

# Ankylozující spondylartritida

**Ankylozující spondylartritida** (také *morbus Bechtěrev* či *spondylitis ankylosans*) patří mezi spondylartritidy, skupinu zánětlivých revmatických onemocnění, postihující **spojení na páteři** (intervertebrální, kostovertebrální, SI skloubení, disky a vazy páteře, někdy i kořenové či periferní klouby). Vede k postupné osifikaci kloubních pouzder a vazů a tím k ankylóze segmentů až celé páteře (může ztuhnout v jakémkoli postavení).

## Etiopatogeneze

Onemocnění začíná v mladém věku (nejčastěji 2.–3. decenium). Vyskytuje se častěji u mužů. Nemoc je vázaná na **HLA-B27**. Etiologické agens nebylo prokázáno. Uvažuje se o roli střevní mikroflóry.

## Příznaky

Příznaky nemoci se dělí do tří skupin: axiální, periferní a mimokloubní příznaky.

### Axiální příznaky

Mezi základní příznaky nemoci patří **zánětlivá bolest** v dolních zádech – vzniká na podkladě sakroiliitidy, typicky v druhé polovině noci a pacienta probudí ze spaní. Je provázena ranní ztuhlostí. Bolest i ztuhlost se zlepšují s rozčvičením. Bolest se dále šíří na vyšší oblasti páteře (až na krční páteř) – podkladem je spondylitida. Mezi axiální příznaky jsou řazeny i artritidy ramenních a kyčelních kloubů.

### Periferní příznaky

Nejčastěji vzniká nesymetrická oligoartritida s preferencí na dolních končetinách. Může se vyskytnout i daktylitida (tzv. *párkový prst*) – postižení interfalangeálních kloubů jednoho prstu a šlachy.

### Mimokloubní příznaky

- oči – akutní přední uveitida,
- srdce – aortální insuficience, převodní poruchy, aortitida,
- GIT – ulcerózní kolitida, Crohnova choroba,
- plíce – fibróza,
- ledviny – amyloidóza,
- osteoporóza obratlů.

## Diagnostika

### Fyzikální vyšetření

Při vyšetření se zaměřujeme na sakroiliakální klouby, rozvíjení páteře ve třech rovinách a expanze hrudníku.

- Mennelův manévr – Tlačíme pacientovi na křídla kyčelních kostí. Test je pozitivní v případě, že pacient pociťuje bolest na poškozené straně.
- Schoberův test – Ukazuje rozvíjení bederní páteře.
- Forestierova flèche – Jedná se o vzdálenost okcipitu ke kolmé stěně. Měla by být maximálně 2 cm.
- lateroflexe
- expanze hrudníku – minimálně 5 cm

 *Podrobnější informace naleznete na stránce [Vyšetření pohyblivosti páteře](#).*

### Zobrazovací metody

### Ankylozující spondylartritida

Ankylosing spondylitis

Spondylitis ankylosans



RTG snímek lumbální páteře v boční projekci. Typický obraz bambusové tyče; osifikace kloubů a vazů.

**Rizikové faktory** HLA-B27, mužské pohlaví <sup>[1]</sup>

### Klasifikace a odkazy

<b>MKN</b>	M45 ( <a href="https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/M45">https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/M45</a> ), juvenilní ankylozující spondylartritida M08.1 ( <a href="https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/M08.1">https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/M08.1</a> )
<b>MeSH ID</b>	D013167 ( <a href="https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=D013167">https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=D013167</a> )
<b>OMIM</b>	106300 ( <a href="https://omim.org/entry/106300">https://omim.org/entry/106300</a> )
<b>MedlinePlus</b>	000420 ( <a href="https://medlineplus.gov/ency/article/000420.htm">https://medlineplus.gov/ency/article/000420.htm</a> )
<b>Medscape</b>	332945 ( <a href="https://emedicine.medscape.com/article/332945-overview">https://emedicine.medscape.com/article/332945-overview</a> )

Na RTG je prvním projevem sakroiliitida. Dále vznikají syndesmofyty a osifikace úponů šlach, což vede k fúzi obratlových těl až k obrazu tzv. *bambusové tyče*. Sakroileitida často oboustranná.

Rozlišujeme 5 stadií podle lokalizace změn:

Stadium	zánětlivé změny
Stadium I	unilaterální sakroiliitida
Stadium II	bilaterální sakroiliitida
Stadium III	postižení lumbální páteře
stadium IV	postižení hrudní páteře
stadium V	postižení krční páteře

Další důležitou zobrazovací metodou je magnetická rezonance, kde je typickým nálezem přítomnost výpotku nebo otok kostní dřeně.


### Laboratorní vyšetření

V laboratorním nálezu nalezneme zvýšení sedimentace a CRP, normocytární normochromní anémii.





### Léčba

Základem léčby je pravidelné, celoživotní cvičení, rehabilitace a fyzikální terapie. U pacientů je každý rok indikována lázeňská léčba.

**Farmakologická léčba** zahrnuje:

- nesteroidní antirevmatika,
- DMARDs – účinný pouze sulfasalazin  u forem s periferní artritidou,

**⚠ DMARDs nemají žádný vliv na axiální příznaky!**

- biologická léčba – TNF blokující léky: etanercept , infliximab , adalimumab , golimumab  <sup>[1]</sup>;

## Odkazy

### Související články

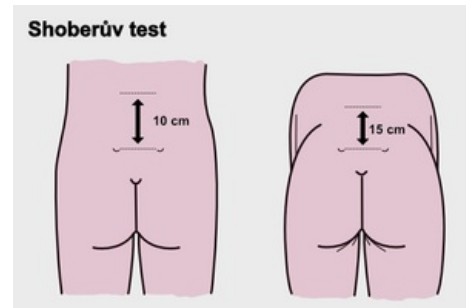
- Juvenilní idiopatická artritida
- Revmatoidní artritida
- Psoriatická artritida
- Projevy zánětlivých revmatických chorob na pohybovém aparátu a jejich chirurgická léčba

### Zdroj

- PASTOR, Jan. *Langenbeck's medical web page* [online]. ©2010. [cit. 02-06-2010]. <<https://langenbeck.webs.com/>>.
- ČEŠKA, Richard, et al. *Interna*. 1. vydání. Praha : Triton, 2010. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.

### Reference

1. ČEŠKA, Richard, et al. *Interna*. 1. vydání. Praha : Triton, 2010. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.



Shoberův test



Ukázka změn na páteři u Bechtěrevovy choroby. Obraz bambusové tyče a hrudní hyperkyfózy vzniklý v důsledku osifikace zánětlivě změněných tkání