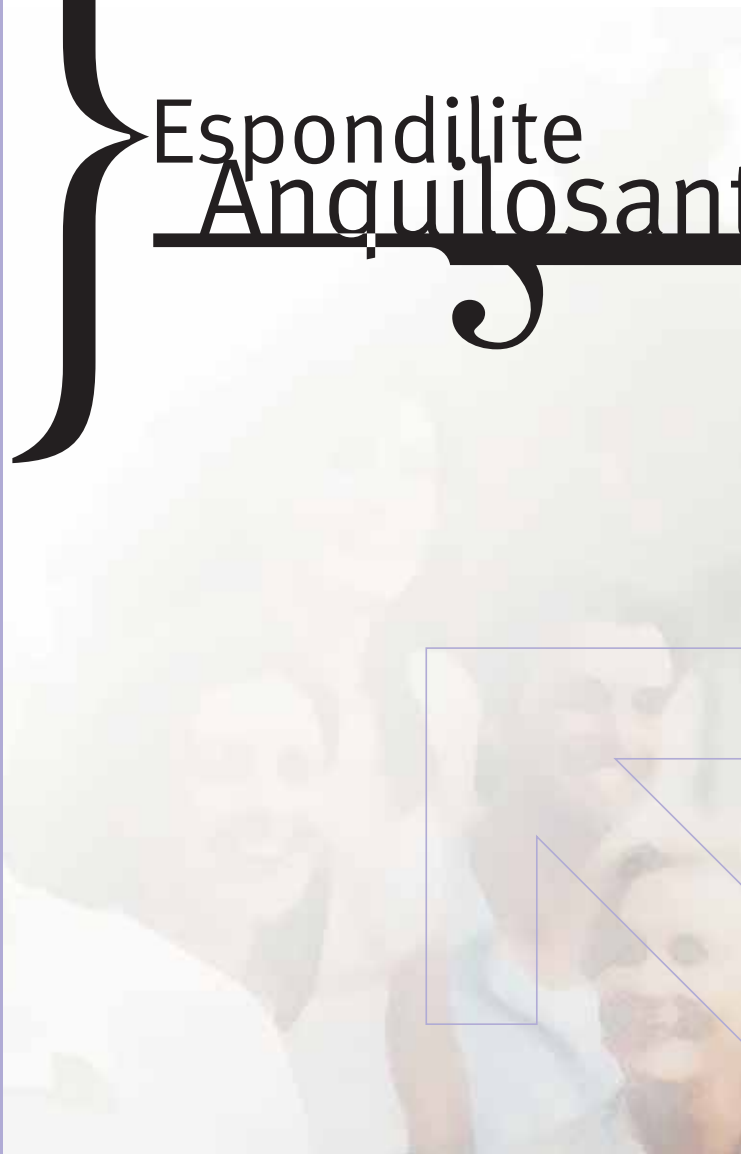


Espondilite Anquilosante



O QUE É A ESPONDILITE ANQUILOSANTE?

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença reumática crónica, de natureza inflamatória dolorosa e progressiva, que afecta predominantemente o esqueleto axial (as articulações entre as vértebras) e as sacro-ilíacas (articulações entre o sacro e os ossos ilíacos da bacia). Manifesta-se essencialmente por dores nas costas e rigidez da coluna. Pode afectar também articulações periféricas (dos membros) e ter envolvimento sistémico extra-articular (órgãos internos).

Esta doença inclui-se num grupo de doenças designadas por Espondilartropatias. Espondilite significa inflamação das articulações da coluna. Este nome deriva do grego: *spondylos* que significa vértebra; *arton*, articulação; e *agkúlosis*, ausência de movimento.

Nas Espondilartropatias há inflamação nas **entesis** (local da inserção dos ligamentos e tendões nos ossos). A persistência da **entesopatia** (inflamação nas áreas de contacto dos ligamentos com as vértebras), origina lesões que podem evoluir para **calcificação** dos ligamentos entre cada duas vértebras, levando à sua fixação. A fusão das articulações da coluna vertebral e das articulações sacro-ilíacas leva à anquilose da coluna, que se torna rígida e deformada, impedindo a mobilização normal.

Felizmente, a maioria dos casos não evolui para anquilose, sendo na actualidade discutível se o nome “Anquilosante” é apropriado.

Elaborado pela

Dr.ª Fátima Silva e pela Dr.ª Deolinda Portelinha para o Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes (NEDAI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI)
Com o apoio da Associação Nacional da Espondilite Anquilosante.

Coordenador Nacional do NEDAI:
Dr. Luís Campos

QUE PESSOAS SÃO AFECTADAS?

O sexo masculino é o mais afectado, numa relação de três homens para uma mulher. As manifestações da doença podem iniciar-se logo na infância, na puberdade, ou começar mais tardiamente, nos adultos jovens.

A doença atinge mais frequentemente jovens com idade compreendida entre 15 e 30 anos. O início em idade superior a 40 anos é raro.

A Espondilite Anquilosante é uma doença que existe em todo o mundo, atingindo todas as etnias. A sua prevalência na população branca varia entre 0,05 e 1 %, no entanto, em alguns grupos étnicos, a doença pode atingir 4 % da população. Estimula-se que, em Portugal, existam entre 30.000 a 50.000 doentes com Espondilite Anquilosante.

QUAL A CAUSA DA DOENÇA?

A causa da doença não é conhecida. Sabe-se que não é uma doença infecciosa, portanto não é contagiosa.

A actividade física exagerada, traumatismos pré-existentes ou o tipo de dieta não têm qualquer influência no desenvolvimento desta doença.

Não é uma doença hereditária, isto é, não se transmite necessariamente de pais para filhos. No entanto, os familiares dos doentes com EA têm maior probabilidade de serem afectados pela doença. O risco individual de desenvolver EA está aumentado 5 a 16 vezes nos familiares em primeiro grau de doentes com esta doença. A presença do antigénio de histocompatibilidade HLA B27 está associada a um risco aumentado de desenvolver EA em alguns grupos.

QUE SINTOMAS E SINAIS SUGEREM A DOENÇA?

Os principais sintomas da EA são as dores nas costas e a dificuldade na mobilização:

Lombalgias - dores ao nível da coluna lombar, mais intensas durante a noite, na cama, acordando o doente frequentemente durante a madrugada, sendo difícil encontrar posição de alívio. Melhoram com o movimento e com o exercício físico.

Dorsalgias - dores ao nível da coluna dorsal, mais intensas durante a noite, com irradiação para a face anterior do tórax, através dos espaços intercostais (espaço existente entre cada duas costelas).

Ciatalgias – dores ao nível das nádegas e coxas correspondendo ao trajecto do nervo ciático, ora no membro inferior esquerdo, ora no membro inferior direito (dores basculantes). Caracteristicamente não ultrapassam os joelhos.

Rigidez – dificuldade na mobilização da coluna vertebral, mais intensa de manhã ao acordar, com duração superior a 30 minutos, podendo nalguns casos atingir horas.

Talalgias – dores ao nível da região do calcanhar.

Tendinites – inflamação dos tendões, que origina tumefacção (inchaço) e dor, particularmente do tendão de Aquiles (por cima do calcanhar) e tendão rotuliano (à frente do joelho).

Artrites periféricas – inflamação das articulações, em particular dos membros inferiores (anca, joelho e tornozelo).

Olho vermelho doloroso – inflamação do olho a diversos níveis: irite, iridociclite ou uveíte anterior não granulomatosa.

A sensação de falta de forças e o cansaço fácil são queixas frequentes, sendo por vezes mais incapacitantes do que as dores.

Sintomas relacionados com lesões de órgãos internos, como o coração e pulmões, podem surgir, mas são raros no início da doença e geralmente não são graves. Os olhos são frequentemente atingidos por processos inflamatórios, que originam dor e congestão (vermelhidão), sendo por vezes a primeira manifestação da doença.

COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO?

As queixas dolorosas levam os doentes a consultar o Médico de Família que habitualmente os orientam para um Especialista com experiência neste tipo de doenças. Quando há problemas oculares é por vezes o Oftalmologista que em primeiro lugar suspeita desta doença, mesmo ainda antes de poder haver queixas osteoarticulares significativas.

Deverá pensar-se em EA quando as dores nas costas, com características inflamatórias, de início insidioso, persistem há mais de três meses, associadas a rigidez matinal, melhorando com o exercício, particularmente se surgem antes dos 40 anos.

A descrição do tipo de dor e sua localização, a avaliação de toda a coluna vertebral e das articulações sacro-iliacas, a presença de rigidez matinal, a limitação dos movimentos da coluna e a diminuição da expansibilidade torácica, sugerem fortemente o diagnóstico. Pode haver compromisso das articulações periféricas, com artrite e sinovite (inflamação da articulação ou da sinovial), bem como tendinites, sendo necessário fazer um exame osteoarticular completo.

Muitas vezes o diagnóstico só é feito dois a três anos após o aparecimento de lombalgia inflamatória. Sendo variável a sensibilidade à dor, é também muito diferente de doente para doente a sua gravidade, sendo aconselhável um exame médico cuidadoso quando surgem e persistem dores na coluna com características inflamatórias, para permitir um diagnóstico precoce.

O diagnóstico faz-se pela combinação de critérios clínicos com a evidência radiológica de sacroiliíte.

QUAIS AS ALTERAÇÕES LABORATORIAIS E IMAGIOLÓGICAS ASSOCIADAS À DOENÇA?

Não há exames laboratoriais que possam dar o diagnóstico desta doença.

Os marcadores de inflamação, nomeadamente a Velocidade de Sedi- mentação (VS) e a Proteína C Reactiva (PCR) estão frequentemente ele- vados, podendo no entanto ser normais.

Caracteristicamente o Factor Reumatóide é negativo, bem como os Anticorpos Anti-nucleares.

Uma anemia de doença crónica está presente em 15% dos casos.

Um teste especial – a pesquisa do antigénio de histocompatibilidade HLA B27, se for positivo, indica que existe maior tendência para ocorrer EA, no entanto não serve para confirmar o diagnóstico.

Os exames radiológicos podem fazer o diagnóstico quando já existe cal- cificação dos ligamentos intervetebrais (sindesmofitos) ou alterações das articulações sacro-iliacas. Inicialmente, apesar dos sintomas serem exuberantes, os exames radiológicos podem ser normais.

A sacroiliíte é uma das primeiras manifestações da doença, a qual pode ser diagnosticada precocemente por Tomografia Axial Computorizada ou por Ressonância Magnética Nuclear. A Ecografia permite evidenciar tendinites. A Densitometria pode ser feita para identificar osteoporose, que ocorre precocemente na EA. Este exame pode não ter valor em fases avançadas da doença, pela interferência dos sindesmofitos.

O envolvimento de certos órgãos deve ser vigiado. Poderá ter de fazer um Ecocardiograma para identificação de possíveis alterações cardíacas que podem evoluir sem sintomas (raramente pode surgir insuficiência aórtica), bem como o Estudo Funcional Respiratório, para avaliação das consequências da perturbação da expansão torácica. Por vezes associa-se um certo grau de fibrose pulmonar, estando indicada a realização de Tomografia Computorizada de alta resolução quando esta suspeita surge.

QUE TRATAMENTOS ESTÃO INDICADOS?

Os objectivos do tratamento são:

- Diminuir a dor
- Preservar uma boa função articular
- Evitar deformações

Com o tratamento pretende-se, a médio e a longo prazo, atrasar o dano estrutural (lesão irreversível) que a doença pode originar.

MEDIDAS GERAIS

- Dieta equilibrada e variada, rica em proteínas, vegetais e fruta. É importante uma dieta rica em cálcio.
- Controlar o peso e evitar o excesso de peso, que leva à sobrecarga da coluna vertebral.
- Abstinência tabágica, dado que o tabaco, por si só, afecta o prognóstico a longo prazo.
- Postura:
 - Evitar a imobilização prolongada
 - Durante o dia, deverá vigiar rigorosamente a sua postura, de pé ou sentado, para que a coluna esteja o mais direita possível
 - É aconselhável realizar alguns períodos de repouso ao longo do dia de 10 a 15 minutos, em decúbito ventral (de barriga para baixo)
 - O repouso nocturno deve ser feito em cama dura, sem almofada e, se possível, em decúbito ventral. Se não tolerar poderá fazê-lo em decúbito dorsal (de costas), também sem almofada, ou com uma almofada pequena, só para apoio do pescoço. Deverá mesmo assim, se conseguir, tentar estar os primeiros 30 minutos em decúbito ventral. Evitar o decúbito lateral (deitado de lado)

- Ao acordar deverá tomar um duche quente prolongado para aliviar a rigidez matinal
- Executar diariamente alguns exercícios físicos para mobilização da coluna e treino respiratório, de preferência após o banho.

A casa deve ser adaptada às capacidades do doente de forma a manter-se o mais autónomo e activo possível.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Presentemente não existe cura para a Espondilite Anquilosante, no entanto, apareceram recentemente fármacos que, em muitos casos, são capazes de modificar favoravelmente a evolução da doença, o que não era possível até há poucos anos.

Alguns medicamentos têm por objectivo aliviar a dor, diminuir a inflamação e concomitantemente atenuar a rigidez articular. Há significativa melhoria dos resultados quando a toma da medicação se acompanha do cumprimento das medidas gerais anteriormente expostas. Outros tentam travar a evolução da doença.

O uso de **analgésicos** é recomendado, devendo ter em atenção a potencial tendência para utilização em dose excessiva, pelo risco de toxicidade. O Paracetamol, até quatro gramas por dia, pode ser usado se não houver problemas renais ou hepáticos nem abuso de álcool. O Tramadol, ou outro analgésico puro, pode estar indicado para dores moderadas a graves.

Os **anti-inflamatórios não esteróides (AINE)** ou os inibidores específicos da ciclo-oxigenase 2 (COXIB) não modificam a história natural da doença. Deverão ser utilizados, quando possível, nos surtos de agudização. Quando um AINE não dá bom resultado deve-se mudar para outro ou para um COXIB. Devem ser tomados ao deitar, dado que as dores pioram durante a noite. A utilização concomitante de medicamentos protectores gástricos é recomendável quando se usam os AINE.

Existem **fármacos modificadores da doença**, que não têm impacto imediato nas dores ou rigidez, mas podem modificar a sua evolução.

Os mais utilizados são a *Salazopirina*, nos doentes com envolvimento axial (coluna) e o *Metotrexato*, nos doentes com atingimento periférico (artrite dos membros).

Actualmente estão a ser usadas terapêuticas biológicas, agentes antagonistas do factor de necrose tumoral α (anti-TNF α) – *Infliximab*, *Etanercept* e *Adalimumab*, com bons resultados.

Estes fármacos representam uma expectativa favorável quanto à possibilidade de interferir efectivamente na progressão da doença. A sua prescrição deve ser feita de acordo com as Normas de Orientação Clínicas internacionalmente aceites, exigindo uma monitorização rigorosa e a sua utilização por médicos com experiência. Outros medicamentos deste tipo estão já a ser utilizados, havendo ainda fármacos doutro tipo em estudo.

DESPORTO E EXERCÍCIO FÍSICO

O exercício físico é de primordial importância, a fim de manter boa mobilidade articular e evitar deformações. Os exercícios visam sobretudo aumentar a capacidade respiratória, a mobilidade articular e o fortalecimento muscular, particularmente dos músculos para-vertebrais. Devem ser feitos depois de um banho quente para atenuar a rigidez, e serem interrompidos, quando provocam cansaço ou dor.

O desporto ideal é a natação, em piscina de água aquecida, pois mobiliza todas as articulações e é um excelente exercício respiratório. Os doentes devem nadar de bruços, evitar o crawl e mariposa. Frequentar com regularidade a piscina, para exercícios de hidroginástica e natação, é uma excelente forma de atenuar as dores e a rigidez e prevenir a anquilose.

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Uma avaliação periódica por um médico especialista nesta área é vantajosa, para indicação de tratamentos de fisioterapia orientados para as necessidades de cada doente, nomeadamente correcção de posturas viciosas. Um plano de sessões três vezes por ano é desejável, permitindo, além do tratamento especializado, a aprendizagem de exercícios a realizar em casa.

A Hidroterapia em clínica termal poderá ser benéfica.

CIRURGIA

Raramente é utilizada no tratamento da EA. No entanto, podem ser necessárias artroplastias totais das articulações coxofemorais (substituição das ancas anquilosadas por próteses). Em certos casos são necessárias intervenções correctivas de deformações graves da coluna.

APOIO PSICOLÓGICO E SOCIAL

Uma atenção especial deve ser dada às repercussões psicológicas da doença e a eventuais estados depressivos, pelo que o apoio por Psiquiatras e/ou Psicólogos pode ser necessário.

O Serviço Social deverá dar orientação dos direitos e benefícios que esta doença confere, bem como os apoios estatais ou de Organizações não Governamentais que poderão ser disponibilizados.

COMO EVOLUI A DOENÇA?

A EA é uma doença de evolução imprevisível. Tem frequentemente uma evolução benigna, com grandes períodos de remissão espontânea (desaparecimento dos sintomas dolorosos e da rigidez matinal). As mulheres são geralmente afectadas por formas menos graves da doença.

Só alguns casos evoluem para anquilose vertebral importante, constituindo factores de pior prognóstico o início da doença com envolvimento articular periférico e ocular.

COMO PODE AFECTAR A VIDA SEXUAL?

A persistência de dores afecta naturalmente a libido (desejo sexual) e, quando associadas a alguma dificuldade na mobilização, pode prejudicar o desempenho sexual. Não se iniba de discutir este assunto com quem partilha a sua vida, pedindo sempre que necessário a opinião ao seu médico. Um plano de administração de analgésicos e a descoberta de adequadas posições para o acto sexual permitirá a manutenção de uma sexualidade gratificante.

A EA não tem efeito negativo na fertilidade nem no parto. Há que prestar no entanto a devida atenção aos potenciais efeitos prejudiciais no feto da medicação instituída, pelo que a gravidez deve ser planeada. Há que atender aos problemas levantados pelas alterações da coluna e bacia e também, por vezes, às artroses das articulações coxofemorais.

QUE TIPO DE TRABALHO PODE TER?

A maioria das profissões não prejudica a evolução da doença. Nas fases de agravamento poderá precisar de se levantar mais cedo, a fim de dar tempo para aliviar as dores e rigidez antes de se deslocar. Será vantajoso poder fazer intervalos para repouso e/ ou exercício, pelo que é desejável a compreensão da sua doença pelos colegas de trabalho e entidade patronal.

Por vezes torna-se necessário mudar de actividade profissional, quando o trabalho é excessivamente pesado e exige posturas persistentemente inadequadas, ou se já há algum grau de incapacidade física.

QUAL O PROGNÓSTICO DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

O prognóstico vital é bom, pois a mortalidade dos doentes com EA é idêntica à população geral. Na maioria dos casos permite uma vida válida e produtiva, podendo a EA ter expressão variável, consoante o doente. O seu diagnóstico e terapêutica precoces fazem a diferença quanto aos resultados a médio e longo prazo.

O QUE PODE FAZER POR SI PRÓPRIO?

É importante que conheça a sua doença e aprenda a lidar com os problemas que dela derivam duma forma positiva. A sua família deve também estar informada para poder compreender as suas eventuais limitações e dar-lhe apoio efectivo. A recusa da auto-comiseração e a vontade permanente de desenvolver a capacidade de adaptação são as ideias fundamentais a interiorizar. A motivação para se tratar é um factor importante para uma evolução favorável da doença.

A ligação a associações de doentes, por exemplo a Associação Nacional da Espondilite Anquilosante (A.N.E.A), é importante, para receber informações e participar em encontros em que possa partilhar com outros doentes e familiares a sua experiência e aprender estratégias de resolução de problemas. Ver o exemplo de outros que têm uma vida feliz, adaptados às suas incapacidades, é o melhor estímulo para ultrapassar as barreiras com que se confronta.

Para além da adesão à terapêutica medicamentosa é fundamental desenvolver autodisciplina para a manutenção de um plano de exercício adequado às suas necessidades. É muito importante organizar a sua vida de forma a poder dispor de tempo para fazer ginástica diariamente. Com persistência verá que progressivamente consegue fazer mais e melhor sem esforço, com notória melhoria do seu bem-estar. Consciençialize-se que isto faz parte do seu tratamento, integre isto na rotina do seu dia a dia!

Peça ao seu médico exemplificação dos exercícios a realizar (por exemplo o Programa de Ginástica no domicílio publicado pela A.N.E.A.)

Contacto da A.N.E.A.:

Rua de Platão, Zambujal

2785-698 São Domingos de Rana

Telef: 21 454 92 00

Mail: anea@anea.org.pt

Web: <http://www.anea.org.pt/>

A QUEM DEVE RECORRER?

A Espondilite Anquilosante exige a colaboração de uma equipe multidisciplinar. Deve haver uma estreita ligação entre o Médico de Medicina Geral e Familiar e os Especialistas neste tipo de doença, sendo frequente haver necessidade da intervenção de outras Especialidades, assim como a de outros Técnicos como sejam Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais e outros.

Os Especialistas com mais experiência neste tipo de doenças são os de Medicina Interna e de Reumatologia.

Os mecanismos imunitários são muito importantes nas várias manifestações da Espondilite Anquilosante. Em grande parte dos hospitais existem consultas especializadas, chamadas Consultas de Doenças Autoimunes ou de Imunologia Clínica, dirigidas por internistas, com grande experiência neste tipo de doenças.

Em alguns hospitais estas consultas ainda não estão oficializadas, mas existem consultas de Medicina Interna com médicos vocacionados para estas patologias.

A lista destas consultas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde é apresentada no verso.

Hospitais com Consultas de Doenças Auto-imunes

(Dependentes da Medicina Interna)

Região Norte:

- Hospital de São Marcos – Braga
- Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães
- Hospital de São Pedro – Vila Real
- Hospital Padre Américo – Penafiel *
- Hospital de Santo António – Porto
- Hospital de São João – Porto
- Hospital Distrital Pedro Hispano – Matosinhos *
- Hospital de São Sebastião – Feira

Região Centro:

- Hospital de São Teotónio – Viseu
- Hospital Infante D. Pedro – Aveiro
- Hospital Distrital da Figueira da Foz – Figueira da Foz
- Hospital dos Covões / C. H. de Coimbra - Covões
- Hospitais da Universidade de Coimbra – Coimbra *
- Centro Hospitalar Rainha D. Leonor – Caldas da Rainha
- Hospital Sousa Martins - Guarda
- Hospital da Covilhã / C. H. da Cova da Beira – Covilhã
- Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia
- Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco *
- Hospital Distrital de Pombal – Pombal *
- Hospital de Santo André – Leiria

Região Lisboa:

- Hospital Dr. Manoel Constâncio – Abrantes *
- Hospital Jesus Cristo - Santarém
- Hospital Curry Cabral - Lisboa
- Hospital de Santa Maria - Lisboa
- Hospital Egas Moniz / C. H. Lisboa Ocidental – Lisboa
- Hospital de São Francisco Xavier / C. H. Lisboa Ocidental - Lisboa
- Hospital dos Capuchos / C. H. de Lisboa – Lisboa
- Hospital Pulido Valente – Lisboa
- Hospital de Santa Marta – Lisboa *
- Hospital Fernando da Fonseca - Amadora
- Centro Hospitalar de Cascais – Cascais *
- Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro
- Hospital São Bernardo - Setúbal

Região Sul

- Hospital de Santa Luzia – Elvas
- Hospital do Espírito Santo – Évora
- Hospital Distrital de Faro – Faro
- Hospital do Barlavento Algarvio – Portimão *

Madeira

- Centro Hospitalar do Funchal – Funchal

Açores

- Hospital de Espírito Santo de Angra do Heroísmo – Angra do Heroísmo

Editado em 2006 por:



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE MEDICINA INTERNA

NEDAI - SPMI

Morada Rua de Tobis Portuguesa 8 - 2º, Sala 7
1750 - 292 LISBOA

Tel 217 520 570 / 8

Fax 217 520 579

E-mail secretariado@spmi.webside.pt

www.spmi.pt

* Estes Hospitais têm Consultas de Medicina Interna vocacionadas para Doenças Auto-imunes

Com a colaboração de:

Wyeth®

