

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Osteoarthritis

Piotr Adrian Klimiuk¹, Anna Kuryliszyn-Moska²

¹Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Definicja

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS; *morbus degenerativus articularum, osteoarthrosis, osteoarthritis*) jest wynikiem działania czynników mechanicznych i biologicznych, destabilizujących wzajemnie ze sobą powiązane procesy degradacji i syntezy chrząstki stawowej oraz podchrzęstnej warstwy kości i dotyczy wszystkich tkanek stawu. Choroba prowadzi do rozmiękania, włóknkowatości, owrzodzeń i ubytku chrząstki stawowej, a także stwardnienia i zagęszczenia podchrzęstnej tkanki kostnej oraz powstawania osteofitów i torbieli 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, Musculoskeletal and Skin Diseases; National Institute on Aging; Arthritis Foundation* i *Orthopaedic Research and Education Foundation* [1].

Postępowanie diagnostyczne

Rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej stawów powinno się opierać na dokładnie przeprowadzonych badaniach podmiotowych i przedmiotowych oraz badaniu rentgenowskim [2–12]:

A. Badanie podmiotowe – charakterystyczne objawy zgłaszane przez pacjenta:

- 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 minut),
- ograniczenie zakresu ruchów czynnych w stawie,
- tkliwość stawu,
- obrzęk stawu,
- niestabilność stawu,
- trzeszczenia w stawie podczas ruchów,
- zaburzenia chodu.

B. Badanie przedmiotowe – charakterystyczne odchylenia od stanu prawidłowego:

- 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.

C. Badania obrazowe – charakterystyczne zmiany radiologiczne:

- zwężenie szpary stawowej,
- sklerotyzacja podchrzęstna kości,
- geody (torbiele) zwyrodnieniowe z otoczką sklerotyczną,
- osteofity,
- zniekształcenie kostnych obrysów stawu i podwichnięcia – w zaawansowanych przypadkach.

Badanie rentgenowskie powinno być wykonywane w celu potwierdzenia rozpoznania klinicznego oraz wykluczenia innych przyczyn zgłaszanych dolegliwości. Obecność zmian zwyrodnieniowych w badaniu rentgenowskim bez współistniejących typowych dolegliwości

Adres do korespondencji:

Piotr Adrian Klimiuk, Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok, e-mail: klimp@umb.edu.pl

bólowych lub upośledzenia ruchomości stawu nie pozwala na rozpoznanie ChZS.

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

D. Badania laboratoryjne

Ze względu na niezapalny charakter choroby zwyrodnieniowej stawów nie obserwuje się podwyższonych wartości wskaźników procesu zapalnego.

Leczenie

Zalecenia dotyczące postępowania terapeutycznego w chorobie zwyrodnieniowej stawów na podstawie rekomendacji *American College of Rheumatology (ACR)*, *European League Against Rheumatism (EULAR)*, *Osteoarthritis Research Society International (OARSI)*, *European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)* i Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego (PTR) [1–13]:

- ChZS jest schorzeniem interdyscyplinarnym, dlatego wymaga współdziałania zarówno reumatologów, rehabilitantów, ortopedów, lekarzy rodzinnych, psychologów, jak i odpowiednio przeszkolonych pielęgniarek oraz pracowników socjalnych,
- przed rozpoczęciem leczenia należy wykluczyć inne przyczyny dolegliwości,
- leczenie ChZS powinno być zindywidualizowane i uzależnione od czynników ryzyka, przebiegu schorzenia oraz chorób współistniejących,
- optymalne postępowanie terapeutyczne w chorobie zwyrodnieniowej stawów wymaga łącznego zastosowania leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego,
- zasadnicze znaczenie ma często niedoceniane leczenie niefarmakologiczne, w tym edukacja chorego i osób z jego najbliższego otoczenia, rehabilitacja, zaopatrzenie ortopedyczne oraz w przyrządy i urządzenia ułatwiające samoobsługę, utrzymywanie regularnego kontaktu z pacjentem przez pracowników socjalnych, udział w grupach wzajemnej pomocy, postępowanie profilaktyczne i psychoterapia,
- 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,
- doustna terapia farmakologiczna powinna zaczynać się od paracetamolu lub w przypadku gonartrozy od siarczanu glukozaminy i/lub chondroityny stosowanych na zlecenie lekarza,

- w przypadku nieskuteczności paracetamolu w leczeniu dolegliwości bólowych mogą być stosowane doustne NLPZ w najniższych skutecznych dawkach i możliwie krótko,
- 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 mizoprostolem,
- jeśli leczenie dolegliwości bólowych paracetamolem i NLPZ jest nieskuteczne lub są obecne przeciwwskazania do ich stosowania, zaleca się podawanie opioidów bez lub z paracetamolem,
- w leczeniu mogą być stosowane również inne wolno działające leki objawowe (*symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis* – SYSADOA: diacereina, ekstrakty z awokado i soi, kwas hialuronowy) o sugerowanym działaniu przeciwbólowym i chondroprotektoryjnym,
- iniekcje dostawowe glikokortykosteroidów są wskazane przy nasilonych dolegliwościach bólowych, nieustępujących pomimo dotychczasowego leczenia, zwłaszcza jeśli towarzyszy im obecność wysięku w jamie stawowej,
- w przypadku uporczywych, nawracających wysięków w obrębie stawu kolanowego można rozważyć synowektomię chemiczną lub radioizotopową,
- niekiedy pomocne mogą się okazać leki miorelaksujące i leki przeciwdepresyjne,
- leczenie operacyjne jest najskuteczniejszą metodą terapeutyczną w zaawansowanych zmianach zwyrodnieniowych, przy których pomimo długotrwałego postępowania zachowawczego występują silne dolegliwości bólowe i znacznego stopnia ograniczenie ruchomości stawu.

Piśmiennictwo

1. Brandt KD, Dieppe P, Radin E. Etiopathogenesis of osteoarthritis. *Med Clin N Am* 2009; 93: 1-24.
2. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis Rheum* 2000; 43: 1905-1915.
3. Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: a report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum* 2014; 44: 253-263.
4. Klimiuk PA, Kuryliszyn-Moskal A. Choroba zwyrodnieniowa stawów. W: Reumatologia. Wielka interna. Puszczewicz M (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2010; 273-290.
5. Hochberg MC, Altman RD, April KT, et al. American College of Rheumatology 2012 Recommendations for the use of non-

- pharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res* 2012; 64: 465-474.
6. 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.
 7. 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 (Hoboken)* 2005; 64: 669-681.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
 11. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 8-17.
 12. 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.
 13. Klimiuk PA, Kurylirzyn-Moskal A. Choroba zwyrodnieniowa stawow. *Reumatologia* 2012; 50: 162-165.