

Choroba zwyrodnieniowa stawów – wciąż czekamy na Nagrodę Nobla

Bożena Targońska-Stepniak

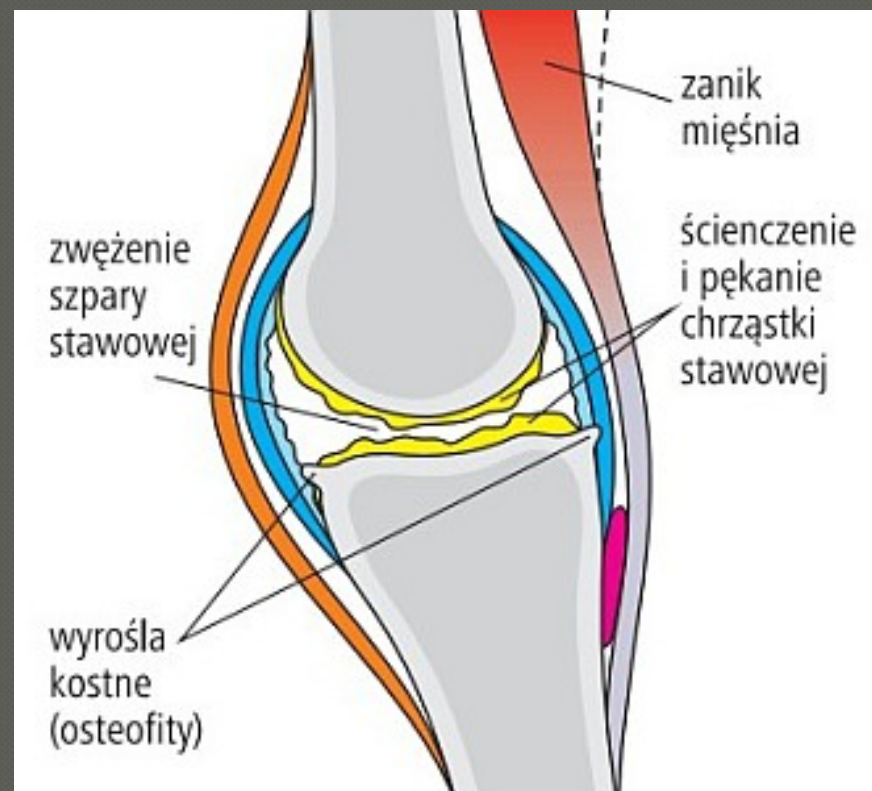
Katedra i Klinika Reumatologii
i Układowych Chorób Tkanki Łącznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie



Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS)

- Najczęstsza choroba stawów i główna przyczyna bólu i inwalidztwa u starszych dorosłych
- Wywołuje ból i sztywność stawów oraz przewlekłą, postępującą niesprawność
- Charakteryzuje się
 - stopniowym ubytkiem chrząstki stawowej
 - tworzeniem osteofitów (wyrośli kostnych)
 - sklerotyzacją podchrzestną kości
 - zmianami w błonie maziowej, strukturach okołostawowych

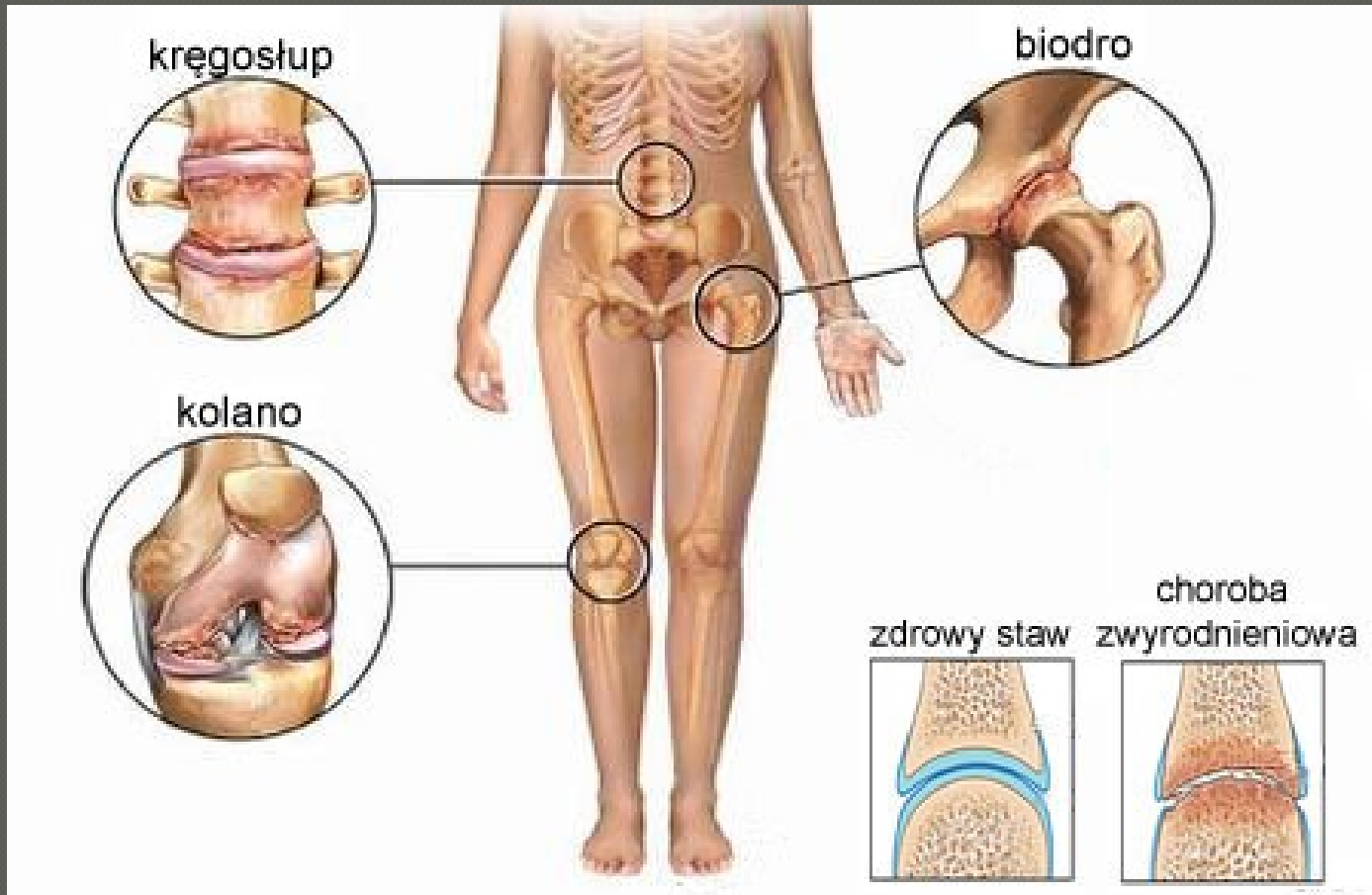
Budowa stawu prawidłowego / zwyrodnieniowego



Objawy ChZS

- Ból nasilający się podczas ruchu, przeciążenia, pod koniec dnia
- Sztywność poranna 5-10 minut (max do 30)
- Ból ustępuje w spoczynku
- Ograniczenie ruchomości stawu
- Trzeszczenia przy ruchach stawu
- Zniekształcenie, poszerzenie obrysów stawu

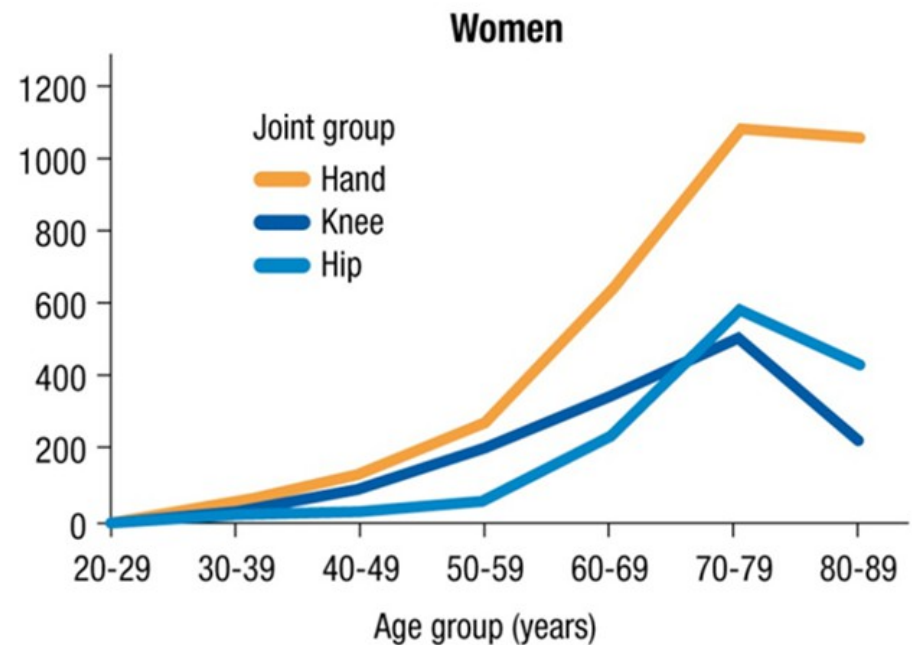
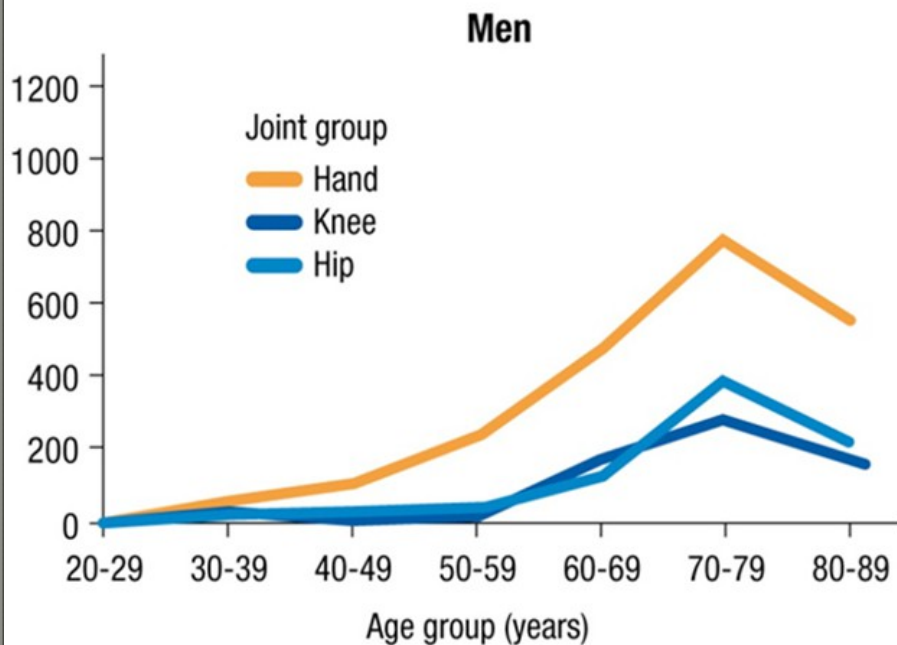
Lokalizacja zmian zwyrodnieniowych



Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS)

- ◉ Najczęściej zajmuje stawy kolanowe biodrowe, kręgosłup, ręce
- ◉ Obecnie dotyczy 1 na 8 osób dorosłych; w USA ok. 34% > 65 r.ż.
- ◉ Częściej u kobiet, zwłaszcza po 50 r.ż.; cięższy przebieg
- ◉ W następnej dekadzie oczekiwane podwojenie liczby chorych

ChZS u mężczyzn i kobiet w różnym wieku



ChZS

Wyróżnia się 2 postaci:

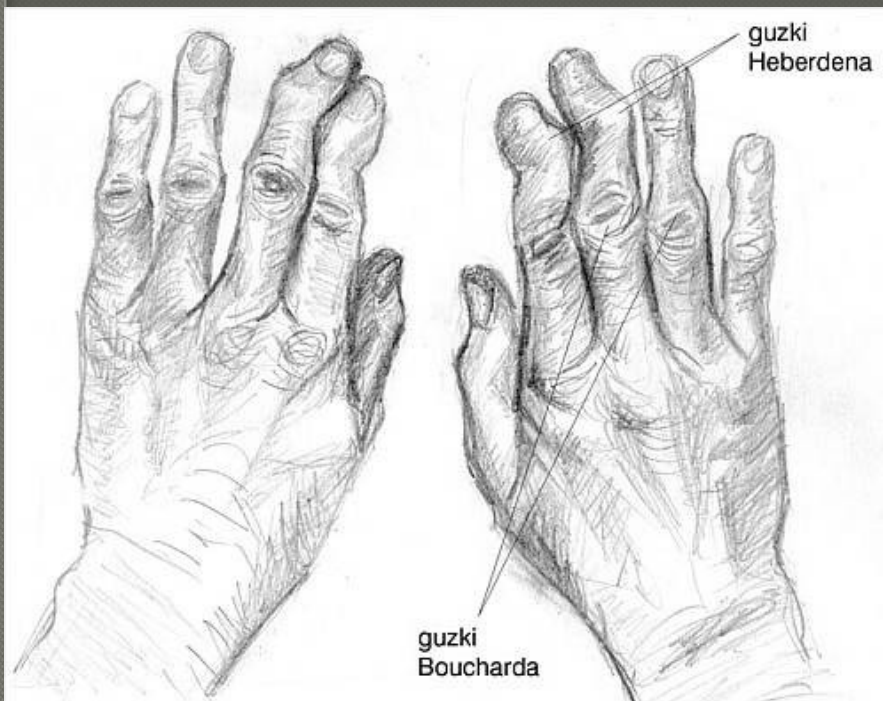
- Pierwotna – o nieznanym przyczynie
- Wtórna – wywołana przez dające się ustalić czynniki

Czynniki ryzyka ChZS

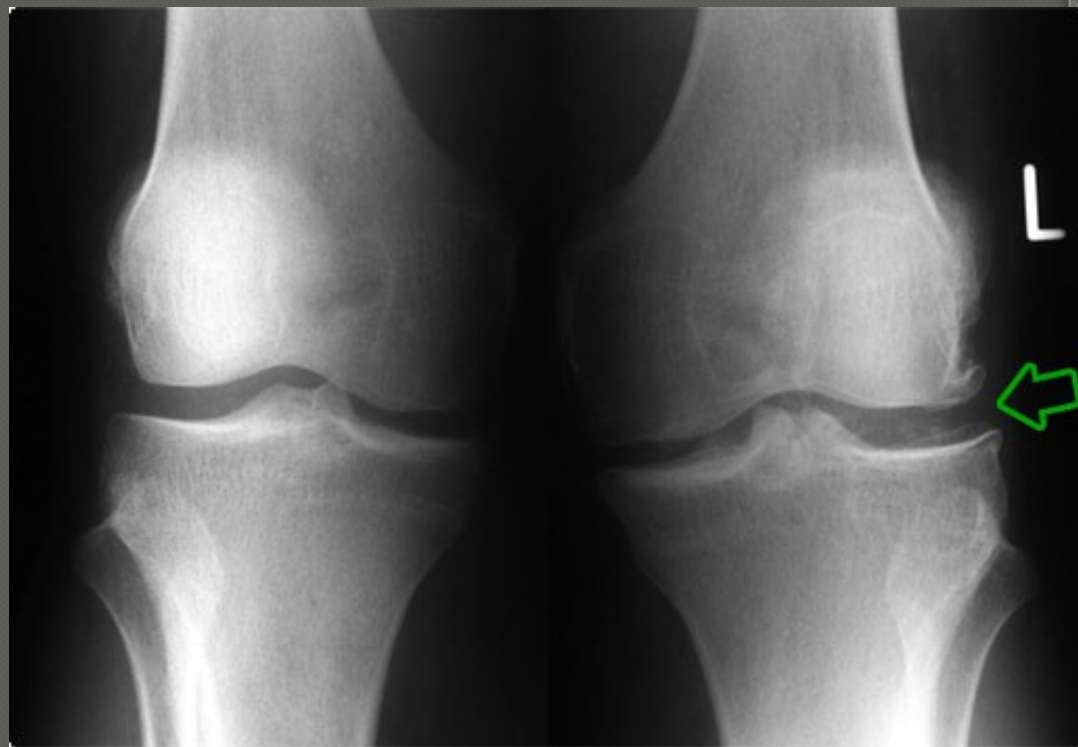
- Wiek (ChZS biodrowego u 9% ludzi > 65 r.ż.)
- Płeć
- Otyłość
- Wcześniejsze urazy, uszkodzenia stawów
- Zapalenia stawów (autoimmunizacyjne, infekcyjne)
- Predyspozycja genetyczna
- Czynniki mechaniczne (zaburzenia rozwojowe, przewlekłe przeciążenia)
- Zaburzenia metaboliczne, endokrynologiczne, neurologiczne

80% ChZS kolan

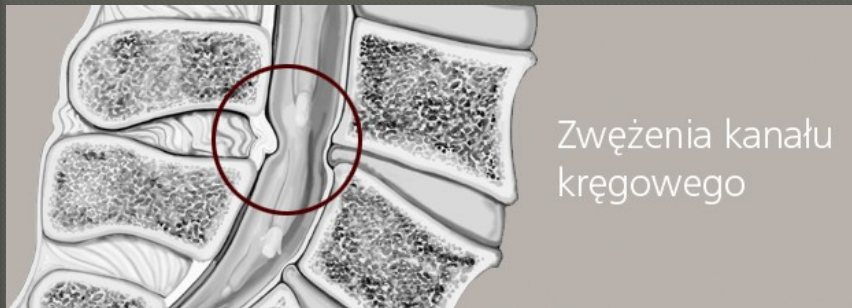
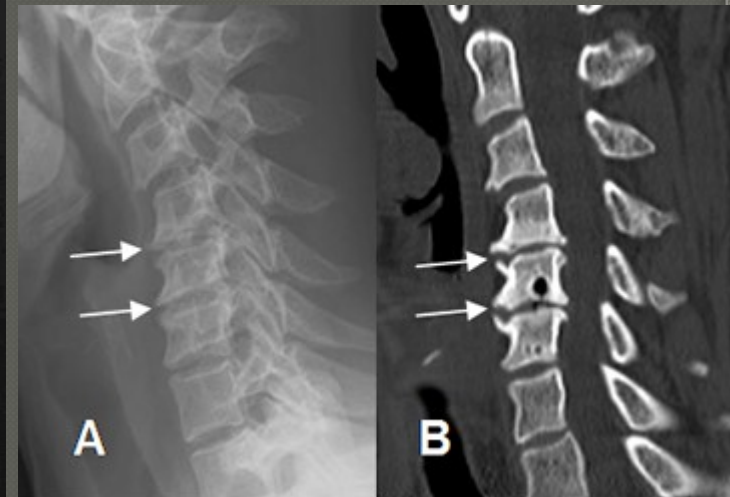
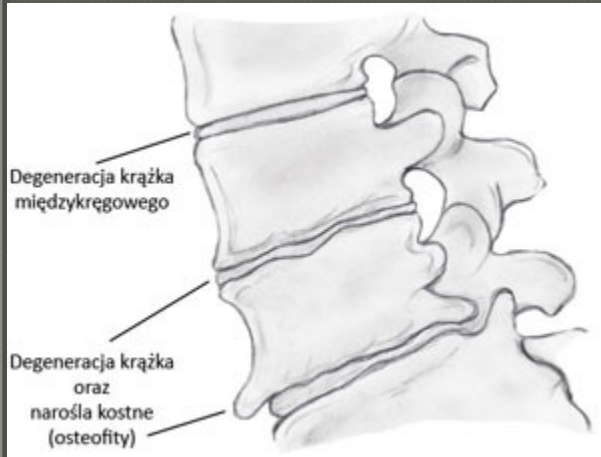
ChZ stawów rąk



ChZ stawów kolanowych



ChZ kręgosłupa



ChZS jako problem w leczeniu

- ◉ Sir William Osler (1849–1919) uznawany za ojca nowoczesnej medycyny: „Kiedy pacjent z chorobą zwyrodnieniową wchodzi frontowymi drzwiami, ja chciałbym uciec tylnymi drzwiami”
- ◉ Studentka (obecnie profesor UM w Lublinie) podczas egzaminu z chorób wewnętrznych: „Leczenie choroby zwyrodnieniowej jest niewdzięczne”

ChZS - dlaczego wciąż czekamy na Nagrodę Nobla?

- choroba przewlekła, postępująca
- narastające dolegliwości bólowe i postępujące ograniczenie funkcji układu ruchu
- chory wraca wielokrotnie z podobnymi/takimi samymi dolegliwościami
- zalecenie zmniejszenia ciężaru ciała trudne do uzyskania
- wcześniejsze uszkodzenia stawów często nieodwracalne
- brak skutecznego leczenia farmakologicznego
- często schorzenia współistniejące, utrudniające terapię

ChZS

- ◉ Zwykle była traktowana jako proces bierny, choroba starzejącej się chrząstki stawowej (zmiany składu, struktury, czynności)
- ◉ Tradycyjne spojrzenie na ChZ jako chorobę chrząstki jest przestarzałe
- ◉ ChZ jest chorobą całego stawu jako narządu = niewydolność stawu
- ◉ Nowa perspektywa: zespół kliniczny „ChZ” dotyczy nie tylko chrząstki, ale integralności wielu otaczających tkanek: błony maziowej, kości, więzadeł, podtrzymujących mięśni i struktur włóknisto-chrzęstnych

Rola zapalenia w ChZ

- ◉ Czynniki mechaniczne (przeciążenia, urazy) decydują o postępie ChZ, ale jest to proces aktywny z brakiem równowagi pomiędzy odnową /destrukcją
- ◉ Zapalenie błony maziowej (synovitis) jest istotnie zaangażowane w proces niszczenia chrząstki i zaostrzenia ChZS, chociaż nie jest warunkiem wstępnym rozwoju ChZ

Synovitis jako cel leczenia ChZ

- ◉ Zapalenie błony maziowej jest istotnym celem terapii
- ◉ **Klasyczne, niecelowane terapie** mogą modulować nasilenie zapalenia znacząco zmniejszając ból i sztywność stawów, zarówno podczas zaostrzeń, jak w fazie przewlekłej choroby:
 - niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)
 - miejscowo podawane **injekcje glukokortykoidów**
- ◉ **Terapie celowane:** rozważane leki biologiczne (np. anty-TNF) lub skierowane przeciwko metaloproteinazom lub bradykininie

Postępowanie w ChZS (1)

EULAR 2003 (kolano)¹ i 2005 (biodro)²

OARSI 2008 (staw biodrowy i kolanowy)³

Zalecenia ogólne

Optymalne leczenie ChZS kolanowego i biodrowego wymagają skojarzenia niefarmakologicznych i farmakologicznych sposobów leczenia.

Leczenie powinno być dostosowane indywidualnie zależnie od:

- Czynników ryzyka uszkodzenia stawów (otyłość, obciążenia mechaniczne, aktywność fizyczna)
- Ogólnych czynników ryzyka (wiek, płeć, choroby współistniejące, leczenie towarzyszące)
- Stopień nasilenia bólu i niewydolności
- Dla stawu kolanowego, objawy zapalenia
- Lokalizacja i stopień uszkodzeń strukturalnych

Metody niefarmakologiczne

Leczenie niefarmakologiczne powinno uwzględniać:

- Edukacja
- Ćwiczenia
- Przyrządy wspomagające (laski, stabilizatory itp)
- Zmniejszenie ciężaru ciała

Chory powinien znać cele leczenia i istotę:

- Zmiany stylu życia
- Ćwiczenia
- Tempa życia
- Redukcji ciężaru ciała
- Innych sposobów aby zmniejszyć uszkodzenie stawów

Postępowanie w ChZS (2)

EULAR 2003 (kolano)¹ i 2005 (biodro)²

OARSI 2008 staw biodrowy i kolanowy³

Metody farmakologiczne

Leki doustne objawowe

Paracetamol (acetaminophen), do 4 g/d:

- doustny lek pierwszego wyboru do leczenia bólu łagodnego/ umiarkowanego
- W razie skuteczności, jest zalecany w długotrwałym leczeniu

- **NLPZ** w jak najmniejszej skutecznej dawce powinny być rozważane u chorych bez odpowiedzi na leczenie paracetamolem

- U chorych ze dużym ryzykiem powikłań z przewodu pokarmowego, powinny być stosowane nieselektywne NLPZ z lekami gastroprotekcyjnymi lub wybiórcze NLPZ

- **Paracetamol** (acetaminophen), do 4 g/d,

- może być skutecznym początkowym lekiem p/bólowym w terapii bólu łagodnego/ umiarkowanego

- W razie braku dobrej odpowiedzi terapeutycznej lub w razie silnego bólu i/lub zapalenia, należy rozważyć alternatywną terapię

- U chorych z objawami ChZS biodrowego lub kolanowego, **NLPZ** powinny być stosowane w najniższej dawce, unikając długotrwałego stosowania, jeśli to możliwe

Postępowanie w ChZS (3)

EULAR 2003 (kolana)¹ i 2005 (biodra)²

OARSI 2008 (biodro i kolano)³

Metody farmakologiczne

Leki doustne objawowe (cd)

- Doustne **opioidy** +/- paracetamol, są użytecznym sposobem leczenia dla chorych z: p/wskazaniami do NLPZ wraz z koksymbami, brakiem efektu po NLPZ i/lub z powodu złej tolerancji
- **Słabe i silne opioidy** mogą być rozważane w leczeniu bólu opornego na, gdy inne środki farmakol. są nieskuteczne lub p/wskazane
- Silne opioidy powinny być stosowane tylko u chorych z bardzo silnym bólem, w szczególnych okolicznościach
- **SYSADOA** (symptomatic slow-acting drugs for OA), mają działanie objawowe i mogą modyfikować strukturę, przy małej toksyczności
- U chorych z ChZS kolanowego, siarczan glukozaminy i/lub chondroityny mogą działać korzystnie objawowo; Brak wyraźnej poprawy w ciągu 6 msc- należy przerwać to leczenie
- U chorych z objawową ChZS kolanowego, **siarczan glukozaminy i/lub chondroityny** mogą mieć efekt modyfikujący strukturę
- U chorych z objawową ChZS biodrowego **diacereina** może mieć efekt modyfikujący strukturę
- Leki do wyboru:
 - **Siarczan glukozaminy**
 - **Siarczan chondroityny**
 - **ASU (niezmydlające się frakcje olejów z awokado i soi)**
 - **Diacereina**
 - **Kwas hialuronowy**

Postępowanie w ChZS (4)

EULAR 2003 (kolano)¹ i 2005 (biodro)²

OARSI 2008 (biodro i kolano)³

Metody farmakologiczne

Miejscowe sposoby leczenia

- W ChZS kolanowego miejscowo stosowane leki (NLPZ, kapsaicyna) wykazują efekt kliniczny i są bezpieczne
- Dostawowe iniekcje z GKS mogą być wskazane w razie zaostrzenia nie odpowiadającego na leczenie p/bólowe i NLPZ
- W ChZS kolanowego NLPZ i kapsaicyna mogą być skuteczne jako uzupełnienie i alternatywnie do doustnych środków p/bólowych/ p/zapalnych
- Dostawowe iniekcje GKS mogą być stosowane i powinny być rozważane szczególnie w razie średniego/silnego bólu nie odpowiadającego dobrze na środki p/bólowe / p/zapalne
- Iniekcje dostawowe hialuronianu mogą być korzystne

Metody chirurgiczne

- U młodych z objawową ChZS biodrowego osteotomia i procedury chroniące staw, szczególnie w razie dysplazji lub deformacji (varus/valgus)
- Protezoplastyka w razie objawów RTG ChZS, z opornym na leczenie bólem i niewydolnością
- Chorzy nie uzyskujący odpowiedniego zmniejszenia bólu i poprawy czynnościowej w wyniku niefarmakologicznego i farmakologicznego leczenia, powinni być rozważani jako kandydaci do protezoplastyki

