

Pacjent z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa

dr n. med. Maria Rell-Bakalarska¹, dr n. med. Krzysztof Rell²

¹ Rheuma-Medicus, Specjalistyczne Centrum Reumatologii i Osteoporozy

² Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

MĘŻCZYZNA

WIEK: 23 lata

ZAWÓD: gipsiarz – pracownik fizyczny

WYWIAD:

- 23-letni mężczyzna zgłosił się do lekarza z powodu silnych bólów w okolicy krzyżowo-lędźwiowej kręgosłupa. Po raz pierwszy ból pojawił się prawie rok wcześniej, ale występował sporadycznie, głównie w nocy lub nad ranem, bez uchwytnej przyczyny. Ból promieniował do pośladków. Od ok. 3 miesięcy ból występował każdej nocy, wybudzał chorego; towarzyszyło mu narastające uczucie sztywności po obudzeniu, które zmniejszało się po porannej gimnastyce. Odpoczynek w łóżku nie przynosił ulgi. Ból występował niezależnie od wysiłku fizycznego w pracy.
- Dodatkowo pacjent miał poczucie osłabienia, utracił ok. 2 kg wagi w ciągu 4 miesięcy. Nie gorączkował. Pali 20 papierosów dziennie.

BADANIE FIZYKALNE:

- pacjent wydolny krążeniowo i oddechowo
- RR = 127/78 mmHg, czynność serca miarowa 72/min
- płuca bez cech zastoju

- obrzęki nieobecne
- okolica stawów krzyżowo-biodrowych bolesna na ucisk
- ograniczenie ruchomości okolicy lędźwiowej kręgosłupa.

WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH:

- podwyższone wartości OB (36 mm/h) oraz CRP (23 mg/l)
- obecny antygen HLA-27.

WYNIKI BADAŃ OBRAZOWYCH:

- W rezonansie stawu krzyżowo-biodrowego opisano obrzęk szpiku kostnego i symetryczne zapalenie błony maziowej stawów krzyżowo-biodrowych.

ROZPOZNANIE: zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK)

ZALECENIA:

- diklofenak (Olfen Uno 150 mg) raz dziennie
- regularna kinezyterapia
- zakaz palenia papierosów.

PODSUMOWANIE:

Po 4 tygodniach przyjmowania leku wystąpiła redukcja dolegliwości bólowych i porannej sztywności. Pacjent rozpoczął intensywną fizykoterapię. Rzucił papierosy. Wrócił do pracy.

KOMENTARZ:

ZZSK to stosunkowo częsta zapalna układowa choroba narządu ruchu. Cierpi na nią 0,3–0,5% populacji. Mężczyźni chorują 3 razy częściej. Pierwsze objawy pojawiają się zwykle w wieku 17–35 lat. Typowy jest ból o charakterze zapalnym w okolicy krzyżowo-lędźwiowej, obustronny, tępy, trudny do umiejscowienia i stopniowo narastający w ciągu kilku tygodni lub miesięcy. Towarzyszy mu uczucie sztywności kręgosłupa w godzinach porannych. Ból zmniejsza się w czasie aktywności ruchowej i ćwiczeń, brak poprawy po odpoczynku.

Charakterystyczną cechą ZZSK jest zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych, które stanowi podstawę rozpoznania choroby. Choroba ma przebieg przewlekły. W zaawansowanym stadium pomiędzy kręgami w zajęтым odcinku kręgosłupa powstają wyrośla kostne (syndesmofity), które upośledzają ruchomość kręgosłupa.

Postępujące ograniczenie kolejnych odcinków kręgosłupa – piersiowego z ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i szyjnego – prowadzi do stopniowego zniekształcenia sylwetki z nasileniem kifozy piersiowej i pochyleniem do przodu. W przebiegu choroby często zajęte są też stawy obwodowe, najczęściej biodrowe, barkowe i kolanowe. Nierzadko występuje również zapalenie ścięgna Achillesa. Proces zapalny może obejmować także inne narządy: oczy (zapalenie błony naczyniowej oka), płuca, serce, przewód pokarmowy. U pacjentów często pojawiają się stany depresyjne z powodu postępującej niepełnosprawności [1].

Rozpoznanie ZZSK ustala się na podstawie zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych (*sacroilitis*) w badaniu radiologicznym lub rezonansie magnetycznym z towarzyszącymi objawami klinicznymi: bólem zapalnym okolicy lędźwiowo-krzyżowej trwającym ponad 3 miesiące i/lub ograniczeniem ruchomości kręgosłupa oraz rozszerzalności klatki piersiowej [2].

Leczenie ZZSK obejmuje farmakoterapię, a także postępowanie nefarmakologiczne, na które składają się: edukacja pacjenta, regularne ćwiczenia fizyczne, fizykoterapia, zapobieganie upadkom i złamaniom oraz zaprzestanie palenia tytoniu. Duże znaczenie ma leczenie uzdrowiskowe. Wszystkie te metody poprawiają sprawność fizyczną, zmniejszają aktywność choroby, łagodzą ból i sztywność i zapobiegają szybkiemu rozwojowi kalectwa [3]. Podstawą leczenia farmakologicznego ZZSK są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) [3, 4].

W przypadku braku efektu NLPZ stosowanego w maksymalnej tolerowanej dawce po 4 tygodniach lek powinien być zastąpiony innym. NLPZ zmniejszają ból i sztywność u 70–80% pacjentów. Zmniejszenie bólu pozwala pacjentowi na rozpoczęcie ćwiczeń, poprawia jakość życia. Pełny efekt pojawia się z reguły w ciągu 6 tygodni, pod warunkiem regularnego stosowania odpowiednio dużej dawki leku. Dla diklofenaku jest to dawka 150 mg/24 h. W stabilnym ZZSK preferuje się podawanie doraźne NLPZ, które zmniejsza ryzyko działań niepożądanych głównie ze strony przewodu pokarmowego i układu krążenia. Jednak u wielu pacjentów stwierdza się aktywną postać choroby ze stałym poczuciem zmęczenia, z nasileniem bólu szyi, pleców, bioder lub innych stawów, dużym nasileniem i czasem trwania sztywności po obudzeniu się oraz nasileniem dyskomfortu w miejscach czułych na ucisk (skala BASDAI) [5].

W aktywnej postaci ZZSK NLPZ stosuje się przewlekłe. Odpowiedź na leczenie NLPZ jest bardzo indywidualna. W razie nieskuteczności zaleca się zmianę preparatu. Przy braku poprawy w przypadku stosowania dwóch NLPZ (ale nie równocześnie!) można rozważyć wdrożenie u pacjenta leczenia biologicznego. Przy

kwalifikacji do leczenia biologicznego powinny być brane pod uwagę czynniki ryzyka złego rokowania: wcześniejsza obecność syndesmotów, podwyższona wartość CRP, długi czas trwania choroby i potwierdzenie zapalenia stawów kręgosłupa w badaniu metodą rezonansu magnetycznego [6]. Konwencjonalne leki modyfikujące przebieg choroby (DMARD, *disease-modifying antirheumatic drugs*) znajdują zastosowanie jedynie w postaci ZZSK z zajęciem stawów obwodowych [7]. Przy podejmowaniu leczenia należy brać pod uwagę również obecność objawów pozastawowych i chorób towarzyszących, głównie ze strony przewodu pokarmowego i sercowo-naczyniowego. Zawsze przy długotrwałym podawaniu NLPZ należy ocenić bilans korzyści i ryzyka u konkretnego pacjenta. Pacjent powinien być w pełni poinformowany o konsekwencjach przewlekłej choroby, korzyściach i ryzyku różnych metod leczenia, kosztach przewlekłej terapii, a także uczestniczyć w podejmowaniu decyzji terapeutycznej.

Leki przeciwbólowe: paracetamol i słabe leki opioidowe (np. tramadol), w ZZSK są stosowane wyjątkowo i tylko doraźnie, w przypadku gdy NLPZ są przeciwwskazane, nieskuteczne lub źle tolerowane [4].

Diklofenak cechuje się dużą skutecznością w zmniejszaniu bólu w ZZSK [8]. Dla diklofenaku w dawce 150 mg/24 h współczynnik NNT (*number needed to treat*) – oznaczający liczbę pacjentów, których trzeba leczyć danym lekiem, aby uzyskać u jednego zakładany efekt, np. redukcję bólu o 50% – wynosi 1,9 [9].

Diklofenak (np. Olfen Uno 150 mg) może być lekiem pierwszego wyboru w ZZSK u chorych bez przeciwwskazań sercowo-naczyniowych. Preparat o podwójnym systemie uwalniania GEOMATRIX pozwala na uzyskanie szybkiego efektu, trwającego przez 24 h, i umożliwia przyjmowanie leku raz dziennie. Podawanie pełnej dawki NLPZ (diklofenaku) umożliwia rehabilitację pacjenta, która ma zasadnicze znaczenie w zapobieganiu deformacji i postępującemu kalectwu. Pozwala także na normalne funkcjonowanie i chodzenie do pracy, co ma duże znaczenie psychologiczne i motywuje do dalszego leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Claudepierre P, Fagnani F, Cukierman G et al. Burden of severe spondyloarthritis in France: A nationwide assessment of prevalence, associated comorbidities and cost. *Joint Bone Spine*. 2019; 86(1): 69-75.
2. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum*. 1984; 27(4): 361-8.
3. Michael M. Ward et al 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Non-radiographic Axial Spondyloarthritis *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019; 71(10): 1285-99.
4. van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76(6): 978-91.
5. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol*. 1994; 21(12): 2286-91.
6. Felis-Giemza A. Przygotowanie pacjenta reumatologicznego do leczenia biologicznego – na co należy zwrócić uwagę. *Varia Medica*. 2018; 2: 168-72.
7. Noureldin B, Barkham N. The current standard of care and the unmet needs for axial spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2018; 57(suppl_6): vi10-vi17.
8. Fan M, Liu J, Zhao B et al. Indirect comparison of NSAIDs for ankylosing spondylitis: Network meta-analysis of randomized, double-blinded, controlled trials. *Exp Ther Med*. 2020; 19(4): 3031-41.
9. Białecka M, Bojko A, Machoy-Mokrzyńska A. Znaczenie wskaźnika NNT (number needed to treat) podczas leczenia bólu lekami z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). *Terapia*. 2013; 21(9): 109.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Maria Rell-Bakalarska

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

dr n. med. Krzysztof Rell

Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Lindleya 4, 02-005 Warszawa