

Anna Świątek-Baczkowska

Oddział Reumatologii

Szkolenie na temat „Reumatologia 2010/2011- nowe trendy”.

W 2010 roku w najważniejszych pozycjach piśmienniczych ukazało się wiele artykułów poświęconych takim tematom jak: terapia RZS za pomocą klasycznych leków modyfikujących oraz leków biologicznych, leczenie fizjoterapeutyczne chorób reumatycznych, choroby tkanki łącznej wieku rozwojowego, miopatie zapalne, zespół suchości oraz leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów.

Nas pediatrów najbardziej oczywiście interesowały zagadnienia dotyczące chorób tkanki łącznej wieku dziecięcego, a wśród nich rekomendacje ACR leczenia MIZS, kryteria zaostrzenia w toczeniu rumieniowatym układowym, nowe kryteria klasyfikacyjne zapalenia naczyń.

Rekomendacje ACR leczenia MIZS

W ostatnich rekomendacjach ACR zdefiniowano stany małej, umiarkowanej i dużej aktywności MIZS dla poszczególnych typów początku choroby oraz wyszczególniono wskaźniki złej prognozy. W oparciu o wyżej wymienione kryteria zaproponowano algorytm leczenia oraz w zależności od odpowiedzi pacjenta na leczenie modyfikujące przebieg choroby wskazania do zastosowania leków biologicznych.

W ocenie aktywności choroby zastosowano zestaw następujących zmiennych: ilość aktywnych stawów, OB, CRP, ogólną ocenę według lekarza oraz według pacjenta/rodzica.

Wskaźniki złej prognozy u pacjentów z aktywnymi 4 (lub mniej) stawami to obecność co najmniej jednego z wymienionych objawów: zajęcie procesem chorobowym stawu biodrowego lub kręgosłupa szyjnego, zapalenie stawu skokowego i nadgarstkowego oraz znacznie lub długotrwale podwyższone wskaźniki ostrej fazy, pojawienie się nadżerek i zwężenie szpary stawowej w badaniu radiologicznym. Gdy leczenie NLPZ oraz podawanie dostawowe GKS jest leczeniem niewystarczającym, należy rozpocząć leczenie MTX. Kolejnym lekiem jest inhibitor TNF.

Jeżeli od początku choroby aktywny jest staw kolanowy i nadgarstkowy oraz towarzyszy temu wysoki OB i ocena ogólna według lekarza $>7/10$ albo jeżeli nie uzyskano efektu terapeutycznego dostawowej glikokortykoterapii i zajęty jest staw biodrowy oraz ogólna ocena przez lekarza wynosi

4 lub zajęte są oba stawy kolanowe przy wyszczególnionych kryteriach aktywności niezależnie od występowania wskaźników złego rokowania, należy wdrożyć leczenie MTX.

U pacjentów leczonych co najmniej 3 miesiące MTX z dominującym zajęciem stawu kolanowego i nadgarstka oraz obecnością zmian radiologicznych, przy umiarkowanej i dużej aktywności choroby oraz gdy obecne są czynniki złego rokowania, istnieje wskazanie do wdrożenia leczenia inhibitorem TNF. Podobnie, gdy zajęty jest staw kolanowy i skokowy, obecne są wysokie wskaźniki ostrej fazy oraz ocena ogólna wg lekarza >7 wtedy stosowanie inhibitorów TNF jest wskazane niezależnie od czynników złej prognozy.

Czynnikami złej prognozy u pacjentów z zajęтыми 5 (lub więcej) stawami jest, podobnie jak w postaci nielicznostawowej, zajęcie stawu biodrowego i kręgosłupa szyjnego, obecność czynnika reumatoidalnego lub przeciwciał antycytrulinowych oraz wczesne radiologiczne zmiany destrukcyjne. Wystarczy jeden z powyższych objawów, aby mówić o złej prognozie. Leczenie zaczynamy od MTX, w razie przeciwwskazań do jego stosowania bądź działań niepożądanych właściwe jest także rozpoczęcie leczenia leflunomidem. Kolejnym etapem jest leczenie inhibitorem TNF. Gdy po 4 miesiącach nie uzyska się efektu terapeutycznego, istnieje możliwość zmiany na inny inhibitor TNF albo włączenie abadceptu (w planie wprowadzenie leku do programu terapeutycznego od 6rz w 2011 roku)

Odrębnym zagadnieniem jest aktywne zapalenie stawu krzyżowo-biodrowego, w którym wskaźnikiem złej prognozy jest stopień zaawansowania zmian radiologicznych (nadżerki, zwężenie szpary stawowej). Wskazaniem do zastosowania inhibitora TNF jest: 1/ mała aktywność choroby, obecność wskaźnika złej prognozy (tj. zmian radiologicznych) oraz podwyższony OB i ocena ogólna przez lekarza >7 lub 2/ jeżeli po 3 miesiącach leczenia MTX lub Sulfasalazyną stwierdza się dużą aktywność choroby, niezależnie od istnienia zmian radiologicznych lub umiarkowaną aktywność choroby i obecność zmian radiologicznych przy utrzymującym się wysokim OB i całkowitej ocenie lekarza >7 i gdy 3/ pomimo leczenia stwierdza się ograniczenie ruchomości kręgosłupa.

Największe zmiany w leczeniu dotyczą UMIZS. Postać, w której przebiegu obserwuje się dwie heterogenne grupy chorych: układowe zapalenie stawów z objawami uogólnionymi, np. zapalenie błon surowiczych oraz układowe zapalenie stawów z aktywnym zapaleniem stawów. W ocenie aktywności pierwszej postaci wyróżniono dwa poziomy: obecność gorączki i wartość oceny ogólnej lekarza $<7/10$ oraz obecność gorączki i objawów wysokiej aktywności układowej (np. zapalenie błon surowiczych), co skutkuje wartością w ocenie ogólnej według lekarza $>7/10$. wskaźnikiem złej prognozy w tej postaci choroby jest przedłużająca się powyżej 6 miesięcy znaczna aktywność choroby określana obecnością gorączki, podwyższonymi wykładnikami stanu

zapalnego lub koniecznością leczenia GKS. W leczeniu po braku odpowiedzi na NLPZ i systemowo podawane GKS (przez 6 miesięcy) autorzy zaleceń sugerują leczenie anakinrą.

W układowym zapaleniu stawów z aktywnym zapaleniem stawów czynnikami złej prognozy jest obecność zapalenia stawu biodrowego lub zmian radiologicznych w stawach (nadżerki, zwężona szpara stawowa). Wystarczy obecność jednej z tych cech, aby zakwalifikować pacjenta do grupy źle rokujących. Pacjenci z tą postacią choroby powinni być leczeni MTX, a przy obecności 5 aktywnych stawów należy przejść na leczenie inhibitorami TNF lub anakinrą

Dotychczas sposób terapii był uzależniony od typu początku choroby. Rekomendacje ACR 2010 zmieniają sposób podejścia do leczenia MIZS, uzależniając go od aktywności choroby i wskaźników złej prognozy. Ten sposób postępowania umożliwia intensyfikację leczenia, w tym również zastosowanie leczenia biologicznego, niezależnie od typu początku MIZS. Anakinra, która jest wymieniana w rekomendacjach ACR, w Polsce nie jest zarejestrowana.