

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**
Październik 2009 – Październik 2010

Reumatoidalne zapalenie stawów

Wprowadzenie

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, postępującą chorobą autoimmunologiczną o nie poznanej do końca etiologii. Charakteryzuje się obecnością stanu zapalnego w stawach obwodowych części ciała. Zwykle rozpoczyna się podstępnie stanem zapalnym symetrycznych stawów, ma nieprzewidywalny i zróżnicowany przebieg, choć dolegliwości bólowe i niesprawność mogą być zmniejszane poprzez wczesne rozpoznanie choroby oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

- Częstość występowania w populacji waha się od 0.5% do 1.5%.
- RZS częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn – proporcja 3:1.
- Choroba pojawia się w 30 – 55 roku życia.
- RZS skutkuje postępującą niesprawnością, prawie u połowy chorych obserwuje się znaczną funkcjonalną niesprawność w ciągu 10 lat trwania choroby.
- RZS skraca oczekiwaną długość życia o wiele lat zarówno u kobiet, jak i mężczyzn.

Patofizjologia

- Patogeneza choroby jest wieloczynnikowa i obejmuje czynniki genetyczne oraz środowiskowe.
- Komórki układu immunologicznego oraz mediatory stanu zapalnego odgrywają kluczową rolę w patogenezie choroby, choć trudno określić względny udział poszczególnych czynników.
- Procesy proliferacji komórek błony maziowej stawów oraz napływ różnorodnych komórek, regulowany poprzez cytokiny, chemokiny, czynniki wzrostowe i hormony, prowadzą do powstania łuszczyki naciekającej i niszczącej chrząstkę, kość oraz otaczające staw tkanki miękkie.

Objawy kliniczne

- RZS objawia się stanem zapalnym symetrycznych małych stawów dłoni i stóp.
- Początek choroby zwykle jest podstępny – ostry lub napadowy.
- Zmienione zapalnie stawy stają się obrzęknięte, bolesne oraz usztywnione. Może dojść również do nagromadzenia płynu stawowego w postaci wysięku. Ból jest zwykle bardziej nasilony i bardziej stały niż w chorobie zwyrodnieniowej stawów, występuje w spoczynku, podczas ruchów oraz w nocy. Przedłużona sztywność poranna jest także ważnym kryterium diagnostycznym sugerującym rozpoznanie RZS.
- Prócz objawów klinicznych w obwodowych części ciała, RZS może także dotyczyć kręgosłupa szyjnego powodując bóle karku lub głowy w okolicy potylicznej.
- RZS może także dotyczyć stawów skroniowo-żuchwowych, powodując dolegliwości bólowe tych stawów.
- Niekontrolowana choroba prowadzi do rozprzestrzenienia się stanu zapalnego na otaczające tkanki – ścięgna, więzadła, tkanki miękkie i struktury kostne. Guzki reumatoidalne w tkance podskórnej występują w ciężkiej postaci choroby i są zwykle niekorzystnym czynnikiem prognostycznym.
- Objawy pozastawowe są częste i mogą dotyczyć skóry, oczu, płuc i naczyń krwionośnych.

Kryteria diagnostyczne

Rozpoznanie opiera się o kryteria opracowane przez American College of Rheumatology. Aby rozpoznać RZS, pacjent musi spełnić cztery lub więcej kryteriów, które obejmują:

1. Sztywność poranna trwająca przynajmniej 1 godzinę.
2. Obrzęk tkanek miękkich w otoczeniu trzech lub więcej stawów.
3. Obrzęk proksymalnych stawów międzypaliczkowych, śródreżnypaliczkowych oraz stawów nadgarstka.
4. Stan zapalny obejmujący symetryczne stawy.
5. Podskórne guzki reumatoidalne.
6. Dodatni test w kierunku czynnika reumatoidalnego.
7. Radiologiczne cechy nadżerek i osteopenii okołostawowej w obrębie stawów dłoni i nadgarstka.

Rozpoznanie i leczenie

- Zalecana jest wczesna konsultacja specjalistyczna pacjentów z RZS lub podejrzeniem stanu zapalnego stawów o niewyjaśnionej etiologii.
- Kluczowa jest skuteczna komunikacja z pacjentem oraz edukacja, a także łatwy dostęp do wielospecjalistycznego zespołu terapeutycznego.
- Analgetyki nieopiodowe i niesteroidowe leki przeciwzapalne skutecznie zmniejszają dolegliwości bólowe, natomiast nie wpływają na przebieg choroby.
- Zalecane jest stosowanie leków modyfikujących przebieg choroby oraz biologicznych leków przeciwzapalnych możliwie w ciągu pierwszych trzech miesięcy od rozpoznania choroby. Leczenie powinno obejmować stosowanie metotreksatu i przynajmniej jednego innego leku modyfikującego przebieg choroby, oraz krótkoterminowe podawanie glukokortykoidów.
- Zalecana jest regularna kontrola i monitorowanie skuteczności leczenia oraz objawów niepożądanych, wykorzystując do tego poziom markerów stanu zapalnego oraz ocenę innych objawów nasilenia choroby.
- Zalecana jest także regularna kontrola chorób współistniejących w tym nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, osteoporozy oraz depresji.
- Konsultacja chirurgiczna jest konieczna w przypadku pacjentów nie reagujących na leczenie zachowawcze.
- Psychoterapia obejmująca strategię radzenia sobie, relaksację, odpowiednią edukację i zmniejszenie stresu może przynieść ulgę w bólu oraz poprawić funkcjonowanie.
- Fizjoterapia jest skuteczną metodą terapeutyczną w leczeniu RZS. Istnieją dowody na efektywność ćwiczeń aerobowych oraz wzmacniających, a także zastosowania przezskórnej elektrostymulacji oraz ultradźwięków.

Piśmiennictwo

1. American College of Rheumatology ad hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46:328–46.
2. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, Healey LA, Kaplan SR, Liang MH, Luthra HS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31:315–24.
3. Deighton C, O'Mahoney R, Tosh J, Turner C, Rudolf M; Guideline Development Group. Management of rheumatoid arthritis: summary of NICE guidance. *BMJ* 2009;338:710–2.
4. Goekoop-Ruiterman YP, de Vries-Bouwstra JK, Allaart CF, van Zeben D, Kerstens PJ, Hazes JM, Zwinderman AH, Roday HK, Han KH, Westedt ML, et al. Clinical and radiographic outcomes of four different treatment strategies in patients with early rheumatoid arthritis (the BeSt study): a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 2005;52:3381–90.
5. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, Heyse SP, Hirsch R, Hochberg MC, Hunder GG, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998;41:778–99.
6. Sluka KA. Osteoarthritis and rheumatoid arthritis. In: Sluka KA, editor. *Mechanisms and management of pain for the physical therapist*. Seattle: IASP Press; 2009. p. 349–360.

