

Wczesne zapalenia stawów

Early arthritis

Brygida Kwiatkowska

Klinika Wczesnego Zapalenia Stawów, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

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 6–12 tygodni. U ok. 20–60% chorych wczesne zapalenie stawów ma przebieg samoograniczający, a u 13–54% chorych rozwija się reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) [1].

Kryteria klasyfikacyjne

Kryteria klasyfikacyjne wczesnego zapalenia stawów są oparte na ocenie możliwości przejścia wczesnego niesklasyfikowanego zapalenia stawów w postać przewlekłą i rozwinięcie się reumatoidalnego zapalenia stawów, spondyloartropatii czy innych zapalnych chorób reumatycznych.

Postępowanie diagnostyczne

Postępowanie diagnostyczne powinno opierać się na wstępnej kategoryzacji wczesnego zapalenia stawów (tab. I) [2].

Postępowanie diagnostyczne we wczesnych zapaleniach stawów powinno polegać na [3, 4]:

1. Stwierdzeniu badaniem fizykalnym przynajmniej jednego obrzękniętego stawu.
2. Wykluczeniu urazu w zajęтым stawie lub stawach.
3. Wykluczeniu zakażenia w zajęтым stawie lub stawach.
4. Wykonaniu pełnego badania podmiotowego uwzględniającego:
 - dane demograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania),
 - czas trwania objawów stawowych,
 - występowanie objawów osiowych spondyloartropatii,
 - czas trwania sztywności porannej,

- ocenę stanu funkcjonalnego przez chorego (np. przy użyciu kwestionariusza HAQ).

5. Wykonaniu pełnego badania przedmiotowego z oceną:

- liczby stawów bolesnych,
- liczby stawów obrzękniętych,
- nasilenia bólu w ocenie pacjenta (skala wzrokowo-analogowa – VAS, lub numeryczna – NRS),
- występowania zmian osiowych spondyloartropatii,
- zapalenia przyczepów ścięgniętych (*enthesitis*),
- zmian pozastawowych i narządowych.

6. Wykonaniu badań laboratoryjnych i ich okresowe powtarzanie [5, 6]:

- odczyn Biernackiego (OB), białko C-reaktywne (*C-reactive protein* – CRP),
- pełna morfologia,
- czynnik reumatoidalny (RF),
- przeciwciała przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi (*anti-citrullinated protein antibodies* – ACPA),
- przeciwciała przeciwjądrowe (*anti-nuclear antibodies* – ANA),
- aminotransferazy,
- kreatynina,
- kwas moczowy,
- antygen HBs,
- przeciwciała anty-HCV.

7. Wykonaniu badań obrazowych [7–9]:

- badanie radiologiczne (RTG) zajętych stawów (w przypadku zajęcia małych stawów wykonanie RTG rąk i stóp),
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych przy podejrzeniu spondyloartropatii,
- badanie ultrasonograficzne (USG) zajętych stawów i/lub ścięgien zginaczy rąk przy podejrzeniu RZS [7],
- rezonans magnetyczny (*magnetic resonance imaging* – MRI) stawów krzyżowo-biodrowych przy po-

Adres do korespondencji:

Brygida Kwiatkowska, Klinika Wczesnego Zapalenia Stawów, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, e-mail: brygidakwiatkowska@gmail.com

Tabela 1. Wstępna kategoryzacja wczesnego zapalenia stawów

Rozpoznanie wstępne		Wstępna kwalifikacja
reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)		<input type="checkbox"/>
niesklasyfikowane zapalenie stawów (NZS)		<input type="checkbox"/>
nie-RZS	z zapaleniem	
	łuszczycowe zapalenie stawów	<input type="checkbox"/>
	reaktywne zapalenie stawów	<input type="checkbox"/>
	ZZSK	<input type="checkbox"/>
	zapalenie stawów towarzyszące nieswoistym zapalnym chorobom	<input type="checkbox"/>
	jelit	<input type="checkbox"/>
	nieradiograficzna spondyloartropatia	<input type="checkbox"/>
	niezróżnicowana spondyloartropatia	<input type="checkbox"/>
	NZS (nie-RZS)	<input type="checkbox"/>
	choroby tkanki łącznej	<input type="checkbox"/>
	krystalopatie	<input type="checkbox"/>
inne	<input type="checkbox"/>	
bez zapalenia	choroba zwyrodnieniowa	<input type="checkbox"/>
	niezapalna artralgia i inne	<input type="checkbox"/>

dejrzeniu spondyloartropatii (przy wątpliwym lub prawidłowym obrazie RTG stawów krzyżowo-biodrowych badanie MRI może być pierwszym badaniem obrazowym przed wykonaniem RTG w przypadku krótkiego wywiadu chorobowego, młodego wieku chorego, płci męskiej),

- MRI zajętych stawów (szczególnie przy podejrzeniu wczesnego RZS) [10].
8. Oznaczeniu obecności antygeny HLA-B27 (w przypadku występowania objawów osiowych spondyloartropatii i/lub *enthesitis*).
 9. Ocenie czynników prognostycznych w kierunku rozwoju przewlekłego zapalenia stawów [5, 6, 9]:
 - zapalenie stawów trwające ≥ 6 tygodni,
 - sztywność poranna > 30 min,
 - ograniczenie sprawności fizycznej (na podstawie kwestionariusza HAQ, BASDAI – *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*),
 - zajęcie małych stawów i/lub kolanowych,
 - zajęcie ≥ 3 stawów,
 - w przypadku podejrzenia RZS: obecność zmian zapalnych w pochewkach ścięgien zginaczy rąk i ścięgna mięśnia prostownika łokciowego nadgarstka, obecność przeciwciał ACPA i/lub czynnika reumatoidalnego,
 - w przypadku podejrzenia spondyloartropatii osiowej: wysokie wartości OB i CRP, płeć męska, młody wiek chorego, palenie papierosów, stwierdzenie nadżerek w badaniu radiologicznym.
 10. Stałym monitorowaniu aktywności choroby ogólnie zalecanymi metodami (w przypadku przeważającego zajęcia stawów obwodowych – SDAI (uproszczonego wskaźnika aktywności choroby; *Simplified Disease*

Activity Index), CDAI (kliniczny wskaźnik aktywności choroby; *Clinical Disease Activity Index*); w przypadku zajęcia stawów kręgosłupa – BASDAI, ASDAS (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*).

Postępowanie terapeutyczne

Zaleca się jak najszybsze zastosowanie leków modyfikujących przebieg choroby (LMPCh), a w przypadku podejrzenia spondyloartropatii osiowej niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) w zalecanych lub maksymalnych tolerowanych przez pacjenta dawkach. W przypadku stwierdzenia nadżerkowego zapalenia stawów lekiem pierwszego rzutu jest metotreksat – zalecany w dawkach 25–30 mg tygodniowo [11]. Do innych LMPCh zalicza się sulfasalazynę, leflunomid, azatioprynę.

Glikokortykosteroidy (GKS) mogą być stosowane dostawowo jako leczenie uzupełniające, nie ma potwierdzenia szerszymi badaniami celowości podawania ogólnego GKS w przypadku wczesnego niezróżnicowanego zapalenia stawów.

Leczenie niefarmakologiczne wspomagające obejmuje rehabilitację.

Monitorowanie przebiegu choroby i leczenia

Monitorowanie przebiegu choroby i leczenia powinno obejmować:

1. Ocenę aktywności choroby co 3 miesiące:
 - liczba stawów bolesnych i obrzękniętych,
 - aktywność choroby w ocenie lekarza i pacjenta (wg skali VAS),
 - OB, CRP.

2. Ocenę zmian strukturalnych: badanie RTG co 6–12 miesięcy przez pierwsze kilka lat.
3. Ocenę sprawności fizycznej chorego (np. z użyciem kwestionariusza HAQ, BASDAI).

Piśmiennictwo

1. Hazes JM, Luime JJ. The epidemiology of early inflammatory arthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2011; 7: 381-390.
2. Pratt AG, Lorenzi AR, Wilson G, et al. Predicting persistent inflammatory arthritis among early arthritis clinic patients in the UK: is musculoskeletal required? *Arthritis Res Ther* 2013; 15: R118.
3. Hazlewood G, Aletaha D, Carmona L, et al. Algorithm for identification of undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: a multinational collaboration through the 3e initiative. *J Rheumatol* 2011; 38 Suppl 87: 54-58.
4. Machado P, Castrejon I, Katchamart W, et al. Multinational evidence-based recommendations on how to investigate and follow-up undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: integrating systemic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 15-24.
5. Schoels M, Bombardier C, Aletaha D. Diagnostic and prognostic value of antibodies and soluble biomarkers in undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: a systemic review. *J Rheumatol* 2011; Suppl 87: 20-25.
6. 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.
7. Duer-Jensen A, Hørslev-Petersen K, Hetland ML, et al. Bone edema on magnetic resonance imaging is an independent predictor of development of rheumatoid in patients with early undifferentiated arthritis. *Arthritis Rheum* 2011; 63: 2192-2202.
8. Mandl P, Navarro-Compán V, Terslev L, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 1327-1339.
9. Sahbudin I, Pickup L, Cader Z, et al. Ultrasound-defined tenosynovitis is a strong predictor of early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 69-70.
10. Baraliakos X, Braun J. Non-radiographic axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis: what are the similarities and differences? *RMD Open* 2015; 1 (Suppl 1): e000053.
11. 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.