

SINH HOẠT KHOA HỌC

CHẨN ĐOÁN SỚM VIÊM KHỚP CỘT SỐNG

Từ phân loại đến tiêu chuẩn chẩn đoán

BSCKII. Thái Văn Chương

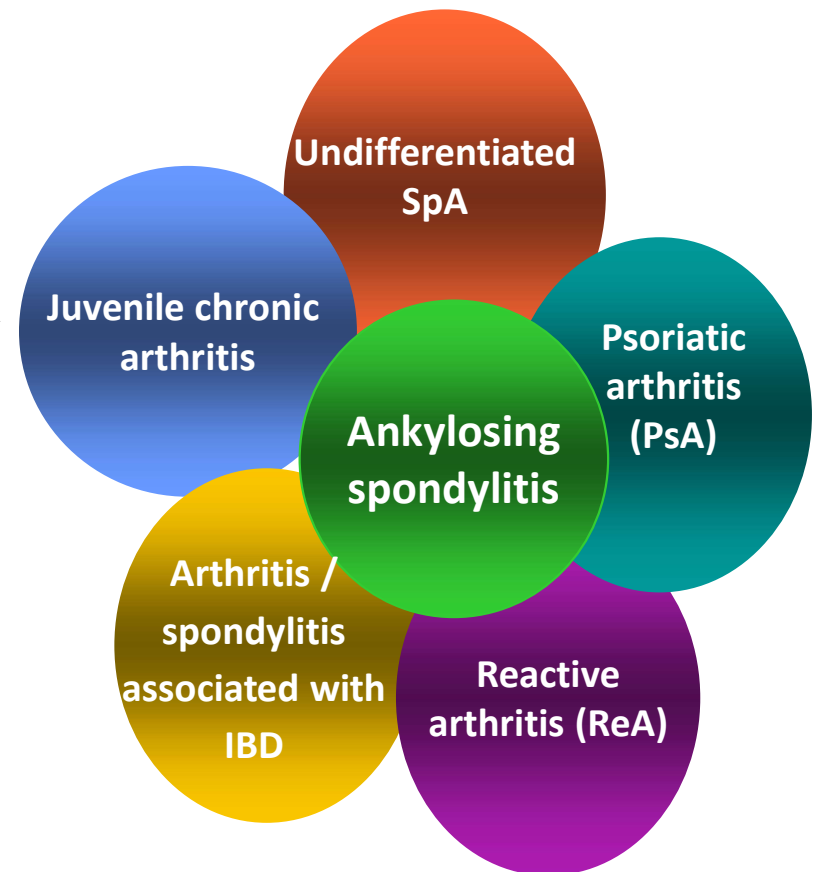
Khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện HNĐK Nghệ An

VN2209129796

*“Bài trình bày được chuẩn bị với sự hỗ trợ của Novartis.
Tài liệu tham khảo sẽ được báo cáo viên cung cấp khi có yêu cầu.”*

NỘI DUNG

1. TỔNG QUAN VỀ BỆNH VIÊM KHỚP CỘT SỐNG
2. GÁNH NẶNG BỆNH TẬT
3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN SỚM
4. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN
5. ĐIỀU TRỊ
6. PHỐI HỢP ĐA CHUYÊN KHOA



TỔNG QUAN VỀ BỆNH VIÊM KHỚP CỘT SỐNG

Nhóm bệnh lý Viêm khớp cột sống (Spondyloarthritis- SpA)

Nhóm bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính (Seronegative spondyloarthropathies)



Định nghĩa

Nhóm bệnh gồm các hội chứng

1. Hội chứng cùng chậu - cột sống
2. Viêm khớp ngoại vi
3. Hội chứng viêm các điểm bám gân
4. Hội chứng ngoài khớp: viêm màng bồ đào, tổn thương da, tim...
5. Cơ địa di truyền, HLA B 27

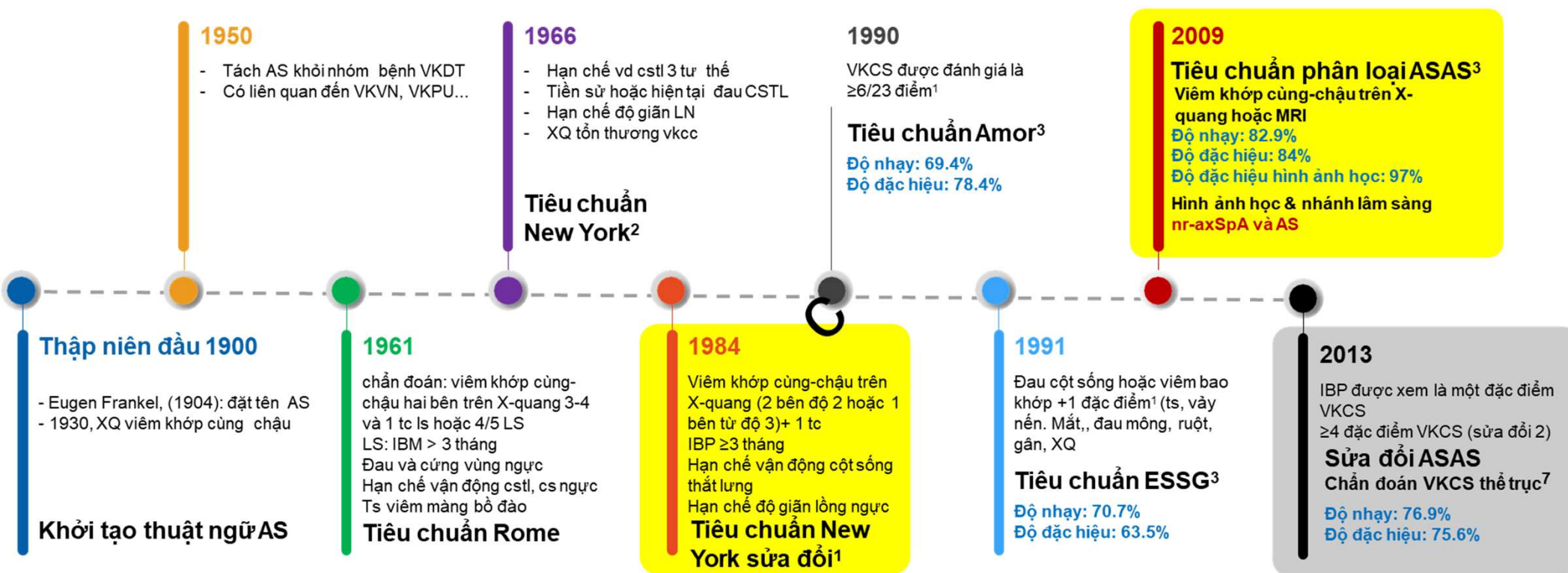
Tổn thương ưu thế về khớp ngoại biên:

Viêm khớp - cột sống Thể ngoại biên
(Peripheral SpA)

Tổn thương ưu thế về cột sống:

Viêm khớp - cột sống Thể trục
(Axial SpA)

Diễn biến quá trình chẩn đoán bệnh VKCS thể trực



Tiêu chuẩn phân loại ASAS cho VKCS thể trực được phát triển bao gồm VKCS thể trực không có và có tổn thương trên X-quang, và có độ nhạy và độ đặc hiệu cao^{1,4-6} Sửa đổi 2 (loại bỏ IBP như là một tiêu chuẩn bắt buộc) dẫn đến giảm thêm hoặc bỏ sót chẩn đoán VKCS thể trực và cho thấy sự kết hợp tốt nhất của độ nhạy và độ đặc hiệu⁷

AS, viêm cột sống dính khớp; ASAS, tiêu chuẩn Đánh giá của Hội Viêm khớp cột sống quốc tế; ESSG, tiêu chuẩn của Nhóm nghiên cứu bệnh khớp cột sống Châu Âu; HLA-B27, kháng nguyên B27 của bạch cầu người; IBP, đau lưng kiểu viêm; nr-axSpA, viêm khớp cột sống thể trực không có hư tổn trên X-quang; MRI, chụp cộng hưởng từ; VKCS, viêm khớp cột sống

1. Sieper J, van der Heijde D, *Arthritis Rheum.* 2013;65:543–51. 2. Strand V, Singh JA, *Mayo Clin Proc.* 2017;92:555–564. 3. Garg N, và cs. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2014;28:663–72; 4. Rudwaleit M, và cs. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:777–83; 5. Rudwaleit M, và cs. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:770–76; 6. Sieper J, và cs. *Ann Rheum Dis.* 2009;68 Suppl 2:ii1–44. 7. van den Berg R, và cs. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:1646–53.

Khái niệm mới/phân loại nhóm bệnh lý viêm khớp - cột sống (SpA)

Viêm khớp cột
sống không tổn
thương X-quang
(non- radiographic
axial SpA)

Viêm
cột sống
dính khớp (AS)

Viêm khớp phản ứng
Viêm khớp vảy nến
Viêm khớp liên quan
đến viêm ruột
Bệnh viêm khớp-cột
sống chưa định danh

T/c New York
1984

**Viêm khớp - cột sống thể trục
(axial SpA)**

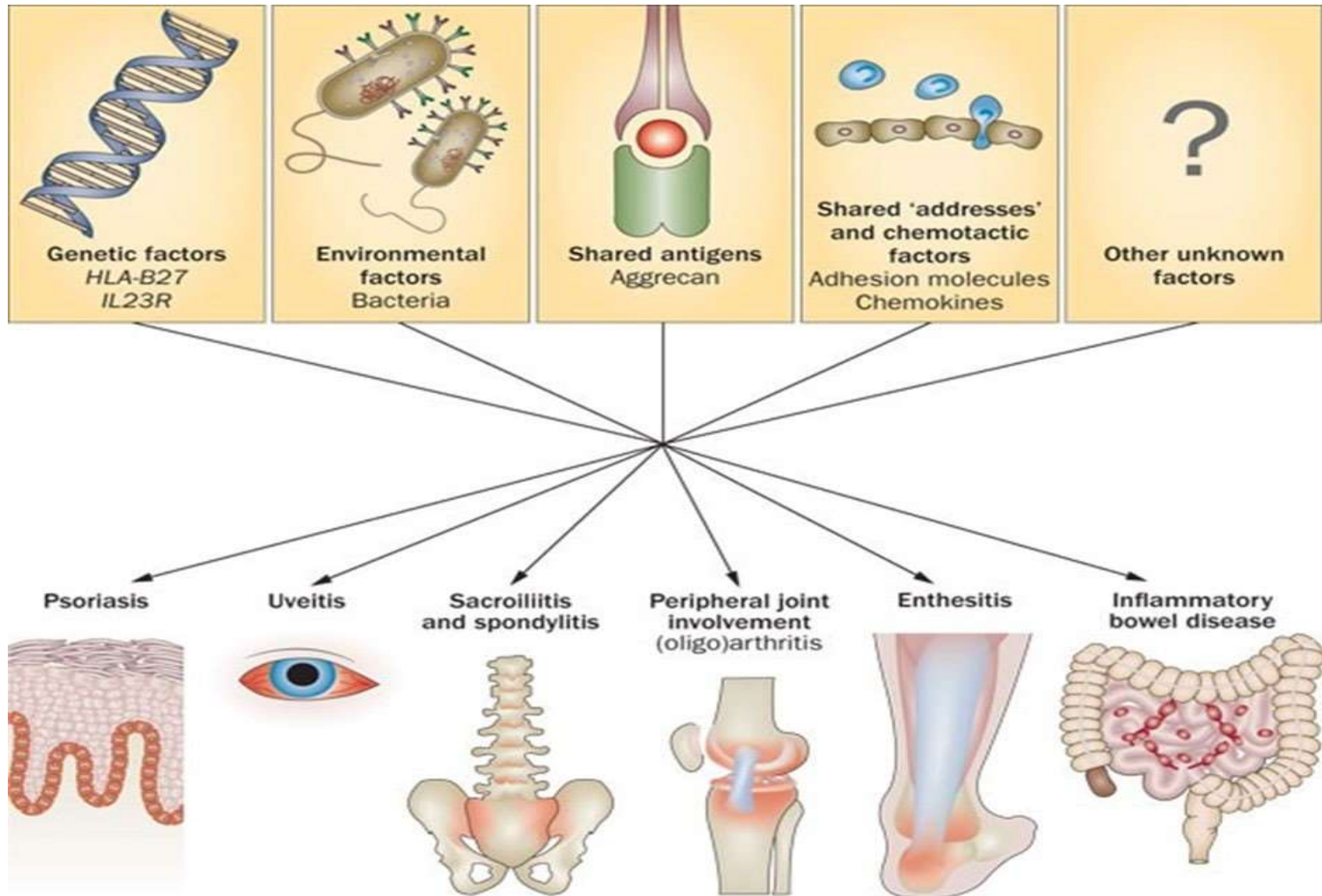
T/c ASAS, 2009

**Viêm khớp - cột
sống thể ngoại biên
(peripheral SpA)**

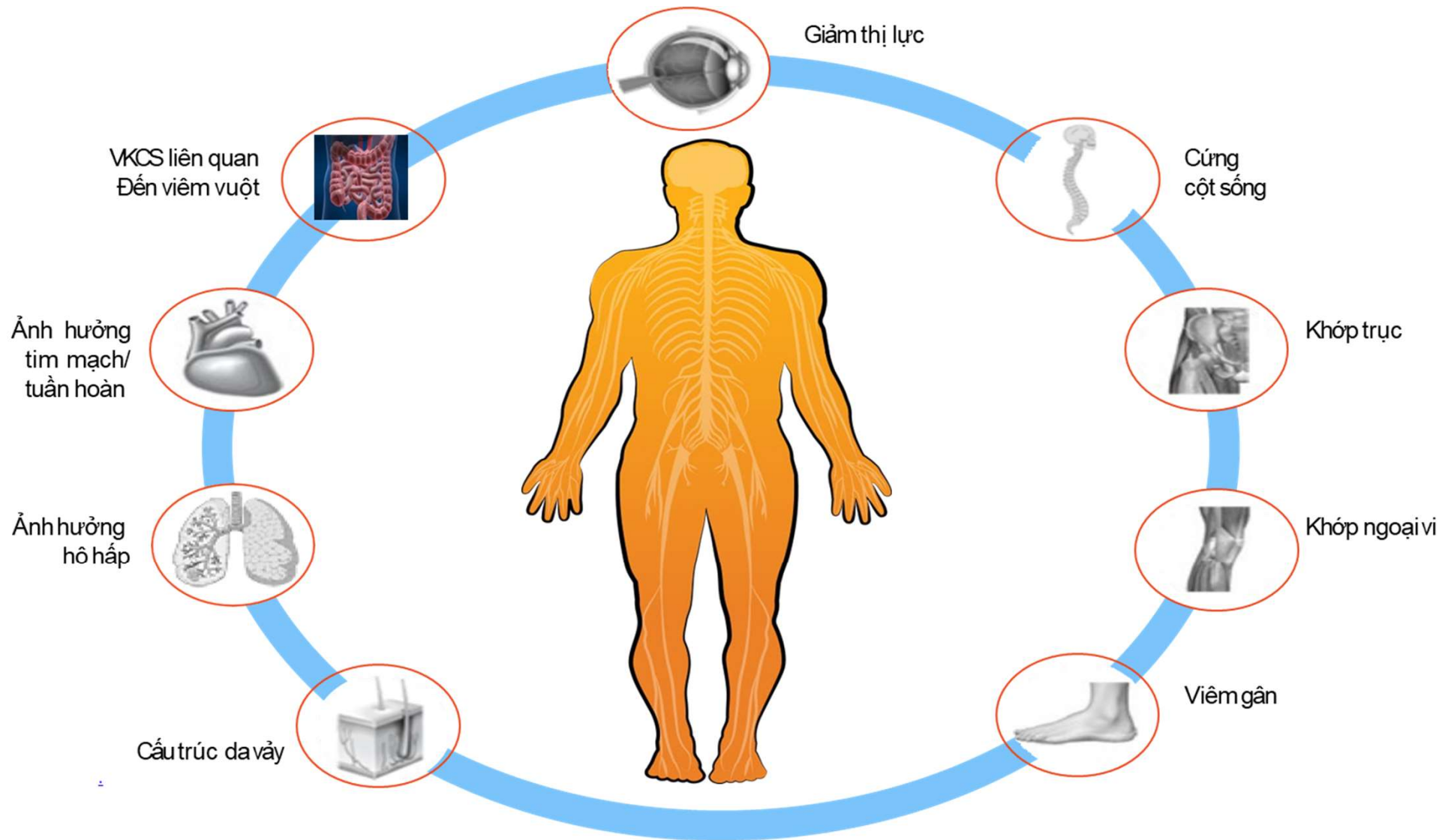
T/c ASAS, 2011

→ **Viêm khớp cột sống trục (Axial SpA): “khái niệm mở rộng” của viêm cột sống dính khớp**

Tổn thương trong bệnh lý SpA

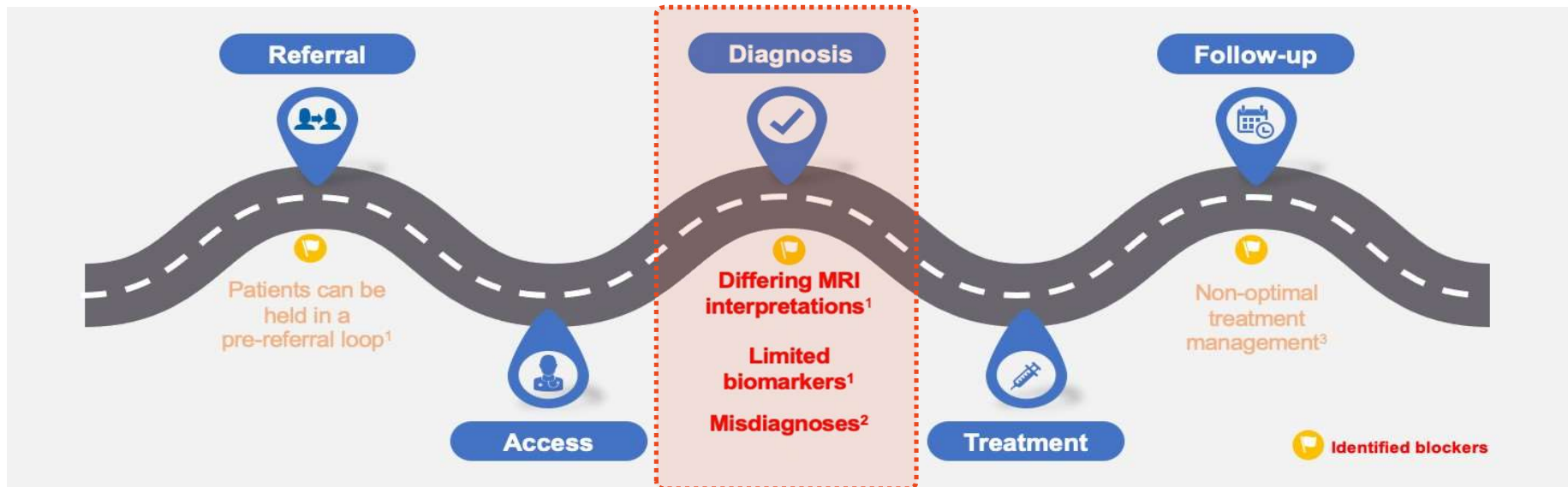


SpA ảnh hưởng đến toàn bộ cơ thể



GÁNH NẶNG BỆNH TẬT

Hành trình của bệnh nhân SpA



Vấn đề chẩn đoán kịp thời và đúng thời điểm là mấu chốt trong quản lý bệnh nhân SpA để giảm thiểu dự hậu xấu và cải thiện tiên lượng

¹ Danve A & Deodhar A. *Clin Rheumatol* 2019;38:625–634.

² Noureldin B & Barkham N. *Rheumatol (Oxford)* 2018;57(Suppl 6):vi10–vi17.

³ Derakhshan M et al. *Rheumatol (Oxford)* 2018;57:987–996.

Bệnh Viêm khớp cột sống: Gánh nặng bệnh tật và những thách thức hiện nay



1. Lautermann D et al., Clin Exp Rheumatol 2002; 20 (Suppl. 28) S11-S15; 2. Dincer U et al., Tohoku J. Exp. Med., 2007; 212, 423-430; 3. Ghozlan M et al., Bone 44 (2009) 772-776; 4. Montala N et al., J Rheumatol 2011; 38:893-7; 5. Braun J et al., Rheumatol 2002; 20 (Suppl. 28): S16-S22; 6. Shen B et al., Rheumatol Int (2013) 33:1429-1435

Trì hoãn chẩn đoán VKCS thể trục → gánh nặng lâm sàng và kinh tế

Clin Rheumatol
DOI 10.1007/s10067-014-2768-y

ORIGINAL ARTICLE

Delayed diagnosis is linked to worse outcomes and unfavourable treatment responses in patients with axial spondyloarthritis

Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đầu tiên đến lúc được chẩn đoán xác định muộn:

- 3 – 15 năm đối với axSpA
- 1 – 5 năm đối với pSpA

	Axial SpA (n=94)	Peripheral SpA (n=11)	Total
Female	21.3	36.4	22.9
Current age (years)	40 (30–49)	42 (28–47)	40 (30–48)
Age at onset (years)	23 (17–30)	32 (23–45)	23 (17–31)
Age at diagnosis (years)	35 (24–43)	35 (27–46)	35 (24–43)
Disease duration (years)	14 (8–21)	5 (2–10)	12 (6–20)
Diagnostic delay (years)	8 (3–15)	4 (1–5)	8 (3–14)
Duration of treatment after diagnosis (years)	4 (2–8)	1 (0–1)	3 (1–8)
History of			
IBP	100	27.3	92.4
Arthritis or arthralgia	85.1	100	86.7
Enthesopathy	42.6	54.5	43.8
Psoriasis	2.1	45.5	6.7
Inflammatory bowel disease	1.1	0	1.0
Uveitis	28.7	9.1	25.7
Current treatment			
TNF- α blocking agents	27.7	9.1	25.7
Non-biologic DMARDs	20.2	63.6	24.8
Only NSAIDs	50.0	27.3	47.6
HLA-B27 positivity	90.3	50.0	84.8

CHẨN ĐOÁN VIÊM KHỚP CỘT SỐNG: CHẬM TRỄ VÀ BỎ SÓT

Chẩn đoán muộn và Điều trị chưa đúng VCSDK

Hậu quả

- Thời gian trễ trung bình của Triệu chứng khởi phát VKCS cho đến lúc chẩn đoán VKCS là 8.6 năm¹ (NC tại Anh Quốc năm 2011)
- Ngay cả sau khi được chẩn đoán, 32% Bệnh nhân VCSDK không được nhập viện điều trị đúng chuyên khoa Thấp Khớp
- Nhiều NC gần đây cũng cho thấy thời gian chẩn đoán VKCS bị trễ tương tự^{2,3}

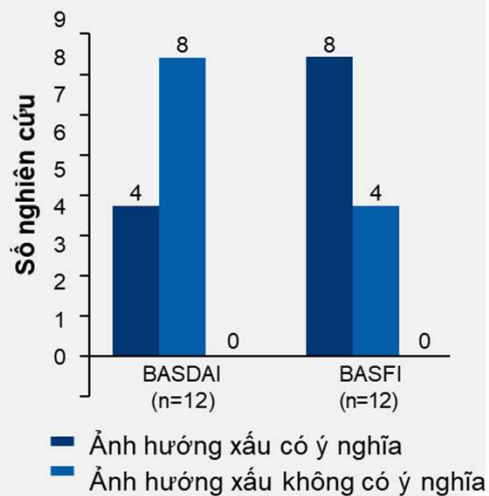
- ▼ Tổn thương cấu trúc không thể hồi phục xảy ra trong giai đoạn sớm của bệnh⁴
- ▼ VCSDK đặc hiệu khởi phát từ những năm của tuổi thanh niên; triệu chứng có thể không làm bệnh nhân để ý do giáo dục, phát triển nghề nghiệp, và mối quan hệ xã hội⁴
- ▼ Đáp ứng với điều trị tốt ở những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ngắn.⁵

1. Hamilton L et al. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50:1991–98;
2. Moran SP, et al. Abstract published at *EULAR 2016 #AB0708*;
3. Sykes MP, et al. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;12:2282–84;
4. Keat A et al. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50:1936–39;
5. Rudwaleit M et al. *Arthritis Rheum*. 2005;52:1000–08.

Trì hoãn chẩn đoán VKCS thể trực → gánh nặng lâm sàng và kinh tế

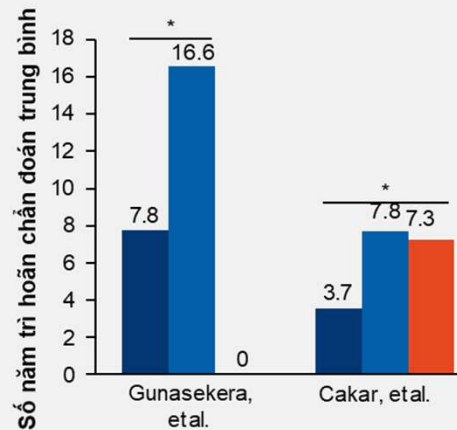
LÂM SÀNG

Số các nghiên cứu cho thấy ảnh hưởng của trì hoãn chẩn đoán đối với điểm BASDAI, BASFI, và BASMI

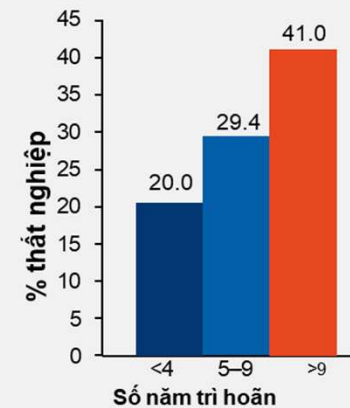


KINH TẾ

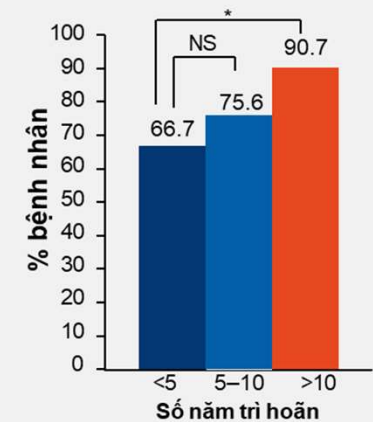
Liên quan giữa trì hoãn chẩn đoán với tàn tật



Trì hoãn chẩn đoán với tình trạng thất nghiệp



Bệnh nhân bị ảnh hưởng tới việc làm



- Trì hoãn chẩn đoán dẫn tới ↓ chức năng vận động, ↑ chi phí điều trị trực tiếp và gián tiếp, và ảnh hưởng xấu tới tâm lý
- Nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán và điều trị VKCS thể trực giúp nâng cao hiệu quả và ↓ gánh nặng lên bệnh nhân và cộng đồng

1. EULAR; June 12–15, 2019; Madrid, Spain. Gunasekera W, et al. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:1046.
2. Sullivan C, FitzGerald O. *Ir J Med Sci*. 2011;180:S183.
3. Abdul-Sattar A, Abou El Magd S. *Int J Rheum Dis*. 2017;20:2028–34.
4. Cakar E, et al. *Clin Rheumatol*. 2009;28:1309–14. 6. Grigg SE, et al. *Arthritis Rheumatol*. 2011;63:A1308.

CHẨN ĐOÁN VIÊM KHỚP CỘT SỐNG: CHẬM TRỄ VÀ BỎ SÓT

Nguyên nhân?

- **Do bệnh**

- SpA chiếm tỷ lệ nhỏ trong số BN đau lưng mạn
- Tiến triển âm thầm/chậm
- **Biểu hiện X quang chưa có ở giai đoạn sớm**
- Đáp ứng ban đầu với NSAIDs
- Thiếu các dấu hiệu thăm khám lâm sàng và xét nghiệm thường qui đặc hiệu (với các BS không chuyên khoa)

- **Do người bệnh**

- Chưa được biết về chuyên khoa chuyên về bệnh
- Đau lưng thường gặp → xem nhẹ

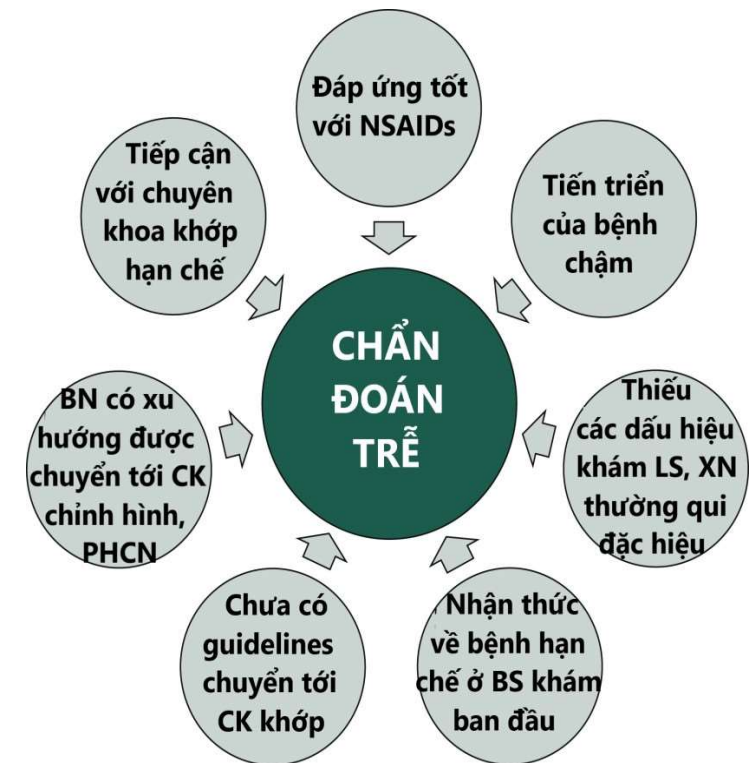
- **Do thầy thuốc**

- Nhận thức về bệnh (chưa được biết/được đào tạo)
- **Xu hướng gán đau lưng cho những bệnh lý phổ biến**

hơn: THCS/bệnh lý đĩa đệm, ...

- **Hệ thống/cơ sở y tế/tiếp cận**

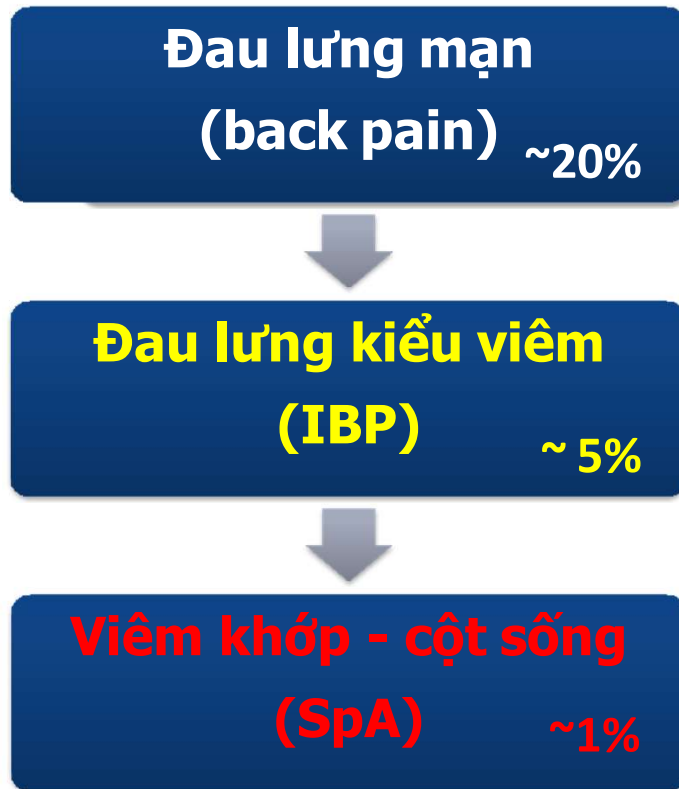
- Không có chuyên khoa khớp, thiếu thăm dò chuyên sâu
- Quá tải bệnh viện
- Vấn đề chuyển tuyến



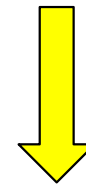
TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN SỚM

Tiếp cận chẩn đoán sớm trong thực hành lâm sàng

Làm thế nào để xác định sớm bệnh lý viêm khớp – cột sống (SpA)?



Xác định bệnh nhân **đau lưng kiểu viêm** trong số BN **đau lưng** (do nhiều nguyên nhân khác: nhiễm khuẩn/ u) bởi bác sĩ đa khoa/không chuyên khoa



Xác định bệnh lý **Viêm khớp cột sống** bởi **bác sĩ chuyên khoa** (tìm kiếm các đặc trưng khác của nhóm bệnh)

Tiêu chuẩn đau lưng kiểu viêm (Inflammatory back pain, IBP) của ASAS

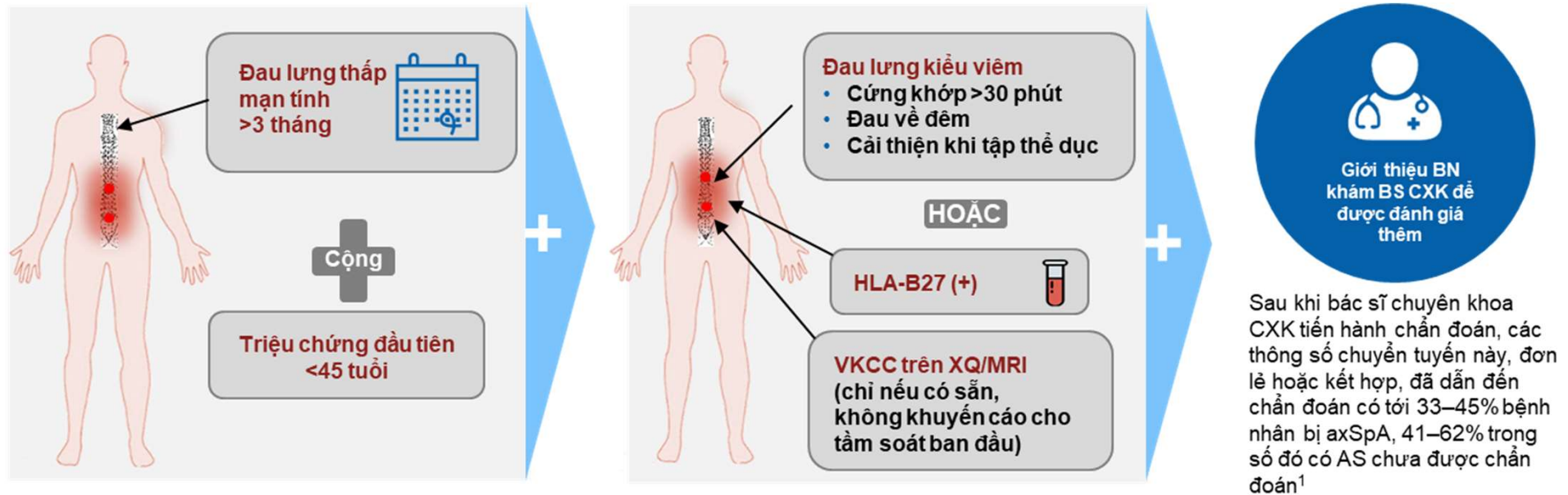
1. Đau lưng khởi phát trước tuổi 40
2. Khởi phát từ từ
3. Đau tăng về đêm, sáng sớm
4. Cải thiện khi luyện tập, vận động
5. Không cải thiện khi nghỉ ngơi

Xác định có IBP khi có ít nhất 4 trong 5 tiêu chuẩn
(độ nhạy 79,6%, độ đặc hiệu 72,4%)

VAI TRÒ CỦA CÁC BÁC SĨ CHUYÊN KHOA TRONG CHẨN ĐOÁN SỚM

Các triệu chứng chẩn đoán của axSpA sớm yêu cầu bác sĩ chuyên khoa giới thiệu đến bác sĩ cơ xương khớp¹

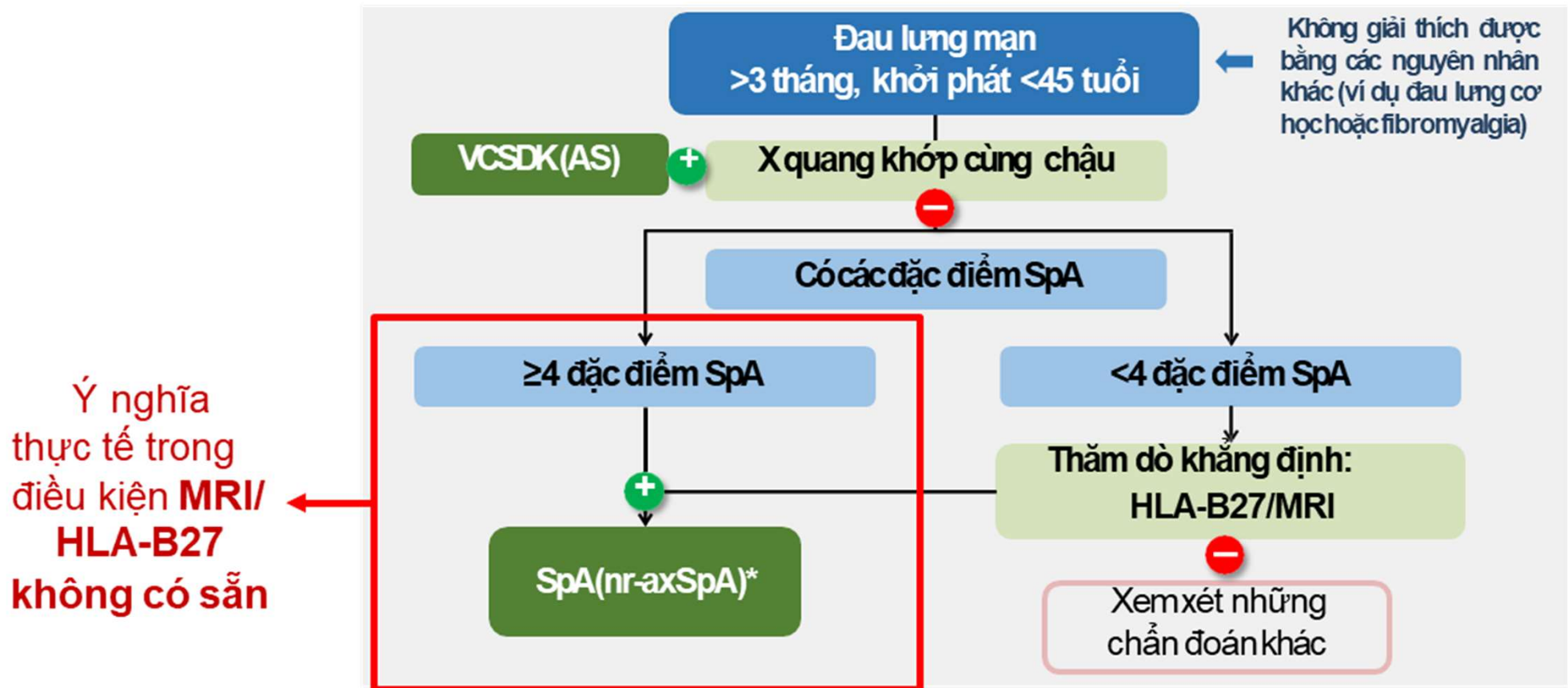
Những bệnh nhân có biểu hiện đau thắt lưng mãn tính và tuổi khởi phát ≤ 45 tuổi có thể được gửi đến bác sĩ CXXK để đánh giá nếu họ có IBP hoặc dương tính với HLA-B27



axSpA: viêm khớp cột sống thể trực;

HLA-B27: kháng nguyên bạch cầu người B27; MRI: chụp cộng hưởng từ

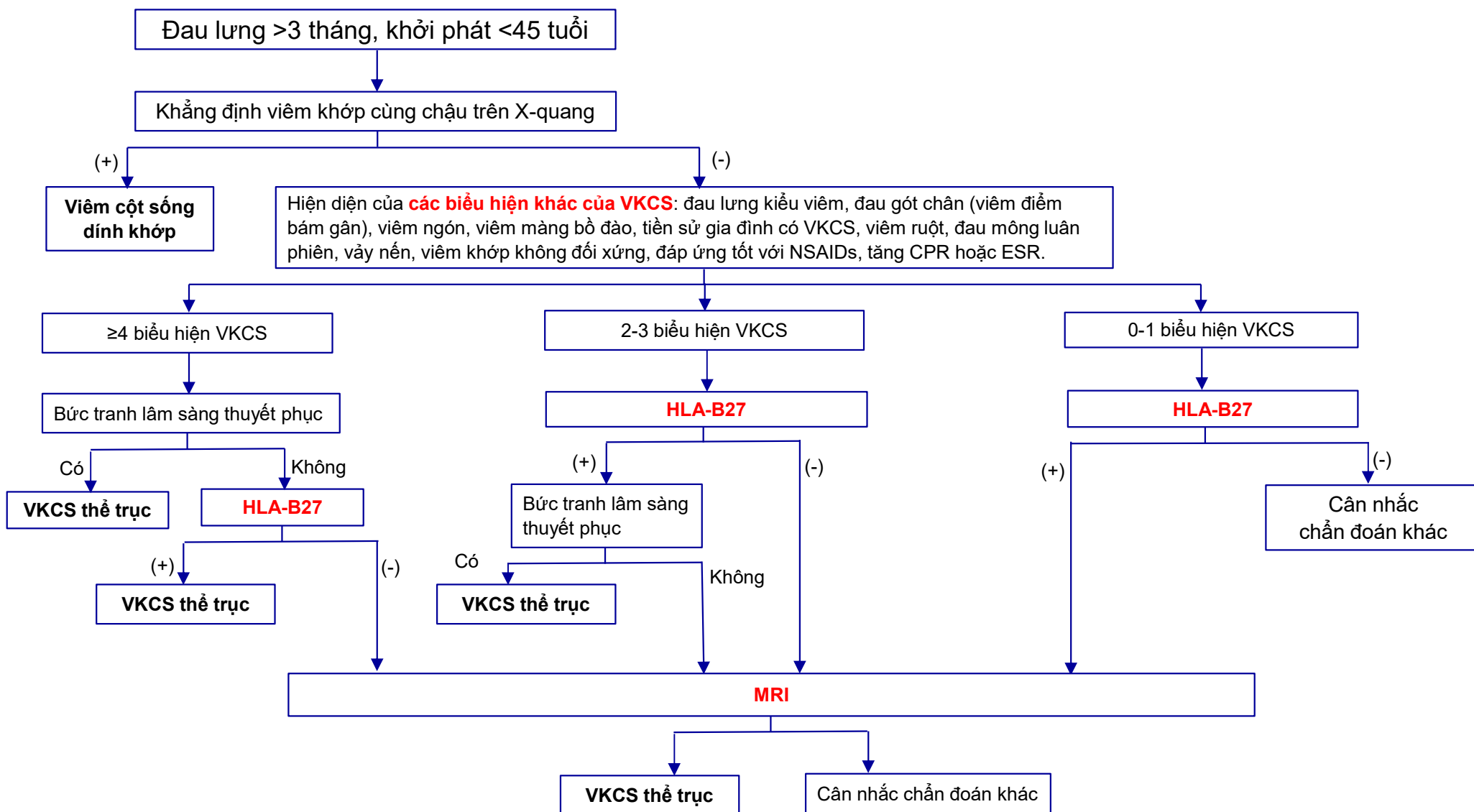
Lưu đồ ASAS sửa đổi cho chẩn đoán VKCS thể trục (tóm tắt)



*Sensitivity: 76.9% and Specificity: 75.6%

The modified ASAS algorithm includes IBP (inflammatory back pain) as a SpA-feature, rather than an obligatory entry criterion (modification 2)

VKCS thể trực: Mô hình tiếp cận chẩn đoán



TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CLS

Tiếp cận chẩn đoán Viêm khớp- cột sống trên thực hành lâm sàng: Các khuyến cáo

- **Bệnh sử và thăm khám**

- Đau lưng mạn tính- kiểu viêm
- Nhận biết các biểu hiện đặc trưng của bệnh lý viêm khớp- cột sống (viêm khớp, viêm gân, viêm ngón, mắt, ...)
- Lưu ý: độ tuổi, giới, tiền sử cá nhân/gia đình

- **Xét nghiệm**

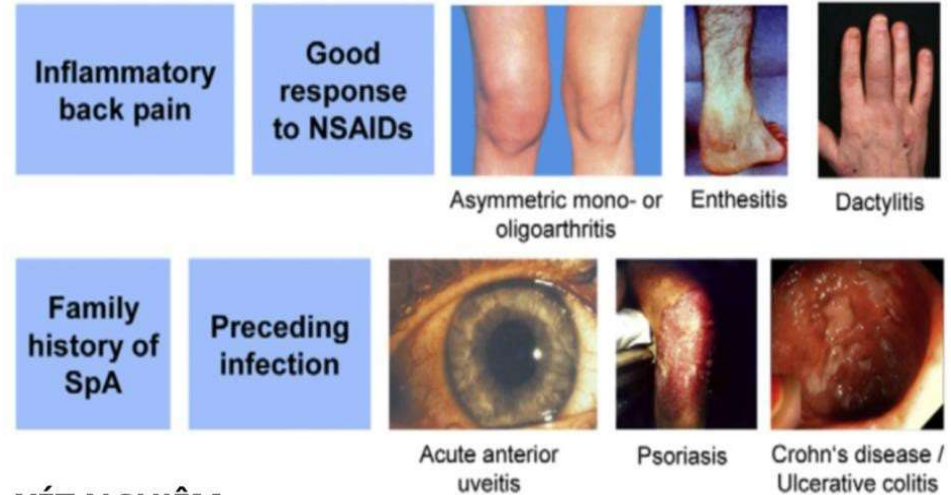
- Tốc độ máu lắng, CRP
- Một số xét nghiệm khác để chẩn đoán phân biệt

- **X quang:** Khung chậu, cột sống thắt lưng

- **Chưa có tổn thương trên Xquang:**

HLA-B27, chụp cộng hưởng từ

LÂM SÀNG



XÉT NGHIỆM

HLA-B27

CRP/ESR ↑

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH



Sacroiliitis on x-ray



Sacroiliitis on MRI

Nhận biết các đặc điểm đặc trưng của SpA

Viêm màng bồ đào



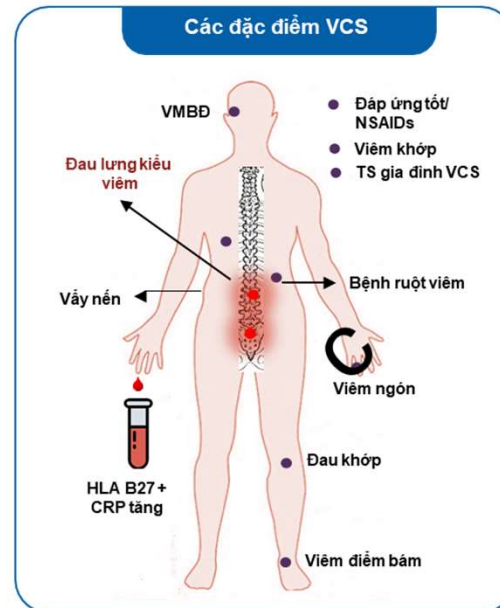
Đau lưng kiểu viêm



Vảy nến



Viêm ruột



HLA B27 (+)
CRP/ESR tăng



Viêm điểm bám tận



Tiền sử gia đình bị bệnh viêm khớp cột sống



Viêm khớp

Đau khớp

Đáp ứng tốt với NSAID



Viêm ngón

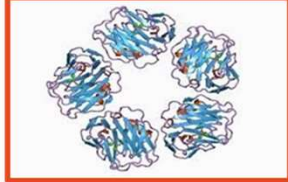
Chẩn đoán xác định VKCS thể trực bằng nhiều công cụ khác nhau

Xét nghiệm

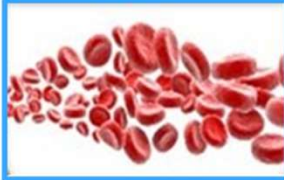
HLA-B27



CRP



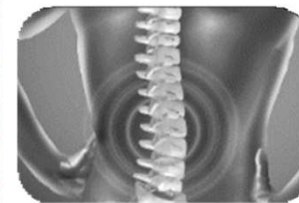
ESR



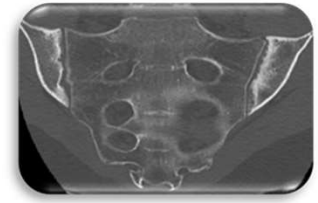
Lâm sàng

- Đau CSTL kiểu viêm
- Viêm khớp
- Viêm các điểm bám tận
- Viêm ngón
- Viêm màng bồ đào
- Vẩy nến
- Bệnh Crohn/ Viêm loét đại tràng
- Đáp ứng tốt với thuốc NSAIDs
- Tiền sử gia đình: Bệnh lý viêm khớp cột sống

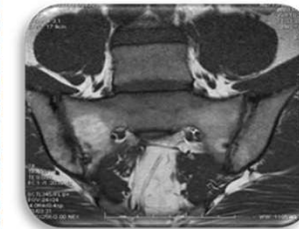
Hình ảnh học



X-ray



Low-dose CT scan
(~2–4 mSV)



T1-weighted MRI (fat
saturated)



T2-weighted MRI

Chiến lược hiện tại là sử dụng kết hợp nhánh lâm sàng và nhánh cộng hưởng từ để chẩn đoán bệnh

LÂM SÀNG





Ngón hình khúc dồi
Dactylitis (sausage digit)



Viêm khớp vẩy nến

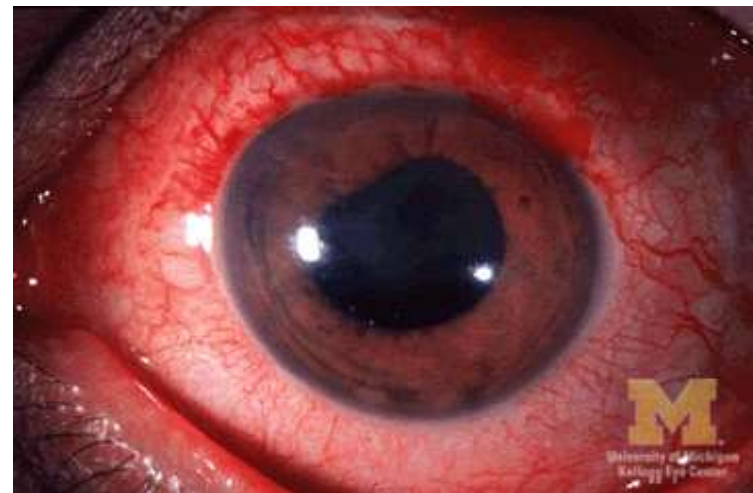


Tổn thương
vảy nến





Viêm màng mắt
Acute anterior uveitis



Viêm điểm bám gân
Gân Achilles; cân gan chân (plantar fascia)

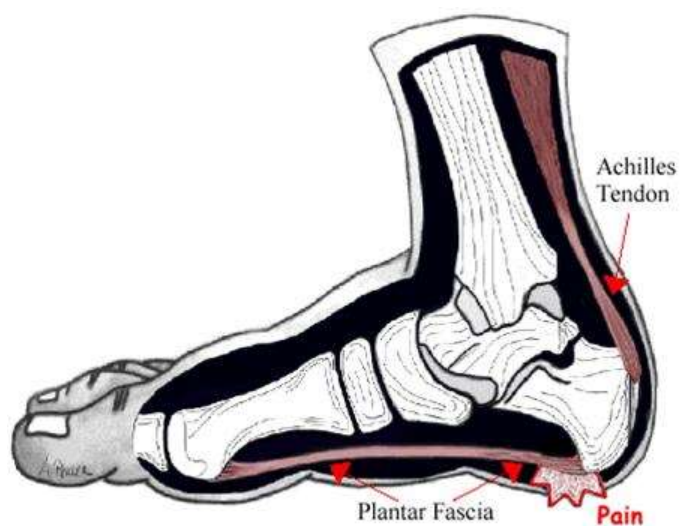
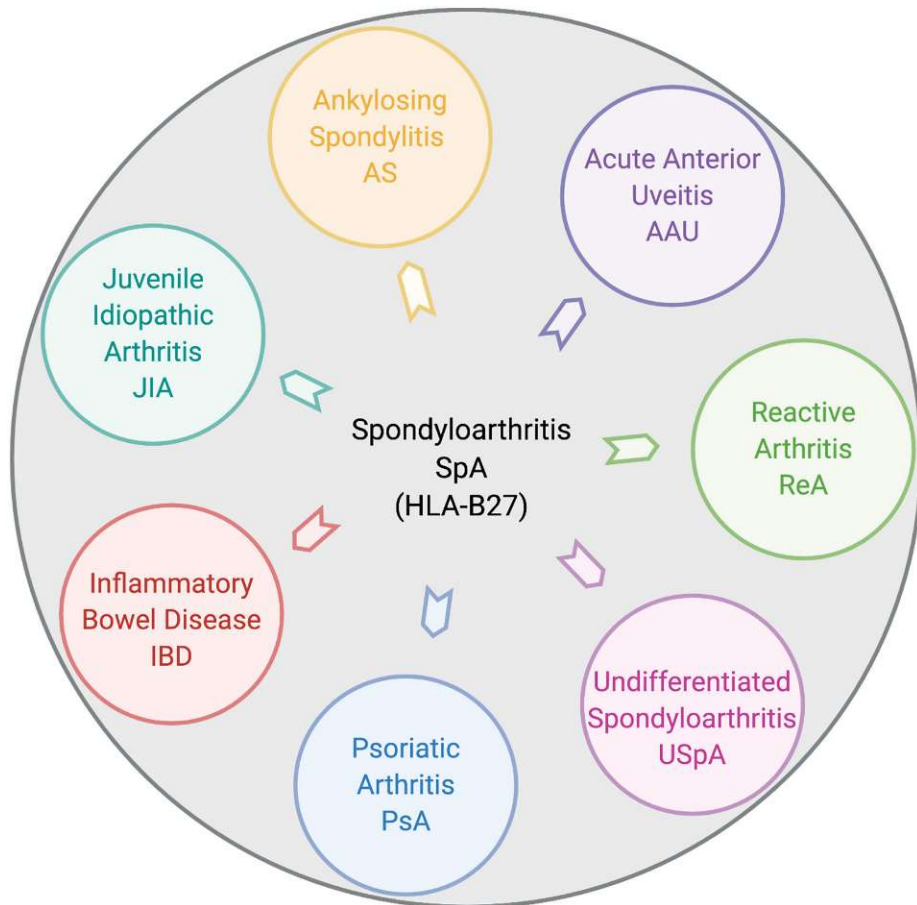


Figure 1: Plantar fascia extends from the heel bone to the ball of the foot. The Achilles tendon also inserts in the heel bone (behind the leg).



XÉT NGHIỆM

- Chỉ số viêm tăng (BC, BCTT, Máu lắng, CRP)
- HLA- B27 (+)



HLA-B27: Disease Associations

Disease	Association
Ankylosing Spondylitis	> 90%
Reiter's Syndrome	80%
Reactive Arthritis	85%
Inflammatory Bowel Disease	50%
Psoriatic Arthritis	
With Spondylitis	50%
With Peripheral Arthritis	15%
Whipple's Disease	30%

Gill T and Rosenbaum JT (2021) Putative Pathobionts in HLA-B27-Associated Spondyloarthropathy. *Front. Immunol.* 11:586494. doi: 10.3389/fimmu.2020.586494

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Hình ảnh viêm khớp cùng chậu



Giai đoạn 1: mất chất khoáng của bờ khớp, khe khớp cùng chậu rộng

Giai đoạn 2: hình ảnh bào mòn, hình ảnh tem thư ở rìa khớp



Khớp cùng chậu bình thường

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Hình ảnh viêm khớp cùng chậu



Giai đoạn 4: Dính hoàn toàn



CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Hình ảnh “ Cây tre” – Bamboo Like



CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Dấu hiệu ‘Giao găm’ – Dagger Sign



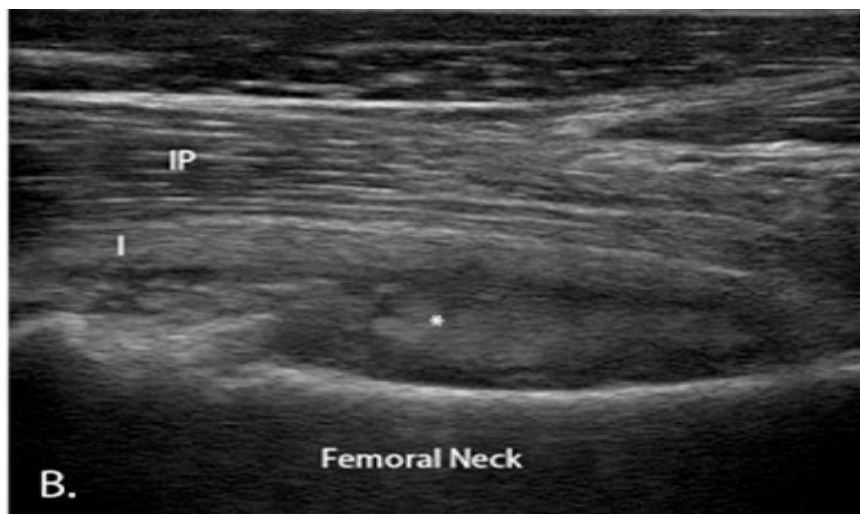
CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Dấu hiệu ‘Lưỡi rìu’ – Hatchet Sign

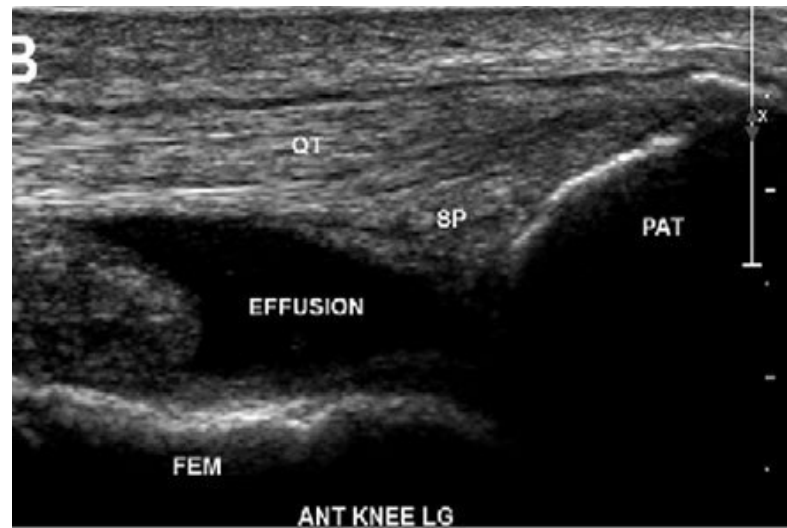


CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

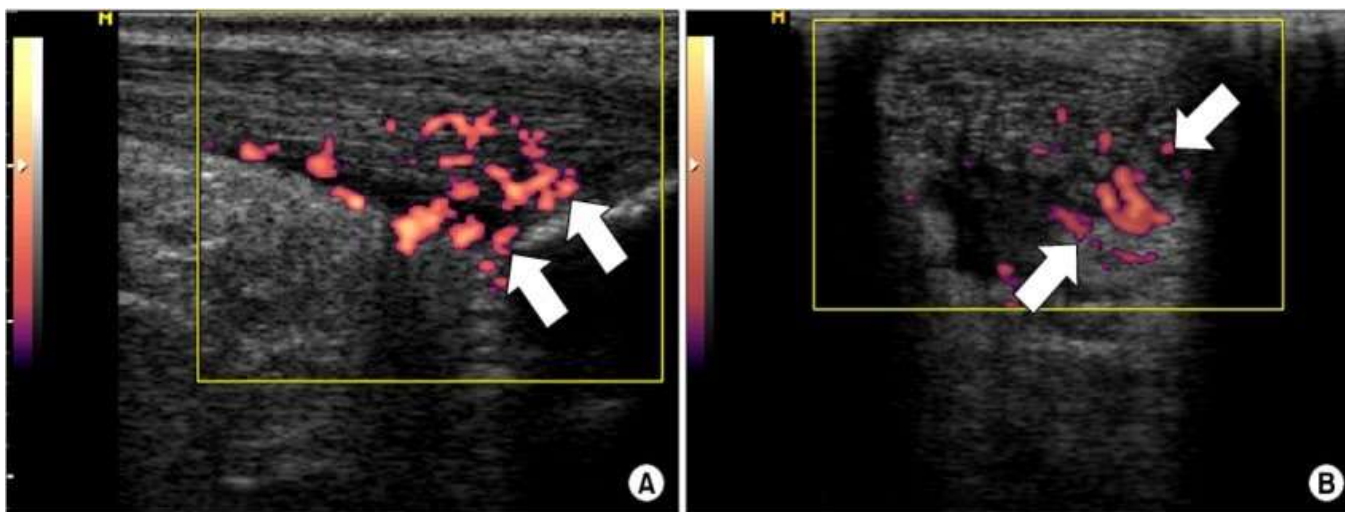
Siêu âm khớp



Viêm MHD khớp háng



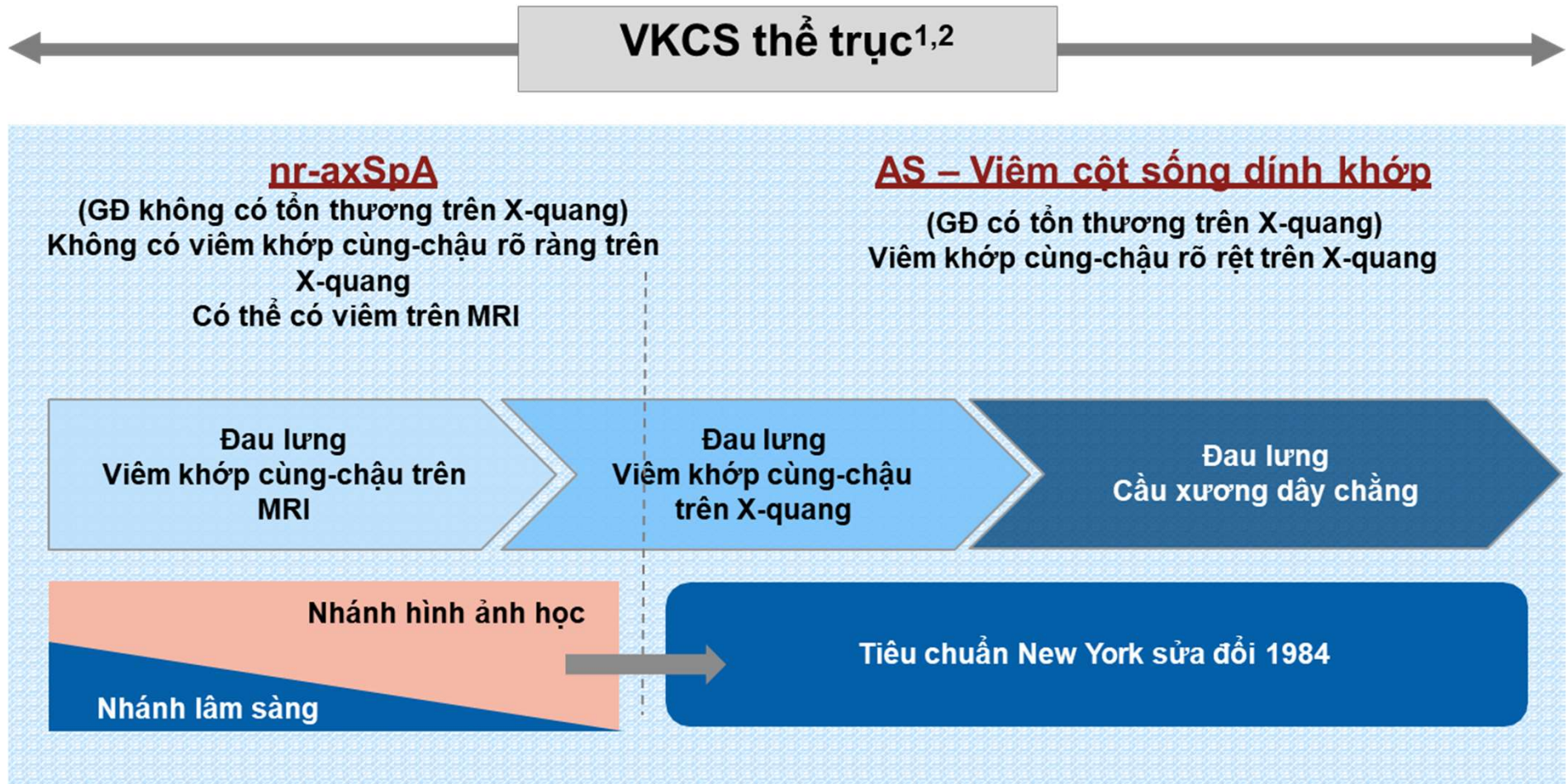
Viêm MHD khớp gối



Viêm gân Achilles

SỬ DỤNG MRI ĐỂ CHẨN SỚM VIÊM KHỚP CỘT SỐNG

Phổ bệnh axial SpA (VKCS thể trực)



Tỷ lệ tiến triển từ nr- axSpA sang AS: ~10–40% qua 2–10 năm³

1. Protopopov M, Poddubnyy D, *Expert Rev Clin Immunol*. 2018;14:525–533.
2. Poddubnyy D, và cs. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:1369–1374.
3. Sieper J, van der Heijde D, *Arthritis Rheum*. 2013;65:543–51.

MRI trong chẩn đoán SpA

MRI xung T1W (xóa mỡ):

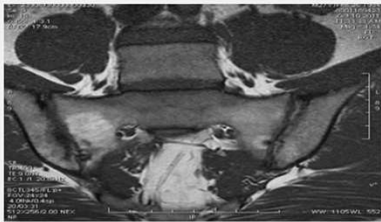
- Cung cấp rõ chi tiết giải phẫu học
- Đánh giá sự thay đổi cấu trúc

MRI mode T2W:

- Đánh giá chức năng tốt
- phù nề mô và các tổn thương viêm

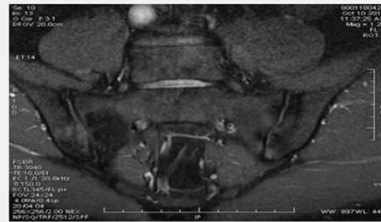
STIR MRI:

- Hữu ích trong việc phát hiện phù và các tổn thương viêm hoạt động

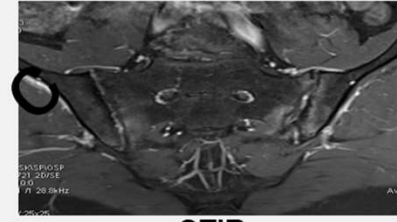


T1

Vs

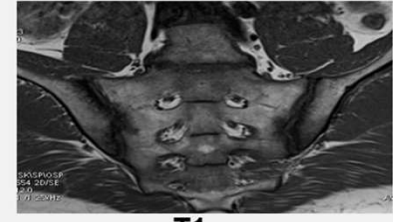


T2



STIR

Vs



T1

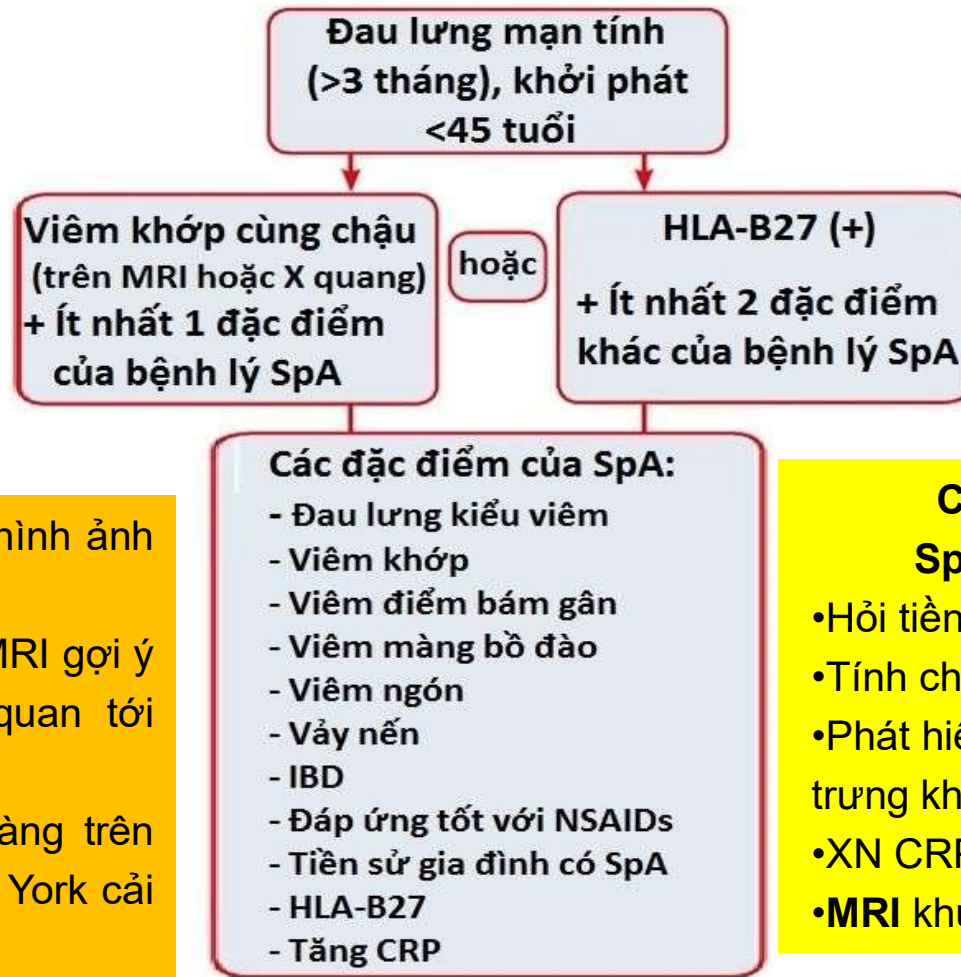
Tiêu chuẩn nhóm ASAS/OMERACT về MRI dương tính²

- Cần có sự hiện diện của phù tủy xương/viêm xương
- Có thể phát hiện những hư tổn cấu trúc như xơ cứng, ăn mòn và dính khớp

AS, viêm cột sống dính khớp; MRI, chụp cộng hưởng từ; nr-axSpA, viêm khớp cột sống thể trục không có hư tổn trên X-quang; SI, cùng-chậu; STIR, chuỗi xung khôi phục đảo nghịch tau ngắn

1. Braun J and Baraliakos X. In: Hochberg MC, và cs. eds. *Rheumatology*. 6th edition. 2014:960–69.
2. Rudwaleit M, và cs. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:777–83.
3. Ostergaard M and Lambert RGW. *Ther Adv Musculoskel Dis*. 2012;4:301–11.
4. Mandl P, và cs. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1327–39.

Chẩn đoán axSpA: Tiêu chuẩn ASAS (2009)



Viêm khớp cùng chậu trên hình ảnh học:

▶ Viêm (cấp) hoạt động trên MRI gợi ý viêm khớp cùng chậu liên quan tới VKCS

▶ Viêm khớp cùng chậu rõ ràng trên X-quang theo tiêu chuẩn New York cải tiến

Chẩn đoán sớm SpA và nr- axSpA:

- Hỏi tiền sử gia đình,
- Tính chất đau lưng
- Phát hiện các biểu hiện đặc trưng khác của nhóm bệnh
- XN CRP, VS và **HLA-B27**
- MRI** khung chậu ± CS

1. Rudwaleit, M., et al. "The Development of Assessment of Spondyloarthritis International Society Classification Criteria for Axial Spondyloarthritis (Part II): Validation and Final Selection." *ANNALS OF THE RHEUMATIC DISEASES*, vol. 68, no. 6, 2009, pp. 777–83, doi:10.1136/ard.2009.108233.

2. Sieper, J., Rudwaleit, M., Baraliakos, X. (2009). The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 68(Suppl 2), ii1-ii44.

Cộng hưởng từ (MRI)

EULAR

- **CĐ MRI khớp cùng chậu** khi chưa khẳng định được VCSDK bằng X-quang, nhưng có biểu hiện bệnh
- MRI tìm các **tổn thương viêm hoạt động** (chủ yếu là phù tủy xương) và **tổn thương cấu trúc** (như bào mòn, tạo xương mới, xơ, dính và thâm nhiễm mỡ) [1]

Tại sao sử dụng?

- ▶ MRI: phương pháp nhạy nhất để nhận biết **những thay đổi ban đầu ở CS và khớp cùng chậu** trong VKCS thể trực mà **ko thể nhìn thấy trên X-quang**
- ▶ MRI có độ nhạy cao **với viêm điểm bám gân ở giai đoạn đầu** [4]
- ▶ MRI giúp phân biệt với **các bệnh lý khác** có thể giống với VKCS thể trực [3]
- ▶ **Tiêu chuẩn phân loại ASAS về VKCS thể trực đề cao giá trị của việc chụp MRI trên bệnh nhân đau lưng kiểu viêm** [3]

[1] Mandl, P., Navarro-Compán, V., Terslev, L., Aegerter, P., van der Heijde, D., D'agostino, M. A., ... & Schueller-Weidekamm, C. (2015). EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. Annals of the rheumatic diseases, annrheumdis-2014.

[3] National Ankylosing Spondylitis Society, Looking Ahead: best practice for the care of people with ankylosing spondylitis (AS) , 2010LondonNASS

[4] Kehl, A. S., Corr, M., & Weisman, M. H. (2016). Enthesitis: new insights into pathogenesis, diagnostic modalities, and treatment. Arthritis & Rheumatology, 68(2), 312-322. rd, M. & Lambert, R. G. W. (2012). Imaging in ankylosing spondylitis. Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease, 4(4), 301-311.

MRI khung chậu và MRI cột sống trong chẩn đoán axSpA

MRI		Tổn thương viêm hoạt động [2]:	Tổn thương viêm mạn tính [2]:
	Các dấu hiệu của khớp cùng chậu trên MRI	• Phù tủy xương • Viêm màng hoạt dịch và viêm bao khớp • Viêm điểm bám gân	• Xơ cứng dưới sụn • Bào mòn xương • Lắng đọng mỡ • Dính khớp
	cho phép chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ASAS 2009	Đi sâu để theo dõi	
	Các dấu hiệu của cột sống trên MRI	• Viêm đốt sống • Viêm thân sống-đĩa đệm • Viêm khớp mỏm sau đốt sống • Viêm khớp sườn-cột sống • Viêm điểm bám gân dây chằng cột sống	• Cầu xương và dính khớp • Dính khớp • Thâm nhiễm mỡ góc thân sống
	hỗ trợ chẩn đoán		

1 Sieper, J., Rudwaleit, M., Baraliakos, X., Brandt, J., Braun, J., Burgos-Vargas, R., ... & Van Der Heijde, D. (2009). The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 68(Suppl 2), ii1-ii44.

2 Canella, C., Schau, B., Ribeiro, E., Sbaffi, B., & Marchiori, E. (2013). MRI in seronegative spondyloarthritis: imaging features and differential diagnosis in the spine and sacroiliac joints. *American Journal of Roentgenology*, 200(1), 149-157.

MRI khung chậu – các tổn thương cần lưu ý



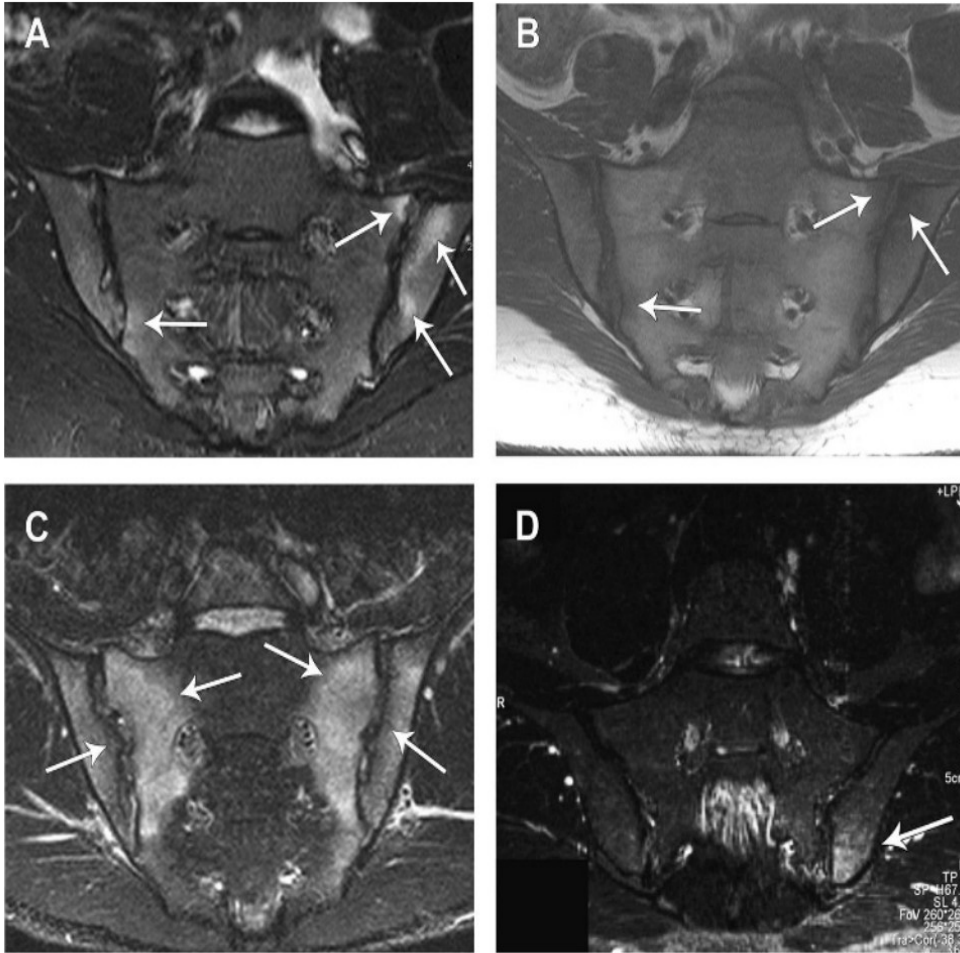
Tổn thương viêm hoạt động ở khớp cùng chậu

Dấu hiệu MRI

Phù tủy xương	Tăng cường độ tín hiệu trên hình ảnh STIR và T1W xóa mỡ có tiêm thuốc; khu trú quanh khớp hoặc trên bề mặt xương dưới sụn của khớp cùng chậu, thường ở 1/3 dưới và sau; hay đối xứng [1]
Viêm màng hoạt dịch và viêm bao khớp	Tăng cường độ tín hiệu ở MHD và bao trước và sau của khớp cùng chậu trên hình ảnh T1W xóa mỡ có tiêm thuốc [1]
Viêm điểm bám gân	Tăng cường độ tín hiệu ở vùng tiếp giáp giữa xương và gân, cân cơ, dây chằng, hoặc bao khớp trên hình ảnh STIR và T1W xóa mỡ có tiêm thuốc [1]

[1] Canella, C., Schau, B., Ribeiro, E., Sbaffi, B., & Marchiori, E. (2013). MRI in seronegative spondyloarthritis: imaging features and differential diagnosis in the spine and sacroiliac joints. *American Journal of Roentgenology*, 200(1), 149-157.

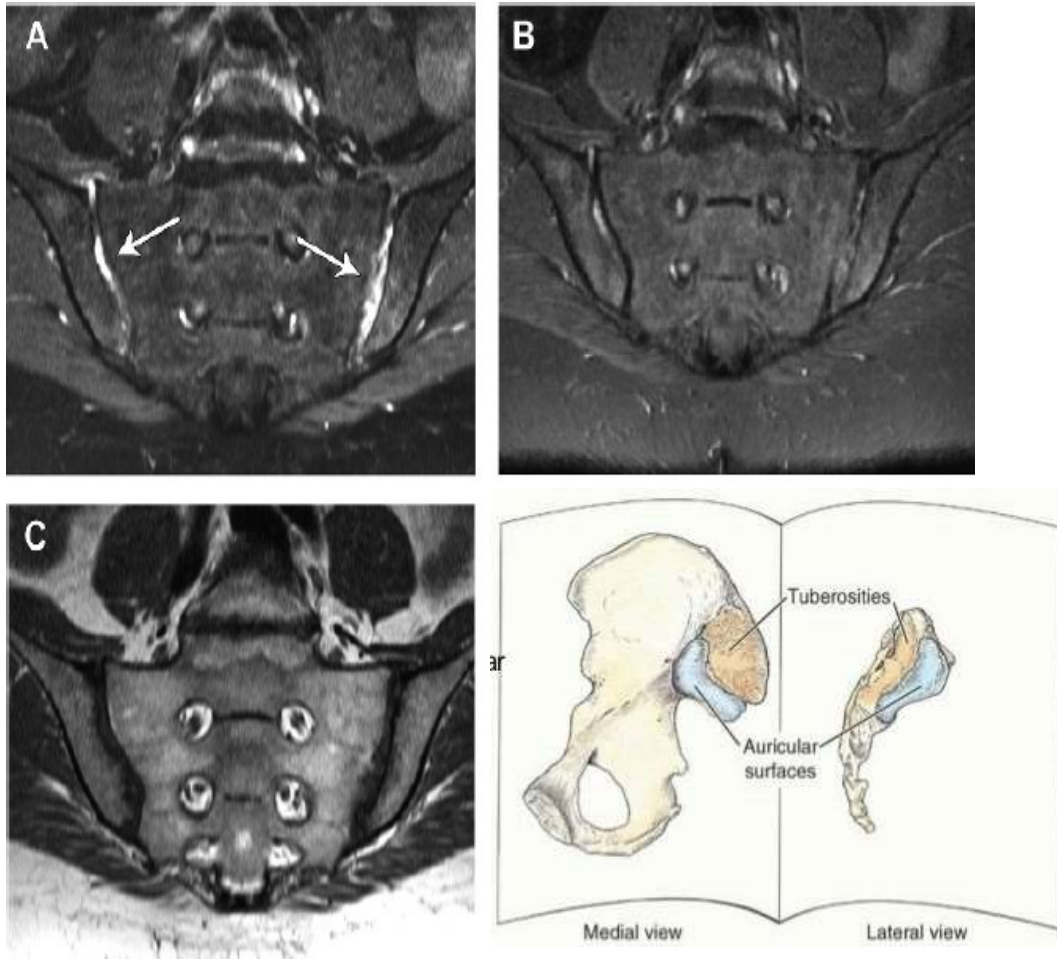
MRI khung chậu – các tổn thương cần lưu ý



Phù tủy xương (BMO) phản ánh viêm khớp cùng chậu hoạt động. BMO thể hiện ↑ tín hiệu trên chuỗi xung STIR. Các vùng tủy xương bị ảnh hưởng (mũi tên) nằm dưới sụn và quanh khớp (A, C, D; chuỗi xung STIR).

Trên chuỗi xung T1 (B), phù tủy xương thể hiện như một vùng giảm tín hiệu. (D) Phù tủy xương ở xương chậu trái (mũi tên trắng; chuỗi xung STIR). Trên lát cắt này chỉ nhìn thấy một tổn thương, do đó cần thêm một lát cắt tiếp theo có tổn thương để xác định viêm khớp cùng chậu hoạt động [1]

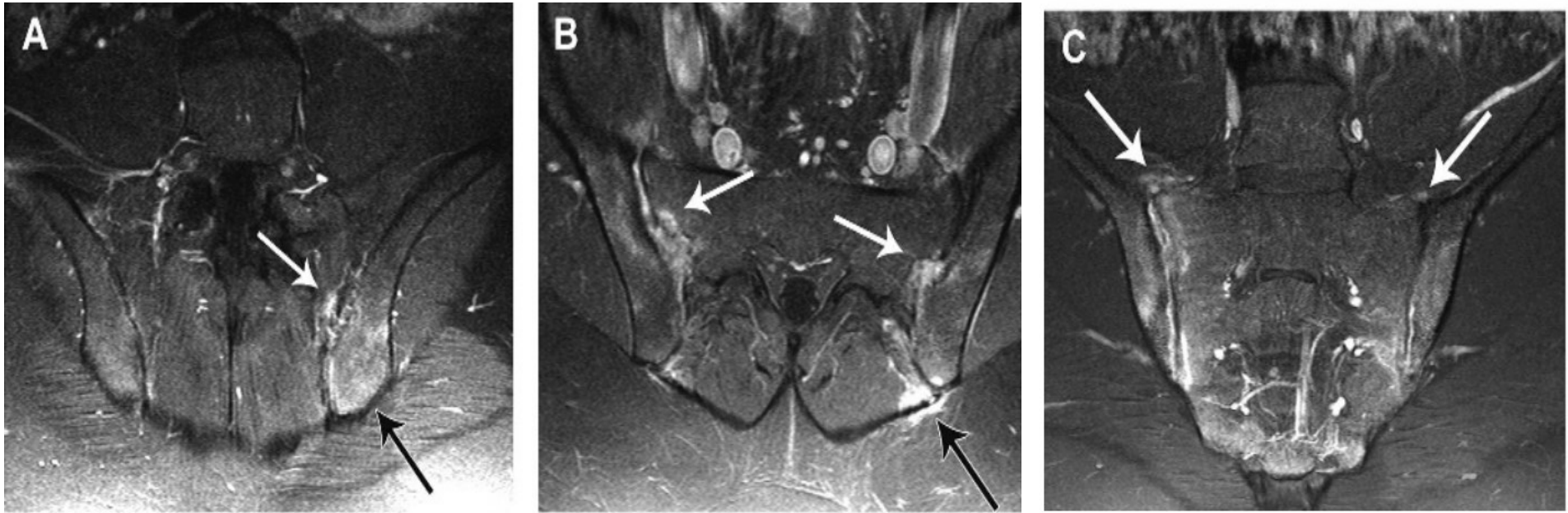
MRI khung chậu – các tổn thương cần lưu ý



Viêm MHD là tổn thương viêm hoạt động: vùng ↑ tín hiệu trên hình ảnh T1 tiêm Gd ở MHD của khớp cùng chậu (SI) (mũi tên h.A); cường độ tín hiệu tương tự như tín hiệu ở mạch máu)

h.B) chuỗi xung STIR cường độ tín hiệu trong khớp cùng chậu hơn ít sáng hơn

MRI viêm điểm bám gân



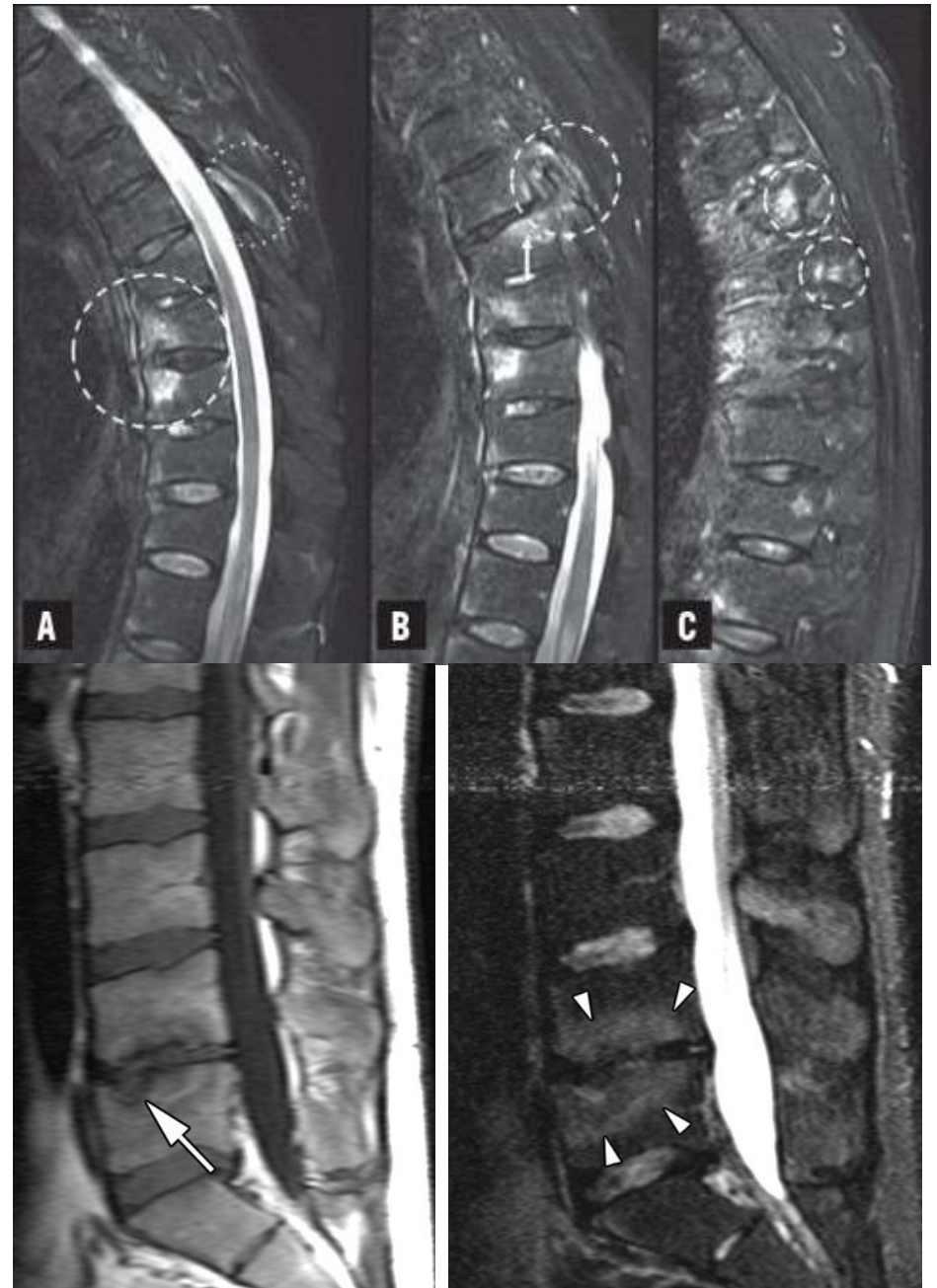
Viêm điểm bám gân (mũi tên trắng ở hình A và B) của dây chằng liên xương trên xung T1 có tiêm Gd: (A) mặt phẳng trán, (B) mặt cắt ngang. Viêm xương chậu trái (mũi tên đen ở hình A và B). (C) Viêm bao khớp (mũi tên): ↑ tín hiệu của bao khớp cùng chậu (SI) [1].

[1] Canella, C., Schau, B., Ribeiro, E., Sbaffi, B., & Marchiori, E. (2013). MRI in seronegative spondyloarthritis: imaging features and differential diagnosis in the spine and sacroiliac joints. *American Journal of Roentgenology*, 200(1), 149-157.

MRI Tổn thương cột sống trong axSpA

Các thay đổi viêm sớm nhất:

- Viêm dây chằng và điểm bám tận
- Phân biệt 4 hình thái tổn thương:
 1. Viêm đốt sống - Spondylitis (Romanus spondylitis)
 2. Viêm đốt sống đĩa đệm - Spondylodiskitis (Andersson aseptic spondylodiskitis)
 3. Viêm khớp liên mấu (Arthritis of the zygapophyseal joints)
 4. Viêm dây chằng (True ligamentous inflammatory involvement)



TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn New York sửa đổi - 1984

Modified New York Criteria (1984)

- Đau thắt lưng từ 3 tháng trở lên, cải thiện khi tập luyện, không giảm khi nghỉ
- Hạn chế vận động cột sống thắt lưng ở tư thế: cúi, ngửa, nghiêng quay
- Giảm độ giãn lồng ngực (dưới hoặc bằng 2,5cm)
- Tổn thương khớp cùng chậu trên Xquang

+ từ giai đoạn 2 trở lên ở cả hai bên

+ hoặc giai đoạn 3-4 ở một bên

- Chẩn đoán xác định:** - hình ảnh viêm khớp cùng chậu trên Xquang
- kèm theo ít nhất một yếu tố lâm sàng

Tiêu chuẩn chẩn đoán ASAS 2009

Bệnh nhân **đau lưng ≥ 3 tháng** và **khởi phát < 45 tuổi**

Nhánh hình ảnh:

Viêm khớp cùng chậu trên CDHA
VÀ

≥ 1 Dấu hiệu của bệnh lý viêm khớp cột sống

Hoặc

Nhánh lâm sàng:

HLA-B27 dương tính
VÀ

≥ 2 Dấu hiệu của bệnh lý viêm khớp cột sống

Các dấu hiệu của bệnh lý viêm khớp cột sống

- Đau CSTL kiểu viêm
- Viêm khớp
- Viêm các điểm bám tận
- Viêm ngón
- Vẩy nến
- Bệnh Crohn/ Viêm loét đại tràng
- Đáp ứng tốt với thuốc NSAIDs
- Tiền sử gia đình: Bệnh lý viêm khớp cột sống
- HLA-B27 dương tính
- CRP tăng

Viêm khớp cùng chậu trên chẩn đoán hình ảnh

- Viêm khớp cùng chậu cấp tính trên MRI
HOẶC
- Viêm khớp cùng chậu trên Xquang theo tiêu chuẩn New York sửa đổi

Độ nhạy: 82,9%

Độ đặc hiệu: 84,4%

ĐIỀU TRỊ

Điều trị VKCS theo khuyến cáo của ASAS/EULAR 2016

- Giáo dục
- Tập thể dục
- Vật lý trị liệu
- Phục hồi chức năng
- Câu lạc bộ BN

NSAIDs

**VKCS
thể trực**

**VKCS
thể ngoại vi**

**Sulfasalazine
Methotrexat**

Corticoid tiêm khớp

**Các thuốc kháng TNF
hoặc ức chế IL-17**

**T
H
U
Ô
C
G
I
Ả
M
Đ
A
U**

**P
H
Ã
U
T
H
U
Ậ
T**

Các khuyến cáo của ACR/SAA/SPARTAN - 2019 trong điều trị Viêm khớp- cột sống thể trực

Viêm cột sống dính khớp

Bệnh hoạt động mặc dù đang dùng
NSAIDs

Thuốc kháng TNF

Bệnh hoạt động mặc dù đang
dùng thuốc kháng TNF (không
đáp ứng nguyên phát)

SECUKINUMAB

TOFACITINIB

Bệnh hoạt động mặc dù đang
dùng thuốc kháng TNF
(không đáp ứng thứ phát)

Chuyển sang thuốc kháng
TNF khác

SECUKINUMAB

Viêm khớp cột sống- thể trực không có viêm khớp cùng chậu trên Xquang

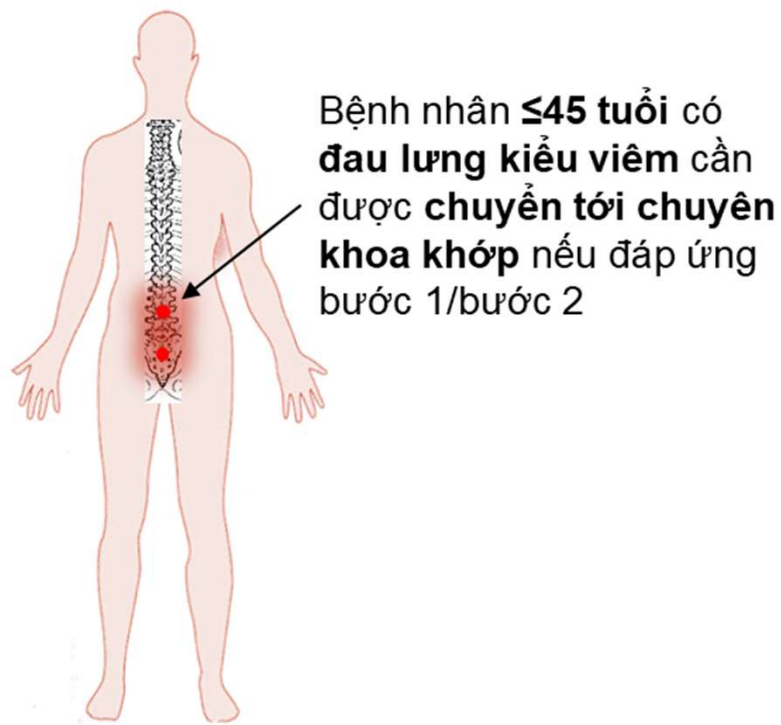
Điều trị với thuốc kháng IL-17A (Secukinumab
hoặc Ixekizumab) – Khuyến cáo có điều kiện

NSAIDs: non-steroidal anti-inflammatory
drugs

TNF: tumor necrosis factor

PHỐI HỢP ĐA CHUYÊN KHOA

Chiến lược hai bước đơn giản để quyết định chuyển tuyến/chuyên khoa



Bệnh sử và thăm khám triệu chứng

Bước 2

Chuyển nếu có 1
biểu hiện:

- Xét nghiệm HLA-B27 dương tính

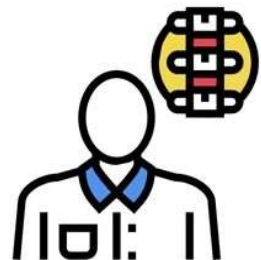
Bước 1

Chuyển nếu có 2
trong 3 biểu hiện:

- Đau mông
- Cải thiện khi vận động
- Vảy nến

The study confirmed the feasibility of the simple referral strategy using a combination of clinical features for identifying axSpA patients in PC without laboratory and imaging examinations.
axSpA, axial spondyloarthritis; HLA-B27, human leukocyte antigen B27

Phối hợp đa chuyên ngành trong chẩn đoán



Bác sĩ
Nội cơ xương khớp

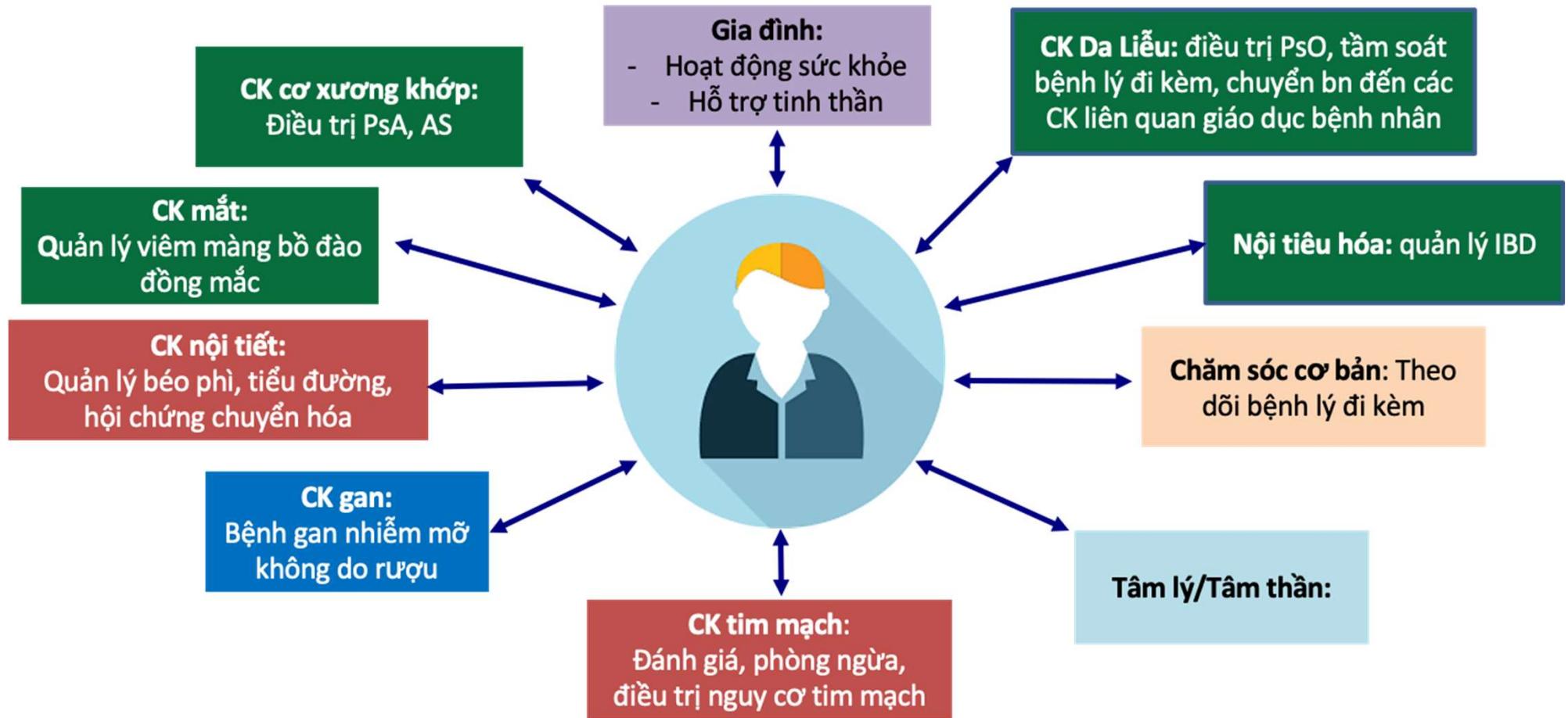
- Chỉ định chụp phim.
- Cần tìm các đặc điểm thoả mãn tiêu chuẩn chẩn đoán trên phim.
- Cần được "training" về phương pháp đọc phim MRI tốt hơn.



Bác sĩ
Chẩn đoán hình ảnh

- Quyết định kỹ thuật chụp phim.
- Mô tả đầy đủ các đặc điểm của bệnh lý (nếu có).
- Cần được bổ sung kiến thức về bệnh lý SpA.

Tiếp cận liên chuyên khoa trong điều trị SpA (Multidisciplinary approach)



KẾT LUẬN

- Cần phát hiện giúp chẩn đoán sớm Viêm khớp cột sống: đau lưng kiểu viêm (IBP), viêm khớp, viêm ngón, viêm điểm bám gân, vảy nến, viêm màng bồ đào, bệnh viêm đường ruột, tăng CRP hoặc viêm khớp cùng-chậu trên hình ảnh học (X-quang hoặc MRI), HLA-B27, tiền sử gia đình.
- Chẩn đoán VCDSK theo tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984. Chẩn đoán sớm VKCS thể trực theo tiêu chuẩn ASAS 2009.
- HLA-B27, MRI khớp cùng chậu có giá trị trong chẩn đoán sớm.
- Mô hình phối hợp đa chuyên khoa trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý VKCS là hết sức cần thiết.