

Diagnosticul precoce al spondilitei anchilozante

Dr. ȘT. ȘUȚEANU, Dr. L. MACOVEI

Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”, București

REZUMAT

Spondilita anchilozantă (SA) este o formă de reumatism inflamator cronic, care în trecut a fost subdiagnosticată sau diagnosticată cu întârziere. La acest diagnostic tardiv au contribuit unele concepții greșite (boală rară care nu afectează sexul feminin, evoluția benignă, lipsa tratamentului specific eficace) ca și latența instalării modificărilor radiologice ale articulațiilor sacroiliace. Interpretarea corectă a durerilor vertebrale de tip inflamator (în formă axială) și a oligoartritei membrelor inferioare (în forma cu debut periferic) pot contribui la precizarea diagnosticului într-o perioadă apropiată de debut. La realizarea acestui obiectiv mai intervin: identificarea sacroiliitei prin examen computer-tomografic și prin rezonanță magnetică nucleară și determinarea antigenului HLA B27, în cadrul screening-ului folosit de medicul de prim contact sau de specialistul reumatolog în cazul bolnavilor suspecți a avea o SA. Diagnosticul precoce al bolii se impune cu atât mai mult astăzi, când dispunem de un tratament eficace, cum este cel cu agenți anti-TNF alfa.

ABSTRACT

Early diagnosis of ankylosing spondylitis

Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic inflammatory disease which was underdiagnosed or lately recognized in the past. Some false conceptions, such as those considering that AS is a rare and rather benign illness, which doesn't affect females, lacking of specific treatment, as well as the slow settle of radiographic changes of sacroiliac joints have had contributed to the belated diagnosis. Correct interpretation of inflammatory vertebral pain and of oligoarthritis of lower limbs (e.g. in SA with non-axial onset) might be helpful in the early diagnosis of AS. Newer imaging techniques aimed to explore sacroiliac joints, significantly improved early diagnosis, which is mandatory today when effective treatments, such as anti-TNF alpha agents, are largely available.

Spondilita anchilozantă (SA), una dintre principalele forme de reumatism inflamator cronic, face parte din grupul spondilartritelor seronegative, afecțiuni care au în comun negativitatea testelor de depistare a factorilor reumatoizi, alături de atingerea frecventă (la examenul radiologic) a articulațiilor sacroiliace și a coloanei vertebrale, concomitent cu prezența entezopatiilor și afectarea articulațiilor periferice, sub forma unei oligoartrite asimetrice a membrelor inferioare. Afectarea frecventă a tegumentelor, intestinului și ochiului și agregarea familială constituie o ultimă trăsătură comună a spondilartritelor seronegative, concept lansat în 1974 prin lucrările lui Moll și Wright. Ulterior, s-a mai adăugat un criteriu:

apartenența la grupul de histocompatibilitate HLA B27.

Din grupul spondilartritelor seronegative fac parte: SA, SA juvenilă, artritele reactive, artrita psoriazică, spondilartritele enteropatică (din colita ulceroasă și boala Crohn), spondilartritele nediferențiate, uveita, boala Behçet, boala Whipple și artro-osteita pustulotică.

Multă vreme, diagnosticul SA a fost formulat pe baza criteriilor de la New York (1966), modificate în 1984 (tabelul 1). Pe baza acestor criterii, diagnosticul se baza în primul rând pe prezența sacroiliitei la examenul radiografic standard, ceea ce avea implicații asupra momentului în care putea fi precizat diagnosticul (1). Ulterior, au mai apărut unele studii cu anumite consecințe privind diagnosticul SA.

În anul 1991, Grupul european pentru studiul spondilartropatiilor a formulat noi criterii de clasificare pentru acest set de boli (2) (tabelul 2).

Tabelul 1. Criteriile de diagnostic pentru spondilita anchilozantă (Van der Linden col, 1984) (1)

I. Criterii clinice
1. Durere lombară și redoare, cu durată de cel puțin trei luni, ușurată de exercițiu și nemodificată de repaos
2. Limitarea mișcărilor coloanei vertebrale lombare, atât în planul sagital, cât și în cel frontal
3. Limitarea expansiunii toracice
II. Criteriu radiologic
1. Sacroiliită de gradul II sau mai mare, bilaterală

SA definită: criteriu radiologic + cel puțin un criteriu clinic

Tabelul 2. Criteriile de clasificare a spondilartropatiilor (Grupul european pentru studiul spondilartropatiilor, 1991) (2)

Durere vertebrală de tip inflamator sau sinovită asimetrică, predominantă la nivelul membrelor inferioare și unul sau mai multe dintre criteriile următoare:
1. Durere fesieră alternă
2. Sacroiliită
3. Entezopatie
4. Istoric familial pozitiv
5. Psoriazis
6. Boală inflamatorie intestinală
7. Uretrită, cervicită sau diaree acută, apărute cu cel mult o lună înaintea artritei

Pe baza acestor criterii, bolnavii puteau fi integrați în grupul spondilartritelor și, eventual, atunci când era posibil se putea preciza diagnosticul de boală. În cazul celor care nu întruneau suficiente criterii pentru diagnosticul unei anumite boli, dar care puteau fi integrați în grupul spondilartritelor, Zeidler (1992) a propus termenul de spondilartrită nediferențiată. Este un diagnostic de așteptare, urmând ca ulterior să se precizeze cadrul nosologic. Spondilartrita nediferențiată reprezintă fie stadiul precoce al unei spondilartropatii definite, al cărei tablou clinic se va dezvolta ulterior, fie o formă frustă de spondilartrită definită.

Nu am abordat întâmplător aceste probleme nosologice care au o mare importanță în realizarea unui diagnostic precoce al SA, așa cum vom vedea în cele ce urmează.

SA este o boală reumatică subdiagnosticată sau diagnosticată cu întârziere. Într-o lucrare realizată în anul 1996 de Societatea Germană de Reumatologie, s-a ajuns la concluzia că timpul mediu dintre debutul bolii și diagnostic era de 8,9 ani, el fiind diferit în funcție de sex: pentru femei mai mare (9,8 ani) decât pentru bărbați (8,4 ani). La o concluzie similară am ajuns eu însumi într-o lucrare realizată în anii '70.

Vom trece în revistă unele idei, concepții, fapte, care au contribuit la întârzierea diagnosticului SA

și vom arăta totodată ce trebuie făcut pentru a pune capăt acestei situații, pentru a realiza un diagnostic cât mai aproape de debutul SA și pentru ca această afecțiune să ocupe un loc mai important în cadrul bolilor reumatice, loc care i se cuvine.

S-a considerat multă vreme că SA este o boală rară, în aceste condiții, bineînțeles, atenția reumatologilor îndreptându-se către alte boli, mai frecvente, eventual mai grave. Într-o publicație relativ recentă (2001) se arată că prevalența SA este de numai 0,12%, în comparație cu cea a poliartritei reumatoide, care este estimată la aproape 1%. În realitate, cea dintâi este o boală relativ frecventă. Studiile lui Andrei Călin, publicate în urmă cu mai mulți ani, și cele ale lui Braun și col. (3), mult mai recente, au demonstrat că aproximativ 20% dintre donatorii de sânge care posedau antigenul HLA B27 aveau semne radiologice de sacroiliită. Aceștia aveau o formă paucisimptomatică sau asimptomatică de SA. Dacă 90% dintre posesorii de antigen HLA B27 aveau boala și dacă în populația generală prezența unui asemenea antigen este de 5%, se poate deduce că prevalența reală a SA este de cel puțin 1%. Într-o lucrare proprie și în una mai recentă se arată că SA este mai frecventă decât se crede, prevalența bolii fiind de aproximativ 1% (4,5).

S-a considerat multă vreme că SA este foarte rară la femei, raportul între bărbați și femei fiind raportat de 8:1 sau chiar de 10:1. Sublinierea exagerată a androtropismului bolii a determinat subdiagnosticarea sau recunoașterea tardivă a SA la femei. Am întâlnit, de-a lungul anilor, multe femei cu formă periferică de SA, care purtau diagnosticul de poliartrită reumatoidă și erau tratate conform acestuia. Într-adevăr, SA afectează predominant sexul masculin, dar raportul între bărbați și femei este de numai 3:1. De altfel, studiile amintite, efectuate asupra donatorilor de sânge posesori de HLA B27 au arătat că sacroiliita era prezentă la un număr egal de bărbați și de femei.

SA a fost identificată ca o boală benignă, care are un răsunset neglijabil asupra subiectului și asupra comunității. Or, numeroase studii, inclusiv unele recente, au demonstrat că această afecțiune determină la un număr mare dintre bolnavi numeroase suferințe, care le deteriorează calitatea vieții și le micșorează semnificativ capacitatea de muncă. SA debutează mai des la tineri, a căror suferință are evident consecințe defavorabile, ilustrate prin perioade de inactivitate profesională (determinate de puseurile evolutive) și prin pensionare precoce. Costurile directe (consultații, investigații, tratamente, spitalizări) ca

și cele indirecte (determinate de scăderea capacității de muncă) sunt deosebit de mari, ele reflectându-se negativ atât asupra individului, cât și asupra societății. Trebuie ținut seama, de asemenea, de faptul că 70% dintre bolnavi au un prognostic defavorabil, boala ducând în 10-15 ani la rigidizarea completă a coloanei vertebrale cu scăderea semnificativă a duratei medii de viață. Pare justificată existența unui interes sporit pentru această afecțiune, pentru ca ea să fie diagnosticată la timp, pentru ca prin măsurile pe care le luăm să stopăm evoluția ei, deseori invalidantă (6,7).

Ne-am referit mai sus la criteriile de diagnostic formulate în anul 1984. Pe baza acestor criterii, dintre care cel radiologic era obligatoriu, se afirma la vremea respectivă că SA este o sacroiliită simptomatică, ca atare în lipsa identificării sacroiliitei la examenul radiografic standard nu se putea formula diagnosticul. Lucrurile au evoluat mult în această direcție, având în vedere preocuparea reumatologilor, atât pentru identificarea altor criterii (în afara celui radiologic) pentru a putea diagnostica o SA, cât și pentru evidențierea sacroiliitei prin alte mijloace. Mă voi referi mai ales la acest al doilea obiectiv.

Credem că, uneori, radiografia de bazin nu este suficient de bine interpretată, unii specialiști (reumatologi și, mai ales, radiologi) diagnosticând o sacroiliită numai în prezența unor modificări avansate (de gradul III sau IV). Am văzut mulți bolnavi cu radiografii de bazin, evocatoare pentru diagnosticul de SA, cărora nu li s-a pus acest diagnostic decât după mai mulți ani. Or, dacă ținem seama că pentru apariția modificărilor radiografice sunt necesari 3-4 ani sau mai mulți de la debut și dacă primele modificări nu sunt corect interpretate, rezultă că neidentificarea sacroiliitei (absentă sau subevaluată) constituie una dintre principalele cauze ale întârzierii diagnosticului SA.

Reumatologii, preocupați de diagnosticul precoce al SA, au ținut totuși seama de prezența afectării articulațiilor sacroiliace în vederea acestui diagnostic. De aceea, s-au folosit și alte tehnici în afara radiografiei standard: scintigrafia osoasă (SO), tomografia computerizată (TC) și rezonanța magnetică nucleară (RMN).

SO cu technetiu 99m identifică o hiperfixare a radioizotopului la nivelul versanturilor osoase ale acestor articulații, atunci când acestea sunt inflamate. Varianta cantitativă, cu stabilirea raportului dintre radioactivitatea zonei articulațiilor sacroiliace și cea a osului iliac, poate sugera existența unei sacroiliite înaintea apariției modificărilor radiografice. Deși sensibilitatea scintigrafiei

osoase este considerată mulțumitoare, lipsa ei de specificitate a determinat neinclusiunea acestor tehnici printre investigațiile paraclinice care ar putea contribui la diagnosticul precoce al SA.

TC a articulațiilor sacroiliace folosită de câțiva ani contribuie semnificativ la identificarea sacroiliitei și, deci, la diagnosticul precoce al SA, așa cum s-a demonstrat și în două teze de doctorat efectuate în Clinica de Medicină Internă și Reumatologie a spitalului „Dr. I. Cantacuzino”, București și într-o monografie recentă (8).

RMN, cea mai modernă dintre tehnicile imagistice de care beneficiază specialiștii reumatologi, alături de mulți alți specialiști, este considerată ca investigația cea mai eficientă pentru identificarea unei sacroiliite, care este posibilă cu mult înaintea apariției modificărilor radiografice. Această tehnică este considerată ca fiind foarte avantajoasă, atât prin prisma sensibilității, cât și a specificității. Dacă standardizarea acesteia se face cu ușurință, prin acumularea unei experiențe în acest domeniu, rămâne în picioare o singură rezervă, cea determinată de costuri și, în consecință, de accesibilitate. RMN permite identificarea precoce atât a sacroiliitei, cât și a inflamației vertebrale, contribuind la diagnosticul precoce al SA (9).

Interpretarea eronată a durerilor vertebrale de tip inflamator reprezintă o cauză importantă a întârzierii în formularea diagnosticului SA. Dureea vertebrală de tip inflamator este considerată un element clinic important, atât în cadrul criteriilor de diagnostic pentru SA (1984), cât și în cadrul criteriilor de diagnostic formulate de Grupul european pentru studiul spondilartropatiilor. Vom aminti, mai întâi, câțiva termeni folosiți în literatura engleză, pentru desemnarea acestui simptom. Iată-i:

- *Back pain (BP)* = durere de spate
- *Low back pain (LBP)* = durere de spate joasă (lombalgie, lombosacralgie)
- *Inflammatory back pain (IBP)* = durere de spate de tip inflamator.

Având în vedere că forma axială a SA are un debut lombosacrat, simptomul cel mai frecvent al acestor bolnavi în perioada de debut este lombalgia (eventual lombosacralgia) însoțită de limitarea mișcărilor atât în plan frontal, cât și în plan sagital. Nu trebuie omisă însă nici posibilitatea unei afectări în perioada de debut a coloanei dorsale și a celei cervicale (mult mai rar), astfel încât credem că modul cel mai potrivit de a aborda această problemă este cel de a vorbi despre durerea vertebrală de tip inflamator.

Andrei Călin, marele reumatolog englez de origine română, arăta în urmă cu mulți ani, principalele caractere ale durerii vertebrale de tip inflamator (10). Iată-le:

- Debutul insidios;
- Vârsta subiectului mai mică de 40 de ani;
- Persistența peste 3 luni;
- Asocierea cu redoare matinală și, uneori, cu febră vesperală;
- Durere ameliorată prin exercițiu și necalmată de repaus.

Pe baza celor de mai sus, Barkham și colab. (5) au prezentat recent (2004) ceea ce au denumit „definiția de lucru a *IBP*” (tabelul 3).

Tabelul 3. Definiția de lucru a durerii de spate de tip inflamator (Barkham și colab., 2004) (5)		
Întrebarea	Răspunsul	Punctajul
Vârsta la debutul disconfortului	>40	0
	<40	1
Debutul	Insidios	1
	Neinsidios	0
Persistența disconfortului (în luni)	<3	0
	>3	1
Redoare vertebrală matinală asociată	Nu	0
	Da	1
Răspunsul la exercițiul fizic	Ameliorare	1
	Nici o ameliorare	0

Scorul de 4 puncte sau mai multe implică o durere de spate de tip inflamator.

Deseori, durerea vertebrală este pusă pe seama unor suferințe ale coloanei vertebrale de natură mecanică (discopatie) sau degenerativă (spondiloză) și medicul trece cu ușurință peste trăsăturile prezentate mai sus, care ar sugera existența unei boli inflamatorii a coloanei vertebrale. Pentru a putea afirma că o durere vertebrală este de tip inflamator, pe lângă cele relatate mai sus, ar mai putea interveni încă două argumente: identificarea prin investigații de laborator a markerilor inflamației (VSH accelerată, proteina C-reactivă și fibrinogenul crescute) și răspunsul favorabil la administrarea de antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Nici aceste două mijloace nu pot avea întotdeauna un rol decisiv, întrucât markerii inflamației pot lipsi la 50% dintre bolnavii cu SA, iar răspunsul la AINS poate fi favorabil și la o parte dintre bolnavii cu suferințe mecanice sau degenerative, datorită efectului lor adițional antialgic (11).

Debutul axial al SA se poate exprima printr-o durere fesieră supero-internă sau printr-o „lombosciatică”. Interpretarea corectă a acestor simptome poate contribui la realizarea unui diagnostic precoce al bolii. În schimb, interpretarea eronată a lor și, mai ales, orientarea diagnosticului către cel de discopatie în cazul oricărui bolnav cu lombosciatică pot contribui la întârzierea acestuia. Durerea fesieră supero-internă, determinată de inflamația articulațiilor sacroiliace, deseori fără

expresie radiologică, prezintă, ca și durerea vertebrală, intensificare nocturnă și ameliorare după exercițiu. Adesea, durerea fesieră este mai intensă de o parte și, după un oarecare interval de timp, se face simțită și de cealaltă parte, îmbrăcând aspectul de durere fesieră alternă, considerată de Grupul european pentru studiul spondilartropatiilor ca un element important în favoarea diagnosticului de spondilartrită. La o parte dintre bolnavii cu formă axială de SA, durerile lombosacrate iradiază aparent pe traiectul nervului sciatic, astfel încât aceștia vin la medic pentru o așa zisă nevralgie sciatică. Pseudo-sciatica bolnavilor cu SA are următoarele particularități:

- Topografie „înaltă”, care coboară din regiunea fesieră către coapse și regiunea poplitee, dar de obicei nu depășește genunchiul;
- Se însoțește adesea de dureri situate în afara teritoriului sciaticului (de exemplu pe fața anterioară a coapsei);
- Este recidivantă și se repetă de obicei contralateral („sciatică în basculă”) (12).

Durerea iradiată pe traiectul sciaticului, ca și cea vertebrală, este de tip inflamator, cu intensificare nocturnă și însoțită de redoare matinală.

Debutul periferic al SA, întâlnit la aproape 25% dintre bolnavi, este mai rar decât cel axial, prezent la aproximativ 75% dintre cazuri. Acesta este adesea greșit interpretat, ceea ce întârzie diagnosticul SA.

Artrita din SA, deși are unele particularități, este diagnosticată, mai ales la femei, drept o poliartrită reumatoidă seronegativă. Debutul periferic al SA se exprimă deopotrivă prin artrite și entezite. Artrita îmbracă de obicei caracterul de oligoartrită (afectare a mai puțin de 6 articulații) asimetrică (ceea ce o deosebește semnificativ de cea din poliartrita reumatoidă), localizată mai ales la membrele inferioare (cel mai adesea la genunchi, șolduri și glezne). Intervalul dintre prinderea articulațiilor periferice și apariția manifestărilor vertebrale poate fi de mai mulți ani.

Strâns legată de afectarea articulațiilor periferice este cea inflamatoare a inserțiilor tendinoase și capsulare pe os: entezita. Printre cele mai frecvente entezite sunt fasciita plantară, tendinita ahileană (ambele responsabile de talagiile persistente și supărătoare) și costocondrita. La unii bolnavi, la nivelul degetelor de la picior se poate manifesta un proces inflamator complex, cu afectarea atât a articulațiilor interfalangiene, cât și a tecilor sinoviale ale tendoanelor, determinând

o tumefacție difuză a unui deget (dactilită), care îmbracă aspectul de „deget în cârnat”, comun în general grupului de spondilartrite. O modalitate rară de debut a SA, întâlnită la 2% dintre bolnavi, este uveita anterioară (iridociclita). Această afecțiune, cu tendință către recidivă și fără o etiologie clară, trebuie să trezească suspiciunea unei SA. Este bine ca oftalmologul să îndrume bolnavul către reumatolog, chiar dacă suferințele reumatice sunt discrete în acel moment.

Istoricul familial pozitiv este întâlnit adesea în cazul bolnavilor cu SA. Agregarea familială a acestei boli este recunoscută de mai mulți ani. În anumite familii, boala este întâlnită de 20-30 de ori mai frecvent decât în populația generală. O anamneză superficială, incompletă, ne poate priva de un mijloc util și accesibil, care ne-ar putea ajuta în cazul unui anumit bolnav să ne îndreptăm către diagnosticul de SA.

Diagnosticul relativ rar de spondilartrită nediferențiată contribuie la întârzierea diagnosticului de SA. Or, este cunoscut faptul că o parte dintre bolnavii cu spondilartrită nediferențiată pot evolua spre o SA definită, prin apariția unor elemente (clinice sau paraclinice) specifice acestei boli. Este adevărat că în cazul unor bolnavi se pot preciza ulterior alte spondilartrite: artrite reactive, artrita psoriazică etc., dar nu trebuie neglijată posibilitatea evoluției către SA, care poate fi diagnosticată în timp util.

Deși se știe că în zona temperată antigenul HLA B27 este prezent la peste 90% dintre bolnavii cu SA, determinarea acestuia a fost folosită într-o măsură insuficientă, iar utilizarea acestei examinări pentru diagnosticul bolii a fost subapreciată, având în vedere că sunt foarte mulți subiecți posesori ai acestui antigen care nu suferă de SA. În ultima vreme, numeroase studii au contribuit la o modificare de atitudine. Astfel, în prezența unui bolnav care prezintă simptome și semne clinice care ar putea sugera existența unei SA, dar care nu prezintă o sacroiliită, identificarea antigenului HLA B27 contribuie la orientarea către acest diagnostic. Determinarea antigenului HLA se face printr-o tehnică neagresivă, relativ ieftină, care nu trebuie efectuată decât o dată în viață. Într-un studiu recent se subliniază faptul că dacă un bolnav se prezintă la medicul de familie pentru o durere vertebrală de tip inflamator și radiografic nu se evidențiază o sacroiliită, prezența antigenului HLA B27 poate justifica îndrumarea respectivului bolnav către specialistul reumatolog cu suspiciunea de SA (13).

Tabelul 4. Parametrii clinici, biologici și imagistici folosiți pentru diagnosticul SA și al celorlalte spondilartropatii [după Rudwaleit și colab. (6)]

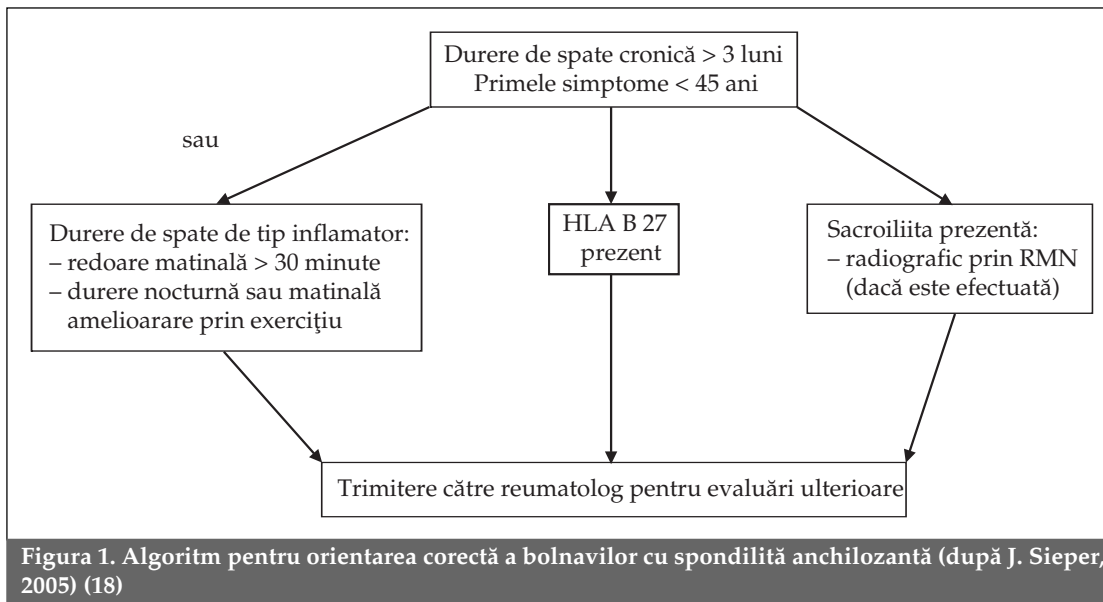
Clinici	Biologici	Imagistici
Durere de tip inflamator	VSH	Radiografia standard
Durere fesieră alternantă	Proteina C reactivă	RMN (articulațiile sacroiliace și coloana vertebrală)
Entezită	HLA B27	
Artrită		
Dactilită		
Uveită anterioară		
Istoric familial pozitiv		
Răspuns bun la AINS		
Psoriazis		
Boală inflamatorie intestinală		

În tabelul 4 sunt prezentați principalii parametri clinici, biologici și imagistici, folosiți pentru diagnosticul SA și a celorlate spondilartrite.

Concepția pesimistă potrivit căreia pentru bolnavii cu SA nu dispunem de un tratament specific eficace a avut printre urmări lipsa unei preocupări pentru diagnosticul precoce al acestei boli, din moment ce nu aveam la dispoziție decât AINS și fiziochinetoterapia, sulfasalazina nedemonstrându-și utilitatea în forma axială a bolii. Achiizițiile terapeutice recente și în primul rând demonstrarea efectului deosebit de favorabil al tratamentului biologic (agenții anti-TNF alfa: infliximab, etanercept, adalimumab) în cazul bolnavilor cu SA a contribuit semnificativ la schimbarea concepției privind inutilitatea unui diagnostic precoce al acestei boli. Astăzi se susține ideea că tratamentul biologic trebuie administrat cât mai precoce, pentru a împiedica apariția modificărilor structurale ireversibile, invalidante.

De altfel, în ultimii ani s-a schimbat și concepția privind utilizarea AINS. În trecut erau medici, chiar unii reumatologi, care îndemneau bolnavii spondilitici să evite pe cât posibil folosirea acestor medicamente. Într-o lucrare recentă s-a demonstrat însă că bolnavii tratați perseverent cu AINS prezentau modificări radiologice mai puțin accentuate decât cei netrațați. Efectul AINS este mai sigur dacă acestea sunt administrate în perioada de debut a bolii. Nu ne putem pronunța încă asupra efectului noilor încercări terapeutice, cum sunt cele cu pamidronat sau cu talidomidă. În orice caz, și aceste medicamente ar trebui administrate cât mai aproape de debutul bolii (14,15,16,17).

La diagnosticul precoce al SA poate contribui, într-o măsură importantă, medicul de prim contact (medicul de familie) care, sensibilizat fiind de această problemă, poate îndruma către specialistul



reumatolog bolnavii la care suspectează o eventuală SA. În figura 1 sunt prezentați parametrii necesari pentru *screening* în vederea realizării acestui obiectiv (18). □

În concluzie:

- SA este o boală relativ frecventă, cu prevalență apropiată de cea a poliartritei reumatoide.
- Boala afectează în special, reprezentanții sexului masculin (fără a cruța sexul feminin), mai ales pe cei de vârstă tânără (incidența maximă a bolii este în decada a treia).
- SA îmbracă adesea forme severe, care deteriorează calitatea vieții, afectează capacitatea de lucru a bolnavilor și micșorează speranța privind durata medie a vieții.
- SA este încă subdiagnosticată sau diagnosticată tardiv, la această situație contribuind și criteriile de diagnostic formulate cu două decenii în urmă (mai ales cel privind obligativitatea sacroiliitei la examenul radiografic).
- Identificarea sacroiliitei prin tehnici imagistice moderne (TC și RMN) contribuie la realizarea unui diagnostic mai timpuriu al SA.
- Interpretarea corectă a durerii vertebrale de tip inflamator contribuie la precocitatea diagnosticului formei axiale de boală.

- Particularitățile manifestărilor periferice ale SA, judicios analizate, permit evitarea unui diagnostic eronat (cum este cel de poliartrită reumatoidă).
- Anamneza corectă, cu identificarea unui istoric familial pozitiv, contribuie la diagnosticarea bolii în timp util.
- Punerea diagnosticului de spondilartrită nediferențiată urmată de monitorizarea atentă a acestor bolnavi, permite un diagnostic de SA relativ precoce.
- Folosirea pe o scară mai largă a determinării antigenului HLA B27, în cadrul *screening*-ului unui bolnav suspectat a avea o SA contribuie la precizarea mai rapidă a diagnosticului.
- Progresele recent realizate în domeniul tratamentului SA (în primul rând efectul deosebit de favorabil al agenților anti-*TNF* alfa) impun o nouă orientare privind preocuparea reumatologilor pentru diagnosticarea bolii cât mai aproape de debut.

Sperăm că diagnosticul precoce al SA să nu reprezinte „un pod prea îndepărtat” (Kahn, 19), ci „lumina de la capătul tunelului” (Călin, 20). □

BIBLIOGRAFIE

1. **Șuțeanu Șt** – Spondilita anchilozantă, în: R. Păun „Tratat de Reumatologie”, Editura Medicală, București, 1999: 774-809
2. **Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R etc.** – The European Spondylarthropathy Study Group: Preliminary criteria for the classification of Spondylarthropathy, *Arth Rheum*, 1991, 34: 1218-1227
3. **Braun J, Bollow M, Remlinger G** – Prevalence of spondylarthropathy in HLA B27 positive and negative blood donors, *Arth Rheum*, 1998, 41: 58-67
4. **Șuțeanu Șt, Oancea P** – Diagnosticul precoce al artritelor seronegative în: Șuțeanu Șt. „Actualități în Medicina Internă”, Editura Medicală, București, 1991
5. **Barkham N, Marzo-Ortega H, McGonagle D etc** – How to diagnose axial spondylarthropathy early, *Ann Rheum Dis* 2004, 63: 471-472
6. **Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA etc** – How to diagnose axial spondylarthrititis early, *Ann Rheum Dis* 2004, 63:535-543
7. **Boloșiu H** – „Spondilita Anchilozantă”, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1989
8. **Suta M, Șuțeanu Șt** – „Actualități în spondilita anchilozantă și în artritele reactive”, Editura Comandor, București, 2000
9. **Braun J, Baraliakos X, Golder W** – Magnetic resonance imaging examination of the spine in patients with ankylosing spondylitis, before and after successful therapy with infliximab, *Arthr Rheum* 2003, 48:1126-1136
10. **Călin A** – The spondylarthritides, *Rev Reumatol* 1996, 4: 36-39
11. **Suta M** – Considerații asupra diagnosticului precoce și asupra etiopatogeniei în spondilita anchilozantă și în artropatiile reactive, Teza de Doctorat, UMF București, 1999
12. **Șuțeanu Șt** – „Cum tratăm reumatismele inflamatoare”, Editura Medicală, București, 1970:197-198
13. **Braun J, van der Heijde D, Dougados M** – Staging of patients with ankylosing spondylitis: a preliminary proposal, *Ann Rheum Dis* 2002, 61:19-23
14. **Sieper J, Braun J** – New treatment strategies in ankylosing spondylitis, *Ann Rheum Dis* 2002, 61:1-2
15. **Braun J, Sieper J, Breban M** – Anti-tumour necrosis factor alpha therapy for ankylosing spondylitis: international experience, *Ann Rheum Dis* 2002, 61: 51-60
16. **Braun J, Sieper J** – Therapy of ankylosing spondylitis and other spondylarthropathies, *Arthr Research* 2002, 4:307-321
17. **Maksymowych WP, Jhangri GS, Fitzgerald AA** – A 6 month randomized, controlled double blind, dose response comparison of intravenous pamidronate (60 mg versus 10 mg) in the treatment of NSAID refractory AS, *Arthr Rheum* 2002, 46:766-773
18. **Sieper J, Rudwaleit M** – Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including preradiographic and radiographic forms) in primary care, *Ann Rheum Dis* 2005, 64:659-663
19. **Kahn MA** – Ankylosing spondylitis: introductory comments on its diagnosis and, *Ann Rheum Dis* 2002, 63:13-17
20. **Călin A** – Ankylosing spondylitis, A major advance in management: light at the end of the proverbial tunnel, *Cutting Edge Reports*, 2005

Articolul a apărut în REVISTA ROMÂNĂ DE REUMATOLOGIE, Vol. XIV (serie nouă), Nr. 4, An 2005 și este republicat cu permisiunea editorului.