

PREHLADNÝ REFERÁT

DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA REUMATICKÝCH CHORÔB CHRBTICE. I. ČASŤ

V. ŠVEC, J. ROVENSKÝ, D. ŽLNAY, F. MATEIČKA

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF RHEUMATIC SPINE DISEASES. I. PART

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany
Riaditeľ: prof. MUDr. J. Rovenský, DrSc.

Súhrn

V predloženej práci sa uvádzajú diferenciálnodiagnostické aspekty axiálneho skeletu. Ide o heterogénnu skupinu chorôb, ktorú tvoria nozologické jednotky zaradené do séronegatívnych spondylartritíd: ankylozujúca spondylitída, Reiterov syndróm (reaktívna artritída), psoriatická artritída, enterokolopatické artritídy, podľa niektorých aj Behcetov syndróm; ďalej je to difúzna idiopatická skeletálna hyperostóza (ankylozujúca hyperostóza) a iné degeneratívne choroby chrbtice, ochronotická spondylopatia, spondylopatia pri chondrokalcinóze, Pagetovej kostnej chorobe, pri akromegálii a pri osteoporóze s klinickými symptómami v oblasti chrbtice.

Kľúčové slová: zápalová a mechanická bolesť chrbtice, séronegatívne spondylartritídy, sakroiliitída, spinálne osifikácie, kalcifikácie intervertebrálne.

Summary

The present study discusses differential-diagnostic aspects of axial skeleton. A heterogenous group of diseases comprises nosologic units included in seronegative spondylarthritis: ankylosing spondylitis, Reiter's syndrome (reactive arthritis), psoriatic arthritis, enteropathic arthritis, and according to some authors Behcet's syndrome as well; then it is diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (ankylosing hyperostosis) and other degenerative spine diseases; ochronotic spondylopathy, spondylopathy in chondrocalcinosis, osteitis deformans (Paget's bone disease), in acromegaly, and in osteoporosis with a clinical symptom in the spinal area.

Key words: inflammatory and mechanical rachialgia, seronegative spondylarthritis, sacroiliitis, spinal ossification, intervertebral calcification.

Pri diferenciálnej diagnostike reumatických chorôb chrbtice prichádzajú do úvahy viaceré nozologické jednotky, pri ktorých je postihnutý axiálny skelet izolovane alebo spolu so sakroiliakálnymi (SI) kĺbmi, prípadne s periférnymi kĺbmi končatín.

ANKYLOZUJÚCA SPONDYLITÍDA

Ankylozujúca spondylitída (AS) je chronická systémová zápalová choroba prevažne mladých mužov. Vyznačuje sa charakteristickým postihnutím SI kĺbov, apofýzových, kostovertebrálnych a kostotransverzálnych kĺbov chrbtice (klasická forma AS). Asi v 20 % prípadov bývajú postihnuté periférne kĺby končatín (periférna forma AS).

V klinickom obraze dominuje zápalová bolesť chrbtice (tab. 1), najmä nočná, ranná stuhnutosť, postupné obmedzovanie pohybov chrbtice, dychových exkurzií hrudníka. V pokročilejších stavoch niekedy vzniká kyfóza hrudnej chrbtice, anteflexia krčnej chrbtice s predsunom hlavy. K extravertebrálnym znakom patria entezopatie, uveitída, aortálna chlopňová chyba, sekundárna amyloidóza.

Diagnosticky dôležitým znakom je sakroiliitída. Na chrbtici sa nachádzajú charakteristické premostujúce osifikácie (9, 21).

Diferenciálna diagnostika ankylozujúcej spondylitídy

Dôležité je odlišiť AS od *difúznej idiopatickej skeletálnej hyperostózy* (DISH), ktorá ju môže napodobňovať najmä vo vyšších vekových skupinách obmedzenou pohybliv-

Tab. 1. Zápalová bolesť chrbtice.

1. Začiatok pred 40. rokom života
2. Pomalý začiatok
3. Trvanie aspoň 3 mesiace
4. Spojenie s rannou stuhnutosťou
5. Zlepšenie po rozcvičení

Tab. 1. Inflammatory back pain.

1. Onset of back discomfort before the age of 40 years
2. Insidious onset
3. Persists for at least 3 months
4. Associated with morning stiffness
5. Improvement with exercise

Tab. 2. Diferenciálne nálezy pri ankylozujúcej spondylitíde (AS) a difúznej idiopatickej skeletálnej hyperostóze (DISH).

Príznaky a znaky	AS	DISH
vek pri začiatku (roky)	<40	>50
bolesť chrbtice	++	±
kyfóza Th-L	++	±
obmedzená pohyblivosť chrbtice	++	±
obmedzené dychové pohyby hrudníka	+	-
zápalové reaktanty (FW, CRP)	++	-
HLA-B27 pozitivita	+	-
sacroiliitída	++	-
sacroiliakálne erózie	++	-
sacroiliakálna obliterácia	++	-
syndezmofyty	++	-
obliterácia apofýzových kĺbov	++	-
osifikácia lig. anterioris	++	±
entezopatie s eróziami (zápalové)	++	-
entezopatie bez erózií (degeneratívne)	+	++

Tab. 2. Differential findings in ankylosing spondylitis (AS) and diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH).

Symptoms and signs	AS	DISH
usual age of onset (years)	<40	>50
back pain	++	±
thoraco-lumbar kyphosis	++	±
limitation of spinal mobility	++	±
limitation of chest expansion	+	-
inflammatory reactants (FW, CRP)	++	-
HLA-B27 positivity	+	-
sacroiliitis	++	-
SI joint erosion	++	-
SI joint synovial obliteration	++	-
syndesmophytes	++	-
apophyseal joint obliteration	++	-
anterior longitudinal ossification	++	±
enthesopathies with erosions	++	-
enthesopathies without erosions	+	++

vosťou chrbtice a premostujúcimi osifikáciami. Proti AS svedčí vyšší vek, miernejšia bolesť mechanického charakteru, miernejšie obmedzenie pohyblivosti iba v určitých úsekoch chrbtice, normálne indexy zápalovej aktivity. Rozhodujúci je rádiologický nález, a to chýbanie sakroiliitídy a ankylozy apofýzových kĺbov, ako aj odlišný charakter hrudných premostujúcich osifikácií (tab. 2, obr. 1a, d).

U mladších pacientov, najmä vo včasných štádiách treba odlišiť AS od *lumboischadického syndrómu*. Pri diskopatii je bolesť mechanického charakteru. O prolapse disku svedčí jednostranný koreňový syndróm s výpadovými znakmi, spazmus paravertebrálneho svalstva, obmedzená flexia chrbtice pri zachovaných úklonoch, normálna sedimentácia erytrocytov. HLA-B27 je prevažne negatívny, kým pri AS je signifikantne častá pozitivita. Pri dlhšom trvaní diskopatie a opakovanej protrúzii pomáha určiť diagnózu rádiologický nález zúženého medzistavcového priestoru s reaktívnymi zmenami na stavcoch a chýbanie sakroiliitídy. Pri pokojovom režime sa bolesti diskogénneho pôvodu znižujú a pri pohybe na rozdiel od AS sa zvyšujú.

Problémy s rozlišovaním AS môžu vzniknúť pri *nezápalových chorobách s degeneráciou disku a spondylózou*. Celkové a laboratórne znaky zápalu pri nich chýbajú. Odlišný je aj rádiologický nález kostných apozácií na chrbtici. Bolesť pri degeneratívnych chorobách chrbtice je mecha-

nická. Vzniká čiastočné obmedzenie pohyblivosti chrbtice. Chrbtica nikdy úplne nestuhne ako pri AS. Nálezy na SI kĺboch sú normálne, alebo sa zistia len degeneratívne zmeny primerané veku.

Scheuermannova choroba alebo ďalšie patologické nálezy, ako epifyzitída, spondylolistéza, idiopatická kyfóza, skolióza a iné anomálie chrbtice, môžu vyvolávať mechanicko-statické bolesti, ktoré môžu niekedy pripomínať atypicky prebiehajúcu AS. Dočasný charakter ťažkostí, kompenzačná hyperlordóza, ústup svalového spazmu v ležiacej polohe, chýbanie celkových príznakov a normálny nález na SI kĺboch pomáhajú pri určovaní správnej diagnózy.

Medzi ankylozujúce choroby chrbtice patrí *ochronotická spondylopatia* s premostujúcimi osifikáciami a častými kalcifikáciami medzistavcových platničiek. Chorobu možno odlišiť od AS na základe rádiologického nálezu na chrbtici, chýbania sakroiliitídy a dôkazov kyseliny homogentizovej v moči (22).

Pohyblivosť chrbtice býva obmedzená aj pri *chondrokalcinóze*, ktorá okrem periférnych kĺbov postihuje aj axiálny skelet. Bolesti majú mechanicko-statický charakter. Charakteristický je rádiologický nález kalcifikovaných medzistavcových diskov a hyalínových kĺbových chrupiek (27).

Pri *ostitis condensans ilii* sa v rádiologickom obraze zistí zachovaná kĺbová štrbina SI kĺbov. Na panvových kostiach v blízkosti kĺbovej štrbiny je vyznačená plošná skleróza.

Tab. 3. Sakroiliakálne kĺby pri osteoartróze a ankylozujúcej spondylitíde (podľa Resnicka, 18).

Charakteristika	Osteoartróza	Ankylozujúca spondylitída
vek	starší pacient	mladší pacient
lokalizácia zmien	obojustranne symetrická obojustranne asymetrická alebo jednostranná, prevažne na iliakálnej strane	obojustranne symetrická prevažne na iliakálnej strane
kostná ankylóza	paraartikulárna	intraartikulárna
skleróza	mierna, lokalizovaná	súvislá extenzívna
erózie	nie	áno
osifikácia ligamentov	príležitostne	často

Tab. 3. Sacro-iliac joint changes in degenerative disease and ankylosing spondylitis (Resnick, 18).

Characteristic	Osteoarthritis	Ankylosing spondylitis
age	older patient	younger patient
distribution	bilateral symmetrical bilateral asymmetrical or unilateral	bilateral symmetrical
iliac changes	predominate	predominate
para-articular sclerosis	para-articular	intra-articular
erosions	mild-focal	may be extensive
ligament ossification	occasional	frequent

Tab. 4. Porovnanie séronegatívnych spondylartritíd (Calin, 1993).

	AS	RS	PA	ES	JAS	ReA	Nedifer. SSp.
pohlavie	M > Ž	M = Ž	Ž > M	Ž = M	M > Ž	M = Ž	M = Ž
vek na začiatku (roky)	20	každý vek	každý vek	každý vek	< 16	každý vek	každý vek
uveitída	++	++	+	+	+	+	±
konjunktivitída	-	+	-	-	-	+	-
periférne kĺby HK, DK	DK > HK	DK obvyk.	HK > DK	DK > HK	DK > HK	DK > HK	HK = DK
sakroileitída	vždy	často	často	často	často	často	±
HLA-B27 (%)	95	80	20 (50 so SI)	50	90	80	±
entezopatia	+	+	+	+	+	+	+
aort. chlop. chyba	+	+	?+	?	?	+	±
rod. výskyt riziko HLA 27+ (%)	5-20	20	?	?	?	20	?
začiatok uretritída	postupný	náhly	variab.	postupný	variab.	náhly	variab.
uretritída	-	+	-	-	-	±	±
kožné prejavy	-	+	++	-	-	-	±
sliznicové prejavy	-	+	-	+	-	-	±
symetria (chrbt.)	+	-	-	+	+	-	±
ohraničené trv. remisie, relapsy	-	±	±	±	±	±	±

AS – ankylozujúca spondylitída, RS – Reiterov syndróm, PA – psoriatická artritída, ES – enteropatická spondylitída, JAS – juvenilná ankylozujúca spondylitída, ReA – reaktivná artritída, Nedifer. SSp. – nediferencovaná spondylartritída

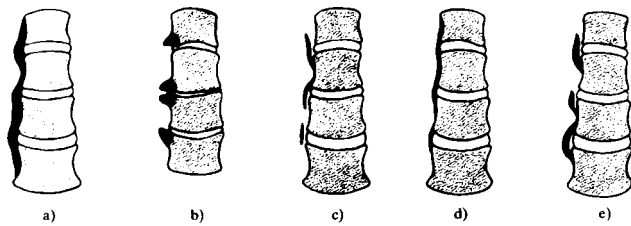
Tab. 4. Comparison of seronegative spondylarthropathies (Calin, 1993).

	Ankylosing spondylitis	Reiter's syndrome	Psoriatic arthropathy	Enteropathic spondylitis	Juvenile arthropathy (juvenile ankylosing spondylitis subset)	Reactive arthropathy	Undifferentiated spondylarthritis
Sex	Male > female	Male = female	Female > male	Female = male	Male > female	Male = female	Male = female
Age at onset (years)	20	Any age	Any age	Any age	< 16	Any age	Any age
Uveitis	++	++	+	+	+	+	±
Conjunctivitis	-	+	-	-	-	+	-
Peripheral joints	Lower > upper	Lower usually	Upper > lower	Lower > upper	Lower > upper	Lower > upper	Upper = lower
Sacroiliitis	Always	Often	Often	Often	Often	Often	±
HLA-B27 (%)	95	80	20 (50 with sacroiliitis)	50	90	80	±
Enthesopathy	+	+	+	+	+	+	+
Aortic regurgitation	+	+	?+	?	?	+	±
Familial aggregation	+	+	+	+	+	+	+
Risk for HLA-B27 posit. individual (%)	5-20	20	?	?	?	20	?
Onset	Gradual	Sudden	Variable	Gradual	Variable	Sudden	Variable
Urethritis	-	+	-	-	-	±	±
Skin involvement	-	+	++	-	-	-	±
Mucous membrane involvement	-	+	-	+	-	-	±
Symmetry (spinal)	+	-	-	+	+	-	±
Self-limiting	-	±	±	±	±	±	±
Remission, relapses	-	±	±	-	±	±	±

Od sakroiliitídy pri séronegatívnych spondylartritídach (SSp) je potrebné odlišiť *osteoartrózu SI kĺbov* (tab. 3). Tá sa vyskytuje vo vyššom veku. Bolesť pri nej majú mechanický charakter. Rádiologicky sa zisťuje čiastočné zúženie štrbiny, subchondrálnej skleróza, osteofyty. Nezisťujú sa však erózie, ktoré nepatria k znakom osteoartrózy, ale sú jedným z rádiologických znakov sakroiliitídy. HLA-B27 je negatívny.

U žien po gynekologických operáciách sa zisťujú zmeny na symfýze — osteitis pubis — podobné zmenám pri AS. Pri *osteitis pubis* nie je postihnutý axiálny skelet ani SI kĺby.

Pri *psoriatickej artritíde* (PA) Bywaters a Dixon (5) opísali paravertebrálne osifikácie, ktoré sa odlišujú od syndezmofytických osifikácií pri AS tým, že nie sú spojené s axiálnym skeletom (obr. 1a). Sakroiliitída je asymetrická. Vždy je prítomná psoriáza (tab. 4).



Obr. 1. Spinálne osifikácie pri reumatických spondylopatiách (Miehle, W.: *Arthritis psoriatica. Compendia Rheumatologica*, 6, Basel, EULAR Verlag 1979, 85 s): a) difúzna idiopatická skeletálna hyperostóza (DISH), b) spondylóza (Sp.), c) psoriatická artritída/spondylitída (PA), d) ankylozujúca spondylitída (AS), e) Reiterov syndróm (RS).

Fig. 1. Spinal ossifications at rheumatic spondylopathies (Miehle, W.: *Arthritis psoriatica. Compendia Rheumatologica*, 6, Basel, EULAR Verlag 1979, 85 p): a) diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH), b) spondylosis (Sp.), c) psoriatic arthritis (PA), d) ankylosing spondylitis (AS), e) Reiter's syndrome (RS).

Pri *Reiterovom syndróme* býva postihnutie axiálneho skeletu väčšinou v úzadi klinického obrazu. Sakroiliitída je lokalizovaná asymetricky a zmeny sú menej rozsiahle. Osifikácie na chrbtici sú nepravidelne formované a častejšie lokalizované asymetricky. K rozlíšeniu od AS pomáha artritída, konjunktivitída, uretritída (tab. 4).

Ankylóza apofýzových kĺbov krčnej chrbtice pri *juvenilnej idiopatickej artritíde* môže imitovať postihnutie krčnej chrbtice pri AS. Na rozdiel od AS sú postihnuté najmä proximálne segmenty krčnej chrbtice. Stavcové telá a intervertebrálne disky sú hypoplastické (19).

Osifikácie pri *akromegálii* možno odlišiť od AS podľa zväčšených medzistavcových priestorov. Pohyblivosť akromegalickej chrbtice na rozdiel od AS býva často zväčšená (4). Znaky sakroiliitídy chýbajú.

Pri *dne* môžu byť SI kĺby abnormálne. Ojedinele môže byť postihnutá chrbtica. Premosťujúce osifikácie sú väčšinou lokalizované na pravej strane hrudníkovej chrbtice (24).

Zmeny na SI kĺboch, prípadne aj paravertebrálne osifikácie sa vyskytujú u pacientov s *paraplégiou* po úrazoch chrbtice. Zmeny sa dávajú do súvislosti s dlhodobou imobilizáciou (1, 2).

U pacientov vo vyššom veku sa niekedy zisťuje zánik proximálnej časti štrbiny SI kĺbov. Cielené rádiologické vyšetrenie ukáže, že nejde o úplnú ankylózu ako pri AS (23). V distálnej časti sa zisťuje sakroiliakálna artróza so sklerózou, zúženou štrbinou, prípadne s premostňujúcim osteofytom.

V časti prípadov *enteropatickej artropatie pri ulceróznej kolitíde* a *Crohnovej chorobe* sa rozvíja sakroiliitída a spondylitída, ktorých rádiologický obraz je rovnaký ako

pri AS. Tieto stavy pomôže odlišiť správna diagnostika základného zápalového črevného ochorenia.

Infekčné procesy SI kĺbov sú prevažne jednostranné, ložiskové a deštruktívne. Diagnózu spresňuje rádiologické vyšetrenie.

Rádiologicky možno odlišiť aj *infekčné* a *neoplastické procesy chrbtice*. Osobitne dôležité je včas odlišiť *tuberkulózu chrbtice*, pretože liečebný postup je diametrálne odlišný a imobilizácia, ktorá sa používa pri tuberkulóze chrbtice, môže pri AS zapríčiniť nenapraviteľné škody.

Primárny a sekundárny *hyperparatyreoidizmus* môže spôsobiť nepravidelnosti kĺbových plôšiek SI kĺbov, najmä na panvových kostiach v dôsledku subchondrálnej resorpcie a sklerózy priľahlej kosti. Kĺbová štrbina sa nezužuje, ankylóza nevzniká.

Deštruktívna spondylartropatia neinfekčného charakteru napodobňujúca spondylodiscitídu a spinálnu pseudoartrózu pri AS sa zistila u niektorých pacientov vyžadujúcich *chronickú hemodialýzu*. Tento typ spondylartropatie môže vzniknúť zo sekundárneho hyperparatyreoidizmu: HLA-B27 je negatívny.

REITEROV SYNDRÓM

Klinický obraz Reiterovho syndrómu (RS) charakterizuje artritída, uretritída, konjunktivitída, keratoderma blennorrhagicum, bukálne ulcerácie, balanitída. Dôležité sú entezitické prejavy predilekčne na päte. Asi v 20—25 % prípadov sa vyskytuje sakroiliitída; neraz sa sleduje vývoj až do spondylitídy, najmä u chorých s pozitívnym antigénom HLA-B27 (7, 13).

Diferenciálna diagnostika Reiterovho syndrómu

Ankylozujúca spondylitída postihuje chrbticu podobne ako Reiterov syndróm (RS) (tab. 4), ale pri periférnej forme AS je artritída zriedkavejšia ako pri RS (18). Sakroiliitída pri AS je spravidla obojstranná, symetrická. Pri RS je sakroiliitída častejšie asymetrická a v časti prípadov (20 %) je nález len jednostranný. Pri AS je jednostranná sakroiliitída skôr výnimkou. Pri RS v porovnaní s AS sa zriedkavejšie zisťuje osteoporóza a na apofýzových kĺboch erózie a ankylóza. Určitý rozdiel býva aj pri tvorbe syndezmofytov. Chýbajú pravidelné kontúry, kostné premostenia sú neúplné, osifikácie majú hrubší, nepravidelný tvar. Rádiologické zmeny na axiálnom skelete, najmä osifikácie typu syndezmofytov, sa podobajú osifikáciám pri spondylitíde v rámci psoriatickej artritídy (PA). Schilling a Schacher (20) zdôrazňujú solitárny charakter premostňujúcich syndezmofytov pri RS, postihnutie menších úsekov chrbtice, ako aj chýbanie osifikácií bambusového tvaru. Kvadratizácia stavcových tiel, ankylóza apofýzových kĺbov, ankylóza SI kĺbov sú pri AS oveľa častejšie ako pri RS. Entezopatie pri AS sú loka-

lizované najmä na hrebeňoch panvových kostí a na sedacích kostiach. Pri RS sú entezopatie najčastejšie lokalizované na päťach.

Problematickejšie je rozpoznanie RS od *psoriatickej artritídy*. Pri PA vznikajú výraznejšie zmeny v oblasti postihnutých kĺbov i axiálneho skeletu (tab. 4). Častejšie bývajú postihnuté kĺby horných končatín. Postihnuté sú zvyčajne distálne interfalangové kĺby na horných a dolných končatinách. Pri RS je postihnutie distálnych interfalangových kĺbov nezvyčajné. Ankylóza je pri PA zriedkavejšia ako pri RS a AS. Markantným prejavom je prirodzený ústup artritídy pri RS, kým pri PA je postihnutie kĺbov chronické. Mutilujúce kĺbové zmeny pri PA sú častejšie. Pri RS sa nezisťujú. Entezopatické zmeny pri PA na päťach sú podobné ako pri RS. Pre PA a RS je príznačné postihnutie SI kĺbov. Zmeny bývajú symetrické aj asymetrické alebo len jednostranné. Zmeny na chrbtici sú rovnaké pri PA aj pri RS. Pri PA osifikácie bývajú lokalizované aj paravertebrálne, tendencia postihnúť krčnej chrbtice je väčšia.

PSORIATICKÁ ARTRITÍDA

Psoriatická artritída (PA) je systémová zápalová choroba prejavujúca sa séronegatívnou artritídou v kombinácii so psoriázou kože a nechťov. Charakteristické pri nej je postihnutie distálnych interfalangových kĺbov rúk. Častým nálezom sú entezopatie na päťach často aj s povrchovou eróziou. Sakroiliitída (25—85 %) je častejšie jednostranná, menej deštruktívna ako pri AS. Postihnutie axiálneho skeletu sa vyskytuje v 9—82 % prípadov (17). Charakteristickým znakom psoriatickej chrbtice okrem sakroiliitídy sú rôzne typy osifikácií. Za patognomické sa považujú vertebrálne a paravertebrálne osifikácie (5). Na rádiologických snímkach možno zistiť prechody od vertebrálnych osifikácií, ktoré sú v kontakte so stavcami, cez parasyndezmozofy, ktoré sú oddelené od stavcov, a osifikácie podobné syndezmozofytom pri AS. V oblasti krčnej chrbtice sa neraz zisťuje zúženie štrbín a skleróza apofýzových kĺbov (12, 16).

Diferenciálna diagnostika psoriatickej artritídy

Pri *Reiterovom syndróme* na rozdiel od PA nebývajú postihnuté distálne interfalangové kĺby. Artritída je častejšie lokalizovaná na dolných končatinách. Pri RS má artritída prevažne časovo ohraničené trvanie, pri PA väčšinou prebieha chronicky. Kožné prejavy pri RS, najmä blenoragická keratodermia, sú lokalizované predovšetkým na stupajách a dlaniach. Ťažko ich možno odlišiť od rovnako lokalizovanej pustulózne psoriázy pri PA. Navyše aj histomorfologický nález oboch kožných prejavov je rovnaký (tab. 4).

Postihnutie SI kĺbov pri RS je v podstate rovnaké ako pri PA. Sakroiliitída je častejšie lokalizovaná asymetricky, môže byť lokalizovaná aj jednostranne. Osifikácie na

chrbtici pri RS sú širšie a majú nepravidelný tvar (obr. 1e).

Choroby niekedy pomôže odlišiť vyšetrenie antigénu HLA-B27, ktorý je pri RS pozitívny asi v 80 % prípadov.

Ankylozujúca spondylitída (AS) sa od PA (tab. 4) odlišuje chýbaním kožných a nechťových psoriatických morfov. Pri periférnej forme AS na rozdiel od PA sú častejšie postihnuté kĺby dolných končatín, kým pri PA sú postihnuté aj kĺby horných končatín. Pri AS sa nezisťuje artritída v distálnych interfalangových kĺboch ani mutilujúca artritída. Sakroiliitída pri AS býva prevažne obojstranná, symetrická. Premostujúce osifikácie na chrbtici sú tenké. Častá je ankylóza apofýzových kĺbov. Pri PA sú osifikácie širšie, nepravidelné, často lokalizované paravertebrálne. Entezopatie pri AS sú lokalizované predovšetkým na hrebeňoch panvových a sedacích kostí, kým pri PA bývajú predilekčne na päťach. Diagnostické problémy môže spôsobiť „zmiešaná“ forma AS a PA, prípadne RS (15).

Pri syndróme *SAPHO* (synovitída, akné, pustulózne psoriáza, hyperostóza, osteitída) spojenom s palmoplantárnou pustulóznou psoriázou môžu zmeny na SI kĺboch a pozitívna antigénu HLA-B27 sťažiť diferenciálnodiagnostické odlišenie PA s postihnutím axiálneho skeletu. Správnu diagnózu pomáhajú určiť ďalšie klinické znaky, ako akné a osteomyelitída.

Difúzna idiopatická skeletálna hyperostóza (DISH) môže napodobňovať PA s postihnutím axiálneho skeletu. Osifikácie pri DISH sú prevažne lokalizované na chrbtici anterolaterálne vpravo, najmä v hrudníkovom úseku. Pri PA sú na chrbtici lokalizované nepravidelne. Na SI kĺboch sa pri DISH nezistia znaky sakroiliitídy, ktorá sa však zisťuje pri PA. Pri DISH sa na kĺboch nezisťujú príznaky zápalovej choroby. Pri PA sa vždy vyskytuje séronegatívna artritída spojená s nálezom psoriázy.

ENTEROPATICKÉ ARTRITÍDY

Pre *enteropatické artritídy* je charakteristické základné črevné zápalové ochorenie (ulcerózna kolitída, Crohnova choroba), séronegatívna artritída, postihnutie sakroiliálnych kĺbov a axiálneho skeletu.

Asi u 20 % pacientov s ulceróznou kolitídou a Crohnovou chorobou vzniká epizodická asymetrická oligoartritída prevažne na dolných končatinách (8). Erythema nodosum sa vyskytuje v 10—25 % prípadov.

Postihnutie SI kĺbov a chrbtice sa zisťuje v 5—12 % prípadov (25), pričom toto postihnutie môže predchádzať črevnú zápalovú chorobu aj niekoľko rokov. Klinické a rádiologické prejavy sú podobné ako pri AS, preto sa choroby ťažko rozoznávajú. Chrbtica býva postihnutá nezávisle od exacerbácií črevnej choroby. Chirurgická liečba črevnej choroby neovplyvňuje nález na chrbtici.

Diferenciálna diagnostika enteropatických artritíd

Diagnóza enteropatickej artritídy pri ulceróznej kolitíde a Crohnovej chorobe nespôsobuje väčšie problémy, ak sa správne diagnostikuje črevná zápalová choroba.

Spondylitída a sakroiliitída pri *ulceróznej kolitíde* sú v podstate rovnaké ako pri AS. Obojstranná symetrická sakroiliitída a osifikácie syndezmofytového charakteru sa vyskytujú pri ulceróznej kolitíde aj pri AS (19). Pri RS a PA je sakroiliitída asymetrická alebo jednostranná. Syndezmofyty sú skôr hrubšie a nemajú pravidelné kontúry ako pri AS (19).

Diferenciálnodiagnostické znaky *Crohnovej choroby* sú podobné ako pri ulceróznej kolitíde. Sakroiliitída pri Crohnovej chorobe sa vyskytuje rovnako často u mužov aj žien. Zmeny sú obojstranné a symetrické. Marginálne osifikácie na chrbtici pri Crohnovej chorobe sú rovnaké ako pri AS.

WHIPPLEOVA CHOROBA

Prejavuje sa chudnutím, hnačkami, horúčkami, bolesťami brucha, lymfadenopatiou, hnedými kožnými pigmentáciami, hypotóniou, polysérozitídou. Diagnózu spresňuje enterobiopsia s histomorfológiou s nálezom PAS pozitívneho materiálu v makrofágových bunkách. Časté sú bolesti chrbtice. Zisťuje sa postihnutie SI kĺbov a axiálneho skeletu. Presnejšie údaje o výskyte nie sú známe, pretože epidemiológia choroby sa systematicky nesledovala.

Diferenciálna diagnostika Whippleovej choroby

Klinické a rádiologické zmeny na periférnych kĺboch sú pri Whippleovej chorobe nešpecifické. Postihnutie SI kĺbov a axiálneho skeletu sa podobá postihnutiu pri AS, ulceróznej kolitíde a Crohnovej chorobe (25).

BEHCETOV SYNDRÓM

Nozologické zaradenie Behcetovho syndrómu nie je doriešené. Choroba sa zaraďuje do skupiny séronegatívnych spondylartritíd (26). Niektoré autori tento syndróm pokladajú za malígnu formu reaktívnej artritídy (6). Pre výraznú vaskulitídu sa zaraďuje aj do skupiny autoimunitných cho-

rôb spojivového tkaniva (10). Napokon sa uvádza aj ako samostatná choroba bez osobitného zaradenia (3).

Klinický obraz zahŕňa kožnosliznicové zmeny (ulcerácie, erythema nodosum), očné prejavy (uveitída), kardiovaskulárne, gastrointestinálne, nervové prejavy. Postihnutie kĺbov (50 %) sa manifestuje artralgiami, artritídou. Zmena v axiálnom skelete sa vyskytuje s príznakmi sakroiliitídy.

Diferenciálna diagnostika Behcetovho syndrómu

Pri pretrvávaní artritických prejavov je potrebné odlišiť Behcetov syndróm od reumatoidnej artritídy, pri ktorej je v popredí séropozitívna erozívna artritída. Pri Behcetovom syndróme má artritída benígny charakter; erózie, zúženie štrbín a osteoporóza sú zriedkavé.

Pri *Reiterovom syndróme* majú kožné zmeny charakter balanitídy, pri Behcetovom syndróme sú charakteristické genitálne ulcerácie.

Sakroiliitída pri Behcetovom syndróme môže imitovať AS alebo niektoré SSp. Pri AS sa okrem sakroiliitídy zisťuje postihnutie axiálneho skeletu s charakteristickými syndezmofytmi, pri Behcetovom syndróme axiálny skelet nebýva postihnutý.

POUŽITÉ SKRATKY

- AS — ankylozujúca spondylitída
- DISH — difúzna idiopatická skeletálna hyperostóza
- PA — psoriatická artritída
- RS — Reiterov syndróm
- SSp — séronegatívna spondylartritída
- SI kĺby — sakroiliakálne kĺby

LITERATÚRA

Bude uvedená v najbližšom čísle, kde bude uverejnené pokračovanie tejto práce.

Do redakcie došlo 4.4.2000.

Adresa autora: MUDr. V. Švec, CSc., Výskumný ústav reumatických chorôb, Nábřežie I. Krasku 4, 921 01 Piešťany, Slovensko.