

Wczesne zapalenia stawów

Early arthritis

Brygida Kwiatkowska

Oddział Wczesnej Diagnostyki Zapaleń Stawów, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

Słowa kluczowe: niesklasyfikowane zapalenie stawów, sztywność poranna, objawy osiowe.

Key words: undifferentiated arthritis, morning stiffness, axial symptoms.

Streszczenie

W ciągu pierwszych 12 tygodni trwania objawów zapalenia stawów znaczna część pacjentów nie spełnia kryteriów klasyfikacyjnych i diagnostycznych dla określonej choroby reumatycznej. Zapalenie takie określane jest nazwą niesklasyfikowanego zapalenia stawów lub wczesnego zapalenia stawów. Pacjent z wczesnym zapaleniem stawów powinien jak najszybciej zostać skierowany do lekarza reumatologa, którego zadaniem jest wykonanie możliwie w jak najkrótszym czasie niezbędnych badań diagnostycznych w celu ustalenia rozpoznania i oceny czynników prognostycznych w kierunku rozwoju przewlekłego zapalenia (ryc. 1). W przypadku stwierdzenia czynników złej prognozy konieczne jest jak najszybsze rozpoczęcie leczenia lekami modyfikującymi przebieg choroby. Lekiem pierwszego rzutu jest metotreksat w dawce 25–30 mg tygodniowo. Dla pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów opracowano w Europie standardy postępowania diagnostycznego, które powinny mieć zastosowanie również w Polsce.

Summary

In the first 12 weeks of persistence of arthritis symptoms a significant number of patients do not fulfil the criteria for the classification and diagnosis of a specific rheumatic disease. Such cases are recognized under the name of undifferentiated or early arthritis. Patients with early arthritis should be immediately referred to the rheumatologist, whose task is to implement all diagnostic tests necessary to establish, in the shortest possible time, the diagnosis and the presence of prognostic factors for the development of a chronic inflammation (Fig. 1). In case of revealing unfavourable prognostic factors, treatment with disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) should be started immediately. Methotrexate is a drug of first choice with a dose of 25–30 mg per week recommended. The diagnostic standards for patients with early arthritis have been established in Europe and should be applicable in Poland as well.

Definicja choroby

Wczesne zapalenie stawów to grupa schorzeń określanych jako niesklasyfikowane zapalenie stawów charakteryzujące się zapaleniem jednego, kilku lub wielu stawów, trwającym nie dłużej niż 12 tygodni.

prognozowanie przebiegu choroby i wymaga systematycznej okresowej kontroli w celu weryfikowania rozpoznania.

Kryteria kwalifikacyjne

Z uwagi na różnorodność obrazu klinicznego chorób przejawiających się w początkowym okresie jako niesklasyfikowane zapalenie stawów rozpoznanie może być ustalone na podstawie kryteriów wykluczenia poszczególnych jednostek chorobowych. Uniemożliwia to

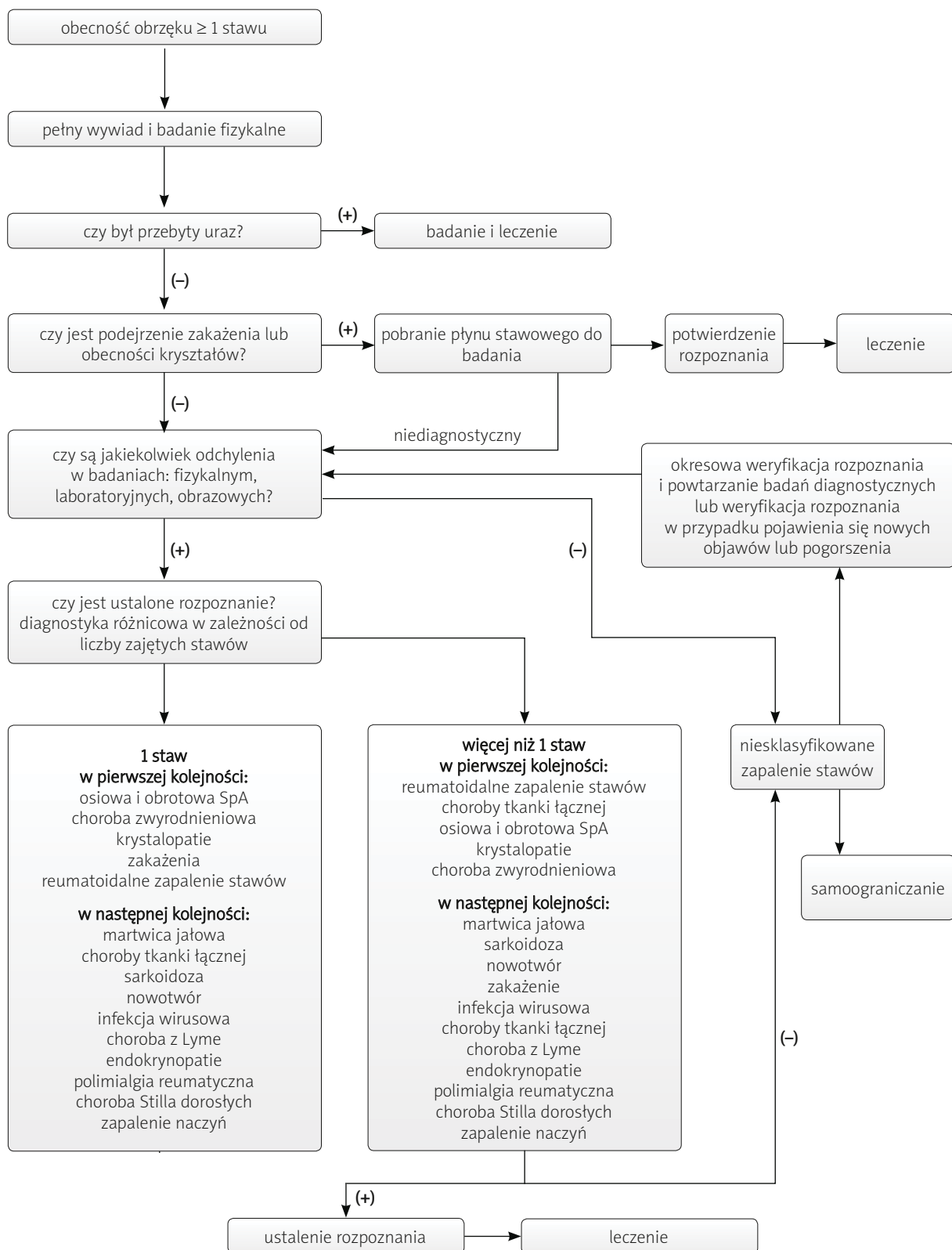
Postępowanie diagnostyczne

Prawidłowy algorytm diagnostyczny wczesnego zapalenia stawów (ryc. 1) powinien bazować na [1, 2]:

- stwierdzeniu badaniem fizykalnym obrzęku przynajmniej jednego stawu,
- wykluczeniu urazu w zajęтым stawie lub stawach,
- wykluczeniu zakażenia lub krystalopatii w zajęтым stawie lub stawach,

Adres do korespondencji:

dr med. Brygida Kwiatkowska, Oddział Wczesnej Diagnostyki Zapaleń Stawów, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, tel. +48 22 844 58 45, faks +48 22 844 42 41 wewn. 419, e-mail: kwiatkowskabrygida@gmail.com



Ryc. 1. Algorytm postępowania diagnostycznego we wczesnym zapaleniu stawów [1].
Fig. 1. Algorithm for diagnosis in early arthritis [1].

- wykonaniu pełnego badania podmiotowego:
 - dane demograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania),
 - czas trwania objawów stawowych,
 - czas trwania sztywności porannej,
 - ocena stanu funkcjonalnego przez chorego (ewentualnie kwestionariusz HAQ – *Health Assessment Questionnaire*),
- wykonaniu pełnego badania przedmiotowego z oceną:
 - liczby stawów bolesnych,
 - liczby stawów obrzękniętych,
 - zajęcia kręgosłupa (objawy osiowe),
 - zapalenia przyczepów ścięgniowych (*enthesitis*),
 - zmian pozastawowych i narządowych,
- wykonaniu badań laboratoryjnych i ich okresowym powtarzaniu [3, 4]:
 - OB, oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (*C-reactive protein* – CRP),
 - pełna morfologia,
 - czynnik reumatoidalny (*rheumatoid factor* – RF),
 - przeciwciała przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi (ACPA),
 - przeciwciała przeciwjądrowe (ANA),
 - aminotransferazy,
 - mocznik,
 - kreatynina,
 - kwas moczowy,
- wykonaniu badań obrazowych [5, 6]:
 - badania rentgenowskiego (RTG) zajętych stawów (w przypadku zajęcia małych stawów wykonanie badania RTG rąk i stóp),
 - ultrasonografii (USG) zajętych stawów,
 - rezonansu magnetycznego (*magnetic resonance imaging* – MRI) zajętych stawów (szczególnie przy podejrzeniu wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów),
- oznaczeniu obecności antygeny HLA-B27 (w przypadku występowania objawów osiowych lub *enthesitis*),
- biopsji błony maziowej (u chorych z długo utrzymującym się zapaleniem pojedynczego stawu) [7],
- ocenie czynników prognostycznych w kierunku rozwoju przewlekłego zapalenia stawów [8–11]:
 - zapalenie stawów trwające ≥ 6 tygodni,
 - sztywność poranna > 30 min,
 - ograniczenie sprawności fizycznej (w ocenie za pomocą kwestionariusza HAQ),
 - zajęcie małych stawów i/lub kolanowych,
 - zajęcie ≥ 3 stawów,
 - obecność przeciwciał ACPA i/lub RF,
 - obecność nadżerek w badaniu radiologicznym,
- stałym monitorowaniu aktywności choroby ogólnie zalecanymi metodami (w przypadku dominującego

zajęcia stawów obwodowych – DAS, DAS28; w przypadku zajęcia stawów kręgosłupa – BASDAI).

Postępowanie terapeutyczne

W przypadku stwierdzenia przewlekłego (nadżerkowego) zapalenia stawów zaleca się jak najszybsze zastosowanie leków modyfikujących przebieg choroby (zwłaszcza **metotreksatu** w dawkach 25–30 mg tygodniowo) [12–14].

Monitorowanie przebiegu choroby i leczenia

Monitorowanie przebiegu choroby i leczenia powinno obejmować [12]:

- ocenę aktywności choroby co 3 miesiące:
 - liczba stawów bolesnych i obrzękniętych,
 - aktywność choroby w ocenie lekarza i pacjenta [wg skali wizualno-analogowej (*Visual Analogue Scale* – VAS)],
 - OB, CRP,
- ocenę zmian strukturalnych:
 - badanie RTG co 6–12 miesięcy przez pierwsze kilka lat,
- ocenę sprawności fizycznej chorego (np. kwestionariuszem HAQ).

Piśmiennictwo

1. Hazlewood G, Aletaha D, Carmena L, et al. Algorithm for identification of undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: a multinational collaboration through the 3e initiative. *J Rheumatol Suppl* 2011; 87: 54-58.
2. Machado P, Castrejon I, Katchamart W, et al. Multinational evidence-based recommendations on how to investigate and follow-up undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 15-24.
3. Hueber W, Utz PJ, Robinson WH. Autoantibodies in early arthritis: advances in diagnosis and prognostication. *Clin Exp Rheumatol* 2003; 21 (suppl 31): 59-64.
4. Schoels M, Bombardier C, Aletaha D. Diagnostic and prognostic value of antibodies and soluble biomarkers in undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: a systematic review. *J Rheumatol Suppl* 2011; 87: 20-25.
5. Millot F, Clavel G, Etchepare F, et al. Musculoskeletal ultrasonography in healthy subjects and ultrasound criteria for early arthritis (the ESPOIR cohort). *J Rheumatol* 2011; 38: 613-620.
6. Duer-Jensen A, Hørslev-Petersen K, Hetland ML, et al. Bone edema on magnetic resonance imaging is an independent predictor of rheumatoid arthritis development in patients with early undifferentiated arthritis. *Arthritis Rheum* 2011; 63: 2192-2202.
7. Thevissen K, Vercoetere W, Bombardier C, Landewé RB. Diagnostic and prognostic value of synovial biopsy in adult un-

- differentiated peripheral inflammatory arthritis: a systemic review. *J Rheumatol Suppl* 2011; 87: 45-47.
8. Scott DL. The Diagnosis and prognosis of Early Arthritis: Rationale for New Prognostic Criteria. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 286-290.
 9. Schumacher HR Jr, Habre W, Meador R, et al. Predictive factors in early arthritis: long-term follow-up. *Semin Arthritis Rheum* 2004; 33: 264-272.
 10. Saraux A, Berthelot JM, Chalès G, et al. Ability of the American College of Rheumatology 1987 criteria to predict rheumatoid arthritis in patients with early arthritis and classification of these patients two years later. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 2485-2491.
 11. Finckh A. Early inflammatory arthritis versus rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2009; 21: 118-123.
 12. Combe B, Landewe R, Lukas C, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 34-45.
 13. Machold KP, Nell VPK, Stamm TA, et al. Aspects of early arthritis. Traditional DMARD therapy: is it sufficient? *Arthritis Res Ther* 2006; 8: 211.
 14. Van Dongen H, Van Aken J, Lard LR, et al. Efficacy of methotrexate treatment in patients with probable rheumatoid arthritis: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2007; 55: 1424-1432.