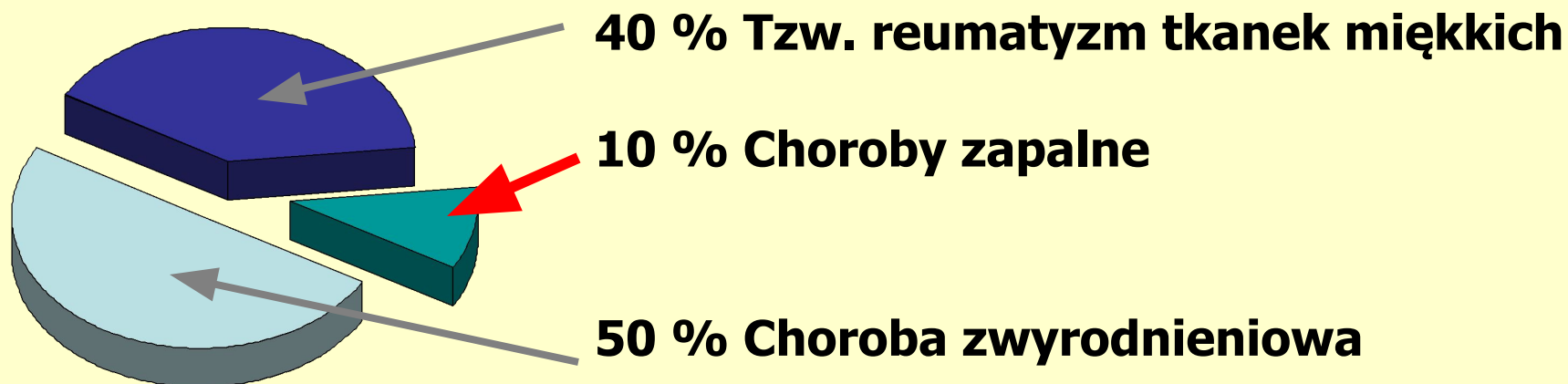


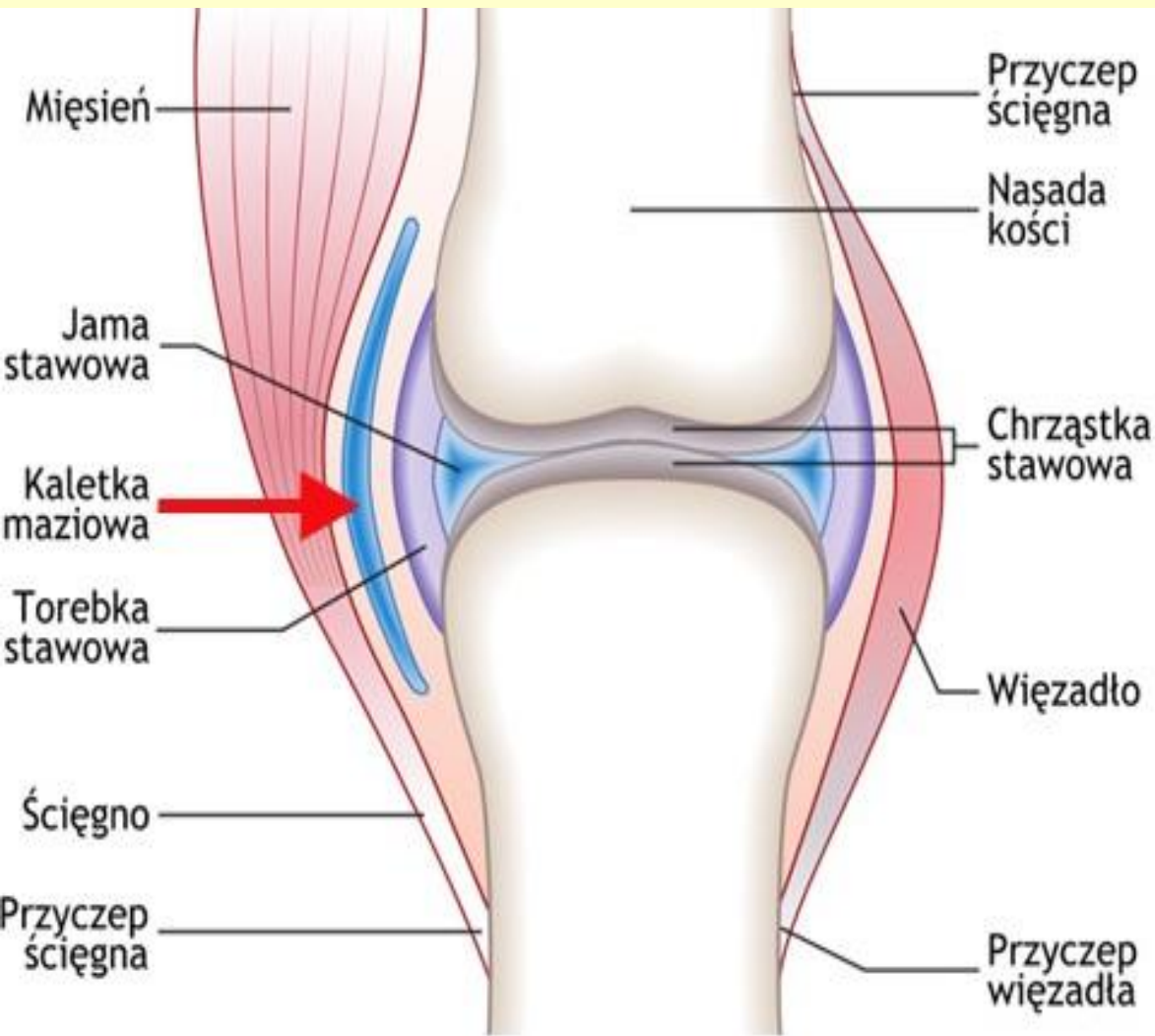
Najczęstsze choroby układu mięśniowo-szkieletowego w praktyce lekarza rodzinnego

Dr hab. n. med. Anna Górska

Zespoły bólowe w Chorobach Narządu Ruchu



Ból w narządzie ruchu



- **Przyczyny**

- ZAPALNE**

- RZS, TRU, ZZSK, reaktywne, septyczne, dna


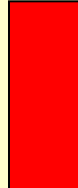

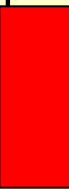

- ZWYRODNIENIOWE (OA)**
STAWY OBWODOWE
KRĘGOSŁUP

- REUMATYZM TKANEK MIĘKKICH**

- Zapalenie przyczepu,
Zapalenie pochewki ścięgna,
Zapalenie kaletki,
fibromialgia

Ból w narządzie ruchu

wiek a rozpoznanie i częstość

	Zapalne	Zwyrodnieniowe (OA)	Reumatyzm tkanek miękkich
młodszy	RZS, TRU, ŁZS, Dna, Borelioza 	Kręgosłupa > od Stawów obwodowych 	Bark, łokieć, nadgarstek, kolano, biodro 
starsi	RZS, z. Sjogrena, Polimialgia reumatyczna (PMR) 	Stawów kolanowych, biodrowych > kręgosłupa 	Bark, kolano, biodro 

Ból w narządzie ruchu – kluczowe cechy

	Zapalne	Zwyrodnieniowe (OA)	Reumatyzm tkanek miękkich (RTM)
Dystrybucja bólu	Poli-, oligo-, mono- - obwodowych - kręgosłupa, - mięśni	Mono-; oligo-; - obwodowych - kręgosłupa	Mono-; - obwodowe
Sztywność poranna	> 60 min	< 30 min	<15 min
Wzrost OB., CRP, Anemia	często	nie	nie

Ból w narządzie ruchu – ważne objawy

	Zapalne	Zwyrodnieniowe (OA)	Reumatyzm tkanek miękkich (RTM)
Objawy układowe: <ul style="list-style-type: none"> • gorączka • spadek masy ciała 	+	0	0
Objawy pozastawowe <ul style="list-style-type: none"> • Narządowe, • Skórne, • Śluzówkowe 	często	0	0
Ból nocny	+	0	+++
Staw > ucieplenie zaczerwieniony	+ rzadko	0	0

Lokalizacja wyjścia bólu w zależności od badania zakresu ruchu

Ruch czynny

Ruch bierny



Źródło bólu	Czynny zakres	Bierny zakres
Wewnątrz stawu	ograniczony	ograniczony
Tkanki okołostawowe	Ograniczony	W normie

Reumatoidalne Zapalenie Stawów

pierwsza lokalizacja zmian stawowych

Stawy międzypaliczkowe

Bliższe /PIP/

Stawy

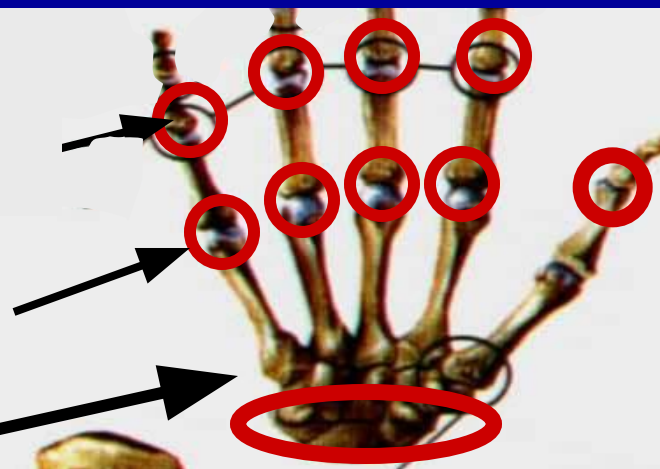
śródręczno-paliczkowe

/MCP/

Staw
nadgarstkowy

stawy
śródstopno-
paliczkowe

/MTP/



NIE

•DIP

•MTP I



Wczesne rozpoznanie rzs

kryteria klasyfikacyjne wg ACR/EULAR 2010

Zajęcie stawów- obrzęk
lub tkliwość w trakcie
badania
można je potwierdzić
badaniami obrazowymi (!)
RM, „reumatologiczne”
USG

A. Zajęcie stawów	
1 duży staw	0 pkt
2 – 10 dużych stawów	1 pkt
1 – 3 małych stawów	2 pkt
4 – 10 małych stawów	3 pkt
> 10 stawów (w tym co najmniej 1 mały staw)	5 pkt
B Serologia	
RF i ACPA ujemne	0 pkt
RF lub ACPA obecne w niskim mianie	2 pkt
RF lub ACPA obecne w wysokim mianie	3 pkt
C. Wskaźniki ostrej fazy	
CRP i OB. w normie	0 pkt
CRP zwiększone lub OB. przyspieszone	1 pkt
D. Czas trwania objawów	
< 6 tygodni	0 pkt
≥ 6 tygodni	1 pkt

Wynik ≥ 6 pkt
= pewne rozpoznanie
rzs

RZS - Badania

RF - Bardzo rzadko na początku choroby

- mała czułość i specyficzność we wczesnym rzs

Test anty CCP istotny we wczesnej postaci rzs

- Może podobnie jak RF wyprzedzać objawy kliniczne rzs (czułość 70% **specyficzność 98%**)
- **Niekorzystny czynnik prognostyczny**

Badania obrazowe

(we wczesnej postaci **nie rtg** !)

RM, USG (dobry aparat, dobry radiolog/reumatolog)

Pacjent u którego myślimy o rzs

Liczba zajętych stawów *

1-3 Małe Stawy

Niskie OB.

RZS

**Serologia ++
RF lub antyCCP w wysokim mianie**

ROZPOZNANIE RÓŻNICOWE:
Takie choroby jak
SLE i inne UCHTł, Łuszczycowe zapalenie stawów, Dna

Ch. Z. Guzki Heberdena

Zapalenie paliczków (dactylitis) obrzęk
całego palca (tzw. palec kielbaskowaty)

DM – Objaw Gottrona

TU. Z. Raynauda

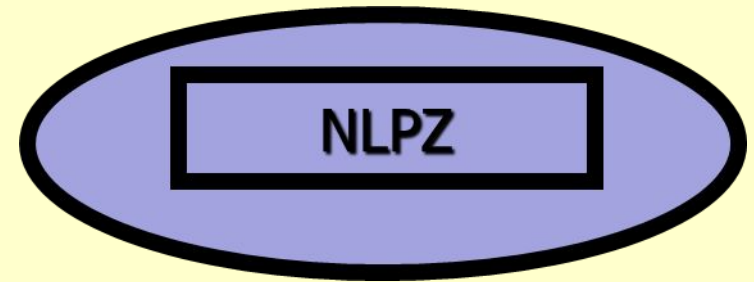
Leczenie RZS powinno być kompleksowe i winno opierać się na ścisłej współpracy reumatologa z lekarzem rodzinnym. Farmakoterapia rozpoczęta w okresie tzw „**okna terapeutycznego**” czyli maksymalnie do 12 tygodnia (**2-6 tygodni**) od pierwszych objawów choroby jest najsilniejszym predyktorem uzyskania remisji.

Metotreksat
Leflunomid

Sulfasalazyna , sole złota

Cyklosporyna
Chlorochina i Hydrokschlorochina

LEKI BIOLOGICZNE
(Anty TNF, inne)



Leczymy czy szkodzimy ??

Objawy pozastawowe i działania niepożądane leków w RZS

❖ NIEDOKRWISTOŚĆ

□ Niedokrwistość w chorobach zapalnych

(wskaźnik aktywności rzs)

□ Krwawienie polekowe (NLPZ)

ostre krwotok

przewlekłe - nadżerkowe zapalenie błony śluzowej żołądka

□ Niedokrwistość w przebiegu niewydolności nerek w przebiegu amyloidozy

❖ Polekowe „cytopenie”: Trombocytopenia, Leukopenia

❖ Działanie hepatotoksyczne: Ocena laboratoryjnych wskaźników „wątrobowych” – AST, ALT.

Dna moczanowa to zapalenie stawów spowodowane krystalizacją moczanu sodu w płynie stawowym i powstawanie złogów kryształów w stawach, a także w innych tkankach i narządach. Dna moczanowa jest schorzeniem przewlekłym.

okres	Objawy kliniczne	Stężenie kw. moczowego
I – bezobjawowa hyperurykemia	Brak	>6,8 mg/dl
II- okres ostrego napadu dny	Ostre zapalenie stawów z powodu fagocytozy kryształów moczanu	>6,8mg/dl, w czasie napadu możliwy spadek stężenia
III- okres między napadami	Brak objawów klinicznych, może trwać od kilku miesięcy, a nawet lat	>6,8 mg/dl
IV- zaawansowana dna	Przewlekłe zapalenie stawów z obecnością powikłań narządowych	Niekontrolowana hyperurykemia

Dna łatwo poddaje się leczeniu w warunkach POZ

Postępowanie terapeutyczne uzależnione jest od okresu choroby.

Bezobjawowa hyperurykemia przy nieobecności choroby nerek nigdy nie powinna być leczona. Wyjątek stanowi: stale utrzymujące się stężenie kwasu moczowego powyżej 11,4mg/dl (>0,7mmol/l).

Ostry napad dny:

Leczenie powinno się rozpocząć w ciągu 24 godzin od rozpoczęcia napadu,

- Podczas ataku dny należy kontynuować leczenie zmniejszające stężenie kwasu moczowego.

I schemat: Kolchicina podawana p.o.

- pierwsza doba 1 mg co 6 godzin,**
- druga doba 1 mg co 8 godzin,**
- trzecia doba 1 mg co 12 godzin (jeżeli napad nie ustąpił).**

NLPZ (max dawki), GKS.

Nie zaleca się stosowania kolchicyny w przypadku, gdy napad trwa ponad 36h.

W typowym napadzie nie ma konieczności wykonywania jakichkolwiek badań dodatkowych. Wysokie stężenie kwasu moczowego we krwi nie jest warunkiem rozpoznania, gdyż w okresie napadu stężenie kwasu moczowego może być nawet obniżone.

Najważniejsze schorzenia, które winny być brane pod uwagę w ostrym napadzie dny:

- Zapalenie stawów septyczne
- (nie wolno go przegapić)
- Uraz – w tym złamanie małych kości stopy
- Zapalenie kaletek lub tkanek otaczających staw („dna ubogich”- poor man’s gout)
- Inne choroby stawu wywołane kryształami np. chondrokalcynoza (dna rzekoma)

Ból pleców, krzyża ang. Low Back Pain – to problem zdrowotny cywilizacyjny i... Lekarzy POZ

Niespecyficzne LBP

(ból nieznanego pochodzenia).

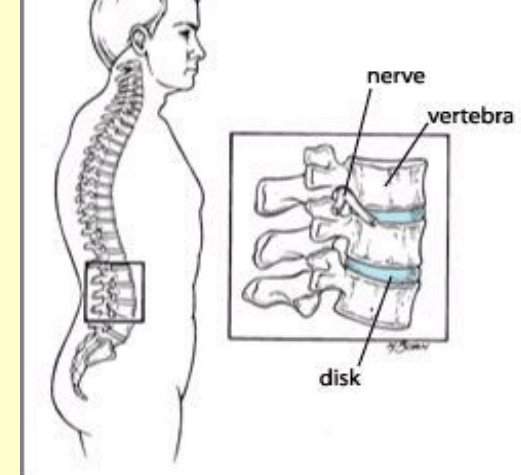
(ok. 90% - diagnoza po wykluczeniu przyczyn swoistych).

W krajach zachodnich epizodów bólu krzyża lub pleców doświadcza ok. 49-70% ludzi.

Wg *Pengela* ryzyko nawrotu bólu w ciągu roku to 75%.

Klasyfikacja:

- Ból ostry: do 6 tyg
- Ból podostry: 6 tyg-3 m-cy
- Ból przewlekły



Specyficzne LBP

Przyczyny (wg badań w USA u pacjentów POZ):

- złamania kompresyjne - 4%
- *spondylolisteza* – 3%
- guz pierwotny lub przerzuty ok. 1%
- spondyloartropatie zapalne ok. 0,5%
- Infekcje ok. 0,03%

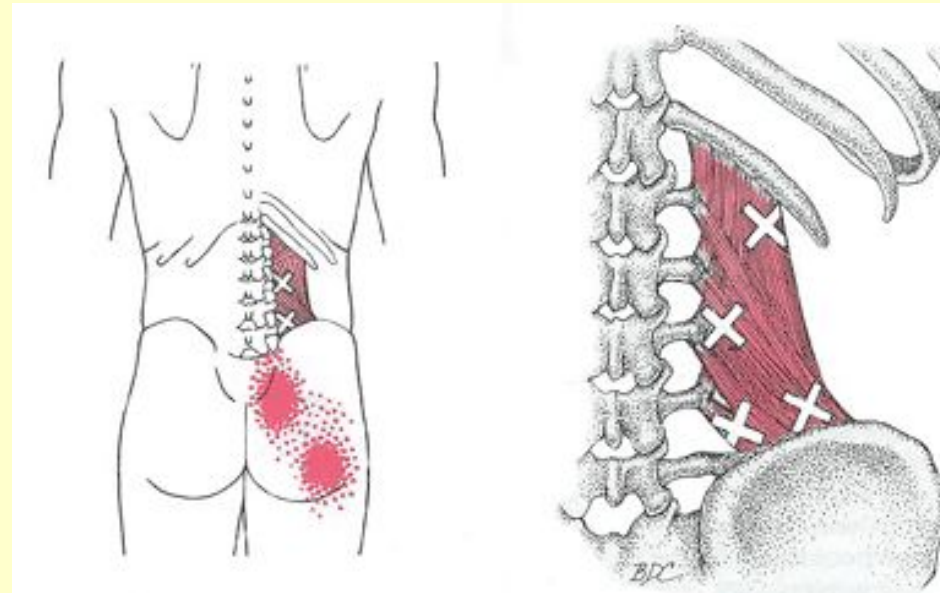
„X Rays not useful for non-specific low back pain” za:

Koes B.W, professor of general practice i wsp. BMJ. 2006 ,17; 1430–1434.

Niezapalny /nieswoisty/ ból krzyża

- ▣ **Ból korzeniowy** przyjmuje postać *rwę kulszowej*
- ▣ **Bóle przeciążeniowe** /więzadłowe
- ▣ **Bóle psychogenne** /czynnościowe/

- w Por. LR przeważają zespoły bólowe bez objawów korzeniowych.
- Określane są one nazwą **postrzału albo lumbago**; **brak promieniowania bólu**, brak objawów uszkodzenia korzeni nerwowych.
- Przyczyną są **podrażnienia czuciowych zakończeń** nerwowych więzadeł, opon, brzeźnych warstw krążka m-kręgowego



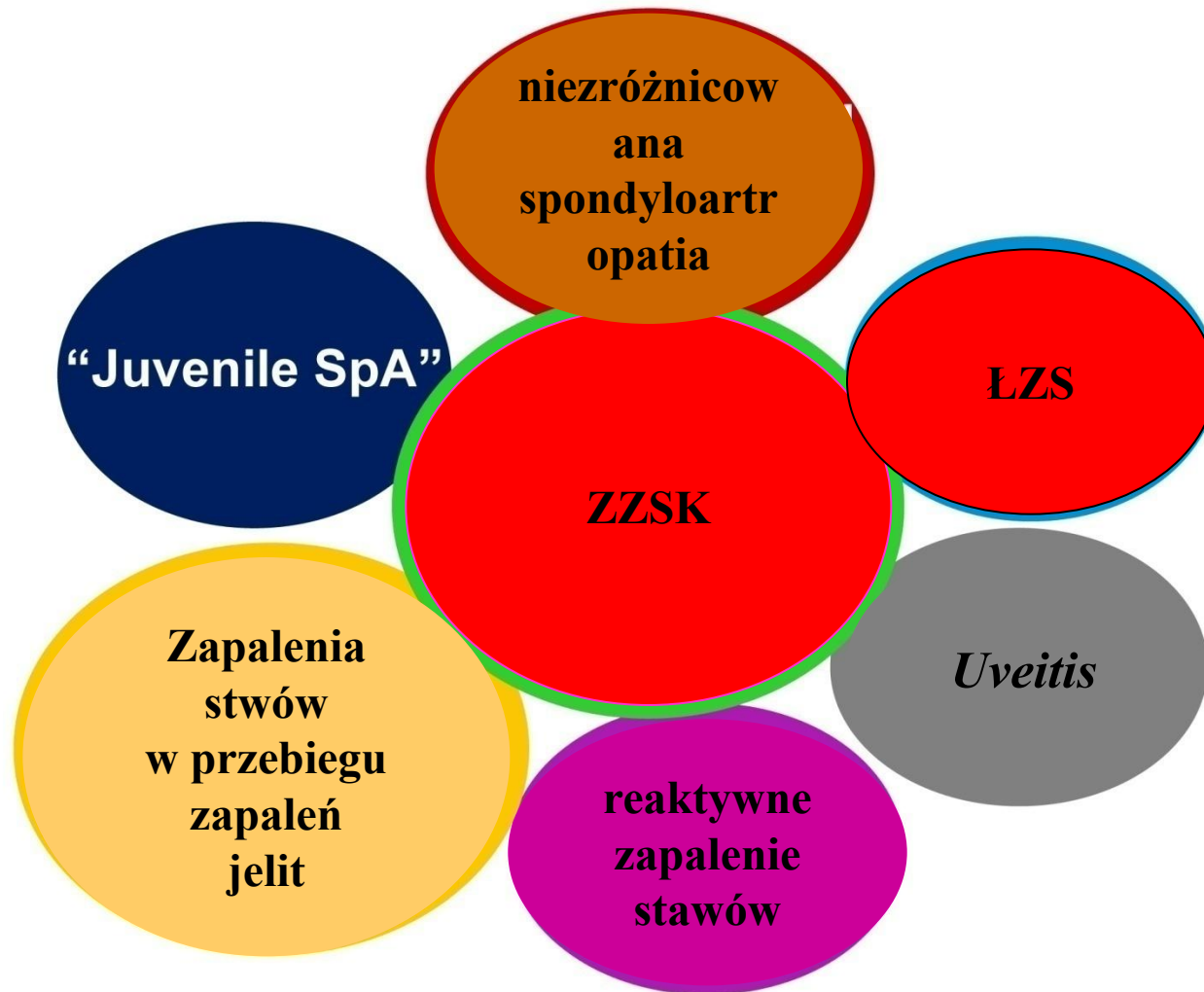
Postępowanie w przewlekłych zespołach bólowych

- W 1986r WHO ustaliła zakres stosowania leków p/bólowych, zależnie od stopnia odczuwania bólu – tzw **trójstopniowa drabina analgetyczna**.
- Należy pamiętać, że **w bólach krzyża powstałych bez komponenty zapalnej NLPZ, w niczym nie przewyższają środków p/bólowych, a obarczone są większym ryzykiem objawów ubocznych.**

Ból krzyża o charakterze zapalnym /ZZSK/

- **Początek w wieku <40 lat**
- **Podstępny początek**
- **Poprawa po ćwiczeniach**
- **Brak poprawy po odpoczynku**
- **Ból w nocy (z poprawą po wstaniu z łóżka)**

Seronegatywne spondyloartropatie zapalne



Objawy alarmujące - Red flags w ostrym bólu pleców /krzyża

Choroba nowotworowa
w wywiadzie

Poważny uraz,

Znaczne ograniczenie
motoryczne,

Steroidoterapia,

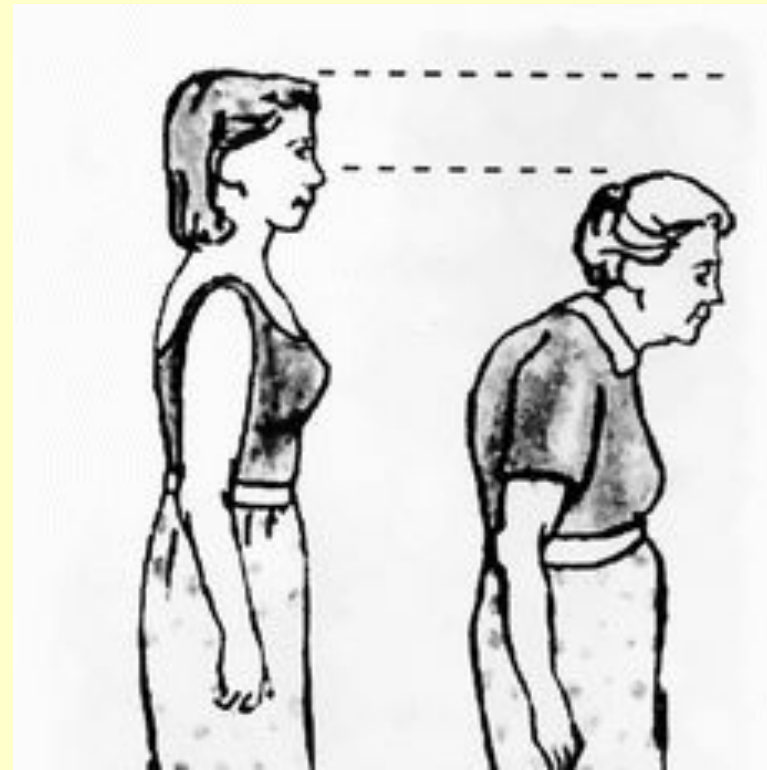
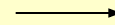
Terapia wlewami
iv/pacjenci z HIV

wskazanie do
wykonania RTG

Wiek poniżej 20 lat i więcej niż 55,
gdy bóle występują po raz pierwszy

Bóle pleców/krzyża/ a złamania osteoporotyczne

- Bóle osteoporotyczne mają charakter przewlekły, są **bardzo uciążliwe i trudne do uśmierzania**
- Bóle nasilają się wyraźnie w trakcie chodzenia, dźwigania, **zmniejszają się podczas leżenia**
- **Badanie przedmiotowe**
 - pomiar wzrostu, wagi, obliczenie BMI, (obniżenie wzrostu - złamanie kompresyjne 1 trzonu < wzrost o 1,5-2 cm).
 - oceniamy zaburzenia postawy:
 - pogłębienie kyfozy piersiowej /wdowi garb/,
 - wtórne pogłębienie lordozy L,
 - ograniczenie ruchomości kręgosłupa

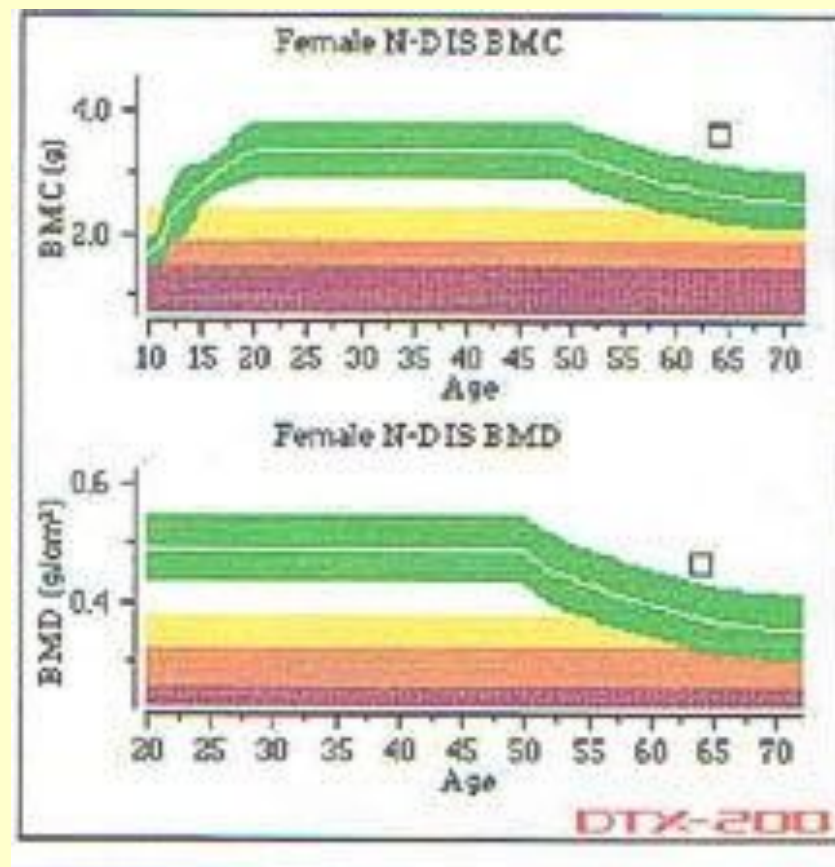


Pomocny w rozpoznaniu jest pomiar gęstości mineralnej kości (BMD–body mineral density).

T-Score: Kryteria wg WHO

Norma: BMD między + 1,0 a -1.0 SD od wartości szczytowej kobiet w wieku 30-35 lat

- Osteopenia: BMD pomiędzy -1.0 a -2.5 SD
- Osteoporoza: BMD < -2.5 SD
- Zaawansowana osteoporoza: BMD < -2.5 SD z obecnością złamań.



Czułość onkologiczną LR winny wzbudzać objawy sugerujące paranowotworowy charakter dolegliwości reumatycznych.

Najczęściej występujące zespoły paranowotworowe

zespoły reumatyczne	nowotwory	Objawy paranowotworowe
<i>Miopatie zapalne:DM, PM</i> (współistnienie nowotworem u 7-66% chorych)	rak jajnika, rak płuc, rak żołądka, rak jelita grubego,	zapalenie mięśni u osoby w wieku > 45r. ż. roku życia, gwałtownie postępuje, znacznie podwyższone wsk. zapal. bez zaburzeń serol. odporne na leczenie
<i>Nowotworowe zapalenie wielostawowe</i>	rak piersi, rak jelit, rak płuc, jajnika chłoniaki	Nagły, burzliwy początek choroby u osoby starszej, brak symetrii, częste zajęcie stawów k. dolnych, z oszczędzeniem stawów rąk, brak RF (lub RF w niskim mianie)
<i>Zapalenie rozścięгна dłoniowego</i>	rak jajnika, gruczołu sutkowego, żołądka i trzustki	obustronnymi przykurczami palców rąk, włóknieniem rozścięгна dłoniowego + zap. wielostawowe (stawy MCP, PIP, kol., skokowe, stóp)
<i>Zespół toczniopodobny</i>	rak piersi, białaczki	zap. błon surowiczych, objaw Raynauda o ciężkim przebiegu aż do martwicy palców i obecność w surowicy ANA

Zespoły paranowotworowe –c.d.

<i>Nietypowa postać polymialgia rheumatica</i>	rak nerki, jelita, płuc	objawy nie są symetryczne, nie ustępują po g.k, OB. <50/1h >100/1h
rumień guzowaty (u 5% współistnienie z neo)	białaczki, chłoniaki, guzy lite	objawy utrzymują się dłużej niż 6 tyg. i nie ustępują po leczeniu g.k.
<i>Zespół algodystroficzny</i>	rak płuc (najczęściej) a także rakiem jelita, trzustki, jajnika i białaczką	Samoistny ból k. górnej lub dolnej, bolesność uciskowa śródreżcza lub śródstopia, zaburzenia w lokalnym krążeniu krwi, wzmożona potliwość i plamista, miejscowa osteoporoza
<i>Erytromelalgia</i>	choroby mieloproliferacyjne	rumień, wzmożone ucieplenie i uczucie palenia w obrębie kończyn, często trombocytoza
<i>Paranowotworowy zespół Raynauda</i>	rak płuc, jelita cienkiego, piersi, trzustki, nowotwory ukł. krwiotwórczego	Po kilku mies.trwania Z. Raynauda. wazodilatatory i sympatektomia nie przynoszą poprawy.