

Choroba zwyrodnieniowa ciągle wyzwaniem dla lekarza: co nowego w terapii?

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Eugeniuszem Józefem Kucharzem, kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Immunologii Klinicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

„Gabinet Prywatny”: Ile osób w Polsce leczy się z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów?

Prof. Eugeniusz Józef Kucharz: Nie dysponujemy badaniami epidemiologicznymi dotyczącymi występowania choroby zwyrodnieniowej stawów w Polsce, ale możemy przenieść wyniki badań z innych krajów. Mówiąc o epidemiologii należy zaznaczyć, że uwzględniamy tylko przypadki występowania choroby jawnej klinicznie, czyli występowanie zmian radiologicznych świadczących o chorobie, którym nie towarzyszą objawy kliniczne, nie jest uwzględniane w badaniach epidemiologicznych. Częstość występowania choroby zwyrodnieniowej stawów zwiększa się z wiekiem i szacuje się, że omawiana choroba ujawnia się u 8-10% mężczyzn po 60. r.ż. i u 9-13% kobiet w tym wieku. Liczby te sugerują kilka milionów chorych w Polsce, a fakt starzejącego się społeczeństwa będzie jeszcze zwiększał zapadalność na chorobę zwyrodnieniową stawów w najbliższych dekadach.



Fot. Archiwum prywatne Autora

GP: U ilu chorych diagnozuje się chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych?

EJK: Podawane liczby przypadków występowania choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych z różnych krajów są zbliżone do danych ogólnego występowania omawianej choroby, tj. ok. 8% mężczyzn po 60. r.ż. cierpi z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych i odpowiednio 13% kobiet w tej samej grupie wiekowej. Dotyczy to jawnej klinicznie choroby; zmiany radiologiczne występują w grupie o kilka procent większej, lecz u części chorych nie dają żadnych objawów.

GP: Jakie obowiązują obecnie standardy leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych?

EJK: W ostatnich latach ogłoszono kilka rekomendacji leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych opracowanych przez grona ekspertów międzynarodowych. W 2014 r. ukazały się rekomendacje Osteoarthritis Research Society International (OARSI), a w 2016 r. ukazały się zalecenia European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). Nieco wcześniej (2013 r.) ogłoszono rekomendacje terapeutyczne European League Against Rheumatism (EULAR). Istota wszystkich stanowisk ekspertów jest zbliżona i pokazuje, że nasze możliwości terapeutyczne są ograniczone. Nie ma wątpliwości, że zwyrodnienie stawów jest spowodowane wieloma czynnikami i nie jest jednolite u wszystkich chorych. Ujawnia się jako wspólny końcowy etap zmian zachodzących w stawach, będących wynikiem dysproporcji w obciążeniu i wytrzymałości struktur stawowych. Nie możemy choroby tej wyleczyć, ale jestem przekonany, że możemy istotnie pomóc chorym. Ich problemem jest ból i ograniczenia czynności zmienionych stawów. Leczenie polega na łączeniu metod nefarmakologicznych (w tym zmiany stylu życia, zwalczania otyłości, zaprzestania palenia tytoniu, itp.) z metodami farmakologicznymi. Ważne jest, aby pamiętać, że choroba jest nieuleczalna i chory zdany jest na leczenie przez całe życie. W tej sytuacji dużego znaczenia nabiera bezpieczeństwo stosowanych metod terapeutycznych. Zalecenia ESCEO z roku 2016 przedstawiają rekomendowane metody leczenia w układzie etapowym. W pierwszym etapie stosujemy tzw. SYSADOA (*Sympto-*

matic Slow Acting Drugs in Osteoarthritis), czyli wolno działające leki, zmniejszające objawy choroby zwyrodnieniowej stawów. W razie potrzeby podajemy paracetamol jako lek przeciwbólowy. Jeżeli to nie wystarcza, w następnym etapie dodajemy miejscowo stosowane niesteroidowe leki przeciwzapalne. Kolejny etap wprowadzony dla chorych, u których wymienione poprzednio metody etapu pierwszego nie są wystarczające, to doustne (ewentualnie parenteralne) podanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych. W następnych etapach zaleca się zastosowanie wiskosuplementacji i podanie innych niż niesteroidowe leki przeciwzapalne, leków o działaniu przeciwbólowym. Opcją interwencyjną pozostaje operacja wszczęcia endoprotezy.

GP: Na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Klinicznych i Ekonomicznych Aspektów Osteoporozy i Choroby Zwyrodnieniowej Stawów przedstawiono nowe dane dotyczące stosowania krystalicznego siarczanu glukozaminy. Jakże mają one znaczenie terapeutyczne?

EJK: Stosowanie krystalicznej formy glukozaminy jest postępowaniem dobrze udokumentowanym. Lek zmniejsza ból i spowalnia rozwój zmian strukturalnych związanych z chorobą zwyrodnieniową. Podczas ostatniego Kongresu ESCEO ogłoszono nowe wyniki kolejnych badań potwierdzających skuteczność podawania krystalicznej glukozaminy stosowanej jako SYSA-DOA. Wydaje się, że lek ten, obok chondroityny, ma już ugruntowaną pozycję jako lek pierwszego (i dalszych) etapu strategii terapeutycznej zalecanej u chorych na chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych.

GP: Czy aktualnie obowiązujące wytyczne mogą się wkrótce zmienić ze względu na efekty uboczne długotrwałego stosowania paracetamolu w I linii leczenia?

EJK: Jak wspomniałem, w większości zaleceń terapeutycznych już w pierwszym etapie wskazany jest paracetamol stosowany jako lek przeciwbólowy. Ostatnie lata przyniosły kilka badań wskazujących na istotną toksyczność (przede wszystkim hepatotoksyczność) tego leku, a także brakuje danych o jego znaczącej skuteczności przeciwbólowej w omawianej chorobie. W tej sytuacji wydaje się, że aktualna wiedza bardziej sugeruje stosowanie SYSADOA i metod niefarmakologicznych niż przewlekłe podawanie dużych dawek paracetamolu. Należy jednak podkreślić, że lek ten figuruje dalej w zaleceniach terapeutycznych. Podsumowując, trzeba przypomnieć o stałej potrzebie indywidualizacji leczenia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów, o dążeniu do zmniejszenia bólu i zahamowaniu utraty sprawności czynnościowej stawów. Wskazują na to wszystkie rekomendacje, które są zawsze jedynie ogólnymi wskazaniem, niezwalniającymi lekarza z całościowej oceny stanu klinicznego chorego i potrzeby indywidualnej optymalizacji długoterminowej terapii. © 