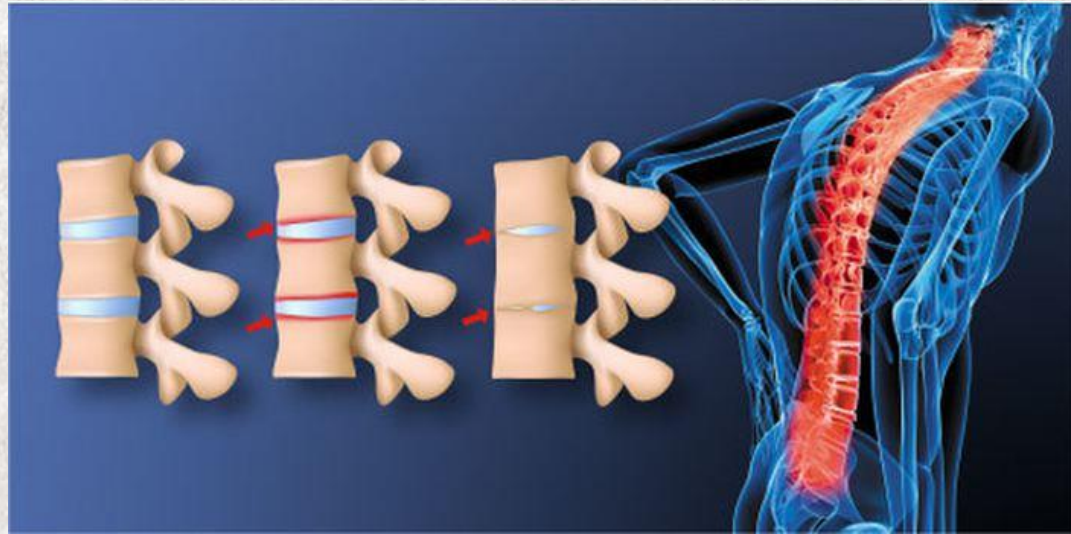


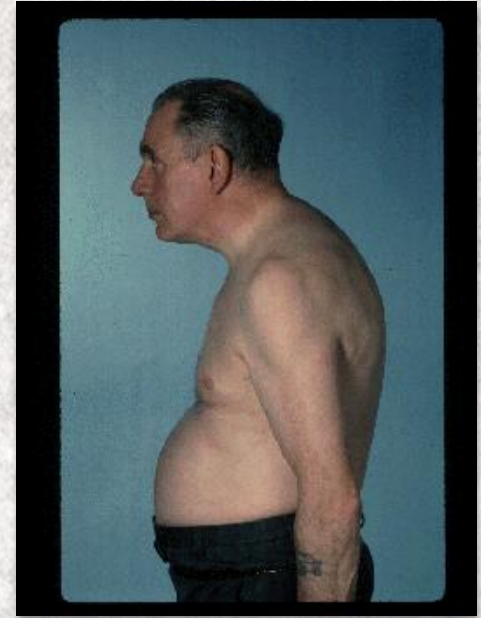
ANKİLOZAN SPONDİLİT



TANIM

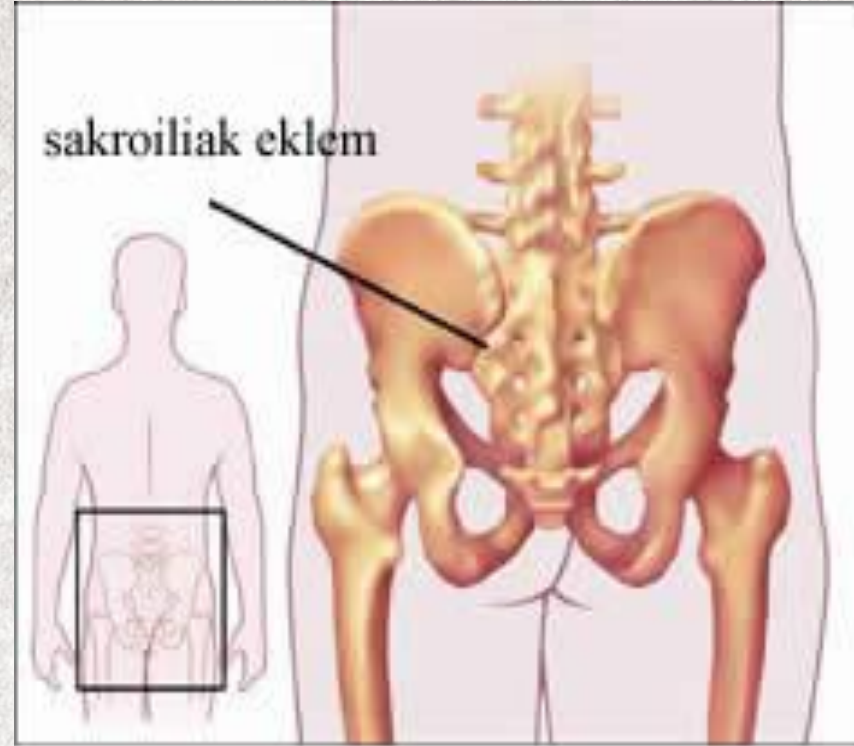
- Ankilozan Spondilit (spondilartrit)
- Spondilit = vertebraların (omurların) inflamasyonu

Nedeni belli olmayan, kronik gidişli, ilerleyici karakterde inflamatuvar bir hastalıktır.



EPİDEMİYOLOJİ

- Yaklaşık olarak her **200 erişkin bireyden birinde** görülür (%0.5)
- Erkek > Kadın (3 : 1)
- Genetik geçiş ?
 - (HLA-B 27 antijeni % 90 olguda +)
- Eklem tutulumu simetriktir.
- En sık gençlerde görülür.
- Başlangıç yaşı 16 ile 40 arasındadır.



EPİDEMİYOLOJİ

- Ankilozan spondilit hastalığı genetik bir hastalık olup, HLA B27 geni arasında sıkı bir ilişki vardır. AS hastalarının %80-90'ında bu gen testi pozitifdir. Bu genin, bağışıklık sisteminin omurga ve eklemlere saldırmasına yol açtığı düşünülmektedir.
- Ancak sağlıklı bireylerde de HLA B27 %7-10 oranında pozitif olabilir. Bazı barsak ya da idrar yolu enfeksiyonları AS'in ortaya çıkmasını tetiklemektedir.
- Genetik olarak yatkın bireylerde çevresel faktörlerin etkisi ile hastalığın ortaya çıktığı söylenebilir.

EPİDEMİYOLOJİ

- AS'nin ortaya çıkışında genetik faktörlerin rolü olduğu için ailenin bir bireyinde AS veya diğer spondiloartritler varsa diğer bireylerde de bu hastalıklara yakalanma riski artar.
- Ankilozan spondilitli bir bireyin birinci derecede akrabasında hastalık çıkma ihtimali %10-20'dir. Diğer bir deyişle ankilozan spondilitli hastaların 1. derece akrabalarında hastalık normal popülasyondan yaklaşık 10 kat fazla görülmektedir.

AS'de Dört Hastalık Kategorisi

1. Aksiyel Hastalık
2. Periferel Hastalık (Kalça, omuz ve/veya ayak bilekleri)
3. Eklem dışı hastalık (Göz, kalp, akciğer vs)
4. Sistemik hastalık (subfebril ateş, anemi bitkinlik vs.)

KLİNİK

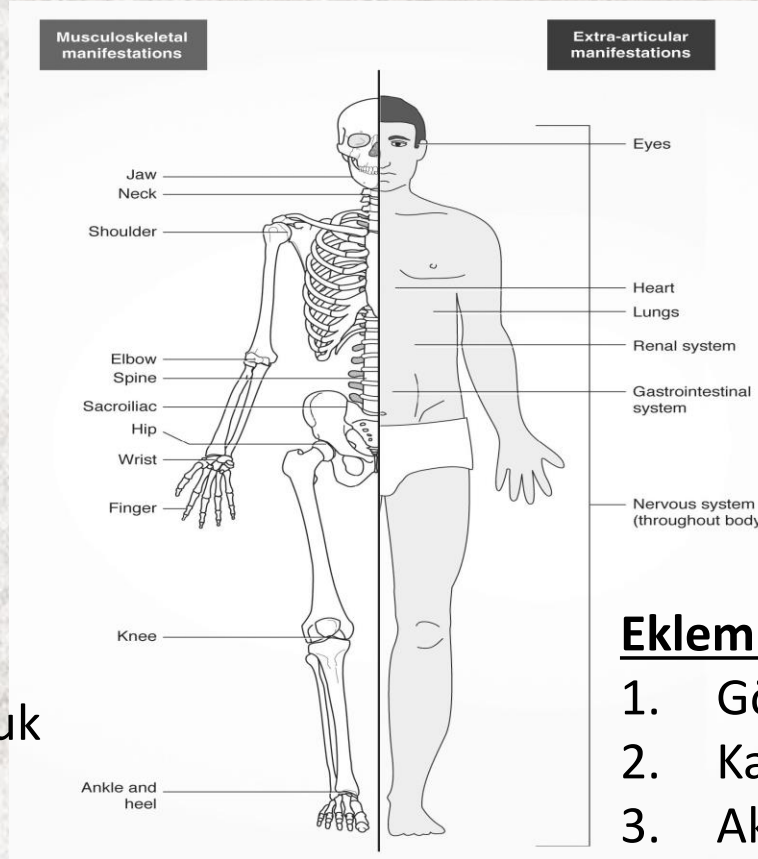
Özellikle omurga eklemlerini tutan,
ağrı, tutukluk ve fonksiyon kaybına
neden olabilen iltihabi bir hastalıktır.



KLİNİK

Kas-İskelet tutulumu

1. Çene
2. Boyun
3. Omuz
4. Dirsek
5. Omurga
6. Sakroiliyak
7. Kalça
8. El bileği
9. El parmağı
10. Diz
11. Ayak bileği ve topuk



Eklem dışı tutulum

1. Gözler
2. Kalp
3. Akciğerler
4. Böbrek sistemi
5. Gastrointestinal sistem
6. Sinir sistemi (tüm vücutta)

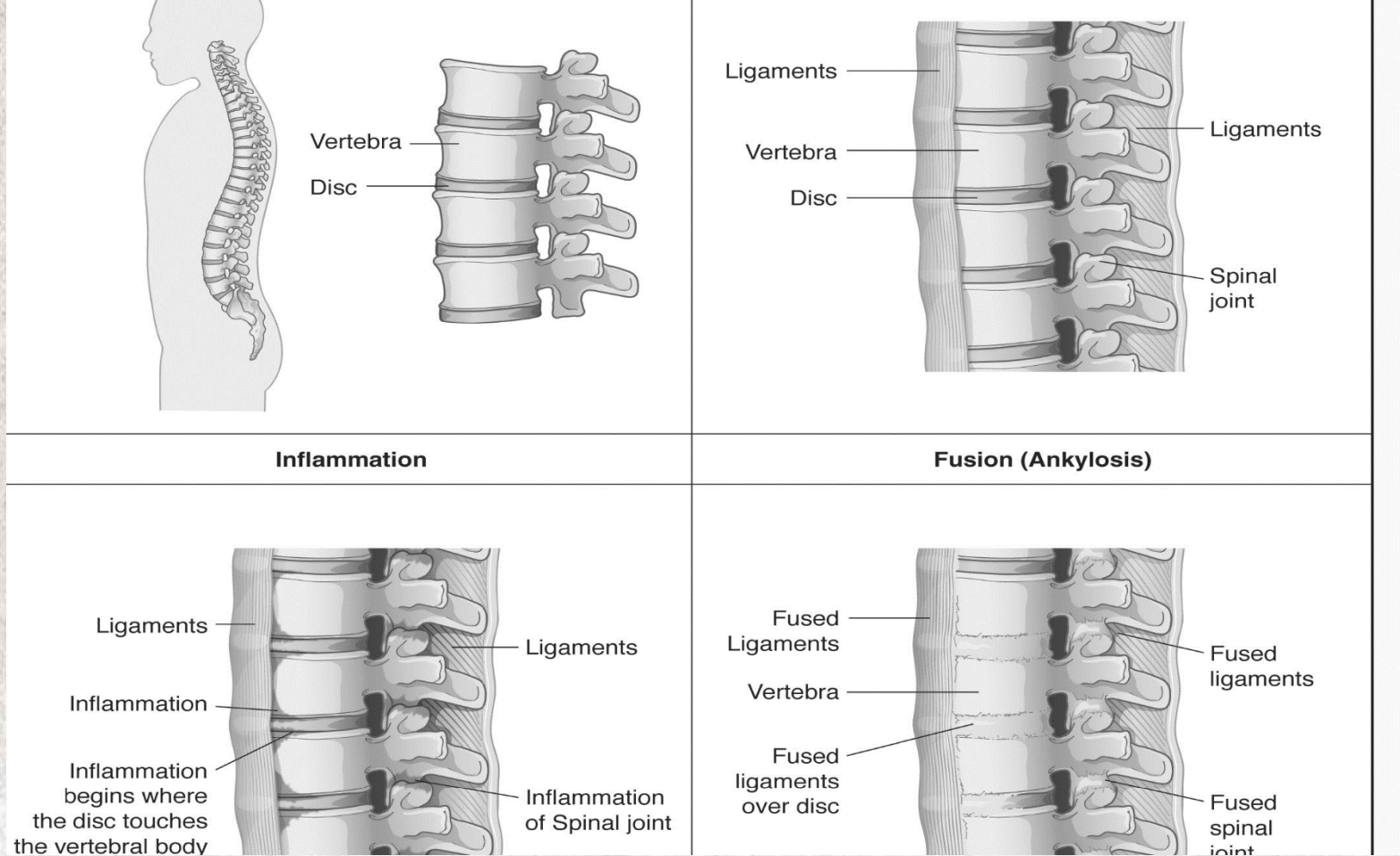
BELİRTİ ve SEMPTOMLAR

- AS'de belirtiler, semptomlar ve hastalığın seyri kişiden kişiye değişir.
- Belirtiler ve semptomlar genellikle adolesansın geç döneminde ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıkar.
- Başlangıç yaşı batılı ülkelerde ortalama 23'tür.
- Hastaların %5'inde semptomlar 40 yaşına kadar ortaya çıkmaz.

AS'de belirtiler ve semptomlar;

- Musküloskeletal (kas-iskelet sistemine dair)
- Eklem dışı semptomlar olarak ayrılabilir.

AS Nasıl Gelişir ve İlerler?



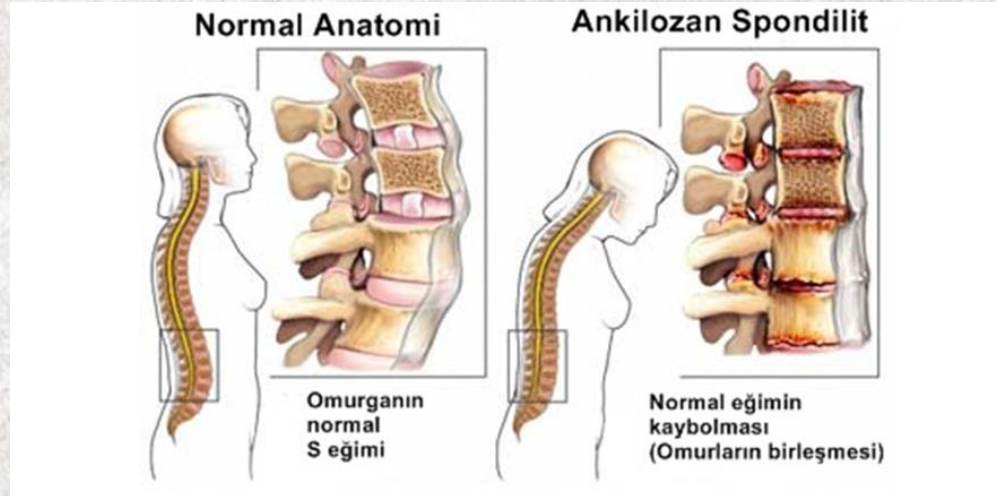
Hastalığın ileri evrelerinde, omurga kemikleri tamamen birbirleriyle kaynayıp esnekliğini kaybedebilir ve bambu omurgaya dönüşebilir.

AS Nasıl Gelişir ve İlerler?

- ❑Bağışıklık sisteminin yarattığı inflamasyon, bağ ya da tendonların kemiğe yapıştığı noktalarda ortaya çıkar
- ❑Bunu, kemiğin yapışma yerinde ortaya çıkan erime (erozyon) izler
- ❑Zaman içinde iyileşme süreci inflamasyonun yerini alır ve inflamasyon yerlerinde yeni kemik oluşur

AS Nasıl Gelişir ve İlerler?

- Eklem, bağ ya da tendonlarının yerini kemik doku aldıkça, eklemden hareket kısıtlılığı başlar
- Bu iltihabi sürecin sürekli olarak tekrarlanmasıyla daha fazla kemik oluşumu gerçekleşir ve sırtı oluşturan omurga kemikleri **aşağı belden boyuna kadar birbiriyle tamamen kaynaşır**
- Çoğunlukla ilk olarak **leğen kemiği** (pelvis) etkilenir



KAS- İSKELET: Ağrı ve Tutukluk

- İlk semptomlar genellikle omurga veya kalçada ağrı ve tutukluktur.
- Ağrı ve tutukluk sabahları ve hareketsiz kaldıktan sonra artar.
- Birkaç hafta ya da ay içinde yavaş yavaş ortaya çıkabilir
- Ağrı tek taraflı başlar birkaç ay içinde genellikle süregen hale gelir ve iki taraflı hissedilir.
- Ağrı genellikle künttür ve lokalize etmesi zordur.
- Tutukluk hareketle düzelebilir ve hareketsizlikten sonra yeniden ortaya çıkabilir.
- Hemen bütün AS vakaları akut, ağrılı alevlenmelerin ardından semptomların hafiflediği geçici remisyon dönemleriyle ortaya çıkar.
- Aylar ya da yıllar içinde ağrı ve tutukluk omurgada yukarı doğru ve boyuna yayılabilir.
- Ağrı; kaburgalara, kürek kemiklerine, kalçalara, uyluklara ve topuklara da yayılabilir.

KAS- İSKELET:

Omurganın Osteoporozu

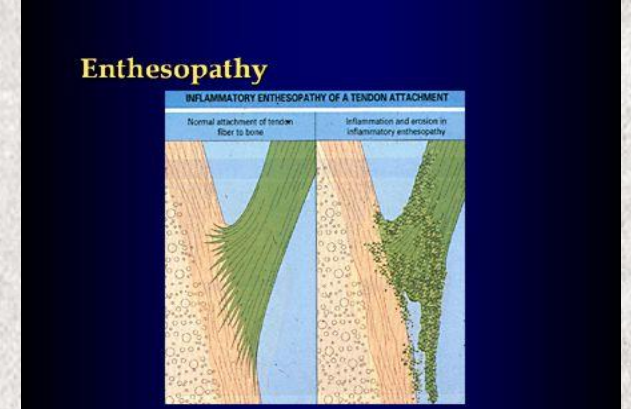
- Özellikle uzun süredir hasta olanlarda siktir. 10 yıllık hastalık süresinden sonra AS hastalarının %25'inde osteoporoz ve %10'unda vertebral kırık bildirilmiştir
- Kısmen ankiloza bağlı hareketsizlik sonucu ve kemik mineralizasyon kusurları ya da proinflamatuvar sitokinlerin artmasıyla da ilişkili olabilir.
- İlerleyici omurga deformitesine ve morbidite ve mortalitesi yüksek bir komplikasyon olan spinal kırıklara da yol açabilir.



Spinal kırıklar AS'li hastalarda normal popölasyona göre 6-8 kat daha sık görülür.

KAS- İSKELET: Entezit

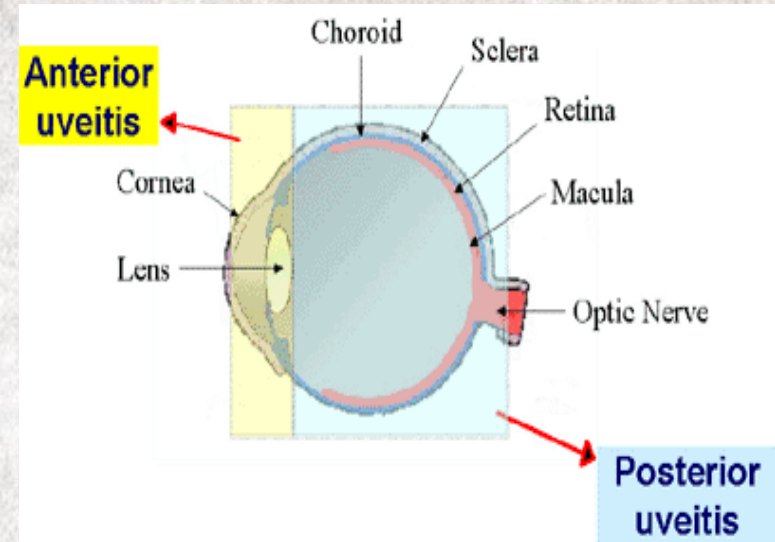
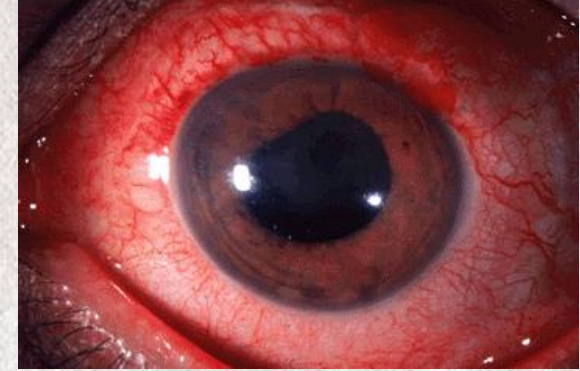
- Entezit tek başına ya da eklem iltihabı ile birlikte ortaya çıkabilir.
- Kaburgalar, omurga, kalça, pelvis, uyluk, bacağın alt bölümü, ayak bileği, topuk ve ayak parmakları gibi pek çok bölgede şişme ve duyarlılığa yol açabilir.
- Ayaklar tutulduğunda hareket kabiliyeti üzerinde ciddi bir etkisi olabilir.



Entezit: bağların ve tendonların kemiğe yapıştığı entezis yerlerinin inflamasyonu

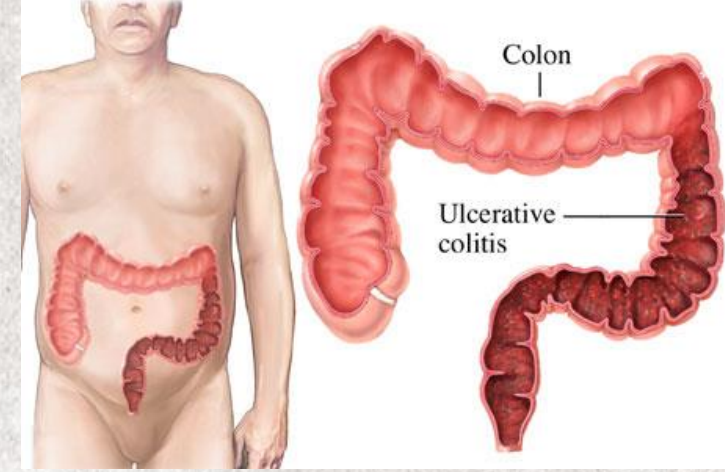
EKLEM DIŞI: Gz Semptomları

- En sık rastlanan eklem dışı bulgu **akut anterior üveittir**.
- Hastaların %25-40'ında görülür.
- Sıklıkla hastalar gece yattıklarında iyidir. Sabah kalktıklarında kızarmıŐ, ıŐıŐa karŐı hassas ve görmesi azalmıŐ bir göz ile aŐrı ve göz yaŐında artıŐ saptanır.
- Üveit atakları tekrar etme eŐilimindedir.
- Bazen **katarakt** ve sekonder **glokoma** neden olabilir.
- Ciddi bir komplikasyondur ve derhal medikal tedavi gerektirir.



AS ile İlişkili Hastalıklar-İBH

- AS'li hastaların %5-%10'unda İBH gelişir.
- AS'li hastaların yaklaşık %60'ında kalın barsak ya da **inca barsaklarda** inflamasyon vardır, ancak bu inflamasyon genellikle asemptomatiktir.
- İBH ve AS olan hastaların yaklaşık 2/3ünde HLA-B27 antijeni pozitifdir.



İBH iki gastrointestinal (Gİ) bozukluğu kapsar

1. Ülseratif kolit (ÜK)

2. Crohn hastalığı (CH)

Bu hastalıklar birbirine benzer ve ayırt edilmesi güçtür. Her ikisinde de anormal bir immün yanıt mevcuttur.

Ankilozan Spondilit Tanısı Nasıl Konulur?

AS tanısının konmasını sağlayan tek bir test bulunmamaktadır

Tanı

- Tıbbi hikaye alınması
- Fizik muayene
- Laboratuvar testleri(kan testlerinin önemi yok)
- Radyografiler



Ankilozan Spondilit Tanısı Nasıl Konulur?

İnflamatuvar Bel Ağrısının Özellikleri

- 40 yaşından önce başlaması
- Sinsi başlangıç
- En az 3 aydır sürmekte olması
- Sabahları ve uzun dinlenme sonrası bel ağrısının artması
- Egzersiz ile ağrıda rahatlama

İnflamatuvar bel ağrısı, bel omurlarında hareket kısıtlılığı ve solunum sırasında göğüs bölgesi genişlemesindeki azalma bulgularından biri ile birlikte radyografik olarak sakroiliyak eklemdaki «sakroiliit» bulgusunun olması ile kesin tanı konur.

TEDAVİ

İlaç Dışı

- Ağrı ve diğer semptomların giderilmesi
- Fonksiyonun iyileştirilmesi ve idamesi
- Uzun vadeli hasar ve komplikasyonların önlenmesi

Tedavi Hedefleri

- Fizik tedavi ve evde egzersiz
- Meşguliyet tedavisi
- Genel olarak, AS'li hastaların en büyük sorunu, özellikle masa ya da bilgisayar başında olduğu gibi, uzun süre tek bir pozisyonda çalışmasını gerektiren işlerdir.

TEDAVİ

TEDAVİ-İlaç Tedavileri

- **Nonsteroidal Anti-inflamatuvar ilaçlar**
- Kortikosteroidler
 - Periferik artritte İA-KS enjeksiyonu ya da entezitte lokal enjeksiyon hastaların yalnızca küçük bir bölümünde etkilidir
- Geleneksel DMARD'lar (SSZ, MTX)
 - Yalnızca periferik artritte
- **Biyolojik DMARD'lar.** DMARD (hastalığın seyrini değiştiren ilaçlar)

NSAİ İLAÇLAR

- NSAİ'ler birinci basamak ilaç seçimidir ve altın standarttır.
- Kanıtlar NSAİ'lerin omurga ağrısı, periferik eklem ağrısı ve fonksiyonu kısa sürede (6 hafta) iyileştirdiğini göstermektedir.
- AS'li hastaların yaklaşık %70-%80'ine NSAİ tedavisi verilir
- Bu ajanlar hastalığın seyrini değiştiremezse de, ağrı ve tutukluk semptomlarını hafifletir.
- AS'li bazı hastalar NSAİ tedavisine hiç yanıt vermez.

Kortikosteroidler (KS)

- Kortikosteroidler AS tedavisinde önemli bir rol oynamaz.
- İnflamasyon bölgesinde lokal enjeksiyon ağrıyı kısa süreli gidermede etkili olabilir.
- AS'de periferik artritte intraartiküler KS enjeksiyonu ya da entezitte lokal enjeksiyon hastaların yalnızca küçük bir bölümünde etkilidir.
- Oral KS hiç etkili olmadığı anlaşılmaktadır, ayrıca uzun süreli kullanımda ciddi yan etki olayları görülür.
- İntravenöz kortikosteroidler hızlı, semptomatik düzelme sağlayabilirse de bu etki sadece geçicidir.

TEDAVİ - DMARD

NSAİ'lere dirençli ya da toleranssız olan AS'de ikinci basamakta iki geleneksel DMARD

1. sülfasalazin
2. metotreksat

- AS'de sık görülen aksiyal hastalıkta yararlı değildir.
- Bu ajanların yalnız periferik artrit olan hastalarda kullanılması tavsiye edilir.
- Romatoid artrit tersine, bu ilaçların AS'de hastalığı modifiye edici etkiye sahip olduğuna ilişkin bir sağlam kanıt mevcut değildir.
- Altın, penisilamin ve antimalaryaller gibi hastalık modifiye edici ajanların AS tedavisinde etkili olmadığı gösterilmiştir

Biyolojik Ajanlar

- Doğrudan, eklemlere zarar veren immün sistem hücrelerini hedef alırlar
- Sağlıklı bireylerde TNF (tümör nekroz faktörü) seviyeleri dengede tutulurken, RA'lı hastalarda ileri derecede artabilir
- İnflamasyonda rol oynayan birçok hücrenin fonksiyonunu düzenleyen TNF adlı proteinin etkilerini bloke ederek etki gösterir.
- Klinik kullanımda olan **beş TNF- α inhibitörü** mevcuttur; **infiximab, adalimumab, golimumab, certolizumab pegol ve etanersept**

Başarılar ve iyi gelişmeler
dileklerimle