

JUVENILNÁ SPONDYLOARTRITÍDA. ÚSKALIA DIAGNOSTIKY A LIEČBY.**JUVENILE SPONDYLOARTHRITIS. DIAGNOSTICS AND TREATMENT
DISCHARGES***PhDr. Kamila Kociová, PhD.**PhDr. Wioletta Mikuláková, PhD.**Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra fyzioterapie***Prípadová štúdia****Abstrakt**

Cieľ: Juvenilná spondyloartritída patrí do skupiny zápalových reumatických chorôb, ktorých spoločným znakom je postihnutie axiálneho skeletu a veľkých kĺbov. Postihuje 10 až 20% populácie a stanovenie diagnózy je všeobecne 5 – 7 rokov od prvých klinických príznakov. Včasná diagnostika je predpokladom úspešnej cielej terapie.

Súbor a metódy: V podrobnej kazuistickej štúdii sledujeme vývoj a priebeh ochorenia od prvých nejasných prejavov, až po stanovenie diagnózy u pacienta/chlapca, v súčasnosti vek 16 rokov, výška 161 cm, hmotnosť 43 kg, BMI 16,6, ktorého sledujeme od jeho 11 rokov.

Výsledky: U pacienta sa v priebehu štyroch rokov vyvíjal meniaci sa klinický obraz, kedy sa striedali obdobia výrazných bolestí s krátkymi obdobiami remisie. Symptomatická liečba prinášala pacientovi čiastočnú úľavu a fyzioterapiou sme okrem tíšenia bolestí dokázali udržať pohybový systém v nezmenenom stave alebo ho mierne upravili. V súčasnosti je už pacient v liečbe reumatológa, bola mu stanovená diagnóza juvenilná spondyloartritída a je mu aplikovaná biologická liečba, na ktorú pacient pozitívne reaguje.

Záver: Ankylozujúca spondylitída je chronické, alebo celoživotné ochorenie, a jej priebeh sa značne líši od človeka k človeku. Včasné stanovenie správnej diagnózy je veľmi dôležité, ale náročné, pretože klinický obraz sa vyvíja postupne a individuálne. U nami sledovaného pacienta uplynulo 3,5 roka od prvých problémov po stanovenie diagnózy, čo sa dá považovať za relatívne krátky čas. V súčasnosti mu je poskytovaná biologická liečba a fyzioterapia, ktoré môžu progresiu choroby výrazne spomaliť.

Kľúčové slová: juvenilná spondyloartritída – diagnostika – fyzioterapia – biologická liečba

Abstract

Purpose: Juvenile spondyloarthritis belongs to a group of inflammatory rheumatic diseases common to the axial skeleton and large joints. Affects 10 to 20% of the population, and the diagnosis is generally 5-7 years from the first clinical signs. Early diagnosis is a prerequisite for successful targeted therapy.

File and Methods: In a detailed case study, we monitor the development and course of the disease from the first vague manifestations to the diagnosis of the patient / boy, currently 16 years old, height 161 cm, weight 43 kg, BMI 16.6, 11 years.

Results: The patient developed a changing clinical picture over the course of four years, when periods of severe pain with short periods of remission changed. Symptomatic treatment brought partial relief to the patient, and physiotherapy, in addition to pain relief, was able to keep the motion system in the unchanged state or to modify it slightly. At present, the patient is already in a rheumatoid, a diagnosis of juvenile spondyloarthritis and a biological treatment to which the patient responds positively applies.

Conclusions: Ankylosing spondylitis is a chronic or life-long disease, and its course varies considerably from person to person. Early identification of the correct diagnosis is very important, but challenging because the clinical picture develops gradually and individually. The patient followed 3.5 years after the first diagnosis, which considered a relatively short time. Currently he is provided with biological treatment and physiotherapy, which can significantly slow the progression of the disease.

Key words: juvenile spondyloarthritis– diagnostics– physiotherapy– biological therapy

Úvod

Juvenilná spondyloartritída (SPA), alebo ankylozujúca spondylitída (AS), patrí do skupiny klinicky a patogeneticky podobných reumatických ochorení detského veku. Podľa klinických jednotiek sa spondyloartritídy rozdeľujú na: ankylozujúcu spondylitídu, psoriatickú artritídu, reaktívnu artritídu, skupinu enteropatických artritíd, nediferencovanú spondylartritídu, juvenilnú idiopatickú artritídu a akútnu uveitídu. Druhým hľadiskom, podľa ktorého sa ochorenie rozdeľuje, je prevažujúca manifestácia ochorenia. Na základe toho sa delí na: axiálnu spondyloartritídu a periférnu spondyloartritídu (4). Ide o chronické zápalové ochorenie periférnych kĺbov, šliach, väzov a chrbtice, ku ktorému dochádza pred 16 rokom. Choroba je zvyčajne považovaná

za zhodnú s ankylozujúcou spondylitídou dospelých, hoci významné klinické príznaky juvenilnej reumatoidnej artritídy sú dôvodom diskusie odborníkov o jej nozologickej izolácii (5).

Ankylozujúca spondylitída– AS, Morbus Bechterew, patrí medzi seronegatívne spondartritídy, čo je heterogenná skupina zápalových reumatických chorôb, ktorých spoločným znakom je postihnutie axiálneho skeletu a veľkých kĺbov. Charakteristická je neprítomnosť reumatoidných faktorov, častá asociácia s antigénom HLA B-27, osifikujúce zápalové entezopatie, sakroileitída a spondylitída (8). Diagnóza AS sa riadi modifikovanými newyorskými kritériami z r. 1984, ktoré zahŕňajú 3 klinické (bolesť chrbtice trvajúca viac ako 3 mesiace, zlepšujúca sa po rozcvičení, obmedzenie pohyblivosti lumbálnej chrbtice vo frontálnej a sagitálnej rovine, obmedzenie dychových exkurzii) a jedno röntgenologické kritérium (sakroiliitída II. st. bilaterálne alebo III. st. unilaterálne). Diagnóza závisí od prítomnosti rádiologického kritéria a jedného z 3 klinických kritérií. Viacerí autori však upozorňujú, že oneskorenie stanovenia diagnózy AS je všeobecne 5 – 7 rokov od prvých klinických príznakov. Toto oneskorenie diagnózy je spôsobené tým, že pri AS existuje prerádiologické obdobie, v ktorom sa vyskytujú len zápalové bolesti chrbta, a až s odstupom 3 – 5 rokov sa zjavujú prvé rtg. zmeny v zmysle sakroiliitídy (12). Vo väčšej miere sa M. Bechterew prejavuje u mužov ako u žien, a to najmä medzi 20 a 30 rokom života. Choroba ale zvyčajne začína medzi 20– 40 rokom, po 50 roku len vzácne. Ochorenie pred dosiahnutím veku 16 rokov je pozorované u 10 až 20% populácie. Z tohto počtu 60 – 70% ochorení začína po 10 roku života, výnimočne pred 7 rokom. Boli opísané prípady AS u batoliat a detí vo veku 2 – 3 roky (4). AS spôsobuje typickú svalovú stuhnutosť a bolesť. Najčastejšie postihuje sakroiliakálne kĺby, na ktorých je typickým nálezom MRI/RTG/CT zápalový proces. Ďalším miestom postihnutia sú často medzistavcové kĺby. Hybnosť pacientov je spočiatku obmedzená v drierkovej chrbtici, neskôr v hrudnej a krčnej. Entezopatie sa prejavujú najčastejšie v ramennom pletenci ale tiež v úpone Achillovej šľachy a v úpone plantárnej aponeurózy. Serológia často ukazuje zvýšené hodnoty sedimentácie a C-reaktívneho proteínu (7). Za prediktívny faktor horšieho priebehu AS najmä počas prvých 2 rokov choroby sa považuje jej začiatok vo veku menej ako 16 rokov (pričom nález koxitídy zvyšuje riziko až 23-krát). Za ďalšie faktory horšieho priebehu sa pokladá prítomnosť periférnej artritídy, FW viac ako 30 mm/hod, zlá odpoveď na nesteroidové antiflogistiká, daktylitída a nález extraspinálnych prejavov, ako je uveitída, uretritída, psoriáza a zápalové črevné choroby (9).

Liečba axiálnej spondylartritídy závisí od klinickej a laboratórnej aktivity

ochorenia, progresie, prítomnosti mimokĺbových prejavov, psychosociálnych faktorov a pacientových očakávaní. Základom je nefarmakologická liečba založená na pravidelnom cvičení a rehabilitácii. Súčasťou liečby je však aj pravidelné užívanie nesteroidových antiflogistik. Pri periférnej forme ochorenia je možné vyskúšať užívanie sulfasalazínu, no ak sa do štyroch mesiacov od začiatku liečby nedostaví efekt, je vhodné ju ukončiť. Liečba glukokortikoidmi alebo inými ochorenie modifikujúcimi liekmi nemá v klinických štúdiách jednoznačné dôkazy. Terapia anti-TNF preparátmi, teda biologická liečba, je v súčasnosti považovaná za najúčinnnejšiu. Tlmí zápalové postihnutie v oblasti chrbtice, ale aj periférnych kĺbov a šliach. Prejavom priaznivého účinku je pokles zápalovej aktivity a zníženie, až vymiznutie bolesti. Preto sme veľmi radi, že je táto liečba v súčasnosti dostupná aj na Slovensku a je plne preplácaná zdravotnými poisťovňami, pokiaľ, samozrejme, pacient splní kritériá na jej podávanie. Treba však upozorniť, že nie každý pacient môže túto liečbu dostať. Podmienkou je, aby nemal veľmi časté infekčné ochorenia alebo poruchu imunitného systému, nádorové ochorenia, ťažké srdcové alebo pečenné ochorenie, tuberkulózu a i. Začatie tejto liečby je na individuálnom zvážení každého lekára, či bude prínos biologickej liečby väčší ako riziko jej podávania. (4).

Zdravotná starostlivosť o chorého z SPA pozostáva z priebežnej kontroly funkčnej kapacity pacienta, aby sa mohla zhodnotiť dynamika ochorenia a kontrolovať výsledok použitých liečebných metód. Liečebná rehabilitácia v sebe zahrňuje medikamentóznú liečbu, fyzioterapiu, použitie ortopedických pomôcok prípadne chirurgický výkon. Pohybová liečba je prispôbená aktivite ochorenia, klinickému obrazu, deformitám axiálneho skeletu, postihnutí periférnych kĺbov a pohybom hrudného koša. Cieľom pohybovej liečby pri AS je brániť obmedzovaniu pohyblivosti chrbtice, prevencia vzniku deformít chrbtice a koreňových kĺbov, udržať alebo zlepšiť dychové exkurzie, korekcia držania a nácvik chôdze. Predpokladom správne zostaveného rehabilitačného programu je zhodnotenie aktuálnej situácie chorého. Po vstupnom vyšetrení a zhodnotení funkčnej kapacity chorého je potrebná pravidelná kontrola a zhodnotenie zmien pohybových možností chorého. Okrem klasického merania rozvíjania chrbtice pomocou metrického merania (Schoberovej a Stiborovej dištancie, Ottovho inklináčného a reklináčného indexu, Thomayerovej dištancie, lateroflexie, merania hrudníka a rozdielu medzi nádychom a výdychom) je potrebné zhodnotiť pacientove schopnosti vykonávať aktivity denného života, kontrolovať bolesť, mieru stuhnutosti, sledovať psychické problémy chorého, vyplývajúce z ohrozenia zamestnania, vzdelávania sa a možnosti aktívne športovať (8).

V období prvých príznakov z ktorých u pacienta dominuje bolesť, a ktoré ako bolo už

uvedené predbiehajú stanovenie diagnózy o 5 až 7 rokov, je liečba len symptomatická. Pozostáva z tlmenia až odstránenia bolesti, ovplyvňovaní aktuálnych funkčných obmedzení a často je potrebná aj pomoc psychológa. Pre pacientov, zvlášť v detskom veku, je frustrujúce a vyčerpávajúce, že majú neustále sa opakujúce ťažkosti rôzneho charakteru, priebehu a lokalizácie, bez „pomenovania“ príčiny. Okrem medikamentózneho liečby práve fyzioterapia svojimi prostriedkami prináša pacientom aspoň čiastočnú a dočasnú úľavu. V predloženej práci opisujeme postupný vývoj a priebeh ochorenia u mladého chlapca, od jeho prvých príznakov, až po konečné stanovenie diagnózy a nastavenia cielej liečby.

Kazuistika

Chlapec, B.Z. narodený 29. 4. 2002.

RA: Z otcovej strany sa v rodine vyskytla hypertenzia a cukrovka 2. typu. Z matkinej strany bez významných ochorení. V rodine sa nevyskytovalo žiadne závažné ochorenie. Jeden súrodenec – brat starší, zdravý.

OA: Z druhého tehotenstva narodené dieťa, fyziologický vývoj, chodiť začal v 1 roku. Od 3 rokov v škôlke, od 7 rokov v škole. V 4 rokoch fraktúra predkolenia bez komplikácií. 10 ročný prekonal operáciu varikokély, a v roku 2013 ako 11 ročný podstúpil pre chronickú tonzilitídu tonzilektómiu.

Prvé problémy začali v júli 2011, vtedy ako 9 ročný, sa opakovane sťažoval na bolesti v oblasti stehien, občas aj kolien, na ktoré sa aj v noci budil. Odoslaný detským lekárom na ortopedické vyšetrenie. Keďže rtg. vyšetrenie bedrových kĺbov neukázalo žiadnu patológiu a rozsahy pohybov v oboch bedrových kĺboch boli bez obmedzenia, uzavrel ortopéd pacientov stav ako bolesti kĺbov a odporučil v prípade potreby na miernenie bolesti Cataflam.

Aj pri pravidelnom užívaní analgetík sa bolesti u pacienta zvyrazňovali. Laboratórne vyšetrenia odporúčané detským lekárom poukázali na zvýšenú sedimentáciu, ostatné vyšetrenia negatívne. Odoslaný na USG, neurologické, očné a imunologické vyšetrenie. Okrem mierne zvýšenej sedimentácie nebol prítomný žiaden zdroj, sine morbo. V tom čase mierne viazla abdukcia v oboch bedrových kĺboch. Pacientovi odporučili Nurofen 3x200mg a úľavu na telesnej výchove v škole.

V marci 2013 pre pretrvávajúce bolesti chrbta a dolných končatín odoslaný ortopedom na rehabilitáciu s odporúčaním pohybovej liečby. Tu bolo zistené chybné držanie tela so zvýšenou kyfózou, a mierne rigidnejšou chrbticou. Pri intenzívnejších bolestiach dolných končatín bola pacientova chôdza kríavá, ale symetrická, rozsah pohybov bedrových

kĺbov bez obmedzenia. Dĺžky dolných končatín rovnaké. Odporúčaná bola pohybová liečba a plávanie.

Rehabilitačný program.

Dieťa bolo pre dlhodobé a opakujúce sa bolesti precitlivené, tak sa rodičia rozhodli pre fyzioterapiu v domácom prostredí, aby dieťa nevystavovali ďalšiemu stresu. Funkčné vyšetrenie fyzioterapeutom nebolo možné v tom čase vykonať pre intenzívnu bolesť: VAŠ-8, a celkovú precitlivosť pacienta. Pacient mal antalgické držanie tela, zvýšené svalové napätie paravertebrálnych svalov v oblasti drierkovej chrbtice a celkovú pohybovú neochotu, až strach z pohybu. Thomayer: 55cm. 2x v týždni mu bola fyzioterapeutom poskytovaná následná liečba:

Masáž hypertonických paravertebrálnych svalov vlhkým teplým valčekom z froté uteráka.

Mäkké mobilizačné techniky na oblasť drierkovej chrbtice a sakroiliakálnych kĺbov.

Mobilizácia mäkkých tkanív v oblasti krčnej chrbtice, nakoľko sa u pacienta zvýraznili bolesti aj v tejto oblasti. Release techniky a šetrná postizometrická relaxácia na svaly so zvýšeným napätím. Postizometrická trakcia striedavo na krčnú a drierkovú chrbticu. Aktívne cvičenia zamerané na pohyblivosť chrbtice, oblasť bedrových kĺbov a oboch dolných končatín. Cílené cvičenia na zlepšenie chybného držania tela. TENS na sakroiliakálnu oblasť.

Pacient rehabilitoval 3 mesiace. Na uvedené fyzioterapeutické postupy reagoval pozitívne. Hlavný efekt fyzioterapie bol v znížení bolesti, ktoré sa menili v závislosti od pacientovej únavy, priemerne VAŠ-2, s čím súviselo aj zlepšenie aktívneho pohybu, jeho sily a rozsahu a väčšia ochota spontánneho hýbania sa. Schober: 3,5 cm, Stíbor: 6 cm, Thomayer: 5 cm, lateroflexie symetricky 13 cm. V krčnej chrbtici flexia v plnom rozsahu, extenzia deficit 5 cm, lateroflexie: P-11cm, L 12 cm, rotácie: P-14 cm, L 11 cm. Pacientovi a jeho rodičom boli poskytnuté návrhy na úpravu jeho životosprávy: vhodná poloha pri spaní a učení sa. Dostatočný pohyb vo voľnom čase, pravidelné plávanie a iné športy podľa záujmu dieťaťa. V čase letných prázdnin rehabilitáciu prerušil.

V júli toho istého roku bol na žiadosť rodičov pacient prijatý na detské imunologické oddelenie za účelom komplexného vyšetrenia a stanovenia diagnózy. Výsledok komplexného vyšetrenia: Laboratórne výsledky We 32 mm/h, ostatné bez významných odchýlok, mikrobiologické vyšetrenie ORL potvrdilo prítomnosť streptokoka. Vyjadrili podozrenie na sacroileitídu, spondylitídu. Rtg. krčnej chrbtice ukázalo

zachovanú krčnú lordózu, výšku corpusov v norme, intervertebrálne štrbiny v norme, pravidelné, nezobrazená žiadna kostná anomália. V Th-L oblasti chrbtice vpravo, v L oblasti ľavokonvexná mierna skolióza. Hrudná kyfóza a drieková lordóza mierne zvýraznené. Výška stavcov zachovaná. Očné vyšetrenie nepotvrdilo podozrenie na uveitídu. Neurologické vyšetrenia negatívne. MRI: lézie v oblasti pravého bedrového kĺbu zodpovedajú chronickému zápalu. V ľavom bedrovom kĺbe je podozrenie na malú kostnú cystu, ktorú odporúčili v budúcnosti sledovať. Predpoklad na reumatologické príčiny pacientových problémov.

Odporúčania: Sumetrolim 3x1 tabletku, Nurofen 200mg 3x1, Venter 2x, šetriaci režim, posilnenie chrbtového svalstva, cvičenia na chrbticu a plávanie. V budúcnosti potrebné pre sarkoidózu špecifický HLA-B27 vyšetrenie. Pre opakované zápaly a za účelom vylúčenia fokusu bola v októbri 2013 u pacienta vykonaná tonsillectomia.

Pacient od októbra 2013 (po tonsilektomii) pokračoval v rehabilitácii 2x v týždni po dobu 2 mesiacov.

Pacient od poslednej rehabilitácie v zhoršenom stave. Funkčné fyzioterapeutické vyšetrenie: chabé držanie tela, predsunuté ramená. V torakálnej chrbtici pravokonvexná a torakolumbálnej ľavokonvexná kompenzovaná skolióza. Pohyblivosť bedrových kĺbov voľná, v konečnej fáze bolestivá. Schober: 2 cm, Stibor: 5cm, Thomayer: 50 cm, dychové exkurzie 3 cm. Krčná chrbtica pre výrazné bolesti a pacientov strach z pohybu nevyšetrená. Sila svalov dolných končatín na 4. stupeň svalového testu. Bolesti driekovej oblasti s prenosom do oblasti bedrových kĺbov až stehien, čo občas spôsobuje kríavú šetriacu chôdzu. Antalgické držanie krčnej chrbtice s meniacou sa intenzitou bolesti VAŠ 4-8 (obr.1). Pacient sa sťažuje na výrazné bolesti najmä v noci a ráno po prebudení. Po niekoľkých hodinách ľahkého pohybu sa zmiernia.



Obr. 1 Pacientov funkčný stav v marci 2013

Rehabilitačný program:

Segmentová reflexná masáž striedavo dorzálna zostava a zostava pre šiju a hlavu, celkovo 6x.

Mäkké mobilizačné techniky na oblasť driekovej chrbtice a sakroiliakálnych klbov.

Mobilizácia mäkkých tkanív a PIR v oblasti krčnej chrbtice. Release techniky a šetrná postizometrická relaxácia na svaly so zvýšeným napätím. Postizometrická trakcia striedavo na krčnú a driekovú chrbticu. PIR na pektorálne svaly a nácvik auto PIR. Cvičenia na úpravu skoliózy podľa Beckerovej. Aktívne cvičenia na chrbticu, oblasť bedrových kĺbov a oboch dolných končatín. Dýchacia gymnastika statická aj dynamická na zlepšenie dychových exkurzií a mobility hrudnej chrbtice. TENS striedavo na C-Th oblasť a na L-S prechod, až SI kĺby.

Fyzioterapiou sa zlepšoval rozsah pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice, upravovala sa skolióza, zlepšila svalová sila dolných končatín a zmiernila až odstránila bolesť. Pacient po zmiernení bolesti a zlepšení funkčného stavu ukončil rehabilitáciu.

Vo februári 2014 sa u pacienta znova zvýraznili bolesti bedrových a občas aj kolenných kĺbov, a tak bol odoslaný detským lekárom na endokrinologické vyšetrenie. Endokrynológ na základe laboratórnych vyšetrení vylúčil metabolickú poruchu, nepotvrdila sa sacroileitída, ani žiadne metabolické či autoimunitné ochorenie. Ale vzhľadom na zvýšenú hladinu IgG a CRP, predpokladá chronické zápalové ochorenie.

Odporučil intenzívnu rehabilitáciu. Pacient za týmto účelom bol v máji 2014 prijatý na detské rehabilitačné oddelenie. Po týždni bol pre nespokojnosť rodičov na ich žiadosť prepustený do domácej liečby.

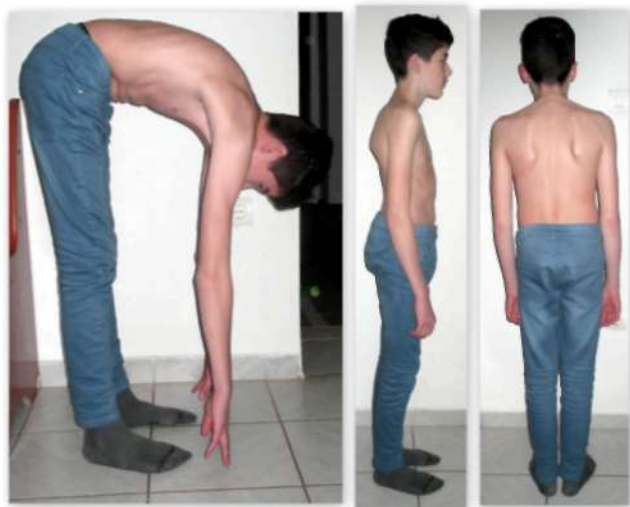
Pre stále pretrvávajúce bolesti detský lekár v marci 2015 odoslal pacienta s podozrením na chronické zápalové ochorenie kĺbov na detskú reumatológiu, do Národného reumatologického ústavu v Budapešti za účelom komplexného vyšetrenia. Tu funkčným vyšetrením zistili zvýšenú krčnú lordózu a oploštenú driekovú, miernu torakolumbálnu skoliózu, zníženú pohyblivosť krčnej a driekovej chrbtice, v konečnej fáze pohybov bolestivosť, viazne retroflexia v krčnej oblasti, znížená pohyblivosť v temporomandibulárnom kĺbe, kde je prítomná aj bolesť na tlak. Schober 2 cm, dychové exkurzie 5 cm. Laboratórne vyšetrenia: We: 39mm/h, HLAB27: neg., imunologické vyšetrenie poukázalo na mierne zvýšenú hladinu antinukleárných protilátok (ANA). Radiologické vyšetrenia potvrdili miernu skoliózu, v dolnej hrudníkovej až hornej driekovej oblasti na drobných kĺboch chrbtice zobrazená ankylóza, tiež na pravom sakroiliakálnom kĺbe potvrdená úplná, na ľavom čiastočná ankylóza. Na základe výsledkov stanovili diagnózu Juvenilná spondyloartritída. Teda 4 roky od prvých nejasných príznakov, sa aj vďaka neúnavnej starostlivosti a aktivite rodičov, ako aj práce multidisciplinárneho tímu zdravotníkov, podarilo stanoviť diagnózu a začať kauzálnu liečbu. Je to relatívne krátka doba, keďže, ako už bolo spomenuté, viacerí autori poukazujú na skutočnosť, že oneskorenie stanovenia diagnózy AS je všeobecne 5 – 7 rokov od prvých klinických príznakov. Pacientovi bola naordinovaná liečba NSAID a fyzioterapia. Od stavovania diagnózy bol pacient opakovane liečený, ambulantne aj lôžkovo v Národnom reumatologickom ústave, ktorý prevzal pacienta do svojej starostlivosti. V novembri 2015 sa u pacienta objavili problémy so stolicou, mal opakovane krv v stolici. Hospitalizovaný na detskom gastroenterologickom oddelení, kde mu po vyšetreniach stanovili diagnózu IBD, Colitis ulcerosa a predpísali Medrol 1x28mg. Je to jeden z extraartikulárnych prejavov Spondyloartritíd. Podľa Pulai u 60% pacientov so SPA je preukázateľné asymptomatické IBD. U pacientov s reaktívnou SPA sa môže vyvinúť zápalové črevné ochorenie až u 20% chorých v priebehu 20 rokov (5).

Koncom roku 2015 začali so súhlasom rodičov prípravy na biologickú liečbu. Po ústupe akútnych problémov sa v auguste 2016 začala pacientovi podávať biologická liečba Inflectrou, ktorá je indikovaná na liečbu aktívnej ankylozujúcej spondylitídy, ako aj ťažkej aktívnej ulceróznej kolitídy u detských a dospievajúcich pacientov.

Výsledky

Február 2018, súčasný stav pacienta. Po vylúčení infekčnej príčiny bola pacientovi predpísaná biologická liečba, ktorá mu je aj v súčasnosti pravidelne aplikovaná a pacient na ňu reaguje veľmi pozitívne. Je bez bolesti a bez zápalovej aktivity. Je prakticky bez obmedzenia schopný plného zaťaženia doma, v škole aj pri voľnočasových aktivitách. V oblasti chrbtice aj periférnych kĺbov nemá žiadne subjektívne problémy, zlepšená je uňho chuť do jedla a v súčasnosti je aj bez črevných problémov.

Funkčné fyzioterapeutické vyšetrenie: vek 16 rokov, výška 161 cm, hmotnosť 43 kg, BMI 16,6 – podváha (hraničná hodnota s ideálnou hmotnosťou). Schober 3,5 cm; Stibor 6 cm; lateroflexie trupu symetrické 17 cm; Thomayer plný rozsah. Krčná chrbtica flexia plný rozsah, extenzia deficit 5 cm. Tento deficit sme namerali už v roku 2013 a nezmenil sa, takže ide pravdepodobne už trvalý deficit, deformitu. Rotácie symetricky 14 cm, lateroflexie symetricky 12 cm. Flash Forestier 3 cm. Dychové exkurzie 8 cm. Bolesti neprítomné. U pacienta je viditeľná ľahká thorakolumbálna skolióza, odstavajúce lopatky, predsunuté ramená, ľahko predsunutá brada a zvýraznená krčná lordóza. V drierkovej oblasti je viditeľne spevnené držanie (oproti chabému s uvoľnenou brušnou stenou), drierková lordóza primeraná, v predklone viditeľné zlepšenie v rozvíjaní krížovej a drierkovej chrbtice (obr.2).



Obr. 2 Pacientov funkčný stav vo februári 2018

Pri JSA sa za úspech biologickej liečby považuje, ak sa zlepšia 3 zo 4 sledovaných parametrov: pacientov subjektívny vnem, bolesť, funkcia a zápal. Za úspech sa považuje aj ak sa nezhoršia funkcie na nepostihnutých častiach tela (7). Takže u nášho

pacienta môžeme jednoznačne hovoriť o zlepšení a úspechu liečby. Subjektívne pacient a jeho rodičia najviac oceňujú výrazné zníženie až odstránenie bolesti. Skutočnosť, že nepociťuje žiadne funkčné obmedzenia v každodenných aktivitách, dokonca sa v škole znova zúčastňuje hodín telesnej výchovy, veľmi priaznivo ovplyvňuje aj jeho psychický stav. Pacient má zaužívané každodenné cvičenie podľa inštruktážneho videa z reumatologického ústavu a podľa zostavy cvičení zameraných na chybné držanie tela a skoliózu. Rád jazdí na kolobežke, kde mu bolo odporúčané, aby striedal dolné končatiny pri poháňaní. Pri dobre nastavenej výške držadiel je to vhodný šport, pri ktorom si uvoľňuje krížovo-driekovú chrbticu, ako aj sakroiliakálne kĺby. Občas chodí plávať. Má upravené lôžko a snaží sa striedať statické polohy pri učení sa podľa našej inštruktáže. Vďaka veľkej starostlivosti a úsiliu rodičov a celému multidisciplinárnemu tímu zdravotných pracovníkov, je stav pacienta stabilizovaný.

Diskusia a záver

Tvárou v tvár s novo diagnostikovanou chronickou chorobou, väčšina ľudí chce vedieť, čo ich do budúcnosti čaká. Je to jedna z najťažších otázok, na ktorú nie je jednoznačná odpoveď, nakoľko priebeh ochorenia je u každého jedinca individuálny. Včasné stanovenie správnej diagnózy je však veľmi dôležité, pretože existuje niekoľko typov SPA u detí. Niektoré štúdie, kde boli sledované deti s juvenilnou AS po dobu asi 15 rokov naznačujú, že tieto deti nemusia dosiahnuť vek ako ich zdraví rovesníci. Iné štúdie však zdôrazňujú veľmi pozitívne výsledky, kde viac ako 75% pacientov boli zamestnaní alebo boli schopní uchádzať sa o prácu. Len asi u 10 až 20%, ostala trvalá disabilita (3). Je dôležité vedieť, že ankylozujúca spondylitída je chronické, alebo celoživotné ochorenie, a že jej závažnosť nemá nič spoločné s vekom alebo pohlavím. Jej priebeh sa značne líši od človeka k človeku, pričom nie všetci pacienti budú mať rovnako závažné komplikácie, deformity či spinálne fúzie (2). V súčasnosti neexistuje žiadny známy liek na vyliečenie AS, ale existujú terapeutické postupy a lieky na zmiernenie príznakov a bolesti. Cieľom terapie je potlačenie aktivity zápalového procesu (antiflogistiká, biologická liečba), prevencia deformácií (pohybová a fyziotrická liečba) a ich prípadná chirurgická korekcia. Nedávne štúdie ukazujú, že novšie biologické lieky môžu u niektorých ľudí progresiu choroby výrazne spomaliť (2). Cvičením a pohybovou liečbou sa posilňuje svalstvo v okolí kĺbov a tým znižuje riziko invalidity. Odporúčaným športom je plávanie. Je dôležité zdôrazniť pacientom, že aj keď dôjde k ústupu bolesti a zmierneniu príznakov, je nevyhnutná pravidelná kontrola u reumatológa aspoň raz ročne s cieľom odhaliť a liečiť prípadné základné komplikácie (3).

LITERATÚRA:

- BALOGH, ZS. 2006. Izületi gyulladások gyermekkorban, [online]. Gyermekorvosi Továbbképzés, 2006. s.133-138 [cit. 2016.08.09.] Dostupné na internete: <http://www.drdiag.hu/kereso/diagnosztika.adatlap.php?id=99779>
- COLBERT, R.A., 2010. *Classification of juvenile spondyloarthritis: enthesitis-related arthritis and beyond*. In Nature Reviews Rheumatology [online]. 2010, č.6, s. 477-485 [cit. 2017.13. 02.] Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2994189/> ISSN 1759-4790
- LÍŠKA, D. 2016. *Ankylozujúca spondylitída, výživa, cvičenie*. [online]. Core Training [cit. 2016.16.08.] Dostupné na internete: <http://www.coretraining.cz/2016/08/ankylozujuca-spondylitida-vyziva-cvicenie/>
- MAGYAR, R. 2015. *Liečba ťažkej formy axiálnej spondyloartritídy* [online]. Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice [cit. 2017.02.09.] Dostupné na internete: <http://www.biologickaliecba.eu/ochorenia/liecba-tazkej-formy-axialnej-spondyloartritidy>
- PULAI, J. 2014. *Aktualitások a gyulladásos gerincbetegségek korai diagnózisában és kezelésében*, [online]. Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Székesfehérvár, 2014. [cit. 2016.01.20.] Dostupné na internete: [ttp://www.finkorhaz.hu/files/pdf/belt14/35pulai.pdf](http://www.finkorhaz.hu/files/pdf/belt14/35pulai.pdf)
- SNÁŠEL, M. 2016. *Ankylozujúca spondylitída, výživa, cvičenie*. [cit. 2016.08.16.] Dostupné na internete: <http://www.coretraining.cz/2016/08/ankylozujuca-spondylitida-vyziva-cvicenie/>
- SZÁNTÓ, S. 2015. *A spondylitis ankylopoetica (SPA) és terápiája* [online]. Debrecen: OEC, Reumatológiai Tanszék. [cit. 2017.02.09.] Dostupné na internete: <http://www.rheumatology.hu/sites/default/files/attachments/page/eloadasanyagok/spaeskezelesekcompatibilisimod.pdf>
- TAUCHMANNOVÁ, H.– POPRACOVÁ, Z. 2000. *Reumatologická rehabilitácia*. Klinická reumatológia. Martin: Osveta, 2000, s. 965-986. ISBN 80-8063-022-4
- ŽLNAY, D., ŽLNAY, M., ROVENSKÝ, J. 2008. *Ankylozujúca spondylitída – nové poznatky v liečbe*. [online]. Piešťany, Národný ústav reumatických chorôb. [cit. 2016.08.12.] Dostupné na internete: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2906&magazine_id=1
- Juvenilná spondyloartritída. 2016 [online]. [Príznaky a liečba juvenilnej spondylartritídy [cit. 2017.09.02.] Dostupné na internete: <http://addvices.info/sk/pages/1591573>
- Juvenile Spondyloarthritis 2015 [online]. Ohio Cincinnati Children's Hospital Medical

Center. [cit. 2017.13. 02.] Dostupné na internete: <https://www.cincinnatichildrens.org/health/j/spondyloarthritis>

Overview of Ankylosing Spondylitis [online]. Spondylitis Association of America [cit. 2017.13. 02.] Dostupné na internete: <http://www.spondylitis.org/Ankylosing-Spondylitis>

Kontaktné údaje:

PhDr. Kamila Kociová, PhD.

FZO PU v Prešove

Partizánska 1

08 001 Prešov

E-mail: kamila.kociova@unipo.sk

Recenzované: 5.11.2018

Prijaté do tlače: 15.11.2018