

Anna Kuryliszyn-Moskal¹, Eugeniusz J. Kucharz², Piotr Wiland³, Agnieszka Mastalerz-Migas⁴, Krzysztof Sudol⁵, Rafał Jabłoński⁵

¹Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

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

³Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁴Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

Algorytm diagnostyczny choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych

Wprowadzenie

Choroba zwyrodnieniowa stawów (łac. *morbus degenerativus articularum, osteoarthritis*; ang. *osteoarthritis* – OA) jest dynamicznym procesem patologicznym będącym wynikiem zaburzenia równowagi między procesami degradacji i syntezy chrząstki stawowej oraz podchrzęstnej warstwy kości, obejmującym wszystkie tkanki stawu. Choroba prowadzi do zmian patologicznych i w konsekwencji do ubytku chrząstki stawowej, zagęszczenia tkanki podchrzęstnej, rozwoju osteofitów i torbielek podchrzęstnych. W 2012 r. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) uznała OA za najczęstszą przyczynę niepełnosprawności u osób dorosłych powyżej 60. roku życia, co wobec stałego zwiększania się populacji osób starszych stanowi istotny problem nie tylko zdrowotny, lecz także socjalny i ekonomiczny [1].

Kliniczne objawy OA wiążą się przede wszystkim z bolesnością stawów, narastającą przy zmianie pozycji ciała, sztywnością, a w konsekwencji ograniczeniem ruchomości i niestabilnością, co prowadzi do niepełnosprawności, a nawet depresji wynikającej z niemożności pełnienia dotychczasowych ról w najbliższym otoczeniu i społeczeństwie.

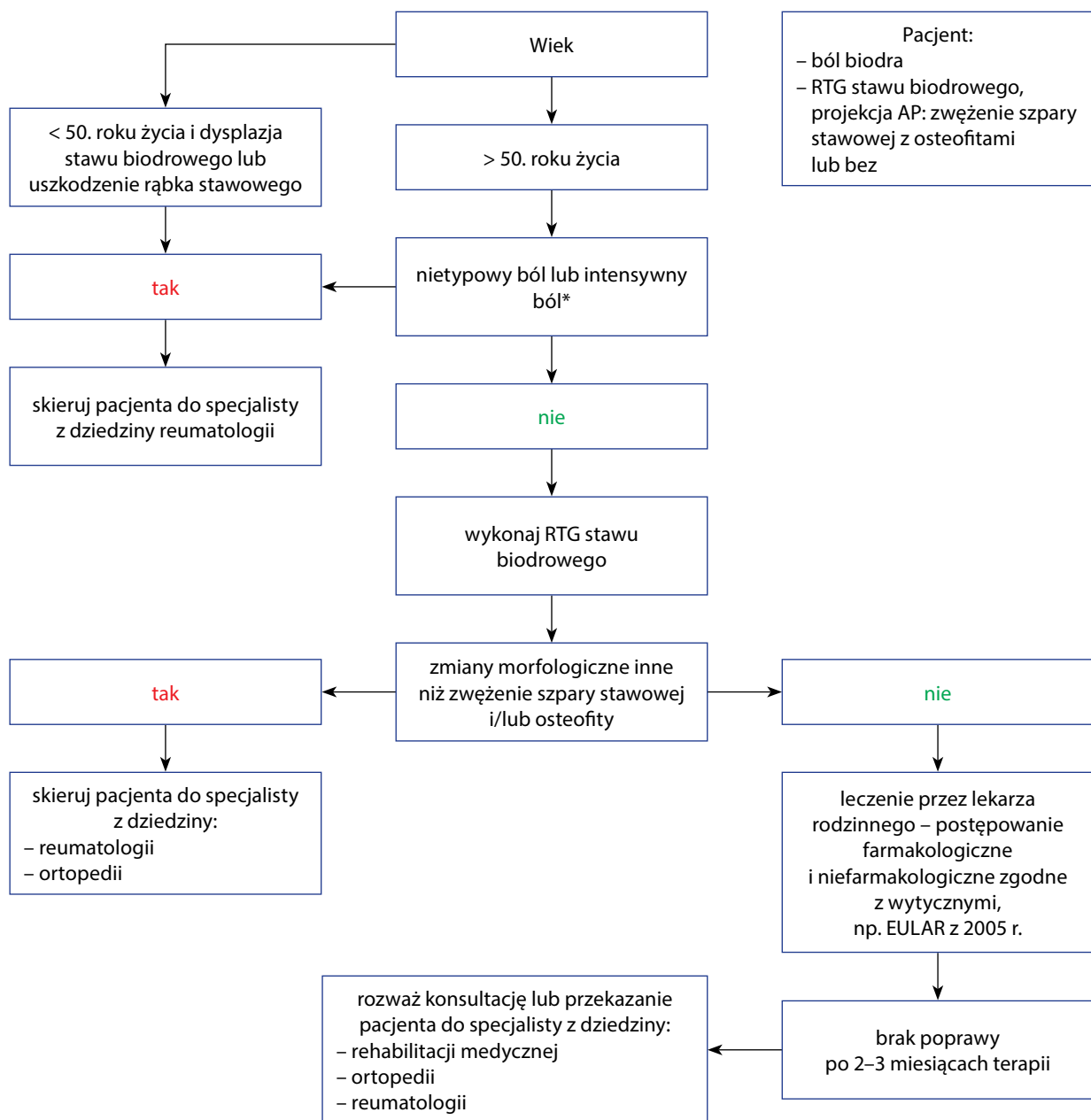
Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego, obok OA stawu kolanowego, należy do najczęstszych lo-

kalizacji, będących dominującą przyczyną zaburzeń poruszania się pacjentów zgłaszających się do gabinetów lekarzy rodzinnych. Mimo wielu wspólnych objawów klinicznych postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne wymaga uwzględnienia szeregu aspektów, między innymi lokalizacji zmian chorobowych. Tematem opracowania jest prezentacja praktycznych zaleceń dotyczących postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego.

Algorytm diagnostyczny

W celu usystematyzowania dotychczasowej wiedzy na temat zasad postępowania lekarza rodzinnego w sytuacji zgłoszenia się pacjenta z bólem stawu biodrowego przedstawiono algorytm postępowania obejmujący diagnostykę, a także zalecenia dotyczące terapii (ryc. 1).

W pierwszym etapie postępowania niezbędne jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu w celu wyłonienia chorych z bólem biodra oraz współistniejącymi zmianami w badaniu radiologicznym (RTG) stawu biodrowego, widocznymi w projekcji przednio-tylnej, takimi jak zwężenie szpary stawowej z obecnością osteofitów lub bez nich. Badanie RTG powinno zostać wykonane w celu potwierdzenia rozpoznania klinicznego, a także wykluczenia



*Ból ≥ 7 (intensywny ból) w skali 1–10 i/lub ból utrzymujący się dłużej niż 10 dni z tendencją do nieustępowania w spoczynku

Rycina 1. Algorytm diagnostyczny choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego

innych przyczyn dolegliwości zgłaszanych przez chorego [2]. Jednocześnie należy pamiętać, że obecność zmian zwyrodnieniowych jedynie w badaniu RTG bez współistniejących typowych dolegliwości bólowych lub upośledzenia ruchomości stawu nie pozwala na rozpoznanie OA [2].

Dalsze postępowanie zależy od wieku pacjenta oraz stwierdzanych dolegliwości i zmian strukturalnych. W przypadku chorych poniżej 50. roku życia, u których występują zmiany w zakresie architektury stawu (dysplazja lub uszkodzenie obrąbka stawowego), a także powyżej 50. roku życia, u których ból jest nietypowy lub intensywny, tj. o intensywności ≥ 7 w skali 1–10, i/lub utrzymuje się dłużej niż 10 dni, z tendencją do nieustępowania w spoczynku,

należy zasięgnąć opinii reumatologa. Skierowania na konsultację do specjalisty z zakresu reumatologii lub ortopedii wymagają również chorzy powyżej 50. roku życia niezgłaszający nietypowego lub intensywnego bólu, lecz u których w badaniu RTG stwierdza się obecność zmian morfologicznych innych niż zwężenie szpary stawowej i/lub osteofity. Należą do nich mikrołamania w obrębie warstwy podchrzęstnej kości będące przyczyną bólów nocnych.

Jeżeli dane z wywiadu i badania fizykalnego nie wskazują na inną przyczynę bólu biodra niż OA (należy uwzględnić szczególnie spondyloartropatie zapalne z zajęciem dużego stawu obwodowego, np. zeszywniające zapalenie stawów

kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów), nie ma konieczności przeprowadzania wnikliwej diagnostyki laboratoryjnej. Należy pamiętać o chorobach metabolicznych często towarzyszących OA, takich jak otyłość, cukrzyca czy niedoczynność tarczycy, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia OA, a nawet pogarszać jej przebieg [3].

Jeżeli u chorego powyżej 50. roku życia nie występują opisane wyżej sytuacje, które wymagają konsultacji specjalistycznych, lekarz rodzinny powinien rozpocząć leczenie, łącząc postępowanie nefarmakologiczne i farmakologiczne. Jednocześnie należy pamiętać, że brak poprawy po okresie 2–3 miesięcy leczenia stanowi podstawę do przeprowadzenia konsultacji specjalistycznych, a nawet rozważenia możliwości przekazania chorego do dalszej terapii pod kontrolą specjalisty z dziedziny rehabilitacji medycznej, reumatologii lub ortopedii.

Postępowanie terapeutyczne

Przedstawiono zalecenia dotyczące postępowania terapeutycznego w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego oparte na rekomendacjach American College of Rheumatology (ACR), European League Against Rheumatism (EULAR), Osteoarthritis Research Society International (OARSI), European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) z uwzględnieniem cech wspólnych oraz różnic między poszczególnymi wytycznymi [4–7].

Według wszystkich zaleceń przed rozpoczęciem leczenia należy zawsze wykluczyć inne przyczyny zgłaszanych dolegliwości. Leczenie OA powinno być zindywidualizowane oraz uzależnione od czynników ryzyka, takich jak: wiek, płeć, wielochorobowość, otyłość, oddziaływanie zewnętrznych czynników mechanicznych, codzienna aktywność fizyczna czy też dysplazja stawu. Kolejne dane, które należy wziąć pod uwagę przy ustalaniu planu terapeutycznego, to stopień nasilenia bólu, upośledzenie sprawności, a także lokalizacja i stopień zaawansowania zmian strukturalnych [8]. Duże znaczenie mają także informacje na temat chorób współistniejących i stosowanej aktualnie terapii. Kolejnym istotnym elementem przy ustalaniu postępowania terapeutycznego jest wiedza na temat życzeń oraz oczekiwań i potrzeb pacjenta.

We wszystkich rekomendacjach zaleca się łączenie postępowania nefarmakologicznego i farmakologicznego [4, 5, 7]. Szczególne znaczenie przy-

pisuje się edukacji pacjenta i jego najbliższego otoczenia, obejmującej przekazanie informacji dotyczących celu i zasad leczenia oraz przekonanie chorego o konieczności zmiany stylu życia i dotychczasowych nawyków żywieniowych, jak też codziennych zachowań zdrowotnych. Istotną rolę odgrywa normalizacja masy ciała, a także wprowadzenie regularnych ćwiczeń pod kontrolą fizjoterapeuty [7].

Należy podkreślić, że leczenie nefarmakologiczne obejmujące rehabilitację, zaopatrzenie ortopedyczne oraz w przyrządy i urządzenia ułatwiające samoobsługę, a także stanowiące cenną kompensację zewnętrzną pojawiających się niejednokrotnie zaburzeń w zakresie wzorca chodu, postawy czy utrzymania równowagi jest często niedoceniane lub też wdrażane zbyt późno. Ważne są także regularny kontakt z pacjentem profesjonalistów medycznych i pracowników socjalnych, uczestnictwo chorych w grupach wzajemnej pomocy, postępowanie profilaktyczne i psychoterapia. Powyższe zalecenia znalazły odzwierciedlenie w rekomendacjach ACR z 2019 r. [4].

W odniesieniu do stawu biodrowego nie przeprowadzono badań, które pozwoliłyby na rekomendację miejscowego stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) lub kapsaicyny, w odróżnieniu od pozostałych lokalizacji OA [4].

W przypadku dolegliwości bólowych zaleca się doustne stosowanie NLPZ w najniższych skutecznych dawkach i możliwie jak najkrócej [4]. Jest to silne zalecenie w rekomendacjach ACR [4] oraz warunkowe w rekomendacjach OARSI, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów bez chorób współistniejących i/lub z depresją [7]. Istotną rolę w doborze leku odgrywa indywidualna ocena czynników ryzyka oraz monitorowanie chorych [4, 7].

W sytuacji zwiększonego ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego zaleca się stosowanie preferencyjnych lub wybiórczych inhibitorów cyklooksigenazy-2 (COX-2). Alternatywnym postępowaniem jest podawanie klasycznych NLPZ z inhibitorami pompy protonowej [7].

W rekomendacjach ACR podkreśla się, że stosowanie paracetamolu powinno być ograniczone do sytuacji, w których występuje nietolerancja NLPZ lub przeciwwskazania do ich stosowania. Ze względu na hepatotoksyczność dawka paracetamolu nie powinna przekraczać 3 mg/dobę w dawkach podzielonych. Zaleca się również, aby leczenie trwało możliwie jak najkrócej [4].

Ponadto w rekomendacjach ACR warunkowo przy leczeniu przewlekłego bólu proponowane jest stosowanie duloksetyny w monoterapii lub łącznie z NLPZ [4]. W leczeniu bólu przewlekłego u pacjentów z przeciwwskazaniami do NLPZ zaleca się warunkowo stosowanie tramadolu [4]. Nie jest natomiast rekomendowane stosowanie innych opioidów, co zostało zakwalifikowane jako warunkowa, negatywna rekomendacja [4].

Do pozytywnych rekomendacji ACR w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego należą także dostawowe iniekcje glikokortykosteroidów, zwłaszcza pod kontrolą ultrasonograficzną (USG) (silne zalecenie) [4].

Negatywne rekomendacje ACR w terapii choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego dotyczą warunkowo stosowania kolchicyny, suplementów zawierających olej rybi oraz witaminę D. Silna negatywna rekomendacja odnosi się natomiast do stosowania bisfosfonianów, hydroksychlorochiny, metotreksatu, glukozaminy oraz siarczanu chondroityny, a także produktów zawierających łącznie glukozaminę i siarczan chondroityny, z zaznaczeniem, że siarczan chondroityny jest rekomendowany w chorobie zwyrodnieniowej stawów rąk [4]. Negatywna rekomendacja ACR wynika z faktu, że zarówno glukozamina, jak i siarczan chondroityny w krajach, w których prowadzono badania (USA, Kanada), są dostępne wyłącznie jako suplementy, niepodlegające kontroli w zakresie składu, procesu produkcji i profilu bezpieczeństwa. Zostało to także zaznaczone w komentarzu do zaleceń ACR [4]. Z tego wynika także silna rekomendacja stosowania siarczanu chondroityny i krystalicznego siarczanu glukozaminy jako leków dostępnych wyłącznie na receptę, z koniecznością odróżnienia ich od suplementów, zawarta w zaleceniach dotyczących leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego [9].

W odróżnieniu od rekomendacji amerykańskich w zaleceniach EULAR dotyczących terapii choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego znalazł się siarczan chondroityny, należący do grupy wolno działających leków objawowych (*symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis* – SYSADOA) o działaniu przeciwbólowym i chondroprotektynym [5]. Jednocześnie autorzy tych rekomendacji podkreślają brak satysfakcjonującej skuteczności w odniesieniu do pozostałych leków z grupy SYSADOA, takich jak: glukozamina (jako suplement), diacereina, ekstrakty z awokado i soi oraz kwas hialuronowy stosowany dostawowo [5].

Podsumowanie

Różnice między zaleceniami zawartymi w rekomendacjach europejskich i amerykańskich wynikają z faktu, że te ostatnie opierają się na badaniach, w których oceniano działanie preparatów glukozaminy i siarczanu chondroityny, często stosowanych łącznie, będących suplementami, zawierającymi także zanieczyszczenia innymi związkami, które nie podlegają kontroli w zakresie procesu produkcji oraz składu i są dostępne bez recepty. Rekomendacje europejskie natomiast dotyczą leków dostępnych wyłącznie na zalecenie lekarza, które podlegają wystandaryzowanemu procesowi produkcji i spełniają wymagania dotyczące profilu jakości i bezpieczeństwa oraz posiadają certyfikaty zgodności z farmakopeą [5].

W zaawansowanych zmianach zwyrodnieniowych, przy których pomimo systematycznego i długotrwałego leczenia zachowawczego utrzymują się silne dolegliwości bólowe i znacznego stopnia ograniczenie ruchomości stawu, zalecana jest konsultacja ortopedyczna i podjęcie decyzji dotyczącej leczenia chirurgicznego, które stanowi końcowy etap postępowania terapeutycznego.

W rekomendacjach OARSI podkreśla się, że zasady dobrej praktyki klinicznej wymagają indywidualizacji postępowania, a jednocześnie wielodyscyplinarnego programu leczenia [7].

Realizacja tego programu wymaga współpracy specjalistów z wielu dziedzin: reumatologów, rehabilitantów, ortopedów, lekarzy rodzinnych, psychologów, a także odpowiednio przeszkolonych pielęgniarek i pracowników socjalnych. Należy także pamiętać o konieczności stałej, wieloletniej współpracy z pacjentem, który powinien realizować program terapeutyczny, zmienić swój styl życia i nawyki żywieniowe, a niejednokrotnie nawet stanowisko pracy. Jedynie holistyczne podejście do terapii OA, bez względu na jej lokalizację, poprzedzone wcześniejszą diagnostyką, oceną czynników ryzyka progresji, obecności chorób towarzyszących oraz odpowiednio wczesne wdrożenie leczenia i modyfikacja postępowania w zależności od dynamiki procesu chorobowego mogą się przyczynić do zapewnienia choremu właściwej jakości życia oraz oddalenia lub nawet uniknięcia konieczności postępowania chirurgicznego.

Piśmiennictwo

1. Wittenauer R, Smith L, Aden K. Update on 2004 Background paper, BP 6.12 OA. W: Priority medicines for Europe and the world-2013 update. Kaplan W, Wirtz VJ,

- Mentel-Teeuwisse A, Stolk P, Duthey B, Laing R (red.). World Health Organization, Geneva 2013.
2. Klimiuk PA, Kuryliszyn-Moskal A. Choroba zwyrodnieniowa stawów – aktualne zalecenia dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. W: Przegląd aktualnych rekomendacji EULAR/ACR w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w chorobach reumatycznych. Głuszko P, Stanisławska-Biernat E (red.). Forum Media Polska, Poznań 2019; 177-182.
 3. Klimiuk PA, Kuryliszyn-Moskal A. Choroba zwyrodnieniowa stawów. W: Reumatologia. Wielka interna. Puszczewicz M (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2010; 273-290.
 4. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC i wsp. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res* 2020; 72: 149-162.
 5. Zhang W, Doherty M, Arden N i wsp. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis (Hoboken)* 2005; 64: 669-681.
 6. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G i wsp. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part II: OARSI evidence-based expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008; 16: 137-162.
 7. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE i wsp. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2019; 27: 1578-1589.
 8. Burgess LC, Wainwright TW, James KA i wsp. The quality of intervention reporting in trials of therapeutic exercise for hip osteoarthritis: a secondary analysis of a systematic review. *Trials* 2021; 22: 388.
 9. Bruyère O, Honovo G, Veronese N i wsp. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum* 2019; 49: 337-350.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Anna Kuryliszyn-Moskal
Klinika Rehabilitacji
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A
15-276 Białystok
e-mail: akuryl@umb.edu.pl