

Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα στις γυναίκες

Η Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα (axSpA) είναι μια επώδυνη χρόνια φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει κατά κύριο λόγο τη σπονδυλική στήλη και τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις¹

Η axSpA είναι ένας όρος που περιλαμβάνει και τη μη ακτινογραφικά επιβεβαιωμένη axSpA (nr-axSpA) και την ακτινογραφικά επιβεβαιωμένη axSpA επίσης γνωστή ως αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα (AS)^{2,22}

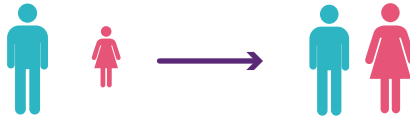
Κύριο σύμπτωμα:

Φλεγμονώδης οσφυαλγία που βελτιώνεται με την άσκηση, αλλά όχι με την ανάπαυση¹

Επιπολασμός:

Παρόμοιος με τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, το 0,2-1,4% των ενηλίκων έχουν axSpA³⁻⁵

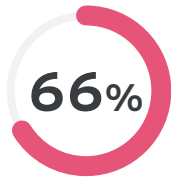
Παλαιότερα η axSpA εθεωρείτο ανδρική ασθένεια⁶



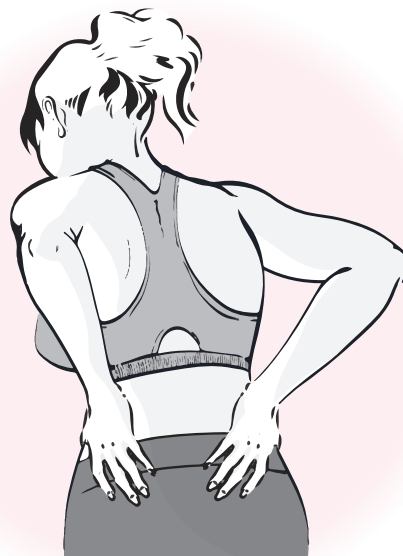
Ωστόσο η axSpA επηρεάζει εξίσου άνδρες και γυναίκες^{6,7}

Η nr-axSpA και η AS παρουσιάζουν παρόμοια κλινική εικόνα και συνδέονται με παρόμοιο φορτίο νόσου^{2,8-11}

Οι ασθενείς με nr-axSpA είναι πιθανότερο να είναι γυναίκες^{12,13}



~25% των γυναικών έχουν λανθασμένη αρχική διάγνωση¹⁴



Η AS είναι επικρατέστερη στους άνδρες^{12,13}



Χρόνος μέχρι τη διάγνωση¹⁵



Στις γυναίκες καθυστερεί η διάγνωση περισσότερο απ' ό,τι στους άνδρες^{11,12}

Οι γυναίκες με axSpA παρουσιάζουν διαφορετική κλινική εικόνα σε σχέση με τους άνδρες και επίσης παρουσιάζουν πιο συχνά τα παρακάτω:^{14,16}

Ενεργότητα νόσου^{16,17}

Διάχυτος πόνος¹⁴

Κόπωση⁷

Περιφερική συμμετοχή¹⁸

Μειωμένη λειτουργικότητα^{17,18}



Η μαγνητική τομογραφία προσφέρει γρηγορότερη διάγνωση της νόσου σε σχέση με την ακτινογραφία (nr-axSpA)^{1,6,7}



Οι βελτιώσεις στην αναγνώριση και διάγνωση της νόσου έχουν μειώσει τη διαφορά όσον αφορά τη διάγνωση της axSpA στα 2 φύλα⁶

Μπορούν να γίνουν περισσότερα για τις γυναίκες με axSpA έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι θα έχουν την κατάλληλη διάγνωση, στο σωστό χρόνο και θα λάβουν την κατάλληλη θεραπεία

Συνομογραφίες: axSpA: Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα, nr-axSpA: μη ακτινογραφικά επιβεβαιωμένη αξονική σπονδυλαρθρίτιδα, AS: Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα, MRI: μαγνητική τομογραφία.



Inspired by patients. Driven by science.

References: 1. Sieper J and van der Heijde D. *Arthritis Rheum*. 2013;65(3):543-51. 2. Deodhar A et al. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(7):1669-76. 3. Reveille J et al. *Arthritis Care Res*. 2012;64(6):905-10. 4. Hamilton L et al. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015;21(16):392. 5. Spector T. *Rheum Dis Clin North Am*. 1990; 16(3):513-37. 6. Mease P and Khan M. *Elsevier Health Sciences*. 2019. ISBN 0323568017. 7. Rudwaleit M et al. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(6):777-83. 8. Sieper J et al. *Nat Rev Dis Prim*. 2015;9(1):150-13. 9. Wallman J et al. *Arthritis Res Ther*. 2015;17:378. 10. de Winter J et al. *Arthritis Res Ther*. 2016;18:196. 11. Strand V and Singh J. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(4):555-64. 12. Baraliakos X and Braun J. *RMD Open* 2015;1:e000053. 13. Boonen A et al. *Semin Arthritis Rheum*. 2015;44(5):556-62. 14. Slobodin G et al. *Clin Rheumatol*. 2011;30(8):1075-80. 15. Gossec L, et al. *Arthritis Rheumatol*. 2018;70(Suppl 10). Abstract 638. 16. Rusman T et al. *Curr Rheumatol*. 2018;20(6):35. 17. Tournaire A et al. *Arthritis Care & Research*. 2013;65(9):1482-89. 18. Lee W et al. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:633-638.