

O tym, że można być specjalistą medycyny rodzinnej i nie mieć pojęcia o chorobach reumatycznych, z czego wynikają opóźnienia w diagnostyce bólów o charakterze zapalnym, o najczęstszych przyczynach tych bólów oraz o postępowaniu lekarza rodzinnego w sytuacji podejrzenia u pacjenta zapalnego bólu kręgosłupa – mówi **prof. Brygida Kwiatkowska**, kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

Zapalny ból kręgosłupa – lekcja do odrobienia

Kampania „Nie odwracaj się plecami od bólu” jest nową prozdrowotną propozycją edukacyjną dla pacjentów z bólami pleców. Dlaczego budowanie świadomości pacjentów na temat bólu pleców jest tak ważne?

Bóle pleców w populacji ludzi dorosłych występują bardzo często. Istotne jest to, że duża część pacjentów do jakiegokolwiek lekarza zgłasza się ze sporym opóźnieniem – od czterech do ośmiu tygodni, co powoduje wydłużenie czasu, w którym może być postawiona właściwa diagnoza. Bóle pleców mogą być powszechne – wynikające z przeciążenia, z wad postawy, oraz bardzo poważne – zapalne, które są zwiastunem przewlekłej, postępującej choroby reumatycznej. Świadomość społeczna jest swoistego rodzaju budulcem zachowań pacjenta. Wiedząc, że choroba może się pojawić, pacjent szybko reaguje i szybko idzie do lekarza. To pod-

Bóle pleców mogą być powszechne – wynikające z przeciążenia, z wad postawy, oraz bardzo poważne – zapalne, które są zwiastunem przewlekłej, postępującej choroby reumatycznej.

stawa do skrócenia czasu diagnostyki. Bóle tego typu najczęściej występują w populacji ludzi starszych, często dołącza się do nich choroba zwyrodnieniowa. Wówczas są to mechaniczne bóle pleców wynikające z dyskopatii, ze zmian zwyrodnieniowych w pewnym odcinku kręgosłupa czy też z przeciążeń. Jeżeli

natomiast bóle pleców pojawiają się przed 45. rokiem życia i mają charakter zapalny, są to pierwsze objawy chorób nazywanych spondyloartropatiami. Ból zapalny pleców należy do kryteriów diagnostycznych tych schorzeń.

Zadając trzy pytania czy też mając świadomość, na czym polegają różnice między mechanicznym

a zapalnym bólem pleców, można właściwie ukierunkować diagnostykę, aby pacjent jak najszybciej dotarł do reumatologa. Mechaniczne bóle pleców są najczęściej związane ze zmianami zwyrodnieniowymi, dyskopatią, przeciążeniem kręgosłupa. Cechuje je nasilenie w godzinach wieczornych i popołudniowych, czyli wtedy, kiedy wykonywane zajęcia i postawa obciążają kręgosłup. Bóle dyskopatyczne mogą także pojawiać się nagle, np. przy pochyleniu się, by coś sięgnąć, zaścielić łóżko – czyli są związane z konkretną sytuacją. Zapalne bóle pleców pojawiają się



Fot. Piotr Guzik / Forum

w godzinach porannych lub też w drugiej połowie nocy i ustępują po rozruszaniu kręgosłupa, po ćwiczeniach. Wiadomo, że mechaniczne bóle pleców nasilają się podczas ćwiczeń – wtedy jest większe przeciążenie kręgosłupa, ustępują zaś w spoczynku. Przeciwnie jest w przypadku zapalnych bólów pleców, które nasilają się, kiedy odpoczywamy, a zmniejszają, kiedy ćwiczymy. W związku z powyższym, jeśli pacjent sam lub w odpowiedzi na pytania lekarza zgłasza, że ból pojawia się w godzinach porannych lub w drugiej połowie nocy oraz że ustępuje po ćwiczeniach, od razu należy myśleć o zapalnych bólach pleców. Kolejny krok to szybka wizyta u lekarza reumatologa. Brak takiej świadomości powoduje, że bardzo często pacjenci nie trafiają do lekarzy tej specjalności – rozpoznawana jest niewielka dyskopatia, bóle traktowane są jako przeciążeniowe, ponieważ często są to pacjenci ćwiczący na siłowni i uprawiający sporty mogące obciążać kręgosłup. Jeśli nie weźmie się pod uwagę, że może to być zapalny ból pleców, pacjent nie jest kierowany do reumatologa, co powoduje wspomniane wcześniej duże opóźnienia diagnostyczne w tej grupie schorzeń.

Z czego wynikają opóźnienia w diagnostyce bólów o charakterze zapalnym?

Przyczyny opóźnień diagnostycznych w bólach o charakterze zapalnym można rozpatrywać w trzech aspektach. Pierwszym jest świadomość osoby, u której pojawiają się bóle zapalne. Młoda osoba kojarzy choroby reumatyczne ze starszym wiekiem. Gdy ma 19, 20 czy 30 lat – w przypadku zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa choroba może się rozpocząć właśnie w takim wieku, a nawet w dzieciństwie – często ból kręgosłupa zrzuca na zbyt intensywne ćwiczenia podczas uprawiania sportu albo traktuje jak wynik jakiegoś przeciążenia lub urazu. Osoby młode nie pomyślą, że ból może być początkiem przewlekłej, skomplikowanej choroby, która będzie im towarzyszyła do końca życia. Brak takiej świadomości powoduje, że pacjenci albo korzystają z fizykoterapii, albo przyjmują leki na własną rękę. Z badań i publikacji dotyczących innych krajów europejskich wynika, że pacjent decyduje się na pójście do lekarza w momencie, kiedy dolegliwości przeszkadzają mu np. w wykonywaniu pracy zawodowej. Kolejny aspekt to świadomość

lekarzy rodzinnych w zakresie objawów zapalnych chorób reumatycznych. Warto podkreślić, że lekarz po specjalizacji z medycyny rodzinnej może nigdy nie widzieć pacjenta z zapalną chorobą reumatyczną i może nie mieć wiedzy na ten temat. Wynika to chociażby z faktu, że na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym nie ma zajęć z reumatologii, czyli lekarze kończący studia nic na ten temat nie wiedzą, a ci, którzy po studiach decydują się na specjalizację z medycyny rodzinnej, również mogą nie dowiedzieć się nic na temat chorób reumatycznych, bo w ramach tej specjalizacji staż z reumatologii jest fakultatywny, a nie obowiązkowy. Można być specjalistą medycyny rodzinnej i nie mieć pojęcia o chorobach reumatycznych. Należy podkreślić, że lekarz rodzinny nie potrzebuje większych nakładów finansowych, by zlecać badania w tym kierunku, by myśleć i wiedzieć, kiedy pacjenta z zapalnym bólem kręgosłupa należy skierować do reumatologa.

Trzeci aspekt to nieprawidłowe kierowanie pacjenta przez lekarzy rodzinnych do lekarzy innych specjalności. Często też pacjenci z uwagi na objawy sami udają się do fizjoterapeuty, ortopedy czy neurologa. Neurolog w większości przypadków rozpoznaje niewielką dyskopatię, z powodu której pacjent jest leczony przez kilka lub kilkanaście lat. Do ortopedy pacjent trafia sam lub jest kierowany przez lekarza rodzinnego. Bardzo często lekarze tej specjalności nie mają wystarczającej wiedzy, by jak najszybciej skierować chorego do reumatologa. Z tych powodów opóźnienia w diagnostyce chorób o charakterze zapalnym są bardzo duże. Średnio wynoszą nawet kilkanaście lat. Jest to niedopuszczalne i ta sytuacja musi się zmienić. Wiadomo, że w schorzeniach tych istnieje tzw. okno terapeutyczne, tj. moment, kiedy pacjent powinien być zdiagnozowany i kiedy powinno być włączone leczenie. Wczesne podjęcie leczenia bezwzględnie przekłada się na skuteczność terapii oraz na możliwość uzyskania remisji, czyli całkowitego zatrzymania postępu choroby.

Czym różni się ból mechaniczny od bólu zapalnego i na co powinien zwrócić uwagę lekarz rodzinny przy klasyfikacji bólu pleców?

Reumatolodzy dla lekarzy rodzinnych z chęcią przygotowaliby – i w zasadzie mamy gotowy – projekt badań skriningowych, które determinowałyby skierowanie pacjenta w jak najszybszym czasie do reumatologa. W ramach skriningu pacjentowi czekającemu w kolejce do lekarza rodzinnego można by udostępnić kwestionariusz z pytaniami dotyczącymi

podstawowych cech zapalnego bólu kręgosłupa. Przykładowo: czy nasilenie dolegliwości bólowych kręgosłupa jest największe w godzinach porannych lub drugiej połowie nocy, czy pacjent odczuwa naprzemienny ból pośladków, czy dolegliwości zmniejszają się po ćwiczeniach, a nasilają po odpoczynku – odwrotnie niż w przypadku bólu mechanicznego, który nasila się w momencie wykonywania ćwiczeń i obciążania kręgosłupa, a uspokaja się po odpoczynku. Kolejne pytania dotyczą tzw. sztywności porannej, która występuje we wszystkich zapalnych chorobach reumatycznych, a także innych objawów spondyloartropatii: występowania zapalenia błony naczyniowej oka, łuszczycy, zapalnej choroby jelit – choroby Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Cechą charakterystyczną spondyloartropatii osiowych jest zapalny ból kręgosłupa. Lekarz rodzinny po otrzymaniu ankiety wypełnionej przez pacjenta ma gotowe dane dotyczące podejrzania zapalnego bólu kręgosłupa. Może wówczas uzupełnić swoje postępowanie diagnostyczne o wykonanie podstawowych badań – OB, CRP. Aby zróznicować, czy ma do czynienia z czystym mechanicznym bólem kręgosłupa czy bólem zapalnym, może wykonać badanie rentgenowskie miednicy, w którym widoczne będą stawy krzyżowo-biodrowe, ale nie jest to konieczne.

Dlaczego OB i CRP, czyli podstawowe badanie, które nie obciąża finansowo lekarza rodzinnego? Wiadomo, że młody mężczyzna, który zaczyna chorować na spondyloartropatię i ma zapalny ból kręgosłupa oraz wysokie OB i CRP, ma gorsze rokowanie. Tacy pacjenci lepiej reagują na leczenie, ale przebieg choroby będzie u nich poważniejszy i szybszy. Należy natychmiast kierować ich do reumatologa i podejmować leczenie. Proces diagnostyczny nie jest trudny, podstawę rozpoznania stanowi wywiad. Wydaje mi się, że lekarze rodzinni powinni mieć takie narzędzie do dyspozycji, a pacjenci powinni być świadomi, kiedy należy się obawiać początków choroby zapalnej, takiej jak spondyloartropatia.

Jakie jest zalecane postępowanie w przypadku zaklasyfikowania przez lekarza rodzinnego bólu pleców pacjenta do kategorii bólu o charakterze zapalnym?

W sytuacji podejrzania zapalnego bólu kręgosłupa lekarz rodzinny powinien skierować pacjenta do reumatologa, ale może też od razu włączyć właściwe leczenie. Podstawą leczenia w początkowym okresie jest zastosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych w maksymalnych lub tolero-

wanych przez pacjenta dawkach. Należy uzmysłowić pacjentowi, że nie jest to leczenie objawowe, przeciwbólowe. Udowodniono, że niesteroidowe leki przeciwzapalne hamują postęp choroby, a więc należą *de facto* do tzw. leków modyfikujących przebieg choroby. U części pacjentów mogą doprowadzić do całkowitego zatrzymania procesu chorobowego. Wiadomo również, że kiedy konieczne jest zastosowanie leków biologicznych i niesteroidowe leki przeciwzapalne są dołączone do takiego leczenia, zwiększają skuteczność leków biologicznych. Kandydatami do zastosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych w skutecznych, czyli największych, dawkach są wszyscy pacjenci, szczególnie osoby ze wskaźnikami prognostycznymi, tj. młodzi mężczyźni, palący papierosy, z wysokim OB i CRP. Pacjenci ci na pewno w większym procencie zareagują na niesteroidowe leki przeciwzapalne i nastąpi u nich zahamowanie szybko postępującej choroby o złym rokowaniu. Lekarze rodzinni bardzo często nie zlecają żadnych leków, myśląc, iż są to leki bardzo specjalistyczne, które powinien włączyć reumatolog. A pacjent, który ma szybko włączone właściwe leczenie, które i tak byłoby zalecone przez reumatologa, nie traci czasu, oczekując na wizytę u tego specjalisty. Już jest odpowiednio leczony. Jeżeli okaże się, że zapalny ból kręgosłupa był bólem mechanicznym, a objawy nie były charakterystyczne, to nie będzie błędu, ponieważ leki te stosuje się także w mechanicznym bólu kręgosłupa.

Jak leczony jest pacjent na etapie opieki specjalistycznej – przez reumatologa?

Lekarz reumatolog, który przejmuje opiekę nad pacjentem, musi

Można być specjalistą medycyny rodzinnej i nie mieć pojęcia o chorobach reumatycznych. Należy podkreślić, że lekarz rodzinny nie potrzebuje większych nakładów finansowych, by zlecić badania w tym kierunku, by myśleć i wiedzieć, kiedy pacjenta z zapalnym bólem kręgosłupa należy skierować do reumatologa.

potwierdzić wstępne rozpoznanie zapalnego bólu kręgosłupa. Powinien opierać się na opracowanych standardach i metodach klasyfikacji tych schorzeń. Obowiązują nas kryteria ASAS, które zalecają m.in. bardzo wczesne diagnozowanie choroby. Bezwzględnie należy wykonać dwa badania. Pierwszym jest oznaczenie antygenu HLA B27. To antygen zgodności tkankowej, który znacznie częściej występuje w spondyloartropatiach niż w populacji ludzi zdrowych. Natomiast w sytuacji, kiedy w badaniach radiologicznych stawów krzyżowo-biodrowych nie widać zmian, a czas choroby jest bardzo krótki, zaleca się wykonanie rezonansu magnetycznego stawów krzyżowo-biodrowych. Bardzo często utrudnione rozpoznanie lub opóźnienie rozpoznania przez reumatologa zwią-

zane jest z niewykonywaniem rezonansu magnetycznego. Badania te są dosyć drogie, zdarza się, że ośrodek przeprowadzający diagnostykę nie ma możliwości ich wykonania, w wyniku czego pacjenci, którzy mogliby mieć ustalone rozpoznanie, pozostają bez diagnozy.

Badania radiologiczne wykazują zmiany w stawach krzyżowo-biodrowych w późnym okresie. Często jest tak, że mamy tzw. rozpoznanie nieradiograficznej spondyloartropatii, tzn. widzimy

zmiany zapalne w stawach krzyżowo-biodrowych tylko w rezonansie magnetycznym, a w badaniu radiologicznym zmiany pojawiają się po 15–20 latach lub później. Tyle może trwać opóźnienie diagnostyczne, jeśli lekarz nie zdecyduje się na wykonanie tego badania. Wspomniane dwie metody diagnostyczne należy bezwzględnie wykorzystać. Pozostałe badania są proste i praktycznie niczym się nie różnią od tych, które można przeprowadzić w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Ważna jest dobra współpraca z placówką wykonującą rezonans magnetyczny i odpowiednio przeszkoleni lekarze radiolodzy, którzy wiedzą, jak oceniać zmiany zapalne w rezonansie magnetycznym w stawach przybiodrowych oraz na co należy zwrócić uwagę. Został opracowany wspólny konsensus lekarzy radiologów i reumatologów dotyczący postępowania w diagnostyce spondyloartropatii zapalnych. Dla radiologów przygotowujemy także warsztaty, które umożliwiają wyszkolenie w tej dziedzinie.

Rozmawiała Kamilla Gębska