

REUMATOLOGIA 2019–2020

– nowe trendy

pod redakcją
Piotra Wilanda

TOM VII

Reumatologia 2019/2020 – nowe trendy

pod redakcją Piotra Wilanda

Reumatologia 2019/2020 – nowe trendy

pod redakcją Piotra Wilanda

© Copyright by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2020

TERMEDIA

Wszystkie prawa zastrzeżone

Żaden z fragmentów tej książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: termedia@termedia.pl
<http://www.termedia.pl>

Termedia Wydawnictwa Medyczne
Poznań 2020
Wydanie I

Skład i łamanie: studio graficzne TERMEDIA

ISBN: 978-83-7988-337-0

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w podręczniku nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autor nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

Zespół autorów

dr hab. n. med. **Bogdan Batko**

Oddział Reumatologii, Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie

dr n. med. **Iwona Chlebicka**

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu

dr n. med. **Arkadiusz Chlebicki**

Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu

dr n. med. **Marta Dura**

Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Szpital Uniwersytecki nr 2

im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

prof. dr hab. n. med. **Sławomir Jeka**

Katedra i Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej,

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy,

Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

dr n. med. **Ewa Morgiel**

Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr n. med. **Marta Madej**

Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

lek. **Beata Maciążek-Chyra**

Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

dr n. med. **Maria Rell-Bakalarska**

Interdyscyplinarna Akademia Medycyny Praktycznej w Warszawie

Specjalistyczne Centrum Reumatologii i Osteoporozy *Rheuma Medicus* w Warszawie

lek. **Katarzyna Sikorska-Siudek**

Mazowieckie Centrum Reumatologii i Osteoporozy w Warszawie

Centrum Kompleksowej Rehabilitacji, Filia nr 7 w Warszawie

lek. **Marta Skoczyńska**

Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr n. med. **Renata Sokolik**

Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr hab. n. med. **Magdalena Szmyrka**

Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr hab. n. med. **Jerzy Świerkot**, prof. nadzw.
Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. **Piotr Wiland**
Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr n. med. **Rafał Wojciechowski**
Klinia Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej, Szpital Uniwersytecki nr 2
im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

dr n. o zdr. **Paweł Żuchowski**
Klinia Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej, Szpital Uniwersytecki nr 2
im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

Spis treści

	Wykaz skrótów	7
I	Wczesne zapalenie stawów – wybrane zagadnienia opublikowane w latach 2018–2019	9
	Marta Dura, Paweł Żuchowski, Rafał Wojciechowski, Sławomir Jeka	
II	Leczenie biologiczne w reumatoidalnym zapaleniu stawów	23
	Jerzy Świerkot, Beata Maciążek-Chyra, Marta Skoczyńska	
III	Stosowanie leków celowanych syntetycznych w reumatoidalnym zapaleniu stawów	47
	Marta Madej, Ewa Morgiel	
IV	Spondyloartropatia zapalna – postać osiowa z uwzględnieniem terapii	63
	Arkadiusz Chlebicki, Iwona Chlebicka	
V	Łuszczycowe zapalenie stawów – nowe możliwości leczenia	73
	Renata Sokolik	
VI	Toczeń rumieniowaty układowy z uwzględnieniem terapii	95
	Magdalena Szmyrka	
VII	Leczenie osteoporozy	109
	Katarzyna Sikorska-Siudek, Maria Rell-Bakalarska	
VIII	Dna moczanowa z uwzględnieniem terapii	121
	Bogdan Batko	

Wykaz skrótów

ABA	– abatacept	GKS	– glikokortykosteroidy
ACPA	– przeciwciała swoiste dla cytrulinowanych peptydów/białek (<i>anti-citrullinated peptide antibodies</i>)	GM-CSF	– czynnik stymulujący tworzenie kolonii granulocytów i makrofagów (<i>granulocyte-macrophage colony-stimulating factor</i>)
ADA	– adalimumab	HAQ	– <i>Health Assessment Questionnaire</i>
ANA	– przeciwciała przeciwnjądrowe (<i>anti-nuclear antibodies</i>)	HDL	– lipoproteiny o dużej gęstości (<i>high density lipoproteins</i>)
ANCA	– przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (<i>anti-neutrophil cytoplasmic antibodies</i>)	HLA	– antygeny zgodności tkankowej (<i>human leukocyte antigens</i>)
APS	– zespół antyfosfolipidowy (<i>antiphospholipid syndrome</i>)	HLA-DR	– cząsteczki DR (klasy II) układu HLA
BARI	– baricitinib	HR	– wskaźnik ryzyka (<i>hazard ratio</i>)
BMD	– gęstość mineralna kości (<i>bone mineral density</i>)	HRCT	– tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (<i>high resolution computed tomography</i>)
BMI	– wskaźnik masy ciała (<i>body mass index</i>)	IFN-β	– interferon β
BTR	– obrót kostny (<i>bone turnover rebound</i>)	IFN-γ	– interferon γ
CDAI	– kliniczny wskaźnik aktywności choroby (<i>Clinical Disease Activity Index</i>)	IL	– interleukina
CPK	– kinaza fosfokreatynowa (<i>creatine phosphokinase</i>)	INF	– infliksimab
CRP	– białko C-reaktywne (<i>C-reactive protein</i>)	LDA	– mała aktywność choroby (<i>low disease activity</i>)
DAS	– współczynnik aktywności choroby (<i>disease activity score</i>)	LDL	– lipoproteiny o małej gęstości (<i>low density lipoproteins</i>)
ETA	– etanercept	LMPCh	– leki modyfikujące przebieg choroby
EUA	– wczesne niezróznicowane zapalenie stawów (<i>early undifferentiated arthritis</i>)	LZSKM	– leki zmniejszające stężenie kwasu moczowego
FDA	– Agencja ds. Żywności i Leków (<i>Food and Drug Administration</i>)	ŁZS	– łuszczycowe zapalenie stawów
FOI	– fluorescencyjne obrazowanie optyczne (<i>fluorescence optical imaging</i>)	MAS	– zespół aktywacji makrofagów (<i>macrophage activation syndrome</i>)
FVC	– natężona pojemność życiowa (<i>forced vital capacity</i>)	MCP	– stawy śródrečno-paliczkowe (<i>metacarpophalangeal</i>)
GFR	– współczynnik przesączania kłębuszkowego (<i>glomerular filtration rate</i>)	MHC	– komórki kompleksu zgodności tkankowej (<i>major histocompatibility complex</i>)
		MRI	– rezonans magnetyczny (<i>magnetic resonance imaging</i>)
		MTP	– staw śródstopno-paliczkowy (<i>metatarsophalangeal</i>)
		MTX	– metotreksat
		NF-κB	– czynnik transkrypcji jądrowej (<i>nuclear factor κB</i>)
		NK	– naturalne komórki cytotoksyczne (<i>natural killers</i>)

PGA	– aktywność choroby w skali VAS wg lekarza	TGF-β	– transformujący czynnik wzrostu β (<i>transforming growth factor β</i>)
RANKL	– ligand aktywatora receptora czynnika jądrowego κB (<i>receptor activator of nuclear factor κB ligand</i>)	Th	– limfocyty T pomocnicze (<i>T helper</i>)
RF	– czynnik reumatoidalny (<i>rheumatoid factor</i>)	TK	– tomografia komputerowa
RTG	– badanie rentgenowskie	TLR	– receptory toll-podobne (<i>toll-like receptors</i>)
RTX	– rituksimab	TNF	– czynnik martwicy nowotworów (<i>tumor necrosis factor</i>)
RZS	– reumatoidalne zapalenie stawów	Treg	– regulatorowe limfocyty T (<i>regulatory T cells</i>)
SDAI	– uproszczony wskaźnik aktywności choroby (<i>Simplified Disease Activity Index</i>)	TRU	– toczeń rumieniowaty układowy
sDFRt	– trwała remisja wolna od leku (<i>sustained drug free remission</i>)	TOFA	– tofacitinib
sICAM1	– rozpuszczalna cząsteczka adhezyjna 1 (<i>soluble intercellular adhesion molecule-1</i>)	UPD	– upadacitinib
T2T	– leczenie ukierunkowane na cel (<i>treat to target</i>)	USG	– badanie ultrasonograficzne
TCZ	– tocilizumab	uveitis	– zapalenie błony naczyniowej oka
		VAS	– wizualna skala analogowa (<i>Visual Analogue Scale</i>)
		WHO	– Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organization</i>)
		WZS	– wczesne zapalenie stawów
		ZZSK	– zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa

Wczesne zapalenie stawów – wybrane zagadnienia opublikowane w latach 2018–2019

Marta Dura, Paweł Żuchowski, Rafał Wojciechowski, Sławomir Jeka

1.1. Wprowadzenie

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą chorobą, która prowadzi do nieodwracalnych zmian destrukcyjnych stawów na skutek utrzymującego się procesu zapalnego w obrębie błony maziowej. W przebiegu choroby występują również objawy pozastawowe, a także choroby współistniejące – są one czynnikiem złego rokowania.

W pierwszych tygodniach trwania RZS, które jest często określane jako wczesne zapalenie stawów (WZS), proces zapalny zwykle występuje tylko w obrębie małych stawów rąk bądź stóp [1]. Szybkie rozpoznanie choroby jest, niestety, w praktyce klinicznej bardzo trudne. Składa się na to wiele czynników, takich jak niewielka swoistość objawów czy ograniczony dostęp do specjalisty. Poza tym obecnie stosowane kryteria klasyfikacyjne ACR/EULAR 2010 nie zawsze pozwalają na wczesne rozpoznanie choroby. Ich czułość w przypadku pacjentów z RZS trwającym poniżej 3 miesięcy jest rzędu 75%, co w efekcie oznacza, że co czwarty chory z WZS pozostaje niezdiagnozowany [2].

We współczesnej medycynie powszechnie używaną strategią leczenia jest tzw. leczenie ukierunkowane na cel (*treat to target* – T2T). Ideą strategii T2T jest jak najszybsze uzyskanie widocznej poprawy u pacjentów. W ramach tej strategii dopuszcza się możliwość modyfikacji leczenia w sytuacji, gdy pierwotna terapia nie przynosi oczekiwanych rezultatów [3].

Zastosowanie strategii T2T w przypadku wielu tzw. chorób cywilizacyjnych, np. nadciśnienia bądź cukrzycy przyczyniło się do widocznej poprawy stanu zdrowia pacjentów [3]. W reumatologii również od dłuższego czasu stosuje się strategię T2T – stanowi ona istotną część obecnie obowiązujących rekomendacji ACR/EULAR [3].

Wczesne ustalenie rozpoznania, jak również stosowanie strategii T2T jest związane z lepszymi rokowaniami dla pacjentów [4]. Współczesne terapie w połączeniu ze strategią T2T umożliwiają bardzo szybkie obniżenie aktywności cho-

roby lub nawet osiągnięcie remisji. Rozpoznanie WZS w pierwszych tygodniach i co za tym idzie – wdrożenie właściwego leczenia umożliwi zatrzymanie procesu powstawania nieodwracalnych zmian destrukcyjnych w obrębie stawów [5].

1.2. Wczesne zapalenie stawów – kiedy rozpocząć terapię lekami modyfikującymi przebieg choroby

W przebiegu naturalnym zapalenia stawów wyróżnia się okres przedkliniczny, w którym mimo braku objawów zapalenia stawów w badaniu reumatologicznym stwierdza się cechy zapalenia stawów w badaniach obrazowych, którym nie rzadko towarzyszą nieprawidłowości w badaniach immunologicznych, takie jak np. obecność czynnika reumatoidalnego (RF) czy przeciwciał przeciwcitrulinowych. Okres ten stanowi w świetle aktualnych doniesień tzw. okno możliwości terapeutycznych (*window of opportunity*) – najlepszy i niepowtarzalny już później czas na rozpoczęcie terapii, której skuteczność może przerastać możliwości leczenia w chwili rozpoznania choroby. Pojawia się zatem pytanie: kiedy rozpocząć terapię lekiem modyfikującym przebieg choroby? Czy w sytuacji, w której pacjent zgłasza jedynie ból, rzadziej ból z obrzękiem stawu, testy immunologiczne potwierdzają obecność RF bądź przeciwciał przeciwcitrulinowych, a badania obrazowe wykazują cechy subklinicznego zapalenia stawów, można włączyć leczenie metotreksatem (MTX)? Odpowiedzi na te pytania wciąż pozostają niejednoznaczne.

Stan wiedzy na rok 2020, dane pozyskiwane z doświadczeń klinicystów, rozwój technik obrazowania, powszechność diagnostyki immunologicznej, a także trwające badania kliniczne na populacji pacjentów z artralgią i dużym ryzykiem rozwoju zapalenia stawów jeszcze nie dały ostatecznej odpowiedzi, czy należy leczyć już w okresie przed rozpoznaniem zapalenia stawów [6]. Pokusa inicjowania terapii przed spełnieniem kryteriów klasyfikacyjnych RZS wynika z wcale nie tak odległej przeszłości, kiedy u pacjentów z niezróżnicowanym zapaleniem stawów, którzy nie spełniali jeszcze kryteriów diagnostycznych RZS według ACR z 1987 r., włączano MTX. Dziś doskonale wiadomo, że zastosowanie leków modyfikujących przebieg choroby (LMPCh) we wczesnym zapaleniu stawów daje spektakularne wyniki w porównaniu z rozpoczęciem leczenia dopiero w momencie spełnienia kryteriów z 1987 r. To właśnie na podstawie wyników badań populacji pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów, u których szybko włączano LMPCh z dobrym efektem klinicznym, w 2010 r. opublikowano obecnie obowiązujące kryteria klasyfikacyjne RZS. Wczesna inicjacja terapii LMPCh stała się jednocześnie wiodącym aspektem zaleceń leczenia ukierunkowanego na cel. Czy analogicznie można zatem zastosować LMPCh niejako w profilaktyce przewlekłego zapalenia stawów u osób z grupy wysokiego ryzyka artropatii zapalnych? Jak wyważyć ryzyko opóźnionego leczenia nad nadmiernym leczeniem (*overtreatment*)? [7]. Wobec braku solidnych dowodów naukowych z badań klinicznych populacji pacjentów z artralgią i wysokim ryzykiem rozwoju artropatii zapalnych decyzję o inicjacji

LMPCh w tzw. okresie przedklinicznym powinno opierać się na opiniach ekspertów, a ci nadal nie zalecają inicjacji terapii LMPCh w sytuacji jedynie ryzyka czy podejrzenia zapalenia stawów [8]. Dylemat ten jednak może uda się rozwiązać już w kolejnej edycji *Trendów w Reumatologii* za sprawą publikacji wyników trwających obecnie obserwacji klinicznych.

1.3. Reumatyzm palindromiczny a wczesne reumatoidalne zapalenie stawów

Reumatyzmem palindromicznym (RP) określa się przemijające napady zapalenia stawów i/lub tkanek okołostawowych bez zmian radiograficznych. W okresach objawowych stwierdza się cechy zapalenia w postaci bólu i obrzęku stawów, sztywności porannej i upośledzenia czynności motorycznej, a zgłaszane dolegliwości ustępują samoistnie lub pod wpływem dostępnych leków przeciwzapalnych. Termin „palindromiczny” pochodzi z greckiego *palin dromein* i oznacza „powracający, powtarzający się”. Posługiwał się nim już Hipokrates dla opisywania stanów chorobowych, które często pojawiały się wielokrotnie u tej samej osoby, np. róża. Po raz pierwszy przemijające i nawracające zapalenie stawów określane jako reumatyzm palindromiczny opisali Hench i Rosenberg w 1944 r. [9]. Od tej pierwszej publikacji ukazało się zaledwie ok. 200 prac, ale autorzy zajmujący się tą tematyką podkreślają często związek pomiędzy reumatyzmem palindromicznym a RZS. Nie ma dostatecznych danych dotyczących zapadalności na reumatyzm palindromiczny. Szacuje się ją na poziomie ok. 3% schorzeń narządu ruchu w praktyce reumatologa, a wielu badaczy określa reumatyzm palindromiczny jako pewnego rodzaju fenotyp zagrożony rozwojem RZS. Analiza danych z wywiadu od pacjentów, u których rozpoznaje się wczesny RZS, potwierdza występowanie u ponad 40% z nich epizodów przemijającego zapalenia stawów (reumatyzm palindromiczny). Wskaźnik progresji RP do RZS szacuje się na 50–67% [10]. W badaniu kanadyjskich reumatologów opublikowanym w grudniu 2019 r. u prawie dwóch trzecich pacjentów, u których rozpoznano wczesne RZS, można było rozpoznać retrospektywnie reumatyzm palindromiczny. Przemijające i nawracające okresy bólu i obrzęku stawów (określane przez pacjentów terminem: „pojawiał się i znikał”), czyli jak w reumatyzmie palindromicznym, zgłosiło 83 pacjentów (54%). W tej grupie dominowały kobiety w wieku ok. 54 lat oraz średnim czasie trwania objawów poprzedzających rozpoznanie RZS wynoszącym 4–5 miesięcy. Co istotne, udało się jeszcze bardziej scharakteryzować tę grupę pacjentów. Przeważały w niej kobiety w średnim wieku, dobrze sytuowane, z zazwyczaj niską aktywnością RZS w momencie diagnozy, seropozytywne, często z współistniejącymi objawami choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawów obwodowych. Konsekwencją powyższych obserwacji powinna być zatem wzmożona czujność diagnostyczna szczególnie w grupie pacjentek uskarżających się na nawracające epizody samoograniczającego się zapalenia stawów w przeszłości.

1.4. Diagnostyka obrazowa

1.4.1. Ultrasonografia

Badania obrazowe, takie jak ultrasonografia (USG) – zarówno w skali szarości (*greyscale* – GS) oraz z opcją power Doppler (PD), jak i obrazowania metodą rezonansu magnetycznego (*magnetic resonance imaging* – MRI) stanowią integralną część oceny pacjenta nie tylko w badaniach klinicznych, lecz także w rutynowej praktyce klinicznej. Z racji dostępności oraz niskiego kosztu wykonania badania to właśnie badanie USG jest uważane za podstawowe badanie obrazowe w praktyce klinicznej.

Niestety, proces włączenia badań obrazowych do kryteriów klasyfikacyjnych ACR/EULAR okazał się w praktyce bardzo trudny. Powołana w 2004 r. grupa EULAR OMERACT Ultrasound Task Force do dziś nie wypracowała spójnych i przejrzystych kryteriów dla badania USG [11, 12].

W 2019 r. wraz z publikacją wyników kolejnych badań naukowych można było zaobserwować zmianę nastawienia niektórych reumatologów, jeśli chodzi o przydatność badania USG w diagnostyce i monitorowaniu RZS. Kluczowe były dwa badania.

Celem badania ARCTIC (*Aiming for Remission in Rheumatoid Arthritis*) była weryfikacja hipotezy, czy włączenie badania USG do algorytmu monitorowania pacjentów z RZS zwiększy szansę na uzyskanie remisji [13]. Do badania włączono 238 pacjentów, którzy zostali losowo podzieleni na dwie grupy. W jednej z nich na wizytach kontrolnych wykonywano badania USG i uwzględniano ich wynik przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Pacjenci w badaniu byli leczeni przez 24 miesiące. W momencie włączenia do badania czas trwania choroby nie mógł być dłuższy niż 2 lata i pacjenci nie mogli wcześniej stosować LMPCh.

Cel badania TaSER (*Targeting ultrasound remission in early rheumatoid arthritis*) był niemalże identyczny [14]. Badacze podjęli próbę oceny czy zastosowanie badania USG u pacjentów z WZS oraz niezróżnicowanym zapaleniem stawów poprawi skuteczności współcześnie stosowanych terapii w połączeniu ze strategią T2T. Do badania włączono pacjentów, u których czas trwania choroby był krótszy niż rok. Do badania włączono w sumie 111 pacjentów, których podobnie jak w badaniu ARCTIC podzielono na dwie grupy. Pacjenci biorący udział w badaniu byli oceniani przez 18 miesięcy.

Część z badaczy zaczęła podważać przydatność badania USG, argumentując to wnioskami płynącymi z analizy wyników powyższych badań [15].

Przed wyciągnięciem wniosków z tych badań należy jednak zadać pytanie, czy obecnie nie doszliśmy do sytuacji, w której badanie USG w praktyce klinicznej zaczęło być nadużywane?

Uwzględniając czas konieczny do wykonania badania w trakcie rutynowej wizyty, konieczne jest zawężenie liczby stawów, które będą podlegać ocenie. Obecnie uważa się, że ocena stawów śródrečno-paliczkowych (MCP) i nad-

garstkowych jest optymalnym rozwiązaniem, gdyż w tych stawach proces zapalny pojawia się stosunkowo często nawet w pierwszych tygodniach trwania choroby [16]. Oczywiście, idealnym rozwiązaniem byłaby również ocena stawów śródstopno-paliczkowych (MTP), w których proces zapalny pojawia się bardzo często w przebiegu WZS.

Niestety, nowe wskaźniki, takie jak uproszczony wskaźnik aktywności choroby (*Simplified Disease Activity Index* – SDAI) czy kliniczny wskaźnik aktywności choroby (*Clinical Disease Activity Index* – CDAI) są używane o wiele rzadziej niż DAS (*Disease Activity Index* – DAS), mimo że w ocenie wielu ekspertów pozwalają na lepsze monitorowanie aktywności choroby [17]. W takiej sytuacji niska korelacja pomiędzy oceną na podstawie DAS a badaniem USG nie powinna być zaskoczeniem. Badanie USG pozwala na wykrycie zapalenia błony maziowej na poziomie subklinicznym, czyli w momencie, w którym w badaniu fizykalnym nie można stwierdzić ani obrzęku, ani bólu w badanym stawie [18]. Występowanie zapalenia błony maziowej na poziomie subklinicznym może przełożyć się na zaostrzenie choroby w perspektywie kolejnych tygodni. W związku z tym, pomimo braku silnej korelacji pomiędzy obydwoma metodami oceny aktywności choroby, wydaje się, że w momencie diagnozowania pacjentów badanie USG może wnieść nowe informacje i przyspieszyć właściwie rozpoznanie choroby.

Zarówno wprowadzenie, jak i weryfikacja przydatności nowej metody diagnostycznej w przypadku RZS nastręcza szereg trudności, które są związane przede wszystkim ze złożonym przebiegiem choroby oraz stosunkowo niską częstotliwością jej występowania w populacji ogólnej. Powoduje to, że wnioski często były wyciągane na podstawie badania niewielkich grup. Również porównanie poszczególnych badań jest niezwykle trudne ze względu na zróżnicowany czas trwania choroby, jak i stosowane leczenie. Z tego względu tak duże znaczenie mają szeroko omawiane w ostatnich latach wyniki badań ARCTIC i TaSER [15, 19, 20].

W obydwu badaniach nie udało się udowodnić przewagi wykorzystania USG w leczeniu pacjentów z WZS (lub nie zróżnicowanym zapaleniem stawów) – uzyskane wyniki nie różniły się od wyników w grupie kontrolnej. Przy agresywnym leczeniu pacjentów z WZS i stosowaniu nowoczesnych leków o potwierdzonej skuteczności możemy mieć do czynienia z sytuacją, w której badanie USG jest po prostu nadużywane. Na tym etapie ocena fizykalna i wyniki badań laboratoryjnych są wystarczające do podejmowania właściwych decyzji terapeutycznych.

Warto pamiętać, że w przebiegu WZS u pacjentów nie występują jeszcze nieodwracalne zmiany destrukcyjne w obrębie stawów, które w przypadku choroby trwającej wiele lat potrafią zaburzyć prawidłową ocenę kliniczną na podstawie wskaźników uwzględniających ból stawów [11]. Na późniejszym etapie choroby ból nie zawsze musi świadczyć o aktywnym procesie zapalnym. W takim wypadku badanie USG pozwala na rozróżnienie pomiędzy bólem związanym ze zmianami destrukcyjnymi a zapaleniem i obrzękiem czy przerostem błony maziowej [11].



REUMATOLOGIA 2019–2020