

Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα

Η **Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΞΣΠΑ)** είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει κυρίως τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις και τη σπονδυλική στήλη [1]. Στο φάσμα της ΑΞΣΠΑ περιλαμβάνονται η Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣ), η οποία αφορά σε ασθενείς με εμφανή δομική βλάβη στις ακτινογραφίες, και η μη ακτινολογικά επιβεβαιωμένη Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣχΑΕ, Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα χωρίς Ακτινολογικά Ευρήματα), η οποία αφορά σε ασθενείς χωρίς κάποια ακτινογραφικά εμφανή δομική βλάβη [2,3].

Ο **επιπολασμός** της ΑΣ κυμαίνεται μεταξύ 0,32% και 1,4% [2] και της ΑΣχΑΕ υπολογίζεται περίπου στο 0,3-1,4% του γενικού πληθυσμού [4,5,6]. Τα δεδομένα αυτά είναι σε συμφωνία με διάφορες μελέτες κοορτής, στις οποίες ο επιπολασμός ΑΣ και ΑΣχΑΕ φαίνεται να είναι παρόμοιος [4,5,7]. Η ΑΞΣΠΑ ξεκινά συνήθως σε νεαρή ηλικία, την τρίτη δεκαετία της ζωής ενός ασθενούς, και η αναλογία ανδρών-γυναικών, όσον αφορά στην ΑΣ είναι 2-3/1, και όσον αφορά στη ΑΣχΑΕ είναι 1/1 [2]. Ο ρυθμός και τα ποσοστά ακτινολογικής εξέλιξης της ΑΣχΑΕ σε ΑΣ, σύμφωνα με τις υπάρχουσες μελέτες, είναι σχετικά ασαφή. Υπολογίζεται ότι σε διάστημα 2-10 ετών, το ποσοστό ασθενών με ΑΣχΑΕ που μπορεί να εμφανίσουν ΑΣ κυμαίνεται στο 10-40% [8].

Όσον αφορά στα **συμπτώματα** της νόσου, οι ασθενείς με ΑΞΣΠΑ εμφανίζουν συνήθως χρόνια πόνο φλεγμονώδους αιτιολογίας στην πλάτη και δυσκαμψία, κυρίως στην κάτω οσφυϊκή ή γλουτιαία χώρα, χωρίς αυτό να αποκλείει το ενδεχόμενο εντοπισμού του πόνου σε οποιοδήποτε άλλο σημείο της σπονδυλικής στήλης. Οι ασθενείς παραπονιούνται για πρωινή δυσκαμψία, κυρίως στο κάτω μέρος της πλάτης, η οποία βελτιώνεται με την άσκηση, όχι όμως με ανάπαυση. Η νυκτερινή επιδείνωση του πόνου είναι επίσης συχνή στην πρώιμη φάση, ιδιαίτερα κατά το δεύτερο μισό της νύχτας [2,9]. Η χρόνια φλεγμονή και η εξέλιξη της νόσου οδηγεί τελικά στη σύντηξη (αγκύλωση) των φλεγμαινουσών αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης, ουσιαστικά δηλαδή στη δημιουργία νέου οστού, περιορίζοντας έτσι την κινητικότητά της [2]. Η αρθρίτιδα και η ενθεσίτιδα είναι οι πιο συχνές περιφερικές εκδηλώσεις της νόσου. Παρουσιάζονται κυρίως στα κάτω άκρα, συχνά με ασύμμετρο τρόπο, και οδηγούν σε πρησμένες και επώδυνες αρθρώσεις. Ως ενθεσίτιδα ορίζεται η φλεγμονή στο σημείο των ενθέσεων, δηλαδή στο σημείο πρόσφυσης τενόντων ή συνδέσμων στο οστό. Ένα σημείο που συχνά εντοπίζεται ενθεσίτιδα στην ΑΞΣΠΑ είναι ο Αχίλλειος τένοντας, καθώς και η πελματιαία περιτονία. Η πιο συχνή εξωαρθρική εκδήλωση είναι η ραγοειδίτιδα, ενώ η ψωρίαση και η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου είναι λιγότερο συχνές [2].

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες συγκεντρωτικές μελέτες, οι συχνότερες **συννοσηρότητες** στους ασθενείς με ΑΞΣΠΑ είναι η οστεοπόρωση, το γαστρεντερικό έλκος και η καρδιαγγειακή νόσος [10,11]. Άλλες συννοσηρότητες που έχουν συσχετιστεί με τη νόσο περιλαμβάνουν το σακχαρώδη διαβήτη, διάφορες λοιμώξεις, κατάθλιψη, κάποιες πνευμονοπάθειες, νεφροπάθειες, καθώς και ασθένειες νευρολογικής φύσεως [12].

Στους **παράγοντες κινδύνου** της ΑΞΣΠΑ συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων η παρουσία του γονιδίου HLA-B27, οι διακυμάνσεις στο μικροβίωμα του εντέρου και η μηχανική καταπόνηση στην περιοχή της ένθεσης [11]. Το γενετικό υπόβαθρο των ΑΞΣΠΑ φαίνεται να είναι αρκετά ισχυρό και η μεγαλύτερη συσχέτιση εμφανίζεται με το προαναφερθέν γονίδιο [2].

Για την **διάγνωση** και ταξινόμηση της ΑΞΣΠΑ, πρέπει να εξεταστούν και να συνδυαστούν

αρκετοί κλινικοί δείκτες, όπως είναι η παρουσία χρόνιου πόνου στην πλάτη με έναρξη σε ηλικία ≤ 45 ετών, η φλεγμονώδης οσφυαλγία, οι περιφερικές και εξωαρθρικές εκδηλώσεις, η ανταπόκριση σε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), το οικογενειακό ιστορικό σπονδυλαρθρίτιδας και οι συναφείς διαταραχές, καθώς και αρκετοί εργαστηριακοί δείκτες, όπως το γονίδιο HLA-B27, η CRP και τα απεικονιστικά ευρήματα [2].

Γενικότερα, ο στόχος στη **θεραπεία** των ασθενών με ΑΞΣΠΑ, είναι ο έλεγχος της φλεγμονής και η πρόληψη της δομικής βλάβης, η οποία με τη σειρά της συμβάλλει στη σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής των ασθενών, η αναστολή της εξέλιξης των μόνιμων βλαβών και η μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας των παθήσεων αυτών [13]. Για την θεραπεία της ΑΞΣΠΑ χρησιμοποιούνται ΜΣΑΦ, βιολογικοί παράγοντες (bDMARDs), οι οποίοι περιλαμβάνουν αναστολείς TNF και αναστολείς IL-17, καθώς και στοχευμένα συνθετικά τροποποιητικά της νόσου (αναστολείς JAK) [14].

Βιβλιογραφία

1. Garg, N., Van Den Bosch, F. and Deodhar, A., 2014. The concept of spondyloarthritis: where are we now?. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 28(5), pp.663-672.
2. Sieper, J. and Poddubnyy, D., 2017. Axial spondyloarthritis. *The Lancet*, 390(10089), pp.73-84.
3. Wang, R. and Ward, M.M., 2018. Epidemiology of axial spondyloarthritis: an update. *Current opinion in rheumatology*, 30(2), p.137.
4. Strand, V., Rao, S.A., Shillington, A.C., Cifaldi, M.A., Mcguire, M. and Ruderman, E.M., 2013. Prevalence of axial spondyloarthritis in United States rheumatology practices: Assessment of SpondyloArthritis International Society criteria versus rheumatology expert clinical diagnosis. *Arthritis care & research*, 65(8), pp.1299-1306.
5. Poddubnyy, D. and Sieper, J., 2014. Similarities and differences between nonradiographic and radiographic axial spondyloarthritis: a clinical, epidemiological and therapeutic assessment. *Current opinion in rheumatology*, 26(4), pp.377-383.
6. Van Tubergen, A., 2015. The changing clinical picture and epidemiology of spondyloarthritis. *Nature Reviews Rheumatology*, 11(2), p.110.
7. Boonen, A., Sieper, J., van der Heijde, D., Dougados, M., Bukowski, J.F., Valluri, S., Vlahos, B. and Kotak, S., 2015, April. The burden of non-radiographic axial spondyloarthritis. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 44, No. 5, pp. 556-562). WB Saunders.
8. Protopopov, M. and Poddubnyy, D., 2018. Radiographic progression in non-radiographic axial spondyloarthritis. *Expert review of clinical immunology*, 14(6), pp.525-533.
9. Taurog, J.D., Chhabra, A. and Colbert, R.A., 2016. Ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis. *New England Journal of Medicine*, 374(26), pp.2563-2574.
10. Moltó, A., Etcheto, A., Van Der Heijde, D., Landewé, R., Van den Bosch, F., Molano, W.B., Burgos-Vargas, R., Cheung, P.P., Collantes-Estevez, E., Deodhar, A. and El-Zorkany, B., 2016. Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondyloarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. *Annals of the rheumatic diseases*, 75(6), pp.1016-1023.
11. López-Medina, C. and Moltó, A., 2018. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of axial spondyloarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 32(2), pp.241-253.
12. Strand, V. and Singh, J.A., 2017. Patient burden of axial spondyloarthritis. *Journal of Clinical Rheumatology*, 23(7), p.383.
13. Smolen, J.S., Braun, J., Dougados, M., Emery, P., FitzGerald, O., Helliwell, P., Kavanaugh, A., Kvien, T.K., Landewé, R., Luger, T. and Mease, P., 2014. Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(1), pp.6-16.

14. Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, Ortolan A, Webers C, Baraliakos X, Landewé RBM, Van den Bosch FE, Boteva B, Bremander A, Carron P, Ciurea A, van Gaalen FA, Géher P, Gensler L, Hermann J, de Hooge M, Husakova M, Kiltz U, López-Medina C, Machado PM, Marzo-Ortega H, Molto A, Navarro-Compán V, Nissen MJ, Pimentel-Santos FM, Poddubnyy D, Proft F, Rudwaleit M, Telkman M, Zhao SS, Ziade N, van der Heijde D. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* 2023 Jan;82(1):19-34.
-

Source URL: <https://prod1.novartis.com/gr-el/patients-and-caregivers/diseases/axial-spondyloarthritis>

List of links present in page

1. <https://prod1.novartis.com/gr-el/gr-el/patients-and-caregivers/diseases/axial-spondyloarthritis>