

Predyspozycja i inne ważne czynniki w bólu stawowym.
Graeme Jones, MBBS(Hons), MMedSc, MD, FRACP, FAFPHM

Zmiany zapalne stawów występują bardzo często w ogólnej populacji, zidentyfikowano więcej niż 150 rodzajów. Spośród nich osteoartroza i reumatoidalne zapalenie stawów występują najczęściej, ale również wiele innych jak spondyloartropatia, dna, łuszczycowe zapalenie stawów. Ból jest podstawowym powodem, dla którego ludzie ze zmianami zapalnymi stawów szukają pomocy. Jest to ściśle związane z jakością życia i zaburzeniem codziennego funkcjonowania. Jednak zmiany zapalne stawów nie są właściwie leczone i istnieje duża dysproporcja pomiędzy korzyściami płynącymi z aktualnych metod leczenia a oczekiwaniami pacjenta.

Bóle stawowe występują u więcej niż połowy populacji powyżej 50rż, ale dolegliwości wcale nierzadko występują u dzieci. Stosunkowo niewiele jest wiadomo o tym rodzaju bólu i istnieje ograniczona ilość badań dotyczących częściej występujących zmian zapalnych stawów. W reumatoidalnym zapaleniu stawów (występującym u około 1% populacji) ból jest głównie związany ze zmianami zapalnymi w stawie, które powstają w odpowiedzi na działanie pewnych przekaźników chemicznych, takich jak TNF-alfa, interleukina -6, interleukina-1. Dostępnych jest wiele skutecznych metod leczenia i mogą one zahamować proces zapalny. Dodatkowo reumatoidalne zapalenie stawów może być nasilane przez czynniki psychologiczne, takie jak depresja, lęk, a leczenie tych objawów może także łagodzić ból.

W osteoartrozie (występującej u około 10% populacji) mechanizmy powstawania bólu nie są do końca poznane i skutkiem tego jest mniejsza skuteczność leczenia. Brak jest korelacji pomiędzy zmianami radiologicznymi i dolegliwościami bólowymi. Przez wiele lat sądzono, że ból i zmiany strukturalne są niezależnymi zjawiskami. Jednak w ciągu ostatniej dekady wyjaśniono, że radiogramy nie są dobrym miernikiem stanu zdrowia stawu. Bardziej zaawansowane techniki obrazowania jak MRI pozwalają dzięki precyzyjnym skanom ocenić, które struktury stawowe mogą być odpowiedzialne za powstawanie bólu w osteoartrozie. Ból może pochodzić z wnętrza stawu, struktur otaczających staw, innych struktur, ale po wielu latach trwania choroby mogą dawać taki sam obraz RTG.

We wnętrzu stawu można znaleźć specyficzne odchylenia od normy związane z dolegliwościami bólowymi. Może być to uszkodzenie szpiku kostnego, defekty chrząstki, rozerwanie łąkotki, wysięk/zapalenie błony maziowej (oba zjawiska są objawem stanu zapalnego), mogą pojawić się osteofity i nieprawidłowości w podrzepkowej podściółce tłuszczowej. Wszystkie te zjawiska niezależnie od siebie są źródłem dolegliwości bólowych, co sugeruje że leczenie każdej zmiany powinno przynieść złagodzenie bólu, ale takie badania rzadko były prowadzone.

Czynniki okostawowe wpływające na ból to siła mięśniowa i przemieszczenia. Dostępne są bardzo dobre dowody na to, że poprawa siły mięśniowej lub fitness pozwala zmniejszyć dolegliwości bólowe, ale nie ma pewności, że nie prowadzi to do uszkodzenia stawu. Przemieszczenie stawu jest czynnikiem ryzyka pogłębiania się osteoartrozy, ale ściśle wiąże się z uszkodzeniem szpiku kostnego i może nie być niezależnie związane z bólem.

Inne czynniki to otyłość (która ściśle koreluje z dolegliwościami bólowymi i może powodować dolegliwości bólowe nawet w anatomicznie niezmiennym stawie), niewielki stan zapalny w organizmie, niski poziom witaminy D (<25nmol/l), depresja, lęk, czynniki genetyczne (dotyczące głównie procesów przewodzenia bólu i być może bólu ośrodkowego), zmiany pogody. Istnieje wiele wytycznych opartych na dowodach naukowych dotyczących bólu w osteoartrozie, ale jednak leczenie jest umiarkowanie skuteczne. Może to wynikać z faktu, że terapia nie jest dobierana indywidualnie w zależności od dominującego problemu. Sens miałoby leczenie zmian w kościach stosując środki kostne lub stosowanie programów redukcji masy ciała dla osób otyłych, ale takie programy, choć prowadzone, to aktualnie są w fazie rozwoju. Także miałyby sens leczenie bólu we wczesnej fazie procesu chorobowego, kiedy przyczynę można zidentyfikować. W wielu badaniach oceniających blokowanie mechanizmów odpowiedzialnych za transmisję bólu uzyskano interesujące wyniki. Mimo to w dalszym ciągu pozostaje wiele niezaspokojonych potrzeb w leczeniu bólu związanego ze stanem zapalnym stawów, co wymaga znacznie większych inwestycji.

Piśmiennictwo

1. Cross M, Smith E, Hoy D et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jul;73(7):1323-30.
2. Hunter DJ, Arden N, Conaghan PG et al.; OARSI OA Imaging Working Group. Definition of osteoarthritis on MRI: results of a Delphi exercise. *Osteoarthritis Cartilage* 19, 963–969 (2011).
3. Jones G. Sources of pain in osteoarthritis: implications for therapy. *International Journal of Clinical Rheumatology* 2013 8:335-46
4. Laslett LL, Quinn S, Winzenberg T, Sanderson K, Cicuttini FM, Jones G. A prospective study of the impact of musculoskeletal pain and radiographic osteoarthritis on health related quality of life in community dwelling older people. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012 13(1):168
5. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage* 2010 18, 476–499.
6. Hochberg MC, Altman RD, April KT et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Apr;64(4):465-74