



Ankilozan Spondilit VE TEDAVİSİ



içindekiler

Ankilozan Spondilit Nedir?	2
Spondiloartrit Nedir?	2
Spondiloartritlerin Ortak Özellikleri Nelerdir?	2
Ankilozan Spondilitin Nedeni Nedir?	4
Ankilozan Spondilit Sık Görülen Bir Hastalık mıdır?	4
Ankilozan Spondilit Kimlerde Görülür?	4
Ankilozan Spondilitin Belirti ve Bulguları Nelerdir?	5
Ankilozan Spondilit Omurga ve Eklemler Dışında Başka Sistemleri Etkiler mi?	7
Ankilozan Spondilit Kadın ve Erkeklerde Farklı Seyreder mi?	7
Ankilozan Spondilit Tanısı Nasıl Konur?	7
Ankilozan Spondilit Nasıl Tedavi Edilir?	10
Ankilozan Spondilit Önlenebilir mi?	13
Ankilozan Spondilitin Seyri Nasıldır?	14
Sık Sorulan Sorular	15

Ankilozan Spondilit

■ Ankilozan Spondilit Nedir?

Ankilozan spondilit (AS), çoğunlukla genç yaşlarda ortaya çıkan ve esas olarak omurgayı ve omurganın son kısmı ile leğen kemikleri arasında yer alan sakroiliyak eklemleri etkileyen inflamatuvar (iltihaplı) bir romatizmadır. Burada sözü edilen iltihap mikrobik değildir. Süreğen inflamasyon sonucunda bel, sırt, boyun ve kalçanın arka kısımlarında ağrı ve tutukluk ortaya çıkar. İlerleyen dönemlerde, bazen kamburluk ve omurgada kalıcı hareket kısıtlılığı gelişebilir. AS'de göğüs kafesinde, çevresel eklemlerde ve kas kırışları ile bağların yapıştığı kemik bölgelerinde de ağrı ve şişlikler ortaya çıkabilir.

Ankilozan spondilit, genç yaşlarda ortaya çıkar.

■ Spondiloartrit Nedir?

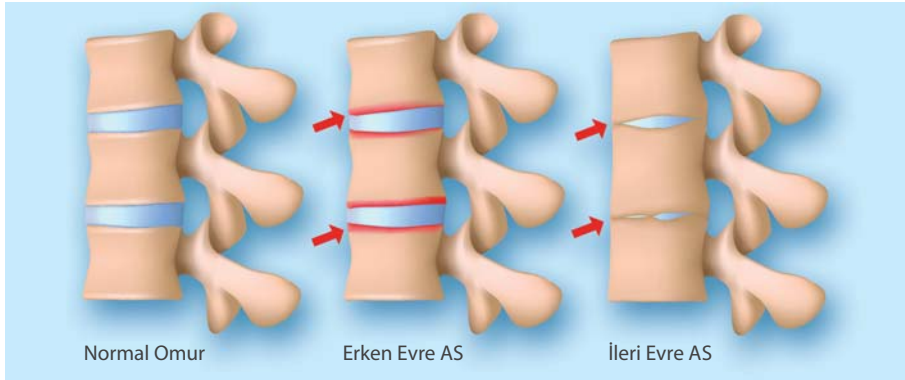
Spondiloartrit (SpA) veya spondiloartropati, ortak özellikler taşıyan bir grup süreğen inflamatuvar romatizmal hastalığa verilen addır. SpA adı altında, başta AS olmak üzere reaktif artrit, psöriyatik artrit (sedef romatizması), inflamatuvar bağırsak hastalığına eşlik eden artrit, juvenil SpA ve sınıflandırılmayan SpA yer almaktadır.

■ Spondiloartritlerin Ortak Özellikleri Nelerdir?

SpA'lar çoğunlukla omurga ve sakroiliyak eklemleri etkileyerek bel, sırt, boyun ve kalçanın arka kısımlarında ağrı ve tutukluğa neden olur. Sakroiliyak eklemlerdeki inflamatuvar süreç kısaca **sakroiliit** diye ifade edilir ve bu grup hastalıkların ana özelliğidir. Bazen halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık ve kilo kaybı ortaya çıkabilir.

Bu grup hastalıkların diğer ortak özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

- Bağların ve kas kirişlerinin kemiğe yapıştığı yerlerde **entezit** olarak adlandırılan inflamasyon (ağrı, şişlik, bazen kızarıklık),
- Gözün beyaz kısmında birkaç gün veya daha uzun süren kızarıklık, ağrı veya bulanık görme (**üveit**),
- Ortak deri ve mukoza bulguları (**sedef, eritema nodozum** denen bacak ön yüzünde ortaya çıkan ağrılı ve kızarık sertlikler, ağızda **aft** denen yaralar).
- Ailesel yatkınlık,
- Romatoid faktör, anti-CCP antikor ve anti-nükleer antikor gibi romatizma testlerinin negatifliği.



Aksiyel ve Çevresel Spondiloartrit Kavramları

Aksiyel spondiloartrit dendiğinde; ağırlıklı olarak omurga ve sakroiliyak eklemlerin tutulduğu SpA anlaşılmaktadır. Bu grupta AS ve radyografik olmayan aksiyel SpA yer alır. AS'de kalça röntgenlerinde sakroiliit

(sakroiliyak eklemden iltihaplı romatizmal değişiklikler) vardır. Bazen SpA ile uyumlu omurga ağrısı ve diğer bulgular olduğu halde röntgenler normal olabilir. Bu durumda da **radyografik olmayan aksiyel SpA**'dan söz edilir. Böyle hastalarda da manyetik rezonans (MR) görüntülemeye sakroiliyak eklemlerde inflamasyon saptanabilir, tüm hastalarda olmasa da bir bölümünde, daha sonraki yıllarda AS gelişebilir.

Periferik spondiloartrit olarak adlandırılan alt grupta ise ağırlıklı olarak diz, ayak bileği, ayak, el ve el bileği gibi çevresel eklemlerin etkilenmesi söz konusudur. Bu grupta da, sedef romatizması, reaktif artrit, iltihaplı bağırsak hastalıkları ile ilişkili artrit ve sınıflandırılmayan SpA yer alır. Her 2 grup arasında çakışmalar olabilmektedir.

■ **Ankilozan Spondilitin Nedeni Nedir?**

AS'nin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak hastalığın ortaya çıkışında genetiğin önemli rolü olduğuna inanılmaktadır. AS'li çoğu hasta HLA-B27 olarak adlandırılan bir gene sahiptir. Bununla birlikte, AS'nin ortaya çıkması için mutlaka HLA-B27 genini taşımak gerekmez. Ayrıca HLA-B27 pozitif insanların çok büyük bir bölümünde de AS gelişmez. Diğer genlerin de AS oluşumuna katkısı olabileceği düşünülmektedir. AS'ye genetik olarak yatkın kişilerde çevresel bir faktörün (örneğin bir mide-bağırsak infeksiyonu) tetikleyici etkisiyle bağışıklık sisteminin aşırı miktarda çalışması ve vücudun kendisine zarar vermesi sonucunda hastalık ortaya çıkabilmektedir.

■ **Ankilozan Spondilit Sık Görülen Bir Hastalık mıdır?**

AS ve diğer SpA'lar en sık görülen romatizmal hastalıklar arasında yer alır. Ülkemizdeki her 1.000 kişiden 5'inde AS, her 100 kişiden 1'inde ise SpA olduğu tahmin edilmektedir.

■ **Ankilozan Spondilit Kimlerde Görülür?**

AS belirtilerinin başlangıcı genellikle 15-40 yaşları arasındadır. Ancak hastalık daha küçük çocuklarda veya 40 yaş üstünde de başlayabilir. Genel olarak, SpA'lar erkek ve kadınlarda eşit olarak ortaya çıkar; AS ise erkeklerde kadınlara göre daha sık (en fazla 2-3 kat) görülür.

AS'nin genetik olarak yatkınlığı olan kişilerde, bir başka deyişle ailesinde SpA grubu hastalık olanlarda daha sık olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Yatkınlığı arttıran genetik faktörlerin başında HLA-B27 geni gelmektedir.



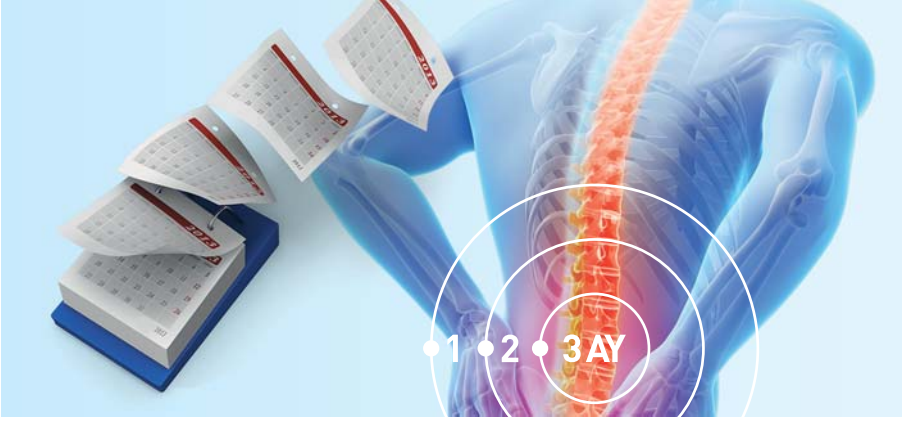
■ Ankilozan Spondilitin Belirti ve Bulguları Nelerdir?

AS, omurgada ve sakroiliyak eklemlerde süreğen inflamasyona ve sonuçta ağrı ve tutukluğa neden olur. İlk başvuru yakınması, çoğunlukla inflamatuvar bel ağrısıdır.

AS'nin en tipik belirtisi, inflamatuvar bel ağrısıdır.

Bu tip bel ağrısının en önemli özellikleri;

- Kırk yaştan önce başlaması,
- Sinsi başlangıç göstermesi,
- Üç ay veya daha uzun sürmesi,
- Dinlenmeyle, özellikle gecenin 2. yarısında veya sabaha karşı ortaya çıkması ve hareketle azalması,
- Yarım saatten daha uzun süren sabah tutukluğunun/katılığının olması,
- Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) olarak bilinen kortizon olmayan anti-inflamatuvar ilaçlara çok iyi yanıt vermesidir.



AS'de hastalar özellikle belin aşağı kısımlarında ve kalçanın arka kısmında ortaya çıkan ağrılardan yakınır. Ağrı, daha sonraları sırt ve boyun bölgelerinde ve göğüs kafesinde de ortaya çıkabilir. İlerlemiş düzeyde AS'si olan bazı hastalarda, yeni ortaya çıkan kemik oluşumlar ve omurlar arasındaki kaynaşmalar nedeniyle kifoz (omurganın üst kısmında öne doğru eğilme) ve omurgada hareket kısıtlılığı ortaya çıkabilir.

Süreğen bir hastalık olan AS'de, ayak bileği, diz gibi büyük eklemlerde asimetrik yerleşimli ağrı, şişlik ve bazen kızarıklık (artrit) gelişebilir. Kalça, el ve ayağın küçük eklemlerinde de ağrı ve şişlik olabilir. Kas kırımlarının ve bağların kemiğe yapıştığı bölgelerde ağrı ve şişlik (entezit) ortaya çıkabilir. Özellikle sabahları ilk kalkışta ortaya çıkan topuk veya ayak tabanı ağrısı, entezit sonucunda gelişebilen önemli bir yakınmadır. Entezit diz çevresinde veya vücudun diğer bölgelerinde de ağrı ve şişliğe yol açabilir.

İnflamatuvar bel ağrısı, genç yaşta ve sinsi bir şekilde başlar. Daha çok dinlenmeyle ve gecenin ilerleyen saatlerinde ortaya çıkar ve hareketle düzelir. Ağrıya uzun süreli sabah tutukluğu eşlik eder.

■ Ankilozan Spondilit Omurga ve Eklemler Dışında Başka Sistemleri Etkiler mi?

AS'de kas-iskelet sistemindeki belirtiler dışında;

- Tekrarlayıcı ön üveit atakları (gözde kızarıklık ve ağrı),
- Ağız içerisinde aftlar (ortası beyaz kenarı kızarıklık ufak yaralar),
- Çeşitli deri bulguları (sedef, eritema nodosum),
- İltihaplı bağırsak hastalığı (Crohn hastalığı veya ülseratif kolit) nedeniyle uzun süren kanlı ishal ve karın ağrısı gelişebilir.
- Çok nadiren aort (en büyük atardamar) kapağında inflamasyon ve aort yetmezliği ve kalpde iletim bozuklukları ortaya çıkabilir.

■ Ankilozan Spondilit Kadın ve Erkeklerde Farklı Seyreder mi?

Kadınlarda omurga bulguları genellikle daha hafif seyreder ve şekil bozukluğuna yol açmaz. Ayrıca kadınlarda daha sık olmak üzere bazen, belde veya sırtta etkilenme olmadan, boyunda başlayan hastalık da ortaya çıkabilmekte; bazen el eklemlerinde romatoid artrite (iltihaplı eklem romatizması) benzer bulgular görülmektedir.

■ Ankilozan Spondilit Tanısı Nasıl Konur?

AS tanısı koyarken çoğu hastalıkta olduğu gibi en önemli ipuçları hastalığın öyküsünden elde edilir. AS tanısı genellikle romatoloji uzmanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Romatoloji uzmanları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, özellikle de inflamatuvar (iltihaplı) romatizmalar konusunda uzmanlaşmış hekimlerdir.



Öykü

Hastaların çoğunda ilk başvuru yakınması olan inflamatuvar bel ağrısının tanınması, AS tanısındaki en önemli ipucudur. Bel ağrısı, en sık doktora başvuru nedenlerinden biridir; sıklıkla birkaç gün içerisinde düzelebilen mekanik nedenlerden kaynaklanır. Ancak çoğu kez gereksiz yere çekilen bel MR'ları hastaların yanlışlıkla "bel fıtığı" tanısı almalarına neden olmaktadır. Çünkü, bel fıtığı olmayan kişilerde çekilen bel MR'larının önemli bir bölümünde bile bel fıtığı ile uyumlu görünümeler saptanabilmektedir.

Her bel ağrısı, bel fıtığı değildir.

Diz veya ayak bileklerinde ağrı ve şişlik, özellikle sabahları daha belirgin olan topuk ağrısı gibi belirtilerin varlığı ve göz, deri ve iltihaplı bağırsak hastalığı bulgularının ortaya çıkması AS ve SpA tanısı için diğer ipuçları olabilir. Doktorunuz hastalık öykünüzü alırken, bunlara yönelik sorular soracak, ayrıca ailenizde (kan bağı olan akrabalarınızda) bu tip yakınma veya hastalıkların olup olmadığını öğrenmek isteyecektir.

Fizik Muayene

Sizi muayene eden doktor, omurganız, kalçanın arka kısmı, göğüs duvarı ve eklemlerinizde basmakla ve hareketle ağrı olup olmadığını kontrol edecektir. Doktorunuz hareketlerinizde kısıtlılık olup olmadığını öğrenmek ve daha sonra hastalığın izleminde yararlanmak üzere bazı ölçümler yapabilir. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için önceden hazırlanmış anket sorularını yanıtlamanızı isteyebilir.



Direk Grafiler ve Sakroiliyak MR İncelemesi

Direk pelvis grafilerinde, sakroiliyak eklemlerde görülen kemik değişiklikleri (sakroiliit) diğer klinik bulgularla birlikte AS tanısı koydurur. Ancak hastalığın ilk dönemlerinde, AS ile ilişkili inflamatuvar bel ağrısı olmasına karşın direk grafilerde hiçbir bulgu saptanmayabilir. İşte böyle bir durumda, doktorunuz sizden sakroiliyak bölgenin manyetik rezonans (MR) incelemesini isteyebilir. MR, inflamatuvar bel ağrısı olan kişilerin önemli bir bölümünde aktif sakroiliiti göstererek erken tanı konmasını sağlar.

Laboratuvar İncelemeleri

Kanda bakılan eritrosit sedimentasyon hızı (kısaca sedim) veya CRP testlerindeki yükselme, romatizmanın inflamatuvar (iltihaplı) romatizma olduğu yönünde bir gösterge olabilir. Hastalığın aktif dönemlerinde bu testlerde yükselmeler olabilir. Ancak AS'li hastaların yaklaşık yarısında bu testler normal çıkabilir. Öte yandan başka hastalıkların da (örneğin infeksiyon) sedim veya CRP'yi yükseltebileceği akılda tutulmalıdır.



HLA-B27 Testi

Kuzey Avrupa ve ABD'de AS'li hastaların %90, hatta daha fazlasında HLA-B27 testi pozitif olarak saptanmaktadır. Ancak ülkemizdeki AS hastalarının ancak %70-80'i bu geni taşımaktadır. HLA-B27 geninin ülkemizdeki sağlıklı insanlardaki sıklığı yaklaşık %7 olup Avrupa'daki birçok ülkeye benzerdir. HLA-B27 doku tipini taşıyan insanların

sadece %2 kadarı AS'ye yakalanmaktadır. Bu nedenlerle, bir tarama testi olarak kullanılmamalı, ancak tanı konusunda şüphenin olduğu durumlarda bu incelemeye başvurulmalıdır.

Sonuç olarak; AS tanısında laboratuvar sonuçları ve grafler tek başına işe yaramaz. Tanı; en çok öykü ve fizik muayeneden elde edilen bilgiler ışığında şekillenmektedir. Hekiminiz elde edilen bütün verileri birleştirip sentezleyerek size AS veya SpA tanısı koyabilir.

■ Ankilozan Spondilit Nasıl Tedavi Edilir?

AS tedavisi, sizin ve ailenizin hastalık hakkında bilgilendirilmesi ile başlar. Eğitim sayesinde tedaviye uyum ve tedavi başarısı artar. Sigara kullanıyorsanız, mutlaka bırakmanız gerekir.

AS ve diğer SpA'larda, tedaviyi düzenleyen hekim, sıklıkla bir romatoloji uzmanıdır. Ancak tedavi ekibinde, bir fizik tedavi hekimi, gerektiğinde cerrahi işlemlerle düzeltmeler yapan, protez uygulayan bir ortopedist, süregelen bir hastalıkla yaşama konusunda hastaya yardımcı olabilecek bir psikiyatrist veya psikolog yer alabilir.

AS, ömür boyu devam eden bir hastalıktır. Kesin tedavisi yoktur ama eldeki tedavi seçenekleri ve düzenli egzersizlerle çoğu hastada iyi bir yaşam kalitesi sağlanır.



İlaç Tedavisi

Nonsteroid Antiinflatuvar İlaçlar

Nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar (NSAİ) çeşitli kas iskelet sistemi hastalıklarında kullanılan kortizon olmayan anti-inflatuvar ilaçlardır (indometazin, diklofenak, naproksen, etodolak, meloksikam vb). Halk arasında yaygın olarak ağrı kesici olarak bilinen bu ilaçlar yalnız ağrıyı ve tutukluğu gidermekle kalmaz, aynı zamanda romatizmal inflamasyonu (iltihabı) da baskırlar; hastaların %60-70'inde oldukça etkili olurlar. Bu ilaçlara karşı yanıtızsızlık olduğu sonucuna varmadan önce, en az 2 veya 3 farklı NSAİ ilacı, en az 3-7 gün süreyle ve tolere edilebilen anti-inflatuvar dozda (yüksek dozda) kullanmak gerekir. Önemli bir başka konu da; yakınmalar devam ettiği sürece bu ilaçları kullanma gerekliliğidir. Bu süre hastalığın durumuna göre farklılıklar gösterebilmektedir. Öte yandan son yıllarda yapılan sınırlı sayıdaki araştırmanın sonuçları, bu ilaçların hastalığın ilerleyişini yavaşlatabileceğine işaret etmektedir.

NSAİ'ler özellikle mide-bağırsak sisteminde yan etkilere neden olabilirler; bu nedenle dikkatli kullanılmalıdır. Mide ve on iki parmak bağırsağında ülser veya kanama öyküsü olanlarda, 65 yaş ve üzerinde, birlikte kortizon veya pıhtılaşmayı önleyici ilaçlar (kumadin) kullanılıyorsa veya kronik bronşit, koroner arter hastalığı gibi hastalıkları olanlarda NSAİ kullanırken tedaviye mide koruyucu ilaçlar eklenir.

AS'de tedavinin temelini non-steroid anti-inflatuvar ilaçlar ve egzersiz oluşturur.

Hastalık Modifiye Edici (2. Grup) İlaçlar

Periferik eklemlerde artrit olanlarda veya etkin dozda ve yeterli sürede NSAİ tedavisine yanıt vermeyen omurga ve sakroiliyak eklem tutulumlu hastalarda ya da iltihaplı bağırsak hastalığı, sedef romatizması olanlarda; salazopirin ve haftalık düşük doz metotreksat gibi hastalık modifiye edici ilaçlar kullanılabilir.

Kortizon

Etkin dozda ve yeterli sürede NSAİİ tedavisine rağmen hastalığın alevlendiği dönemlerde veya bu ilaçların kullanılmadığı durumlarda kısa süreli bir tedavi seçeneği; “3 gün üst üste yüksek doz kortizon” uygulamasıdır. Bunun dışında, az sayıda ağrılı ve şiş eklemi olanlarda eklem içine veya enteziti olanlarda inflamasyon alanına lokal kortizon uygulanması ağrı ve şişliği gidererek rahatlama sağlayabilir. Nadir olarak, ağız yoluyla günlük düşük doz kortizon tedavisine gereksinim duyulabilir. AS'li hastalarda osteoporoz ve kırık riski göz önünde tutularak kortizon kullanımından mümkün olduğunca kaçınmak gerekir.

TNF Blokerleri

Son zamanlarda tedaviye giren biyolojik ilaçlar içinde yer alan TNF blokerleri (adalimumab, etanersept, infliksimab ve golimumab), AS tedavisinde son derece etkili olan ilaçlardır. TNF blokerleri hastalık aktivitesinin baskılanmasında, fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde çok etkili ilaçlardır. Fakat, hastalığın ilerlemesini yavaşlattıklarına veya engellediklerine dair henüz bir kanıt yoktur. Etkin dozda ve yeterli sürede NSAİİ tedavisine yanıt vermeyen AS'li hastalarda kullanılırlar. Periferik artriti olan hastalarda anti-TNF tedavi öncesi genellikle salazopirin ve metotreksat gibi ilaçlar denir. TNF blokeri ilaçların kullanımı sırasında enfeksiyonlara, özellikle tüberküloza yatkınlık artabilir. Bu nedenle bu ilaçların, sadece gereken durumlarda ve dikkatli bir şekilde kullanılmaları gerekir. TNF blokeri ilaçlarla tedavi öncesi akciğer grafisi çekilmesi ve tüberkülin deri testi yapılması gerekmektedir. Bu şekilde değerlendirilen ve gerektiğinde koruyucu tedavi uygulanan hastalarda tüberküloz riskinden korunma sağlanmaktadır.



Anti-TNF ilaçlarla tedavi sırasında çok düşük oranlarda tümör gelişme riskinin de artabileceği bu ilaçlar ortaya çıktığı günden beri tartışılmaktadır. Bazı araştırmalarda düşük bir risk artışı olduğu gösterilmiş olsa da önemli bir risk artışı olmadığını gösteren araştırmalar da vardır. Ancak bu ilaçların gerekli olduğunda kullanılması durumunda tedavinin getireceği yarar, olası riske göre çok daha fazla olduğu için, günümüzde tüm dünyada etkin bir şekilde kullanılmaktadırlar.

Egzersiz

Tedavinin en önemli parçalarından biridir. Düzenli olarak yapıldığında hareket kısıtlılığının gelişmesini yavaşlatır ve postürün korunmasına yardım eder. NSAİİ'ler ağrıyı ve hareket kısıtlılığını azaltarak, günlük egzersizlerin daha rahat yapılmasını sağlar.



Cerrahi

Ciddi seyirli AS'de, özellikle kalça ve diz gibi büyük eklemlerde protez gerekebilir. Omurganın ileri düzeydeki öne doğru eğilmelerinde, cerrahi düzeltme gerekebilir ama riskli olması nedeniyle sadece bazı hastalarda uygulanabilmektedir.

■ Ankilozan Spondilit Önlenebilir mi?

AS'nin nedeni tam olarak bilinemediği için hastalıktan korunmanın olduğu söylenemez. Ancak uygun egzersizler ve yüzme gibi sporların

düzenli olarak yapılması, hareket kısıtlılığının gelişmesini engelleyebilir, en azından geciktirip hafifletebilir.

Ailesinde veya kendisinde AS ya da SpA grubundan bir hastalık olan ebeveynler, çocuklarında bu hastalıklarla uyumlu olabilecek bel ağrısı, topuk ağrısı gibi yakınmalar olursa doktora başvurmada gecikmemelidirler.

■ Ankilozan Spondilitin Seyri Nasıldır?

AS yaşam boyu süren bir hastalıktır. Hastalık çoğu kişide belirtilerin alevlendiği atak dönemleri ve arada iyilik dönemleriyle giden bir seyir göstermektedir.

Hastalığın tuttuğu bölge ve bulguların ciddiyeti hastalığın gidişatını önemli ölçüde etkiler. Düzenli ve önerilen aralıklarla doktorunuzu görmeniz, egzersizlerinizi düzenli olarak yapmanız, postürünüzü korumaya dikkat etmeniz, sigara içmemeniz, ve yeterli miktarda kalsiyum ve D vitamini almaya dikkat etmeniz sizi hastalığın komplikasyonlarından koruyarak daha kaliteli ve uzun yaşamınızı sağlayacaktır.



Sık Sorulan Sorular

1. Çocuğumda da ankilozan spondilit gelişecek mi?

AS'nin ortaya çıkışında genetik faktörlerin rolü olduğu için ailenin bir bireyinde AS veya diğer SpA grubundan başka bir hastalığın ortaya çıkması durumunda diğer bireylerde de bu grup hastalıklara yakalanma riski %5-20 kadar artar. Ancak bu durum, çocuğunuzda da mutlaka böyle bir hastalık ortaya çıkacağını göstermez. Çocuğunuzda bel ağrısı, topuk veya eklem ağrısı gelişirse onu bir romatoloji uzmanına götürmeniz uygun olur. Bir yakınması yoksa, çocuğunuzda HLA-B27 testi yaptırmanıza gerek yoktur.

2. Benim de omurgam öne doğru eğilecek mi?

AS'li hastaların çoğu normal yaşamlarını sürdürürler. Hastaların bazılarında omurga ve eklem hareketlerinde kalıcı kısıtlılıklar ortaya çıkabilir ama bu durum her hastada görülmez. Özellikle kadınlarda omurgadaki hastalık bulguları genellikle çok hafif seyreder. İlacınızı gerektiği dönemlerde düzenli olarak kullanır ve egzersizlerinizi tam olarak uygularsanız hareketlerinizi zorlanmadan yapabildiğinizi göreceksiniz.

3. Kullandığım ilaç sadece ağrı kesici... Hastalığımı düzeltecek başka ilaç yok mu?

Kullanmakta olduğunuz NSAİİ'nin sadece ağrı kesici etkisi yoktur. Bu ilaç uygun günlük dozlarda kullanıldığında bu hastalıktaki romatizmal inflamasyonu (iltihabı) gidermede de son derece etkilidir. Bu nedenle, AS'de ilaç tedavisinin temelini oluşturur.

4. Arada ağrım olunca ilacımı alıyorum ama daha sonra ağrım yine oluyor. Ne yapmalıyım?

NSAİ'İleri bir kere almak yeterli olmaz. Ağrılı dönemlerinizde, ağrı ve tutukluk devam ettiği sürece ilacınızı düzenli olarak kullanmalısınız.

5. Ağrım olduğunda egzersizlerimi yapmaktan zorlanıyorum, yapmasam olur mu?

Hastalığınızın daha iyi bir durumda kalmasını sağlamak için ağrılı dönemlerde de egzersizlerinizi yapmanız gerekmektedir. Ağrılı dönemlerde NSAİ ilacınızı düzenli olarak kullanırsanız egzersizlerinizi daha rahat yaptığınızı göreceksiniz.

6. Futbol oynamak hastalığıma iyi gelir mi?

Egzersiz ve spor yapmak, özellikle yüzmek hastalığınıza çok iyi gelir. Ancak futbol gibi travmaya maruz kalabileceğiniz spor oyunlarından kaçınmanızda fayda vardır. Çünkü travma omurlarda kırıklara neden olabilir.

7. Kaplıcaya gitmek hastalığıma iyi gelir mi?

Sıcak su veya sıcak uygulama romatizmal inflamasyonun artışına dolayısıyla ağrı ve tutukluk yakınmalarının şiddetlenmesine neden olur. Bu nedenle, AS'de özellikle aktif hastalık dönemlerinde kaplıca önerilmez.

Bu broşürde bulunan tasarım ve düzenlemeler dahil yazılı ve görsel eserlerden oluşan tüm içeriğin fikri mülkiyet hakları, Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu ve diğer tüm yasal düzenlemelerin koruması altında Türkiye Romatoloji Derneğine aittir. Dernekten izin alınmaksızın ticari ve/veya ticari olmayan alenen alıntı, değişiklik, çoğaltma, kamusal alanda kullanma dahil herhangi bir tasarrufta bulunulamaz.

AS

Ankilozan Spondilit Nedir?

Ankilozan spondilit (AS), çoğunlukla genç yaşlarda ortaya çıkan ve esas olarak omurgayı ve omurganın son kısmı ile leğen kemikleri arasında yer alan sakroiliyak eklemleri etkileyen inflamatuvar (iltihaplı) bir romatizmadır. Burada sözü edilen iltihap mikrobik değildir. Süreğen inflamasyon sonucunda bel, sırt, boyun ve kalçanın arka kısımlarında ağrı ve tutukluk ortaya çıkar. İlerleyen dönemlerde, bazen kamburluk ve omurgada kalıcı hareket kısıtlılığı gelişebilir. AS'de göğüs kafesinde, çevresel eklemlerde ve kas kirişleri ile bağların yapıştığı kemik bölgelerinde de ağrı ve şişlikler ortaya çıkabilir.