nowojorskie dla rozpoznania zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (2).

Rozpoznanie
Kryteria kliniczne
Ból i sztywność dolnego odcinka kręgosłupa trwające dłużej niż 3 miesiące, które zmniejszają się pod wpływem ćwiczeń, ale nie pod wpływem odpoczynku.
Ograniczenie zakresu ruchów zarówno w płaszczyźnie strzałkowej, jak i czołowej.
Ograniczenie ruchomości klatki piersiowej (w odniesieniu do wartości należnych dla płci i wieku).
Kryterium radiologiczne: obustronnie obecne zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych przynajmniej 2 stopnia lub niesymetryczne zmiany o typie zapalenia w stopniu 3-4.
Stopniowanie
Pewne rozpoznanie zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa jeśli jest obecne kryterium radiologiczne oraz przynajmniej jedno kryterium kliniczne.
Prawdopodobne rozpoznanie zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa jeśli są obecne wszystkie trzy kryteria kliniczne.
Obecne jest kryterium radiologiczne, ale nie stwierdza się żadnych objawów podmiotowych i przedmiotowych należących do klinicznych kryteriów.

PRZYDATNOŚĆ RÓŻNYCH KRYTERIÓW KLASYFIKACYJNYCH W ROZPOZNAWANIU ZESZTYWNIĄJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA I SPONDYLOARTROPARTII ZAPALNYCH. KRYTERIA AMORA I ESSG

W zmodyfikowanych kryteriach nowojorskich z 1984 roku bardzo dużą wagę przywiązuje się do występowania zmian radiologicznych. Posługując się nimi nie jest możliwe postawienie rozpoznania u chorego bez zmian radiologicznych w stawach krzyżowo-biodrowych czy chorych z objawami pozastawowymi, u których nie rozwinęły się jeszcze zmiany osiowe. Stąd już w początku lat 90. podjęto się sformułowania kryteriów klasyfikacyjnych, które pozwoliłyby na ustalenie rozpoznania choroby z kręgu SpZ. Były to kryteria klasyfikacyjne Amora (3) oraz kryteria klasyfikacyjne ESSG (*European Spondyloarthritis Study Group* (4)).

W 1990 roku Amor na podstawie własnych doświadczeń opublikował zestaw 11 kryteriów klinicznych i jedno kryterium radiologiczne, którym przypisał odpowiednią punktację (tab. 2). Dla rozpoznania SpZ przy zsumowaniu, łączna ich wartość punktowa musiała wynosić co najmniej 6. Były one sprawdzane na grupie 1219 chorych na SpZ oraz 157 chorych z innymi chorobami reumatycznymi; ocena właściwego rozpoznania SpZ była dokonywana przez doświadczonego reumatologa, który wykluczał możliwość prawdopodobnej SpZ (3). Specyficzność kryteriów Amora w tej grupie wynosiła 86,6%, zaś czułość była bliska 90%. Gdy porównywano czułość nowojorskich kryteriów z 1984 roku do kryteriów Amora to wynosiły one odpowiednio 39,6 i 96%. Te różnice były najbardziej widoczne, gdy porównywano czułość tych dwóch metod w SpZ trwających krócej i dłużej niż 10 lat. Czułość plasowała się odpowiednio dla krócej trwających SpZ 25% (w kryteriach nowojorskich) vs 97,% (dla kryteriów Amora), a w długo trwającej SpZ odpowiednio 60,2% vs 96,7%. Oczywiście kryteria Amora mają też i swoje ograniczenia, gdyż przykładowo chory z zapaleniem błony naczyniowej oka, ale bez objawów w stawach osiowych czy obwodowych, może mieć rozpoznaną SpZ. W kryteriach Amora nie ma żadnych warunków wstępnych, a decyduje jedynie sumaryczna punktacja.

Stąd w 1991 roku ogłoszono inne zestawienie kryteriów wg ESSG (*European Spondyloarthritis Study Group*), które choć stosuje podobne parametry, to zakłada konieczność obowiązkowych alternatywnych dwóch kryteriów, które powinny być spełnione (tab. 3) (4). W badaniach przekrojowych wśród 2228 chorych porównywano te dwa zestawy kryteriów klasyfikacyjnych (5). Wykazano w tym badaniu nieznaczną przewagę kryteriów Amora nad ESSG zarówno pod względem czułości, jak i specyficzności (91,9% vs 87,1% oraz 97,9% vs 96,4%). Kryteria ESSG oprócz warunków wstępnych nie zawierają również tzw „dobrej odpowiedzi na NLPZ”; natomiast kryteria Amora mogą być bardziej pomocne w rozpoznawaniu SpZ, gdyż są oparte na sumowaniu kryteriów.

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne seronegatywnych spondyloartropatii (kryteria proponowane przez Amora i wsp. z 1990 roku) (3).

Lp.	Objawy kliniczne obecne lub przebyte	Pkt
1.	Ból okolicy lędźwiowej lub piersiowej występujący w nocy i/lub sztywność poranna tych okolic.	1
2.	Asymetryczne zapalenie stawów.	2
3.	Ból pośladków (jeśli jest naprzemienny).	1(2)
4.	<i>Dactylitis</i> („kielbaskowate” zapalenie palców).	2
5.	Ból pięty lub inna lokalizacja zapalenia przyczepów ścięgniastych.	2
6.	Ostre zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej oka.	2
7.	Niegonokokowe ostre zapalenie cewki moczowej lub szyjki macicy w ciągu miesiąca przed zapaleniem stawów.	1
8.	Ostra biegunka w ciągu miesiąca przed zapaleniem stawów.	1
9.	Łuszczyca lub <i>balanitis</i> , lub zapalna choroba jelit.	2
10.	Zmiany radiologiczne. Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych 2. stopnia, jeśli jest obustronne, lub 3. stopnia, jeśli jest jednostronne.	2
11.	Podłoże genetyczne. Obecność antygenu HLA B27 i/lub występowanie w rodzinie ZZSK, reaktywnego zapalenia stawów, łuszczyca, zapalenia błony naczyniowej oka lub zapalnej choroby jelit.	3
12.	Odpowiedź na leczenie wyrażająca się poprawą w ciągu 48 godzin przyjmowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) lub gwałtowny nawrót bólu po odstawieniu.	2

Aby postawić rozpoznanie sumaryczna liczba punktów musi równać się przynajmniej 6.
Czułość oceniana jest na 90%, specyficzność na 86,6%.

Tabela 3. Kryteria klasyfikacyjne ESSG dla spondyloartropatii zapalnych (4).

<p>Zapalny ból kręgosłupa (odcinka lędźwiowego, piersiowego lub szyjnego)* lub Zapalenie błony maziowej stawów obwodowych: asymetryczne czy dominujące przede wszystkim w kończynach dolnych* oraz jedno lub więcej z niżej wymienionych kryteriów: – dodatni wywiad rodzinny w kierunku 5 chorób jak w kryteriach amora, – łuszczyca*, – choroba zapalna jelit*, – niegonokokowe ostre zapalenie cewki moczowej lub szyjki macicy lub biegunka w ciągu miesiąca przed zapaleniem stawów, – naprzemienny ból pośladków*, – zapalenie przyczepów ścięgniastych*, – zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych uwidocznione w badaniu radiologicznym.</p>

*odnosi się zarówno do stanu obecnego, jak i przeszłego, ale stwierdzonego przez lekarza.

DIAGNOSTYCZNE ALGORYTMY W ROZPOZNAWANIU SPONDYLOARTROPATII ZAPALNYCH

Należy podkreślić, że omówione wyżej kryteria mają charakter klasyfikacyjny, a nie diagnostyczny. Wiele lat później, na początku XXI wieku, wraz z wprowadzeniem do praktyki klinicznej leków blokujących TNF- α , zaś w diagnostyce badania rezonansu magnetycznego, nastąpił kolejny przełom w diagnostyce wczesnych posta-

ci ZZSK, która jest najczęstszą SpZ. Rudwaleit i wsp. (6) zaproponowali tzw. „drzewo postępowania diagnostycznego”, które miałyby ułatwić lekarzom ustalenie stopnia prawdopodobieństwa istnienia osiowej spondyloartropatii zapalnej (OSpZ) od samego początku choroby.

Warunkiem podstawowym dla podejrzenia u chorego OSpZ było występowanie przewlekłego bólu krzyża. W tym algorytmie przyjęto pewne poziomy prawdopodobnego rozwoju choroby. Warunek wstępny, czyli występowanie bólu krzyża trwającego przez okres 3 miesięcy niesie ze sobą 5% ryzyko wystąpienia OSpZ. Jeśli chory spełnia kryteria zapalnego bólu krzyża wg kryteriów Calina (7), a nie ma danych w kierunku zmian radiologicznych typowych dla ZZSK (przy występowaniu zmian w badaniu radiologicznym ten algorytm nie ma zastosowania, gdyż w takiej sytuacji chory spełnia kryteria diagnostyczne ZZSK) wtedy ryzyko rozwoju zwiększa się trzykrotnie (z 5% na 14%); jeśli natomiast chory nie spełnia kryteriów zapalnego bólu krzyża, wtedy ryzyko rozwoju OSpZ jest mniejsze niż 2%. Z uwagi na fakt, że w 2009 roku pewnej modyfikacji uległa definicja zapalnego bólu krzyża (8), nie przytoczono tutaj już definicji tzw. historycznych kryteriów Calina (7). W tym algorytmie istotny jest stopień prawdopodobieństwa, który definiowany jest jako wysoce prawdopodobny, gdy plasuje się w przedziale od 80-90%, zaś jeśli przewyższa 90% określa się jako definitywny.

W pierwszym etapie rozpoznawania należy ustalić charakter zapalnego przewlekłego bólu krzyża (14%). W następnym etapie lekarz musi ustalić występowanie innych objawów typowych dla SpZ, wymienionych w kryteriach Amora (tab. 3). Nie zalicza się tutaj oczywiście zapalnego bólu krzyża (pkt 1, bo jest on kryterium wejścia), zamiast ostrej biegunki jest choroba Crohna (pkt 8), nie ma też zmian radiologicznych (pkt 10, bo wtedy rozpoznanie ZZSK jest pewne), a w punkcie 11 uznaje się tylko dodatni wywiad rodzinny (gdyż HLA-B27 pojawia się w kolejnych krokach diagnostycznych). Dodatkowym kryterium, nie wymienionym w punktacji Amora, są przyspieszenie OB lub zwiększone stężenie białka C-reaktywnego. Jeśli spełnione są przynajmniej dodatkowo trzy kryteria wtedy stopień prawdopodobieństwa jest szacowany na poziomie 80-95%. Trzeci etap postępowania należy przeprowadzić, gdy objawów typowych dla spondyloartropatii jest mniej niż 3 lub nie ma ich wcale. **Należy wtedy wykonać badania HLA-B27 i jeśli wynik jest dodatni oraz stwierdza się 1-2 kryteria typowe dla SpZ, wtedy rozpoznanie jest prawdopodobne (80-90%).** Jeśli natomiast u chorego nie było żadnych kryteriów SpZ, ale występuje antygen HLA-B27, wtedy rekomendowane jest wykonanie badania przy pomocy rezonansu magnetycznego.

Czwarty etap diagnostyczny polega na badaniu obrazowym za pomocą rezonansu magnetycznego nakierowanym na wykrycie zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych. Jeśli wypadnie ono do-

datnio, wtedy stopień prawdopodobieństwa rozpoznania jest na poziomie 80-95%, czyli jest albo bardzo prawdopodobny albo definitywny. Należy podkreślić, że zachodzi to u tych chorych, u których istnieje zapalny ból krzyża, HLA-B27 jest dodatni, ale nie ma typowych zmian radiologicznych, ani innych cech charakterystycznych dla spondyloartropatii zapalnych. Ten schemat diagnostyczny był ustalony w 2004 roku i był ukierunkowany na dobrą współpracę pomiędzy lekarzem rodzinnym (etap 1 i czasem 2) a specjalistą reumatologiem (na etapie 2 i 3), i wspomaganym przez odpowiednich specjalistów interpretujących badanie tomografii rezonansu magnetycznego (etap 4).

NAJNOWSZE KRYTERIA KLASYFIKACYJNE ASAS

W 2009 roku opublikowano dwie bardzo istotne prace, które były podsumowaniem kroków poczynionych przez grupę działającą pod auspicjami ASAS (*Assessment of Spondylo Arthritis International Society*). Jedną z tych prac dotyczyła nowego zdefiniowania zapalnego bólu krzyża (8), zaś druga poświęcona była ustanowieniu nowych kryteriów klasyfikacyjnych dla ustalenia osiowej SpZ (9).

Nowe kryteria zapalnego bólu krzyża były ustalone przez grono 13 ekspertów doświadczonych w prowadzeniu chorych na SpZ. Podczas zajęć warsztatowych otrzymali oni do wglądu pełne dane kliniczne oraz mogli zbadać 20 chorych z przewlekłym bólem krzyża, u których podejrzewano SpZ. Na tej podstawie oceniali oni, czy istnieje u chorych zapalny ból krzyża; **wszystkie ich oceny były poddane następnie analizie statystycznej, co stanowiło podstawę do ustalenia nowego zestawu kryteriów podanych poniżej** (8).

- Wiek zachorowania < 40. rok życia (Odds ratio – OR – 9,9).
- Podstępny (powolny) przebieg – OR – 12,7.
- Poprawa po ćwiczeniach – OR – 23,1.
- Nie poprawia się po odpoczynku – OR – 7,7.
- Ból pojawia się w nocy (z poprawą po wstaniu z łóżka) – OR – 20,4.

Gdy są spełnione cztery z pięciu kryteriów, wtedy te kryteria mają czułość 77%, zaś specyficzność 91,7%, co przyjęto za najbardziej realny wynik. Oczywiście przy spełnieniu wszystkich 5 kryteriów specyficzność jest rzędu 100%, ale za to znacznie zmniejsza się ich czułość (41%). W kolejnym etapie kryteria były walidowane na oddzielnej grupie 648 chorych.

Druga publikacja przedstawiła nowe kryteria klasyfikacyjne SpZ wraz z omówieniem kryteriów selekcji chorych, ich charakterystyki oraz uzasadnieniem użytych metod. Grupę 649 chorych pochodzących z 25 ośrodków z 16 różnych krajów stanowiły osoby z przewlekłym bólem krzyża trwającym dłużej niż 3 miesiące; przyczyna dolegliwości bólowych była – do momentu zgłoszenia się do reumatologa – niewyjaśniona, zaś początek dolegliwości pojawił się przed 45. rokiem życia. Mogli oni mieć zmiany o charakterze osiowym, ale dopuszczalna też była nieobecność tego rodzaju objawów. Chorzy byli pierwszy raz analizowani dokładnie w gabinecie lekarskim eks-

perta, należącego do grupy ASAS. Po dokładnym przebadaniu i zebraniu wszystkich danych wymaganych w tej analizie ekspert wydawał opinię, czy chory spełnia w jego przekonaniu kryteria SpZ (tak lub nie) oraz na skali od 0 do 10 oceniał stopień swojej pewności, co do postawionego rozpoznania. Następnie porównywano tę ocenę z kryteriami Amora i ESSG. Kryteria SpZ spełniało 391 chorych (60,2%), zaś w przypadku 258 chorych (39,8%) nie postawiono takiego rozpoznania. Stopień ufności, co do postawionego rozpoznania wynosił 6 w ponad 95% przypadków, zaś wartość 7 (w skali od 0 do 10) w ponad 87%. Czułość i specyficzność dla wymienionych w tabeli 4 kryteriów klasyfikacyjnych wynosiła odpowiednio 82,9% i 84,4%. Praca ta ma istotną wartość nie tylko dlatego, że przyniosła ustalenie nowych kryteriów dopasowanych do zmieniających się możliwości diagnostycznych (w szczególności istotnej roli obrazowania za pomocą rezonansu magnetycznego). Przynosi ona również cenne wskazówki, gdy porównuje się objawy kliniczne i zmiany w badaniach dodatkowych wśród dwóch grup chorych z ustalonym rozpoznaniem SpZ lub wykluczonym rozpoznaniem spondyloartropatii zapalnych (nie-SpZ). Wśród chorych na SpZ czas trwania bólów krzyża był krótszy w porównaniu do chorych na nie-SpZ ($6,1 \pm 7,6$ lat vs $9,1 \pm 10,7$ lat).

Oceniając z kolei chorych w grupie SpZ, to zmiany radiologiczne, które pozwalały na ustalenie rozpoznania ZZSK (odpowiadające kryteriom nowojorskim z 1984 roku) stwierdzane były u 29,7%. Porównując chorych na SpZ, którzy mieli już zmiany radiologiczne, i tych chorych, u których jeszcze ich nie stwierdzono, odnotowano w obu grupach różny czas trwania bólów krzyża ($9,4 \pm 9,0$ lat vs $4,7 \pm 6,2$ lat). Można przez to domniemywać, że w takim okresie około 5 lat można się spodziewać u chorych wystąpienia definitywnych zmian radiologicznych. Interesujący jest też fakt, że wyniki badania fizykalnego jak np.: test Schobera, pomiar zgięcia bocznego czy rozszerzalność klatki piersiowej występowały w niezbyt dużym odsetku oraz z podobną częstością u chorych ze SpZ, jak i nie-SpZ. Stąd te parametry nie mają zbyt dużego znaczenia we wczesnej diagnostyce SpZ. Natomiast istotne znaczenie w różnicowaniu (dość znaczna różnica pomiędzy obiema grupami, jak i częstość > 1/3 chorych ze SpZ) miały takie wskaźniki jak: występowanie zmian w stwierdzanych za pomocą rezonansu magnetycznego stawach krzyżowo-biodrowych (64,7% vs 2,6%) oraz kręgosłupa (32,6% vs 1,0%), występowanie antygenu HLA-B27 (65,9% vs 27,7%), dobra odpowiedź na niesteroidowe leki przeciwzapalne (59,1% vs 26,7%) oraz zwiększone stężenie białka C-reaktywnego (38,1% vs 14,7%).

ZNACZENIE NOWYCH KRYTERIÓW KLASYFIKACYJNYCH W PRAKTYCE

Zwykle przyjmuje się *a priori*, że zmiany w stawach krzyżowo-biodrowych są pierwotnym miejscem zapalenia w ZZSK. Najczęściej zmiany zapalne w kręgosłupie traktowane są więc jako kolejny etap choroby. W badaniu Rudwaleita i wsp. (9) planowano jednoczesne wykonywanie badania rezonansu magnetycznego stawów krzyżo-

wo-biodrowych, jak i kręgosłupa. Spośród 235 chorych, u których wykonano jednocześnie oba badania, postawiono rozpoznanie SpZ 130 osobom. W tym badaniu zmiany zapalne w obu lokalizacjach miało stwierdzone 26,9% chorych, u 36,2% zmiany zapalne dotyczyły tylko stawów krzyżowo-biodrowych, natomiast w 5,4% przypadków zapaleniem był objęty tylko kręgosłup. U pozostałych 31,5% nie stwierdzono żadnych czynnych zmian w badaniu rezonansu magnetycznego (9).

Należy podkreślić, że zaprezentowane kryteria obejmują zarówno chorych z już rozpoznaniem ZZSK (prawie 30% ze SpZ), jak i tych, u których zmiany radiologiczne jeszcze się nie rozwinęły, czyli chorzy czasem określani jako osoby z tzw. przedradiologiczną SpZ. Powstałe kryteria ułatwią prowadzenie badań randomizowanych nad skutecznością różnych leków, w tym i leków biologicznych w tej fazie choroby oraz ocenę badań obserwacyjnych. Te ostatnie mogłyby nam przybliżyć odpowiedź na pytanie, w jakim odsetku oraz po jakim czasie może u tych chorych dojść do ewolucji w ZZSK z ewidentnymi zmianami radiologicznymi. Gdy u wielu chorych na tzw. przedradiologiczną SpZ stwierdzamy już czynne zapalenie, to analogicznie tak jak to się uważa we wczesnym reumatoidalnym zapaleniu stawów, może u nich istnieć szansa na leczenie przyniosące znacznie lepsze wyniki niż w przypadku istniejących już zmian w stawach krzyżowo-biodrowych. Na zasadzie podobieństwa pojawienie się zmian radiologicznych w stawach krzyżowo-biodrowych można przyrównać do wystąpienia nadżerek w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów.

Kryteria z 2009 roku są przede wszystkim kryteriami klasyfikacyjnymi, choć mogą mieć zastosowanie również jako kryteria diagnostyczne (tab. 4). Dotyczy to takich sytuacji klinicznych, przy jakich były one walidowane, czyli gdy reumatolog konsultuje chorego podejrzanego o SpZ (w tym badaniu było to około 60% szansy). Pozostaje natomiast do rozstrzygnięcia, czy będą one miały duże znaczenie praktyczne, np. w praktyce lekarza rodzinnego, gdzie częstość SpZ może się wahać pomiędzy 5 a 10%.

W takich sytuacjach należy się mniej sztywnie trzymać tych kryteriów i brać pod uwagę algorytm postępowania Rudwaleita. Nie należy również całkowicie rezygnować w postępowaniu diagnostycznym np. z kryteriów Amora, dopóki nie doczekamy się badań porównawczych na większych grupach. Pamiętać wtedy trzeba, aby w punkcie należącym do kryteriów Amora i dotyczącym badania radiologicznego posługiwać się również wynikiem badania rezonansu magnetycznego.

Tabela 4. Kryteria klasyfikacyjne w osiowej spondyloartropatii (u chorych z bólami krzyża ≥ 3 miesiące i początkiem choroby < 45 . roku życia) (9).

Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych wykazane w badaniu obrazowym*
plus
≥ 1 objaw spondyloartropatii wymienionych poniżej**
lub
HLA-B27
plus
≥ 2 objawy spondyloartropatii wymienionych poniżej**
*Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu obrazowym to: – aktywne (ostre) zapalenie w badaniu rezonansu magnetycznego sugerujące z dużym stopniem prawdopodobieństwa zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych związane ze spondyloartropatią lub – definitywne zmiany o typie zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych, zgodnie ze zmodyfikowanymi kryteriami nowojorskimi.
**Objawy spondyloartropatii – należą do nich: – zapalny ból krzyża, – zapalenie stawów obwodowych, – zapalenie przyczepów ścięgniętych (pięty), – zapalenie błony naczyniowej oka, – „kietłbaskowate” zapalenie palców, – łuszczyca, – choroba Crohna/wrzodziejące zapalenie jelita grubego, – dobra odpowiedź na NLPZ, – wywiad rodzinny w kierunku spondyloartropatii, – HLA-B27, – zwiększone stężenie CRP.

PIŚMIENNICTWO

- Feldtkeller E, Khan MA, van der Heijde D et al.: Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2003; 23: 61-66.
- Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A: Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modifications of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 361-368.
- Amor B, Dougados M, Mijiyawa M: Criteria of the classification of spondyloarthropathies. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1990; 57: 85-89.
- Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R et al.: The European Spondyloarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 1218-1227.
- Amor B, Dougados M, Liestrat V et al.: Evaluation of the Amor criteria for spondyloarthropathy and European Spondyloarthropathy Study Group (ESSG). A cross-sectional analysis of 2,228 patients. *Ann Med Interne (Paris)* 1991; 142: 516-520.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA et al.: How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 535-543.
- Calin A, Porta J, Fries JF, Schurman DJ: Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. *JAMA* 1977; 237: 2613-4.
- Sieper J, van der Heijde D, Landewé R et al.: New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of Spondylo Arthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 784-788.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R et al.: The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) classification criteria for axial spondyloarthritis (Part II): Validation and final Selection. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 777-783.

otrzymano/received: 08.12.2011
zaakceptowano/accepted: 04.01.2012

Adres/address:

*Piotr Wiland

Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
tel.: +48 (71) 734-33-50
e-mail: pwiland1@gmail.com