

Omówienie aktualizowanych w latach 2014–2015 rekomendacji EULAR dotyczących oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów oraz inne zapalenia stawów

Overview of the 2014–2015 updated EULAR recommendations, concerning the cardiovascular risk assessment in patients with rheumatoid arthritis and other arthritis types

Piotr Głuszko

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

Aktualizacja [1] jest weryfikacją i uściśleniem rekomendacji EULAR z lat 2009–2010 [2]. Stanowi wynik pracy grupy ekspertów i profesjonalistów zdrowia z udziałem przedstawicieli pacjentów (EULAR Task force).

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) wiąże się z 2-krotnym wzrostem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (*cardiovascular diseases* – CVD), w tym powikłanych zgonem. Reumatoidalne zapalenie stawów uznaje się za niezależny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego.

W przebiegu spondyloartropatii (SpA), takich jak zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) i łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), pojawia się również wysokie ryzyko. W celu oceny tego ryzyka u pacjentów należy uwzględnić poniższe zalecenia.

Zalecenie 1. Reumatoidalne zapalenie stawów (i najprawdopodobniej zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz łuszczycowe zapalenie stawów) jest związane z wyższym ryzykiem sercowo-naczyniowym. Wynika to zarówno z występowania „klasycznych” czynników ryzyka, jak i aktywnego stanu zapalnego.

Komentarz:

U chorych należy uwzględnić zawsze takie czynniki, jak nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, stosunek cholesterolu całkowitego (*total cholesterol* – TCh) do stężeń lipoprotein o dużej gęstości (*high density lipoproteins* – HDL), czyli wskaźnik aterogeny TCh/HDL, itd. Udział mediatorów zapalnych jest istotny, np. duże stężenie białka C-reaktywnego (*C-reactive protein* – CRP), ale nie jest dostatecznie zdefiniowany.

Zalecenie 2. Aktywny proces zapalny jest związany ze wzrostem ryzyka sercowo-naczyniowego. W celu zmniejszenia ryzyka konieczne jest obniżenie aktywności choroby.

Komentarz:

Wiele opracowań wskazuje, że skuteczne leczenie zmniejszające aktywność RZS wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka sercowo-naczyniowego.

Zalecenie 3. U każdego chorego powinno się oceniać ryzyko sercowo-naczyniowe co 5 lat oraz po każdej modyfikacji leczenia.

Komentarz:

Ocena ryzyka co 5 lat wydaje się nieporozumieniem. Przykładowo, ciśnienie tętnicze powinno być mierzone podczas każdej kontroli lekarskiej lub znacznie częściej u osób z rozpoznaniem nadciśnienia. Ocena elektrokardiograficzna (EKG) i ocena gospodarki lipidowej – w zależności od indywidualnych wskazań.

Zalecenie 4. Zaleca się korzystanie z krajowych wytycznych dotyczących oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. W razie ich braku zaleca się korzystanie ze skali SCORE.

Komentarz:

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca stosowanie skali SCORE.

Zalecenie 5. W ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego powinno się korzystać z ilorazu stężeń TCh oraz stężeń HDL. Parametry lipidowe powinny być badane w okresie remisji bądź stabilnej aktywności choroby.

Komentarz:

Ze względu na paradoks lipidowy w RZS powinno się stosować wskaźnik aterogeny TCh/HDL, który nie we wszystkich skalach SCORE jest uwzględniany. Podawane jest często jedynie stężenie cholesterolu całkowitego.

Adres do korespondencji:

Piotr Głuszko, Klinika i Poliklinika Reumatologii, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, e-mail: piotr.gluszko@spartanska.pl

go. Ten wskaźnik może być ewentualnie wystarczający w SpA.

Zalecenie 6. Jeżeli RZS nie jest parametrem uwzględnianym przez kalkulator ryzyka, to po spełnieniu kryteriów EULAR [obecność przeciwciał przeciw cytrulinowanemu peptydom (ACPA) lub czynnika reumatoidalnego (RF), czas trwania choroby ponad 10 lat, występowanie pozastawowych objawów choroby] ostateczny wynik powinien być iloczynem wyniku procentowego ryzyka oraz współczynnika 1,5.

Komentarz:

SCORE nie uwzględnia RZS jako czynnika ryzyka. Należy przyjąć sugestię EULAR jw.

Zalecenie 7. Powinno się korzystać z uznanych przez krajowe towarzystwa kalkulatorów ryzyka. Leczenie statynami oraz leczenie nadciśnienia powinno być zgodne z zaleceniami krajowych towarzystw (kardiologicznych, internistycznych).

Komentarz:

Statyny podawane są głównie w celu normalizacji hipercholesterolemii i/lub dyslipidemii. Statyny zmniejszają ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, a ponadto w układowych chorobach zapalnych, takich jak RZS oraz SpA, może się przejawiać ich plejotropowe działanie. Eksperci wskazują jednak na możliwe, ale do końca niepotwierdzone, interakcje pomiędzy statynami a innymi lekami, np. tocilizumabem [1].

Zalecenie 8. Należy zachować ostrożność, stosując NLPZ u chorych z udokumentowaną chorobą sercowo-naczyniową lub gdy współistnieją czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego.

Komentarz:

Wykazano, że nie tylko selektywne inhibitory cyklooksygenazy 2 (COX-2), ale i nieselektywne NLPZ, np. diklofenak, mogą powodować w populacji ogólnej wzrost ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych. Nie wydaje się jednak, by w RZS NLPZ znacznie nasilały ryzyko sercowo-naczyniowe. W zapalnych chorobach stawów nie rekomenduje się także podawania kwasu acetylosalicylowego w celach kardioprotekcyjnych [1].

Zalecenie 9. W leczeniu przewlekłym powinno się dążyć do jak najniższej dawki glikokortykosteroidów (GKS) oraz do redukcji dawki GKS po osiągnięciu niskiej aktywności choroby. Należy regularnie oceniać wskazania do ich zastosowania.

Zalecenie 10. Rekomendując modyfikację stylu życia, należy skupić się na wdrożeniu zdrowej diety, regularnych ćwiczeniach fizycznych, rzuceniu palenia tytoniu.

Komentarz:

Zalecenia 9 i 10 nie wymagają komentarza.

Zalecenie 11. Prowadząc badania przesiewowe w kierunku wykrycia subklinicznej miażdżycy, można się posłużyć ultrasonografią tętnic szyjnych.

Komentarz:

Eksperci EULAR sugerują tu ocenę grubości wewnętrznej ściany tętnicy (intima/media) i poszukiwanie obecności złogów miażdżycowych. Wydaje się, że jest to zalecenie bardzo praktyczne i logiczne oraz stosunkowo łatwe do wdrożenia, jeśli współpracuje się z doświadczonym w ocenie naczyń krwionośnych ultrasonografistą. Niektórzy eksperci EULAR mają jednak wątpliwości dotyczące tej rekomendacji.

Podsumowanie

Przedstawione rekomendacje kolejny raz wskazują, że RZS jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia groźnych powikłań sercowo-naczyniowych. Najprawdopodobniej podobne ryzyko dotyczy ZZSK i ŁZS. Ze względu na brak walidowanego kalkulatora pozwalającego na ocenę tego ryzyka w RZS, w naszych warunkach należy stosować kalkulator SCORE.

Zalecenia EULAR nie dotyczą oceny ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych w układzie żylnym. Reumatoidalne zapalenia stawów wiąże się także ze zdwojonym ryzykiem takich powikłań i w tym zakresie brakuje rekomendacji szczegółowych. Polskie wytyczne profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, aktualizowane w 2012 r. [3], wskazują jednak, że do czynników ryzyka należą m.in. choroby autoimmunologiczne, długotrwałe unieruchomienie, ucisk na naczynia żyłne. Skala padewska także wymienia ogólnie „choroby reumatyczne” jako jeden z czynników ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej.

Wiele opracowań wskazuje, że prawidłowe, skuteczne leczenie RZS może sprzyjać zmniejszeniu ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych. Ze względu na brak szczegółowych zaleceń dotyczących RZS i innych układowych chorób reumatycznych, z wyjątkiem zaleceń dotyczących zespołu antyfosfolipidowy, należy stosować aktualne wytyczne profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej [3].

Piśmiennictwo

1. Nurmohamed M. EULAR Recommendations for Cardiovascular Risk Management in patients with Rheumatoid Arthritis and other Inflammatory Joint Diseases – 2014/15 Update. EULAR 2015. Ann Rheum Dis 2015. DOI: 10.1136/annrheumdis-2015-eular.6614
2. Peters MJL, Symmonds DPM, McCarey D, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis 2010; 69: 325-331.
3. Zawilska K, Bała M, Frączek M i wsp. Polskie wytyczne profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej – aktualizacja 2012. Medycyna Praktyczna, Wyd. spec. 2012.