

Piotr Wiland¹, Eugeniusz J. Kucharz², Anna Kuryliszyn-Moskal³, Agnieszka Mastalerz-Migas⁴, Krzysztof Sudol⁵, Rafał Jabłoński⁵

¹Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Immunologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁴Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁵Pierre Fabre Medicament Polska Sp. z o.o.

Algorytm diagnostyczny choroby zwyrodnieniowej stawów rąk – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawów rąk (ChZSR) wraz z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych, biodrowych i stóp jest powodem częstych wizyt w gabinecie lekarza rodzinnego. Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) jest najczęstszą chorobą układu ruchu i zwykle zajmuje wiele stawów, dlatego zwykle należy ją rozpatrywać kompleksowo. Jeśli u danego chorego rozpoznana zostanie przykładowo ChZSR, należy ocenić, czy nie występują również zmiany zwyrodnieniowe w zakresie innych stawów obwodowych i kręgosłupa. Należy przy tym uwzględnić, że ChZSR u kobiet występuje wcześniej niż choroba zwyrodnieniowa o innej lokalizacji (stawy kolanowe, biodrowe). U niektórych osób może się zacząć już w wieku 40–45 lat, a szczyt jej występowania przypada na 60. rok życia. Po 65. roku życia zapadalność na ChZSR stopniowo się zmniejsza, a następnie ponownie wzrasta po 85. roku życia. To zjawisko nie dotyczy mężczyzn, u których występowanie ChZSR stopniowo rośnie wraz z wiekiem, podobnie jak w przypadku choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych czy biodrowych. U kobiet szczyt zachorowań zbiega się zwykle z okresem menopauzy – w wieku 50–60 lat zajęcie stawów rąk występuje ok. 3–3,5-krotnie czę-

ściej w porównaniu z mężczyznami w tym samym przedziale wiekowym [1].

Celem opracowania jest przedstawienie praktycznych zaleceń dotyczących postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów rąk.

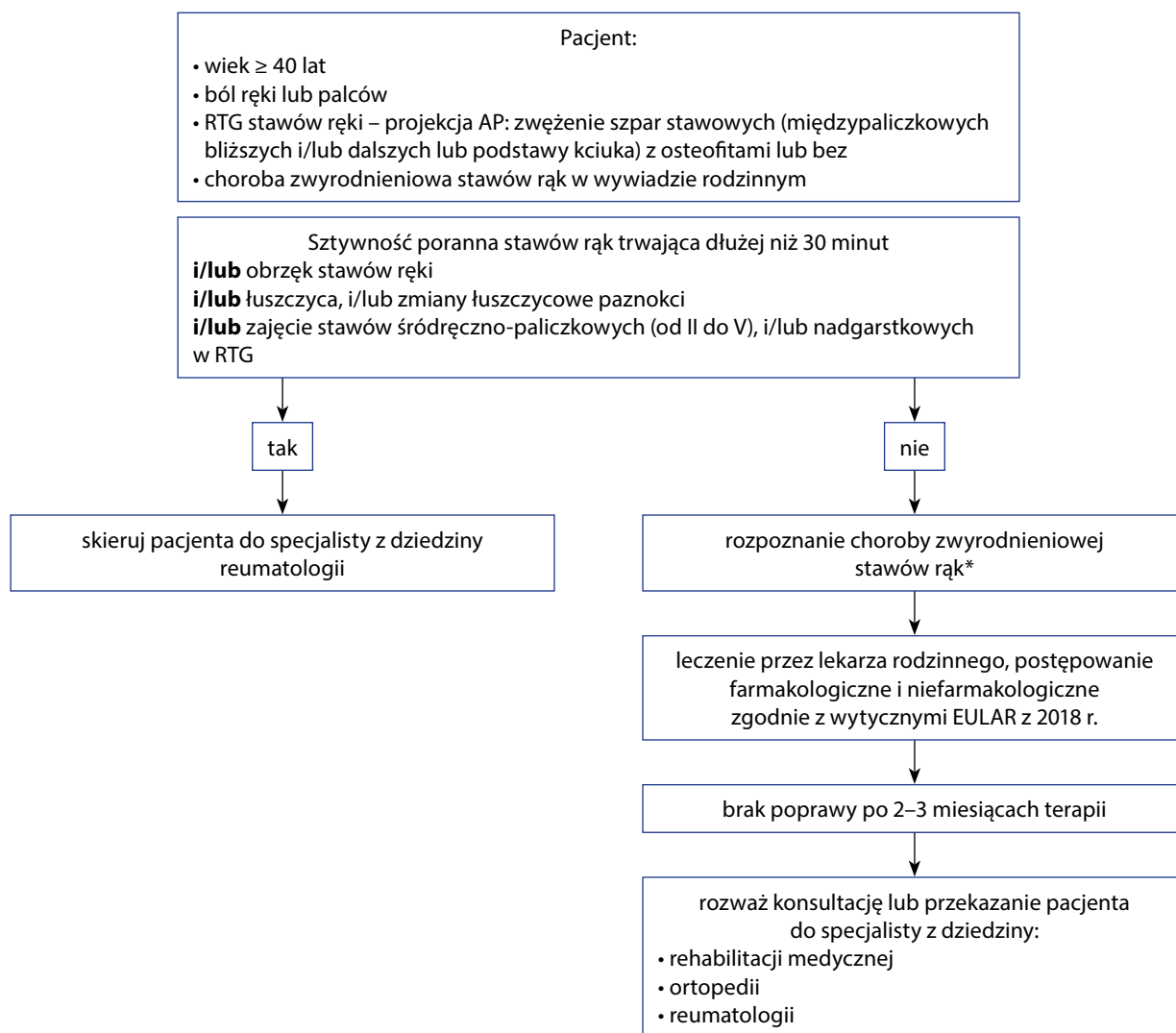
Algorytm diagnostyczny

Na rycinie 1 przedstawiono algorytm postępowania lekarza rodzinnego w sytuacji zgłoszenia się pacjenta z bólem drobnych stawów rąk. Zawarto w nim zarówno zalecenia dotyczące diagnostyki, jak i postępowania terapeutycznego.

W pierwszym etapie postępowania diagnostycznego w kierunku ChZSR należy ustalić, czy algorytm może być zastosowany u badanych osób. Powinny one spełniać następujące trzy warunki wstępne:

- wiek \geq 40 lat,
- ból ręki lub palców,
- stwierdzenie zwężenia szpar stawowych (międzypaliczkowych bliższych i/lub dalszych lub podstawy kciuka) z osteofitami lub bez w RTG stawów rąk w projekcji przednio-tylnej (AP).

Należy pamiętać, że występowanie ChZSR u bliższych krewnych chorego dodatkowo wskazuje na taką diagnozę. W związku z tym należy choremu



* Występowanie guzków Heberdena lub Boucharda zwiększa prawdopodobieństwo rozpoznania.

Rycina 1. Algorytm diagnostyczny choroby zwyrodnieniowej stawów ręki

zadać pytanie, czy podobne zmiany nie pojawiły się u rodziców, szczególnie matki, gdyż tego typu związek dotyczy głównie płci żeńskiej. Negatywny wywiad rodzinny nie rozstrzyga rozpoznania.

Kiedy spełnione są ww. warunki, należy ustalić, czy u pacjenta nie występują następujące sytuacje wskazujące na chorobę stawów o podłożu zapalnym:

- szywność poranna stawów rąk trwająca dłużej niż 30 minut,
- obrzęk w obrębie co najmniej jednego stawu w zakresie stawów nadgarstkowych, śródrečno-paliczkowych lub międzypaliczkowych bliższych,
- zmiany łuszczykowe skóry i/lub paznokci,
- zmiany w badaniu radiologicznym w zakresie stawów śródrečno-paliczkowych (od II do V) i/lub nadgarstkowych określane jako zmiany nadżerkowe czy osteoporoza okołostawowa.

Jeśli u chorego obecny jest jeden z wymienionych objawów podmiotowych lub przedmiotowych,

powinien on zostać skierowany do specjalisty z zakresu reumatologii. Jeśli natomiast nie stwierdza się wymienionych objawów, chory może być prowadzony przez lekarza rodzinnego zgodnie z wytycznymi postępowania farmakologicznego i niefarmakologicznego EULAR z 2018 r. [2]. Przy ustalaniu rozpoznania ChZSR pomocne może być wykazanie guzków Heberdena i/lub Boucharda. Jeżeli u chorego nie stwierdza się poprawy po leczeniu zgodnym z tymi standardami przez okres nie dłuższy niż 2–3 miesiące, należy rozważyć konsultację lub skierowanie do specjalisty z dziedziny rehabilitacji medycznej, a do ortopedy lub reumatologa, jeśli nie osiąga się poprawy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.

Omówienie postępowania diagnostycznego

Zgodnie z rekomendacjami EULAR z 2009 r. w rozpoznawaniu ChZSR nie ma jednego badania, które miałoby rozstrzygający charakter, natomiast

zestawienie wyników badań i danych z wywiadu zwiększa szanse postawienia trafnej diagnozy [3]. Jeśli przykładowo u chorego występują wyłącznie guzki Heberdena, prawdopodobieństwo ustalenia rozpoznania wynosi 20%, natomiast zwiększa się ono do 88%, jeśli dotyczy osoby w wieku > 40 lat z dodatnim wywiadem rodzinnym pod względem obecności guzków oraz stwierdza się zwężenie co najmniej jednego stawu w obrębie rąk.

W diagnostyce różnicowej ChZSR należy uwzględnić w szczególności takie choroby, jak reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i fibromialgia, gdyż w średnim wieku istnieje przewaga występowania wymienionych chorób u kobiet. Z tego powodu płęć żeńska nie ma znaczenia w różnicowaniu tych schorzeń. Wykonanie zdjęcia radiologicznego stawów rąk ma zasadnicze znaczenie dla potwierdzenia rozpoznania i jest pomocne w różnicowaniu z innymi chorobami obejmującymi stawy rąk. W badaniu wieloośrodkowym porównującym chorych z potwierdzoną ChZSR z grupą osób, u których objawy ze strony rąk były wywołane przez inne choroby zapalne i niezapalne, wykazano, że szczególnie rozstrzygające w rozpoznaniu ChZSR jest stwierdzenie obecności osteofitów w stawach międzypaliczkowych dalszych (DIP). Mniej rozstrzygające jest wykazanie podobnych zmian radiologicznych w stawach międzypaliczkowych bliższych, a niewielką wartością różnicującą ma wykazanie zmian radiologicznych w pierwszym stawie nadgarstkowo-śródręcznym [4]. Tkliwość w stawach DIP nie jest tak specyficzna dla ChZSR jak zmiany radiologiczne, ale również jest pomocna przy ustalaniu rozpoznania. We wspomnianym badaniu wieloośrodkowym wykazano dodatni związek z ChZSR z wiekiem i obciążonym wywiadem rodzinnym. Negatywny wpływ miały natomiast takie okoliczności, jak:

- ból, sztywność i obrzęk tkanek miękkich w stawach śródręczno-paliczkowych,
- ból i obecne nadżerki brzeżne w stawach nadgarstkowych,
- dłuższy czas trwania sztywności porannej,
- obecność zwiększonych markerów zapalnych,
- występowanie autooprzeciwciał, np. dodatni czynnik reumatoidalny, przeciwciała antycytrulinowe.

Należy zaznaczyć, że badanie ultrasonograficzne stawów rąk jest najbardziej czułą i specyficzną metodą wykazania osteofitów w porównaniu z rezonansem magnetycznym (RM), konwencjonalnym badaniem radiologicznym czy badaniem przedmiotowym [5]. W badaniu ultrasonograficznym

stwierdzono umiarkowane lub duże osteofity w 408 z 851 stawów międzypaliczkowych, a w badaniu RM w 288 stawach. Niemniej z uwagi na ograniczoną dostępność i konieczność wykonywania tego badania przez doświadczonego badacza jego użyteczność jest ograniczona.

Postępowanie terapeutyczne

Przedstawiono zalecenia dotyczące postępowania terapeutycznego w ChZSR głównie na podstawie zaleceń międzynarodowego komitetu EULAR składającego się z 19 członków, wśród których byli lekarze, profesjonaliści zdrowia oraz chorzy z 10 krajów. Zalecenia zawierają pięć zasad oraz dziesięć rekomendacji. Zasady terapii zostały sformułowane w sposób następujący:

- Pierwotnym celem leczenia jest odpowiednie zmniejszenie objawów, takich jak ból i sztywność, oraz utrzymanie czynności w zakresie rąk, aby polepszyć aktywność chorego, jego uczestniczenie w codziennym życiu oraz jakość życia.
- Wszystkim chorym należy zaoferować odpowiednią wiedzę o naturze i przebiegu ChZSR, jak również przekazać informacje o sposobach radzenia sobie w tej chorobie i dostępnych opcjach leczenia.
- Terapia powinna być zindywidualizowana z uwzględnieniem lokalizacji zmian, ciężkości choroby i chorób współistniejących.
- Leczenie ChZSR powinno być oparte na podejmowaniu wspólnych decyzji przez lekarza i chorego.
- Optymalne leczenie polega na wielodyscyplinarnym podejściu do choroby. Należy rozważać metody nefarmakologiczne, farmakologiczne i chirurgiczne.

Pierwsze trzy z dziesięciu rekomendacji podkreślają różne możliwości postępowania nefarmakologicznego, takie jak edukacja, urządzenia pomocnicze, ćwiczenia dla wzmocnienia siły i czynności mięśni w celu zmniejszenia bólu oraz stosowanie ortez (głównie stawu podstawy kciuka). W rekomendacjach od czwartej do ósmej opisano znaczenie różnych sposobów leczenia, w szczególności farmakologicznego.

Należy preferować leczenie miejscowe względem podawania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) doustnie czy pozajelitowo, przede wszystkim ze względów bezpieczeństwa. Dlatego pierwszym wyborem są NLPZ stosowane zewnętrżnie. Jeśli podajemy leki przeciwbólowe doustnie, szczególnie NLPZ, należy stosować je krótko, w naj-

mniejszych skutecznych dawkach w celu zmniejszenia objawów. Eksperci EULAR podkreślają korzystną rolę siarczanu chondroityny, który może być stosowany u osób z ChZSR dla złagodzenia bólu oraz poprawy czynności stawów rąk. Opinia ta została oparta m.in. na wynikach badań Gabay i wsp. w ChZSR [6]. Opisali oni wyniki 6-miesięcznego, randomizowanego, kontrolowanego placebo badania z udziałem 162 chorych. Siarczan chondroityny podawano w dawce 800 mg doustnie jeden raz dziennie. Wykazano istotne statystycznie zmniejszenie nasilenia bólu rąk, skrócenie czasu trwania sztywności porannej, poprawę funkcji rąk i oceny skuteczności terapii przez badaczy. Częstość występowania objawów niepożądanych była podobna w obu grupach badanych, ale nie było poważnych objawów niepożądanych związanych z lekami. Objawy niepożądane ze strony przewodu pokarmowego mogły wynikać z jednoczesnego stosowania NLPZ.

Standardowo nie jest zalecane podawanie glikokortykosteroidów dostawowo, choć ten sposób leczenia można rozważyć w przypadku bolesnych stawów międzypaliczkowych. W ChZSR nie powinno się podawać klasycznych ani biologicznych leków modyfikujących przebieg choroby tak jak w RZS. Kiedy różne sposoby leczenia ChZSR nie są skuteczne w łagodzeniu bólu, u chorych z uszkodzeniem strukturalnym należy rozważyć postępowanie chirurgiczne. Trzeba również pamiętać o długotrwałej obserwacji chorych, szczególnie jeśli wyrażają taką potrzebę.

Piśmiennictwo

1. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid M i wsp. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 1659-1664.
2. Kloppenburg M, Kroon FP, Blanco FJ i wsp. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2019; 78: 16-24.
3. Zhang W, Doherty M, Leeb BF i wsp. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 8-17.
4. Haugen IK, Felson DT, Abhishek A i wsp. Development of classification criteria for hand osteoarthritis: comparative analyses of persons with and without hand osteoarthritis. *RMD Open* 2020; 6: e001265
5. Mathiessen A, Haugen IK, Siatkowsky-Christensen B i wsp. Ultrasonographic assessment of osteophytes in 127 patients with hand osteoarthritis: exploring reliability and associations with MRI, radiographs and clinical joint findings. *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 51-56.
6. Gabay C, Medinger-Sadowski C, Gascon D i wsp. Symptomatic effects of chondroitin 4 and chondroitin 6 sulfate on hand osteoarthritis. A randomized, double-blind, placebo controlled clinical trial at a single center. *Arthritis Rheum* 2011; 63: 3383-3391.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Piotr Wiland
 Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych
 Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
 ul. Borowska 213
 50-556 Wrocław
 e-mail: pwiland1@gmail.com; sekreum@reum.am.wroc.pl