

Trudności diagnostyczne u chorej na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa z rozpoznaniem uprzednio zespołem Sjögrena

Diagnostic difficulties in a patient with ankylosing spondylitis and previous Sjögren's syndrome diagnosis

Justyna Okupniak, Mariusz Puszczewicz

Katedra i Klinika Reumatologiczno-Rehabilitacyjna i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Kliniki dr hab. med. Mariusz Puszczewicz

Słowa kluczowe: zespół Sjögrena, przeciwciała anti-SS-A/Ro i anti-SS-B/La, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa.

Key words: Sjögren's syndrome, anti-SS-A/Ro and anti-SS-B/La antibodies, ankylosis spondylitis.

Streszczenie

Zespół Sjögrena jest układową chorobą tkanki łącznej charakteryzującą się naciekami gruczołów wydzielania zewnętrznego przez limfocyty i komórki plazmatyczne. Dochodzi wówczas do pojawienia się objawów związanych z upośledzeniem funkcji gruczołów egzokrynych, a także objawów pozagruczołowych. Do potwierdzenia rozpoznania, poza badaniem podmiotowym i przedmiotowym, niezbędne jest zastosowanie diagnostyki radiologicznej, histopatologicznej oraz serologicznej, m.in. stwierdzenie obecności przeciwciał anti-SS-A/Ro i anti-SS-B/La. W artykule opisano przypadek chorej, u której w przeszłości rozpoznano pierwotny zespół Sjögrena na podstawie objawów podmiotowych i przedmiotowych, nie potwierdzono tego jednak badaniem serologicznym. Chora została skierowana do Kliniki Reumatologii z powodu nasilającego się bólu kręgosłupa i stawów biodrowych w celu dalszej diagnostyki i leczenia.

Summary

Sjögren's syndrome is a connective tissue disease characterized with infiltration of lymphocyte and plasma cells in exocrine glands. It leads to the manifestation of different symptoms connected with disfunction of these glands. Confirmation of the diagnosis is based on subjective and physical examination but radiologic, histopathologic and serologic diagnostics (anti SS-A/Ro, anti SS-B/La antibodies) are also necessary. In this article we present 38-year old female patient who according to her symptoms was previously diagnosed as Sjögren's syndrome but there was no confirmation in serology. She was admitted to the Clinic because of intensive back and hip pain in order to further diagnostics and treatment.

Wstęp

Zespół Sjögrena (zespół suchości) to przewlekła choroba autoimmunologiczna o nieznanym przyczynie. Nacieki zapalne powstające w gruczołach wydzielania zewnętrznego przyczyniają się do zaburzeń czynności tych

gruczołów. Proces ten może dotyczyć również innych narządów i układów. Obserwuje się m.in. zapalenie stawów, powiększenie węzłów chłonnych, zmiany w płucach, nerkach, naczyniach krwionośnych, zapalenie trzustki i autoimmunologiczne zapalenie tarczycy [1, 2].

Adres do korespondencji:

lek. Justyna Okupniak, Os. Rzeczypospolitej 3/39, 61-397 Poznań, faks +48 61 831 03 17, e-mail: jszpunt@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła: 15.04.2009 r.

Wyróżnia się postać pierwotną i wtórną (w przebiegu innych chorób). Rozpoznanie ustala się na podstawie objawów przedmiotowych, podmiotowych oraz badań serologicznych (obecność przeciwciał przeciwjądrowych, anti-SS-A/Ro i anti-SS-B/La). W diagnostyce pomocne są też badania obrazowe (sialografia, scyntygrafia i USG) oraz biopsja ślinianki [3]. Bezwzględny kryterium pewnego rozpoznania jest jednak obecność autoprzeciwciał lub dodatni wynik biopsji [4]. Poniżej przedstawiono przypadek pacjentki z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, u której wcześniej rozpoznano pierwotny zespół suchości.

Opis przypadku

Chora, lat 38, została przyjęta do Kliniki Reumatologii z powodu nasilającego się bólu całego kręgosłupa i stawów biodrowych w celu ustalenia rozpoznania i leczenia. Dolegliwości rozpoczęły się ok. 10 lat temu bólem i ograniczeniem ruchomości w stawach biodrowych i stawie ramiennym prawym. Następnie dołączyła się bolesność i postępujące ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku piersiowym, lędźwiowo-krzyżowym i szyjnym. Chora od kilku lat odczuwa również pieczenie w oczach i uczucie piasku pod powiekami, występują ponadto zaburzenia połykania związane z uczuciem braku śliny. W 2002 r. doszło do obrzęku ślinianki przyusznej lewej. Wykonano wówczas biopsję tego gruczołu, która wykazała nieliczne nacieki zapalne, test Schirmera był wówczas dodatni. W badaniach laboratoryjnych wykazano: obecność ANA w mianie 1 : 20, OB 10 mm/godz., nie stwierdzono obecności przeciwciał anti-SS-A/Ro, anti-SS-B/La i ANCA. U cho-



Ryc. 1. RTG stawów krzyżowo-biodrowych: nierówne szpary stawowe, sklerotyzacja podchrzęstnej.

Fig. 1. X-ray of sacroiliac joint: irregular articular spacer, subcartilage sclerosis.

rej rozpoznano zespół Sjögrena. Dotychczas chora przyjmowała doraźnie niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i stosowała krople do oczu (alkohol poliwinylowy, chlorowoderek tetryzolidyny) z mierną poprawą.

W chwili przyjęcia do Kliniki stwierdzono: bolesność w odcinku szyjnym, piersiowym i lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa, a także w stawach biodrowych, ponadto uczucie suchości w oczach i jamie ustnej, nasiloną próchnicę zębów (z tego powodu chora była wielokrotnie leczona stomatologicznie). W badaniu przedmiotowym bolesność i ograniczenie ruchomości kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego (objaw Otta 1,5 cm, objaw Schobera 3 cm, rozszerzalność klatki piersiowej 4,5 cm), ograniczenie ruchomości i bolesność stawów biodrowych. Test Schirmera ujemny: OP 14 mm, OL 15 mm. W RTG stawów krzyżowo-biodrowych nierówne szpary stawowe, sklerotyzacja podchrzęstna (ryc. 1). W RTG kręgosłupa szyjnego dyskopatia na poziomie C4-C5, C5-C6.

W badaniach laboratoryjnych wykazano: OB 5 mm/godz., CRP < 5,9 mg/l, morfologia krwi prawidłowa, glikemia, stężenie kreatyniny, elektrolitów, aktywność aminotransferaz, stężenie TSH, fT3, fT4 w normie. Badanie ogólne moczu – wynik prawidłowy. Ponadto odnotowano obecność antygenu HLA-B27, a nie stwierdzono obecności przeciwciał przeciwjądrowych, anti-SS-A/Ro i anti-SS-B/La. Aktywność choroby oznaczana wskaźnikiem BASDAI wynosiła 5,9 pkt.

Na podstawie obrazu klinicznego rozpoznano zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa. W leczeniu zastosowano sulfasalazynę, NLPZ, leki miorelaksacyjne, preparat sztucznej śliny (na bazie roślinnej mucyny), kontynuowano stosowanie kropli do oczu (alkohol poliwinylowy, kwas poliakrylowy). Po zastosowaniu farmako- i kinezyterapii nastąpiła poprawa stanu klinicznego. Chora w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu z zaleceniem leczenia sanatoryjnego oraz okresowej opieki w poradni reumatologicznej i okulistycznej.

Dyskusja

Wśród kryteriów diagnostycznych zespołu Sjögrena znajdują się m.in.: objawy suchości oczu (test Schirmera lub test z różem bengalskim dodatni) i suchości w jamie ustnej, utrzymujące się dłużej niż 3 mies., oraz powiększenie ślinianek (zwłaszcza przyusznych), stwierdzenie zmian w badaniu histopatologicznym, serologicznym i radiologicznym (sialografia, USG ślinianek, MR). Jednak do pewnego rozpoznania, oprócz wyżej wymienionych objawów suchości, konieczny jest dodatni wynik biopsji ślinianki (obecność 50 lub więcej komórek limfoidalnych w polu 4 mm² tkanki) lub obecność autoprzeciwciał w badaniu serologicznym

(anty-SS-A/Ro i anty-SS-B/La) [4, 6, 7]. Należy również wykluczyć inne potencjalne przyczyny zespołu suchości: współistnienie zakażenia WZW typu C i WZW typu B, HIV, chłoniaka, sarkoidozy, reakcji przeszczep przeciwko gospodarzowi, stosowanie leków antycholinergicznym bądź wcześniejsza radioterapia w obrębie głowy lub szyi [2]. Uczucie suchości w jamie ustnej z zaburzeniami połykania może towarzyszyć też twardzinie układowej (wynika to z uszkodzenia autonomicznego układu nerwowego oraz zwłóknienia tkanki łącznej i mięśni), suchość oczu może pojawić się przy narażeniu na działanie niektórych czynników zewnętrznych (stan po urazie, oparzeniu czy przebywanie w pomieszczeniach klimatyzowanych) [8].

U opisanej chorej wykluczono inne możliwe przyczyny zespołu suchości. W badaniach serologicznych nie stwierdzono jednak obecności przeciwciał anty-SS-A/Ro i anty-SS-B/La ani ANA (w 2000 r. u chorej stwierdzono ANA w niskim mianie 1 : 20). Test Schirmera był ujemny. Warto zwrócić też uwagę, że wykonana kilka lat wcześniej biopsja ślinianki przyusznej lewej nie była jednoznaczna (nieliczne nacieki zapalne).

Częstość występowania przeciwciał anty-SS-A/Ro i anty-SS-B/La jest stosunkowo duża (ok. 90% w przypadku pierwotnego, a 60–70% w przypadku wtórnego zespołu suchości).

Z uwagi na brak potwierdzenia w badaniach dodatkowych wcześniejszego rozpoznania nie podtrzymano pierwotnej diagnozy zespołu Sjögrena. Opinia ta wydaje się jednak wątpliwa z punktu widzenia wystąpienia typowych dla zespołu suchości objawów podmiotowych oraz znacznej poprawy samopoczucia i złagodzenia dolegliwości już po kilku dniach stosowania leczenia objawowego.

W diagnostyce zespołu Sjögrena, oprócz uznanych i sprawdzonych metod, wprowadza się coraz więcej innych nowych metod, pomocnych w ustaleniu ostatecznego rozpoznania. Zalicza się do nich określenie obecności przeciwciał przeciw α -fodrynie, przeciwciał przeciw receptorom muskarynowym typu 3. Opierając się na doniesieniach literatury medycznej, wartość nowych markerów serologicznych nie jest jednak jednoznaczna i wymaga dalszych badań [4, 5].

Biorąc pod uwagę obraz kliniczny, chorej zalecono kontynuację leczenia w poradni reumatologicznej, a także laryngologicznej i okulistycznej – w celu ewentualnego rozszerzenia diagnostyki.

Piśmiennictwo

1. Rotbart-Fiedor M, Wisłowska M. Wczesne rozpoznawanie zespołu suchości w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Reumatologia* 2007; 45: 126-131.
2. Mazurek M, Piotrowski M, Majdan M. Reumatoidalne zapalenie stawów jako maska kliniczna pierwotnego zespołu Sjögrena. Opis przebiegu schorzenia u czterech chorych. *Reumatologia* 2007; 45: 158-162.
3. Prajs K, Brzosko M, Fischer K i wsp. Współczesna diagnostyka zespołu Sjögrena. *Reumatologia* 2005; 43: 363-368.
4. Szczeklik A. Choroby wewnętrzne. Tom II. Wyd. I, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
5. Ząbek J. Celowość oznaczania surowiczych autoprzeciwciał niezaliczanych do kryteriów diagnostycznych układowych chorób tkanki łącznej. *Reumatologia* 2006; 44: 343-348.
6. Arolouin M, Urvoy M, Mathaut JL. Lacrymal gland biopsy and dry-eye syndrome. *J FR Ophtalmol* 1980; 3: 91-95.
7. Magid M, Shamim H, Vincent C. Fluorophotometry as a diagnostic tool for the evaluation of dry eye disease. *BMC Ophthalmol* 2006; 6: 20.
8. Pulkowski G, Budzyński J, Kłopotcka M i wsp. Przewód pokarmowy u chorego na twardzinę układową. *Reumatologia* 2006; 44: 95-101.