

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Osteoarthritis

Piotr Adrian Klimiuk¹, Anna Kuryliszyn-Moskal²

¹Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Słowa kluczowe: choroba zwyrodnieniowa stawów, diagnostyka, leczenie.

Key words: osteoarthritis, diagnosis, management, treatment.

Streszczenie

W pracy przedstawiono definicję schorzenia i rekomendacje dotyczące zasad diagnostyki, w tym badania podmiotowego i przedmiotowego, oraz badań obrazowych w chorobie zwyrodnieniowej stawów. Omówiono również cele i zasady postępowania terapeutycznego w tym najczęstszym schorzeniu reumatologicznym.

Definicja

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS; *morbus degenerativus articularum, osteoarthrosis; osteoarthritis*) to grupa nakładających się różnych schorzeń, które pomimo odmiennych etiologii prowadzą do podobnych efektów biologicznych, morfologicznych i klinicznych. Proces chorobowy dotyczy nie tylko chrząstki stawowej, ale obejmuje cały staw, w tym podchrzęstną warstwę kości, więzadła, torebkę stawową, błonę maziową i mięśnie okołostawowe. Choroba prowadzi do rozmiękania, włóknikowatości, owrzodzeń i ubytku chrząstki stawowej, a także stwardnienia i zagęszczenia podchrzęstnej tkanki kostnej oraz powstawania osteofitów i torbierek podchrzęstnych. Klinicznie ChZS charakteryzuje się bólem stawów, bolesnością uciskową, ograniczeniem ruchomości, trzeszczeniami, występującymi niekiedy wysiękami i różnego stopnia zapaleniem, bez objawów ogólnoustrojowych. Powyższa definicja ChZS została opracowana przez ekspertów *American Academy of Orthopaedic Surgeons; National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; National Institute on*

Summary

In this paper the definition of the disease together with the principles of diagnosis including anamnesis, physical examination and imaging are presented. The goals and principles of medical management of this most common rheumatic disease are also discussed.

Aging; Arthritis Foundation i Orthopaedic Research and Education Foundation.

Diagnostyka

Rozpoznanie ChZS powinno się opierać na dokładnie przeprowadzonym badaniu podmiotowym i przedmiotowym oraz badaniu rentgenowskim (RTG).

Badanie podmiotowe

Do charakterystycznych objawów zgłaszanych przez pacjenta w ChZS należą:

- ból stawu o różnym nasileniu, początkowo występujący jedynie przy ruchu w stawie, a ustępujący w spoczynku; ból jest najsilniejszy podczas pierwszych ruchów po okresie bezruchu („bóle startowe”); w zaawansowanej chorobie ból może być bardzo silny oraz występować także w spoczynku i w nocy,
- krótkotrwała sztywność stawu po okresie bezruchu (< 30 min),
- ograniczenie zakresu ruchów czynnych w stawie,

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Piotr Adrian Klimiuk, Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok, tel. +48 85 746 84 82, e-mail: klimp@umb.edu.pl

- tkliwość stawu,
- „obrzęk” stawu,
- niestabilność stawu,
- trzeszczenia w stawie podczas ruchów,
- zaburzenia chodu.

W przypadku choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego dolegliwości bólowe mogą być odczuwane w obrębie pachwiny, pośladka, uda i kolana. Bóle zwiększają się przy skrajnych ruchach w stawie biodrowym, szczególnie przy rotacji wewnętrznej.

Dolegliwości bólowe w chorobie zwyrodnieniowej stawu kolanowego są zlokalizowane w obrębie tego stawu oraz górnej części podudzia. Gdy dochodzi do zmian zwyrodnieniowych w przedziale rzepkowo-udowym, zazwyczaj bardziej bolesne jest schodzenie ze schodów niż wchodzenie na nie.

Badanie przedmiotowe

Do charakterystycznych odchyłeń od stanu prawidłowego w badaniu fizykalnym należą:

- obecność guzków Heberdena i/lub Boucharda,
- zniekształcenie i poszerzenie obrysów stawu,
- bolesność palpacyjna stawu,
- wysięk w stawie,
- ograniczenie zakresu ruchów czynnych i biernych w stawie,
- trzeszczenia w stawie podczas ruchów,
- zanik mięśni i osłabienie siły mięśniowej,
- niestabilność więzadeł,
- zaburzenia postawy i chodu,
- obecność tzw. torbieli Bakera w dole podkolanowym.

W przypadku choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego ograniczenie ruchomości początkowo dotyczy rotacji wewnętrznej, następnie przeprostu, odwodzenia, zginania, przywodzenia i rotacji zewnętrznej.

Badania obrazowe

Badanie RTG powinno być wykonywane w celu potwierdzenia rozpoznania klinicznego oraz wykluczenia innych przyczyn zgłaszanych dolegliwości. Należy pamiętać, że nieobecność zmian radiologicznych nie wyklucza choroby, jak również wykazanie zmian radiologicznych w obrębie stawu nie stanowi dowodu, że są one jedynym źródłem dolegliwości pacjenta. Obecność zmian zwyrodnieniowych w badaniu RTG bez współistniejących typowych dolegliwości bólowych lub upośledzenia ruchomości stawu nie pozwala na rozpoznanie ChZS.

Charakterystyczne zmiany radiologiczne w ChZS:

- zwężenie szpary stawowej,
- sklerotyzacja podchrzęstna kości,

- geody (torbiele) zwyrodnieniowe z otoczką sklerotyczną,
- osteofity,
- zniekształcenie kostnych obrysów stawu i podwichnięcia – w zaawansowanych przypadkach.

Inne badania obrazowe – rezonans magnetyczny (RM), tomografia komputerowa (TK), ultrasonografia (USG), scyntygrafia izotopowa, artroskopia – powinny być stosowane głównie w celu diagnostyki różnicowej.

Badania laboratoryjne

Ze względu na niezapalny charakter ChZS nie obserwuje się podwyższonych wartości wskaźników procesu zapalnego, takich jak OB czy białko C-reaktywne (*C-reactive protein* – CRP). Jakkolwiek płyn stawowy nie wykazuje cech zapalenia, jego badanie może być uzasadnione w różnicowaniu z innymi chorobami stawów (np. dną moczanową, infekcją stawu).

Różnicowanie

Ustalenie rozpoznania choroby zwyrodnieniowej stawów powinno być poprzedzone wykluczeniem innych schorzeń, które mogą być przyczyną zgłaszanych dolegliwości, takich jak:

- łuszczycowe zapalenie stawów,
- reumatoidalne zapalenie stawów (RZS),
- dna moczanowa,
- zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa,
- reumatyzm tkanek miękkich (np. zespół krętarzowy, zapalenie kaletek maziowych, entezopatia rzepkowych przyczepów mięśnia czworogłowego uda, entezopatia mięśni tworzących „gęsią stopkę”),
- artropatia z odkładaniem soli wapnia,
- zakażenie stawu,
- radikulopatie i neuropatie,
- choroby naczyń,
- nowotwory.

W trakcie diagnostyki powinna być brana pod uwagę możliwość występowania dolegliwości bólowych pochodzących z innego stawu (zmiany w przebiegu ChZS biodra mogą objawiać się np. bólem kolana). Należy także uwzględnić możliwość współistnienia innych schorzeń, w tym i tych, które mogą być przyczyną wtórnej ChZS.

Ocena ciężkości choroby

Oceny stopnia zaawansowania zmian radiologicznych w przebiegu ChZS najczęściej dokonuje się na podstawie pięciostopniowej skali Kellgrena i Lawrence’a.

Leczenie

Cele postępowania terapeutycznego w ChZS obejmują:

- eliminację lub minimalizację czynników ryzyka choroby,
- zmniejszenie dolegliwości bólowych,
- zachowanie lub poprawę funkcji stawu,
- ograniczenie niepełnosprawności.

Zalecenia dotyczące postępowania terapeutycznego w ChZS na podstawie rekomendacji *American College of Rheumatology* (ACR), *European League Against Rheumatism* (EULAR), *Osteoarthritis Research Society International* (OARSI) i standardów diagnostyczno-terapeutycznych Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego (PTR):

1. Choroba zwyrodnieniowa stawów jest schorzeniem interdyscyplinarnym, dlatego wymaga współdziałania reumatologów, rehabilitantów, ortopedów, lekarzy rodzinnych, psychologów, odpowiednio przeszkolonych pielęgniarek i pracowników socjalnych.
2. Przed rozpoczęciem terapii należy wykluczyć inne przyczyny dolegliwości.
3. Leczenie ChZS powinno być zindywidualizowane i uzależnione od czynników ryzyka, przebiegu schorzenia oraz chorób współistniejących.
4. Optymalne postępowanie terapeutyczne w ChZS wymaga łącznego zastosowania leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego.
5. Zasadnicze znaczenie ma – często niedoceniane – leczenie niefarmakologiczne, w tym edukacja chorego i osób z jego najbliższego otoczenia, rehabilitacja (kinezyterapia, fizykoterapia, masaże lecznicze, balneoterapia), zaopatrzenie ortopedyczne w przyrządy i urządzenia ułatwiające samoobsługę, utrzymywanie regularnego kontaktu z pacjentem przez pracowników socjalnych, udział w spotkaniach grup wzajemnej pomocy, postępowanie profilaktyczne i psychoterapia.
6. W przypadku łagodnych dolegliwości bólowych zaleca się leki stosowane zewnętrznie, takie jak niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i kapsaicyna, które są skuteczne oraz obciążone mniejszymi objawami niepożądanymi w porównaniu z preparatami doustnymi.
7. Doustna terapia farmakologiczna dolegliwości bólowych powinna zaczynać się od stosowania paracetamolu, który w przypadku skuteczności jest preferowany do ewentualnego długotrwałego stosowania.
8. W przypadku nieskuteczności paracetamolu mogą być stosowane doustne NLPZ w najniższych skutecznych dawkach i możliwie krótko.
9. W razie zwiększonego ryzyka objawów niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego wskazane jest stosowanie preferencyjnych lub wybiórczych

inhibitorów cyklooksygenazy 2 (COX-2). Alternatywnym postępowaniem jest podawanie klasycznych NLPZ wraz z inhibitorami pompy protonowej lub mi-zoprostolem.

10. Jeżeli leczenie dolegliwości bólowych paracetamolem i NLPZ jest nieskuteczne lub są obecne przeciwwskazania do ich stosowania, zaleca się stosowanie opioidów bez paracetamolu lub łącznie z nim.
11. Dodatkowo mogą być stosowane wolno działające leki objawowe (*symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis* – SYSADOA) – siarczan glukozaminy i chondroityny, diacereina, ekstrakty z awokado i soi, kwas hialuronowy – o sugerowanym działaniu przeciwbólowym i chondroprotektoryjnym.
12. Iniekcje dostawowe glikokortykosteroidów (GKS) są wskazane w przypadku nasilonych dolegliwości bólowych, nieustępujących pomimo dotychczasowego leczenia, szczególnie gdy towarzyszy im obecność wysięku w jamie stawowej.
13. W przypadku uporczywych, nawracających wysięków w obrębie stawu kolanowego można rozważyć synowektomię chemiczną (polidokanol).
14. Niekiedy pomocne mogą okazać się leki miorelaksujące i leki przeciwdepresyjne.
15. Leczenie operacyjne jest najskuteczniejszą metodą terapeutyczną w zaawansowanych zmianach zwyrodnieniowych, przy których pomimo długotrwałego postępowania zachowawczego występują silne dolegliwości bólowe i znacznego stopnia ograniczenie funkcji ruchowych stawu.

Monitorowanie przebiegu choroby i leczenia

Do monitorowania przebiegu choroby i skuteczności leczenia najczęściej jest stosowany kwestionariusz oceny bólu, sztywności i upośledzenia funkcji ruchowych WOMAC (*Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index*). W tym celu wykorzystuje się także kwestionariusz jakości życia SF-36 (*Short Form-36*) i bólowo-czynnościowy Lequesne'a.

Piśmiennictwo

1. Brandt KD, Dieppe P, Radin E. Etiopathogenesis of osteoarthritis. *Med Clin North Am* 2009; 93: 1-24.
2. Klimiuk PA, Kuryliszyn-Moskal A. Choroba zwyrodnieniowa stawów. W: *Reumatologia. Wielka interna*. Puszczewicz M (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2010; 273-290.
3. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis Rheum* 2000; 43: 1905-1915.
4. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, et al.; Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials

- ESCISIT. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 1145-1155.
5. Zhang W, Doherty M, Arden N, et al.; EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 669-681.
 6. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis: report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 377-388.
 7. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. *Osteoarthritis Cartilage* 2007; 15: 981-1000.
 8. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008; 16: 137-162.
 9. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, et al.; ESCISIT. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 8-17.
 10. Zhang W, Doherty M, Peat G, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 483-489.