

ANKİLOZAN SPONDİLİT VE SPONDİLOARTROPATİLERİN REHABİLİTASYON

42. BÖLÜM

Mustafa ŞENGÜL¹

Giriş

Spondiloartropatiler (SpA), romatoid faktör ve anti-nükleer antikorların negatif olup, birçok eklem ve eklem dışı bulguların bulunduğu bir grup hastalıktır. Spondiloartropatiler grubundaki hastalıkların çoğu HLA-B27 geni ile birliktedir. Bu grup hastalıklar içinde ankilozan spondilit, juvenil ankilozan spondilit, psöriatik artrit, Reiter sendromu ve reaktif artrit, inflamatuvar barsak hastalıklarındaki artrit ve diferansiye olmamış spondiloartropatiler yer alır (1,2).

Ankilozan spondilit, sakroiliak eklem, omurga ve entezlerin tutulumu ile karakterize sistemik bir inflamatuvar hastalıktır. Son yirmi yılda, radyografik olmayan spondiloartrit dahil aksiyal spondiloartritin tanı ve tedavisinde önemli ilerleme kaydedilmiştir (3). Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİ) ve TNF inhibitörleri (TNFi) çoğu hastada ağrıyı azaltır ve yaşam kalitesini artırır. Bununla birlikte, muhtemelen inflamasyon ve kemik döngüsünün etkileşen yolları nedeniyle radyolojik ilerleme devam ediyor gibi görünmektedir. Farmakolojik ilerlemelere rağmen, rehabilitasyon, egzersiz, spa veya balneoterapi ve mesleki terapi gibi farmakolojik olmayan tedaviler, SpA ve ankilozans pondilitli hastaların yönetiminin hala önemli bir parçasıdır. Her ne kadar farma-

kolojik olmayan tedavilerin süresi ve yoğunluğu kesin olmasa ve bu tedavilere uyum düşük olsa dahi etkili farmakolojik tedaviler hastaların rehabilitasyona ve diğer farmakolojik olmayan tedavilere uyumunu arttırmaktadır (2). Ayrıca, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavilerin kombinasyonu uygulanabilir görünmektedir ve sinerjistik etkilere sahiptir.

Spondiloartropatiler

Spondiloartropatilerin önemli özelliği, tendon ve ligamentlerin kemiğe bağlanma bölgelerinde inflamasyonun varlığıdır. Bu inflamatuvar reaksiyon, entesopati olarak tanımlanır. Entesopati lokal ağrı ve yeni kemik oluşumuna neden olur. Spinal ligamentlerde ve intervertebral disklerde entesopati gelişmesi sindesmofit olarak isimlendirilir ve radyolojik olarak bambu kamışı görünümünün ortaya çıkmasına neden olur. Entesopatilerin varlığı birçok klinik bulguyu açıklar. Kalça eklemi, iliakkrest ve kostalar, bu inflamasyondan etkilenebilen bölgelerdir. Sinsi başlayıp 3 aydan daha uzun süre devam eden sabah tutukluğu, istirahatte şiddetlenen ve egzersiz ile azalan özellikle lomber bölgede ağrı tanımlayan, 40 yaşından genç hastalarda çoğu kez radyolojik olarak sakroileit tespit edilebilir. Spondiloartropatilerde

¹ Uzm. Dr. Mustafa ŞENGÜL, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, sengulmustafa@yahoo.com

leştirilmesinin etkinliği değerlendirilmiştir. Yazarlar yoğun grup egzersizi ile eğitim-davranışsal bir programın birleştirilmesinin, anti-TNF tedavisinde klinik olarak stabil AS'li hastaların tedavisinde umut verici sonuçlar verebileceği sonucuna varmışlardır (39). Grup eğitim programlarının yanı sıra kendi kendini yönetme kurslarının da yararlı olduğu ve işleyişi ve motivasyonu geliştirdiği gösterilmiştir (46-47).

5.d. Fizik Tedavi Yöntemleri

AS tedavisinde fizik tedavi yöntemlerinin etkinliği üzerine kanıta dayalı veriler yetersizdir. Bu nedenle, bu modalitelerin AS'de kullanımı, diğer kas-iskelet sistemi hastalıklarında kullanımlarından edinilen önceki deneyimlere dayanmalıdır. Her ne kadar sıcak tedavisi romatizmal hastalıkların fizik tedavisinde yaygın olarak kullanılsa da bu modalitenin eklem iltihabı veya hastalık aktivitesi üzerindeki etkinliği net değildir. Önceki çalışmaların bulguları tartışmalıdır (48). Kas-iskelet sistemi hastalıklarının tedavisinde kullanılan çok çeşitli elektroterapi yöntemleri vardır. Sadece bir randomize kontrollü çalışma transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonunu (TENS) 3 hafta boyunca sahte TENS ile karşılaştırmış ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan ağrıda kısa süreli göreceli azalma bildirmiştir (49). Kapsamlı mesleki terapi günlük yaşam aktivitesi eğitimi, eklem koruma, enerji tasarrufu, yardımcı cihazlar ve ev uyarlama kullanma talimatı ve boş zaman ve çalışma önerilerini içerir. Küçük bir randomize çalışma, TNF inhibitörleri ile tedavi edilen AS'li 27 hasta da mesleki terapinin fonksiyonel durum üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. 16 hafta sonra mesleki terapi grubunda Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, Bath Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite İndeksi, kısa form-36 (SF-36) zihinsel komponent skoru ve ağrı skorunda anlamlı düzelme bildirilmiştir (50). Manuel terapi, çeşitli kas iskelet bozuklukları için geleneksel bir yöntem ve etkili bir müdahaledir. Bir RKÇ, kişisel ve manuel mobilizasyonun AS'li hastalarda göğüs genişlemesini, postürü ve spinal mobilitayı geliştirebileceğini bildirmiştir (51).

5.d.1. Balneoterapi ve Spa terapisi

Hidroterapi AS tedavisinde yorgunluk, ağrı, ve sertliği azaltarak, fonksiyon ve iyilik hissini artırabilir. Bazı çalışmalar kaplıca tedavisi için değişken sonuçlar göstermiştir (52-53). Spa ve balneoterapi AS tedavisinde omurga hareketliliğini ve ağrıyı iyileştirmek için geleneksel olarak kullanılmaktadır (53,54). Yakın zamanda yapılmış bir meta-analizde Falagas ve ark. AS dahil romatizmal hastalıklarda balneoterapi için bir miktar etkinliğin altını çizmekle birlikte, araştırma kalitesinin kesin sonuçlar çıkaracak kadar sağlam olmadığını belirtmişlerdir (55).

Sonuç

Bu dönemde, çeşitli romatizmal hastalıklarda daha yüksek remisyon oranları, semptomatik rahatlama ve hatta yapısal hasarı geciktiren çok etkili ilaçlar mevcuttur. Anti-TNF ajanlarla tedavi altında AS'de elde edilen yüksek remisyon oranlarına rağmen, bu tedavilerin yapısal hasarı ve devam eden yeni kemik oluşumunu tamamen önlediğini ileri sürmek hala zordur. AS hastalarında ağrıyı azaltmak, omurga esnekliğini korumak, postüral deformiteleri önlemek, kas gücünü artırmak ve dayanıklılığı korumak için fizyoterapi ve rehabilitasyon önemlidir. Rehabilitasyon programlarının NSAID'ler ve anti-TNF tedavileri ile kullanıldığında sinerjistik etkileri belgelenmiştir. Bu nedenle fizyoterapi ve rehabilitasyon dahil olmak üzere farmakolojik olmayan tedaviler, AS tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır.

KAYNAKLAR

1. Khan MA. Update on Spondyloarthropathies. *Ann. Intern. Med.* 136 (12), 896-907. 2002.
2. *Spondiloartropatiler* 2014. (21/09/2020 tarihinde <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/wp/content/uploads/sites/680/2014/02/Spondiloartropatiler.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
3. Akgül O., Kiliç E., Kiliç G., (2013). Physio therapy and rehabilitation in ankylosing spondylitis: is it still the mainstay of management in theera of biologics?. *Int J Clin Rheum* 8. (pp. 579-584).
4. Butendieck R., Jose Maya J. (2019). Ankylosing Spondylitis. (R. Frontera W. Ed.). *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation, Musculoskeletal Disorders*,

- Painand Rehabilitation* (4th ed., pp. 664-669). Philadelphia: Elsevier.
5. Reveille JD., Major histocompatibility genes and ankylosing spondylitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2006;20(3):601-609.
 6. Sieper J, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of Spondylo Arthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis*, 2009;68(6):784-788.
 7. Ozgul A, et al. Effect of ankylosing spondylitis on health-related quality of life and different aspects of social life in young patients. *Clin Rheumatol*, 2006;25(2):168-174.
 8. Haywood KL, et al. Spinal mobility in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness. *Rheumatol*, 2004;43(6):750-757.
 9. Dalyan M, et al. Disability in ankylosing spondylitis. *Disabil Rehabil*, 1999;21(2):74-79.
 10. Dagfinrud H, et al. Impact of functional impairment in ankylosing spondylitis: impairment, activity limitation, and participation restrictions. *J Rheumatol*, 2005;32(3):516-523.
 11. Healey EL, et al. Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships. *Rheumatol*, 2009;48(11):1378-1381.
 12. Calin A, et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath ankylosing spondylitis functional index. *J Rheumatol*, 1994;21(12):2281-2285.
 13. Dougados M, et al. Evaluation of a functional index in ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*, 1988;15(2):302-307.
 14. Zochling J, Braun J, Heijde D. Assessments in ankylosing spondylitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2006;20(3):521-537.
 15. Fabreguet I, et al. Assessment of work instability in spondyloarthritis: a cross-sectional study using the ankylosing spondylitis work instability scale. *Rheumatol*, 2012;51(2):333-337.
 16. Feldtkeller E, et al. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*, 2003;23(2):61-66.
 17. Braun J, van der Heijde D., Imaging and scoring in ankylosing spondylitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2002;16(4):573-604.
 18. Ostergaard M, et al. Imaging in ankylosing spondylitis. *Ther Adv Musculoskelet Dis*, 2012;4(4):301-311.
 19. Zochling J, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*, 2006;65(4):423-452.
 20. Van den Berg R, et al. First update of the current evidence for the management of ankylosing spondylitis with non-pharmacological treatment and non-biologic drugs: a systematic literature review for the ASAS/EULAR management recommendations in ankylosing spondylitis. *Rheumatol*, 2012;51(8):1388-1396.
 21. Baraliakos X, et al. Update of the literature review on treatment with biologics as a basis for the first update of the ASAS/EULAR management recommendations of ankylosing spondylitis. *Rheumatol*, 2012;51(8):1378-1387.
 22. Wanders A, et al. Non steroid anti-inflammatory drugs reduce radio-graphic progression in patients with ankylosing spondylitis: a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum*, 2005;52(6):1756-1765.
 23. Koehler L, Kuipers JG, Zeidler H. Managing seronegative spondyloarthritides. *Rheumatol*, 2000;39(4):360-368.
 24. Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* (4), CD002822 (2008).
 25. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann. Rheum. Dis*, 70(6), 896-904 (2011).
 26. Ozgocmen S, Akgul O, Altay Z et al. Expert opinion and key recommendations for the physical therapy and rehabilitation of patients with ankylosing spondylitis. *Int. J. Rheum. Dis*, 15(3), 229-238 (2012).
 27. Vliet Vlieland TP, Li LC. Rehabilitation in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis: differences and similarities. *Clin. Exp. Rheumatol*, 27(4 Suppl. 55), S171-S178 (2009).
 28. Dagfinrud H, Halvorsen S, Vollestad NK, Niedermann K, Kvien TK, Hagen KB. Exercise programs in trials for patients with ankylosing spondylitis: do they really have the potential for effectiveness? *Arthritis Care Res. (Hoboken)*, 63(4), 597-603 (2011).
 29. AYTEKIN E, CAGLAR NS, OZGONENEL L, TUTUN S, DEMIRYONTAR DY, DEMIR SE. Home-based exercise therapy in patients with ankylosing spondylitis: effects on pain, mobility, disease activity, quality of life, and respiratory functions. *Clin. Rheumatol*, 31(1), 91-97 (2012).
 30. Arturi P, Schneeberger EE, Sommerfleck F, et al. Adherence to treatment in patients with ankylosing spondylitis. *Clin. Rheumatol*, 32(7), 1007-1015 (2013).
 31. Passalent LA, Soever LJ, O'Shea FD, Inman RD. Exercise in ankylosing spondylitis: discrepancies between recommendations and reality. *J. Rheumatol*, 37(4), 835-841 (2010).
 32. Durcan L, Wilson F, Conway R, Cunnane G, O'Shea FD. Increased body mass index in ankylosing spondylitis is associated with greater burden of symptoms and poor perceptions of the benefits of exercise. *J. Rheumatol*, 39(12), 2310-2314 (2012).
 33. Brophy S, Cooksey R, Davies H, Dennis MS, Zhou SM, Siebert S. The effect of physical activity and motivation on function in ankylosing spondylitis: a cohort study. *Semin. Arthritis Rheum*, 42(6), 619-626 (2013).
 34. Analay Y, Ozcan E, Karan A, Diracoglu D, Aydin R. The effectiveness of intensive group exercise on patients with ankylosing spondylitis. *Clin. Rehabil*, 17(6), 631-636 (2003).
 35. Karapolat H, Akkoc Y, Sari I et al. Comparison of group-based exercise versus home-based exercise in patients with ankylosing spondylitis: effects on Bath Ankylosing Spondylitis Indices, quality of life and depression. *Clin. Rheumatol*, 27(6), 695-700 (2008).
 36. Fernández-de-Las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Algua-cil-Diego IM, et al, One-year follow-up of two exercise interventions for the management of patients with

- ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*, 85(7), 559–567 (2006).
37. Fernández-de-Las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Morales-Cabezas M, Miangolarra-Page JC. Two exercise interventions for the management of patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*, 84(6), 407–419 (2005).
 38. Yigit S, Sahin Z, Demir S, Aytac DH. Home-based exercise therapy in ankylosing spondylitis: short-term prospective study in patients receiving tumor necrosis factor alpha inhibitors. *Rheumatol. Int*, 33(1), 71–77 (2013).
 39. Masiero S, Bonaldo L, Pigatto M, et al. Rehabilitation treatment in patients with ankylosing spondylitis stabilized with tumornecrosis factor inhibitor or therapy: a randomized controlled trial. *J. Rheumatol*, 38(7), 1335–1342 (2011).
 40. Dubey SG, Leeder J, Gaffney K. Physical therapy in anti-TNF treated patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)*, 47(7), 1100–1101 (2008).
 41. Braun J, Baraliakos X. Treatment of ankylosing spondylitis and other spondyloarthritides. *Curr. Opin. Rheumatol*, 21(4), 324–334 (2009).
 42. Ehlebracht-Konig I, Bonisch A. Patient education in the early treatment of ankylosing spondylitis and related forms of spondyloarthritis. *Wien. Med. Wochenschr*, 158(7–8), 213–217 (2008).
 43. Krauth C, Rieger J, Bonisch A, Ehlebracht-Konig I. Costs and benefits of an education program for patients with ankylosing spondylitis as part of an inpatient rehabilitation programs-study design and first results. *Z. Rheumatol*, 62(Suppl. 2), 1114–1116 (2003).
 44. Hammond A, Bryan J, Hardy A. Effects of a modular behavioural arthritis education programme: a pragmatic parallel-group randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*, 47(11), 1712–1718 (2008).
 45. Basler HD, Rehfisch HP. Cognitive- behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-helporganization. *J. Psychosom. Res*, 35(2–3), 345–354 (1991).
 46. Sudre A, Figueredo IT, Lukas C, et al. On the impact of a dedicated educational program for ankylosing spondylitis: effect on patient satisfaction, disease knowledge and spinal mobility, a pilot study. *Joint Bone Spine* 79(1), 99–100 (2012).
 47. Barlow JH, Barefoot J. Group education for people with arthritis. *PatientEduc. Couns.* 27(3), 257–267 (1996).
 48. Berliner MN. Thermotherapy in rheumatic diseases. *Z. Arztl (Ed.), Fortbild. Qualitätssich*, 93(5), 331–334 (1999).
 49. Gemignani G, Olivieri I, Ruju G, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation in ankylosing spondylitis: a double-blindstudy. *Arthritis Rheum*, 34(6), 788–789 (1991).
 50. Spadaro A, De Luca T, Massimiani MP, et al. Occupational therapy in ankylosing spondylitis: short-term prospective study in patients treated with anti-TNF-alpha drugs. *Joint Bone Spine* 75(1), 29–33 (2008).
 51. Widberg K, Karimi H, Hafstrom I. Self- and manual mobilization improves spin mobility in men with ankylosing spondylitis – a randomized study. *Clin. Rehabil*, 23(7), 599–608 (2009).
 52. Tishler M, Brostovski Y, Yaron M. Effect of spatherapy in Tiberias on patients with ankylosing spondylitis. *Clin. Rheumatol*, 14(1), 21–25 (1995).
 53. Altan L, Bingol U, Aslan M, Yurtkuran M. The effect of balneo therapy on patients with ankylosing spondylitis. *Scand. J. Rheumatol*, 35(4), 283–289 (2006).
 54. Codish S, Dobrovinsky S, Abu Shakra M, et al. Spa therapy for ankylosing spondylitis at the Dead Sea. *Isr. Med. Assoc. J*, 7(7), 443–446 (2005).
 55. Falagas ME, Zarkadoulia E, Rafailidis PI. The therapeutic effect of balneo therapy: evaluation of the evidence from randomised controlled trials. *Int. J. Clin. Pract*, 63(7), 1068–1084 (2009).