

Pacjent z zapaleniem stawu kolanowego lewego po złamaniu stawu nadgarstkowego prawego

dr n. med. Maria Rell-Bakalarska, dr n. med. Robert Rupiński

Rheuma Medicus, Specjalistyczne Centrum Reumatologii i Osteoporozy

MĘŻCZYZNA

WIEK: 66 lat

ZAWÓD: emerytowany nauczyciel wychowania fizycznego

WYWIAD:

Pacjent zgłosił się z powodu występującego od 3 tygodni bólu i obrzęku stawu kolanowego lewego. Dolegliwości pojawiły się bez związku z urazem, infekcją bądź przeciążeniem stawu. Pacjent nie odczuwał dolegliwości ze strony innych stawów. Zapaleniu stawów nie towarzyszyły objawy ogólne pod postacią ubytku wagi, ogólnego osłabienia czy stanów podgorączkowych. Pacjent zwrócił jednak uwagę, że od blisko 30 lat występują u niego okresowe bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa, które wiązał z aktywnym uprawianiem sportu (piłka nożna). Bóle te występują zazwyczaj rano i towarzyszy im uczucie sztywności porannej trwające ok. godziny (ciepły prysznic i poranna gimnastyka skracają ten czas). Pacjent określił bóle kolana w ciągu ostatniego tygodnia jako trwające stale (z wyłączeniem godzin nocnych), o nasileniu 4/10 w skali VAS. Z ich powodu od 2 tygodni codziennie przyjmował diklofenak 100 mg/24 h. Lek posiadał w domu, ponieważ od wielu lat przyjmował go sporadycznie właśnie z powodu ww. bólów odcinka lędźwiowego kręgosłupa (z bardzo dobrym efektem). Obecnie dolegliwości ze strony kolana pod wpływem rozpoczętej terapii zmniejszyły się nieznacznie.

Przed kilku laty u pacjenta rozpoznano nadciśnienie tętnicze (ramipryl 5 mg/24 h z dobrą kontrolą), 4 lata temu przeżył dwukrotnie zapalenie tęczówki oka prawego, 2 lata temu złamanie nadgarstka ręki prawej po upadku na treningu. Pacjent pali papierosy (5 sztuk dziennie od 30 lat), nie pije alkoholu, prowadzi aktywny tryb życia, nie stosuje żadnych ograniczeń dietetycznych. Wywiad rodzinny w kierunku zapaleń stawów – ojciec pacjenta leczył się z powodu zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK).

BADANIE PRZEDMIOTOWE:

W badaniu klinicznym u pacjenta stwierdzono objawy bardzo aktywnego zapalenia kolana lewego – znaczą bolesność, ograniczenie zakresu ruchu oraz obecność wysięku. Pozostałe stawy, w tym staw kolanowy prawy oraz stawy biodrowe, nie były zajęte przez proces chorobowy. W ocenie kręgosłupa zwracało natomiast uwagę istotne ograniczenie ruchomości kręgosłupa we wszystkich płaszczyznach: minimalna odległość palców rąk od podłogi przy pochyleniu do przodu – 15 cm, test Schobera – 2,5 cm. Zwracała uwagę niewielka hiperkifoza odcinka piersiowego kręgosłupa. Czynność serca – 64/min, ciśnienie tętnicze – 130/85 mmHg. Masa ciała 80 kg, aktualny wzrost 184 cm (BMI 23,6 kg/m²).

BADANIA DODATKOWE:

- Morfologia i biochemia krwi – L: 6,2 tys./ μ l, E: 5,2 mln/ μ l, Hb: 16,0 g/dl, MCV: 88 fl, Plt: 264 tys./ μ l, glukoza: 95 mg/dl, ALT: 23 U/l, kreatynina: 0,9 mg/dl, CRP: 15,2 mg/l (norma 5,0), OB: 32 mm/h.
- Pacjent wykonał dodatkowo oznaczenie stężenia witaminy D (25(OH)D), wykazało ono niedobór tego składnika – 28 ng/ml. Pacjent od kilku lat stosował wraz z żoną witaminę D w postaci suplementu diety w dawce 1000 IU/24 h.
- Pacjent nie wykonał żadnych badań obrazowych zajętego kolana, dostarczył natomiast badanie radiologiczne wykonane 2 lata wcześniej obejmujące odcinek lędźwiowy kręgosłupa i stawy krzyżowo-biodrowe (ryc. 1). Badanie to wykazało spłylenie lordozy lędźwiowej oraz obustronne zajęcie przez proces zapalny stawów krzyżowo-biodrowych (*sacroilitis*).

ROZPOZNANIE: ZZSK (M45), podejrzenie osteoporozy (M80), nadciśnienie tętnicze, niedobór witaminy D

ZALECENIA:

- leki: utrzymanie dotychczasowego systematycznego przyjmowania diklofenaku 100 mg/24 h; zmiana suplementu witaminy D na lek (Calperos Osteo); dalsza modyfikacja farmakoterapii po konsultacji reumatologicznej
- dalsza diagnostyka osteoporozy – wykonanie densytometrii, oznaczenie stężenia wapnia i fosforu w surowicy, fosfatazy zasadowej, oznaczenie dobowego wydalania wapnia i fosforu w moczu
- skierowanie pacjenta do reumatologa w celu objęcia stałym leczeniem
- skierowanie pacjenta na konsultację rehabilitacyjną.

KOMENTARZ:

Przedstawiony przypadek obrazuje nierzadką sytuację kliniczną, w której do rozpoznania ZZSK (także innych spondyloartropatii) dochodzi po kilkunastu latach od rozpoczęcia choroby (w tym przypadku nawet 30). Być może schorzenie nadal nie zostałoby ujawnione, gdyby nie wystąpienie ostrego zapalenia stawu kolanowego. U naszego pacjenta istotną rolę w opóźnieniu rozpoznania odegrały jego aktywny tryb życia (praca zawodowa, gra w piłkę) oraz nietypowy sposób zajęcia szkieletu osiowego (nasilone zmiany w stawach krzyżowo-biodrowych przy względnym oszczędzeniu kręgosłupa). Pacjent spełniał kryteria rozpoznania ZZSK, co świadczy o długotrwałym przebiegu choroby. Na wcześniejsze rozpoznanie naprowadzić mogły utrzymujące się wiele lat zapalne bóle kręgosłupa, pozytywny wywiad rodzinny (ZZSK u ojca) oraz dwukrotne zapalenie tęczówki. Analizując historię choroby, należy zwrócić uwagę na dwa istotne elementy – zapalny ból kręgosłupa oraz złamanie nadgarstka. Zapalny ból pleców stanowiący kardynalny kliniczny objaw spondyloartropatii charakteryzuje się największą intensywnością w godzinach porannych, towarzyszącym uczuciem sztywności porannej (zwykle powyżej godziny), nasilaniem się po okresie wypoczynku, a poprawą po ćwiczeniach oraz pojawieniem się przed 40. r.ż. Złamanie nadgarstka po upadku z wysokości własnego ciała, a więc klasyczne złamanie osteoporotyczne, nakazuje skierowanie pacjenta na badanie densytometryczne. ZZSK, podobnie jak inne przewlekłe zapalenia stawów (reumatoidalne, łuszczycowe) oraz układowe choroby tkanki łącznej (toczeń rumieniowaty układowy), stanowi bardzo istotny czynnik ryzyka rozwoju wtórnej osteoporozy [1]. Jest ono spowodowane niekorzystnym wpływem na tkankę kostną utrzymującego się przewlekłe podwyższonego stężenia cytokin prozapalnych (IL-1, IL-6, IL-17, TNF- α), które wpływają stymulująco na osteoklasty. Osteoporoza u pacjentów z zapalnymi chorobami reumatycznymi występuje zdecydowanie

wcześniej i wymaga czujności diagnostycznej oraz odpowiedniego leczenia (profilaktyki) [2]. W omawianym przypadku, ze względu na brak skuteczności witaminy D stosowanej w postaci suplementu diety, zdecydowano o włączeniu połączenia wapnia z witaminą D w postaci leku na receptę (leczenie, a nie suplementacja, jedna tabletką zamiast dwóch – poprawa *compliance*). Skuteczne wyrównanie niedoboru wapnia i witaminy D to jeden z najważniejszych elementów leczenia osteoporozy, w tym osteoporozy skojarzonej z przewlekłymi zapalnymi chorobami układu ruchu [3].

Istotną częścią postępowania terapeutycznego będzie pilne skierowanie pacjenta do poradni reumatologicznej. Występowanie wysięku w lewym stawie kolanowym może być wskazaniem do jego nakłucia, ewakuacji zapalnego płynu stawowego oraz podania glikokortykosteroidu. Ze względu na dużą aktywność zapalenia (białko C-reaktywne) omawiany pacjent będzie z pewnością wymagał również modyfikacji leczenia ZZSK – zwiększenia (zmiany) dawki NLPZ, dołączenia leku biologicznego (najczęściej $\text{anti-TNF-}\alpha$). Modyfikacja terapii w celu osiągnięcia remisji klinicznej stanowi nie tylko podstawę do zmniejszania bólu oraz poprawy funkcji kręgosłupa i stawów obwodowych, ale również najlepszą profilaktykę (leczenie) osteopenii (osteoporozy) w przebiegu ZZSK.

Rycina 1.

RTG lędźwiowego odcinka kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych (projekcja A-P i boczna, ze zbiorów autorów).



PIŚMIENNICTWO

1. Hinze AM, Louie GH. Osteoporosis Management in Ankylosing Spondylitis. *Curr Treatm Opt Rheumatol.* 2016; 2(4): 271-82. <http://doi.org/10.1007/s40674-016-0055-6>.
2. Ognjenovic M, Raymond WD, Inderjeeth CA et al. The Risk and Consequences of Vertebral Fracture in Patients with Ankylosing Spondylitis: A Population-based Data Linkage Study. *J Rheumatol.* 2020; 47(11): 1629-36. <http://doi.org/10.3899/jrheum.190675>.
3. Watts NB, Adler RA, Bilezikian JP et al. Osteoporosis in Men: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012; 97(6): 1802-22. <http://doi.org/10.1210/jc.2011-3045>.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Maria Rell-Bakalarska, dr n. med. Robert Rupiński

Rheuma Medicus, Specjalistyczne Centrum Reumatologii i Osteoporozy
ul. Pruszkowska 6, 02-118 Warszawa