



Edyta Hetmanowska, 2018-04-12 07:54

Rozpoznanie ZZSK często opóźnione o kilka lat



Thinkstock/GettyImages

O diagnozowaniu i leczeniu zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa mówi dr hab. n. med. Mariusz Korkosz, kierownik Zakładu Reumatologii i Balneoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

W Europie Środkowej na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) choruje około 0,3-0,5% populacji. Od wystąpienia pierwszych objawów do postawienia prawidłowej diagnozy mija czasami nawet od 5 do 7 lat. Jak aktualnie wygląda sytuacja w Polsce w zakresie rozpoznawania i leczenia pacjentów cierpiących na ZZSK? I jakie znaczenie ma czas postawienia diagnozy?

Rozpoznanie ZZSK jest często opóźnione o kilka lat z kilku przyczyn. Po pierwsze, objawy choroby takie jak ból krzyża i pleców są niestety mało specyficzne i pacjenci nie zgłaszają się długo do lekarza. Po drugie, najczęściej trafiają oni do lekarzy rodzinnych i ortopedów, którzy nie zawsze zlecają wykonanie RTG stawów krzyżowo-biodrowych – kluczowego badania w rozpoznaniu ZZSK. Trzeba jednak zaznaczyć, że w ostatnich latach zarówno na świecie jak i w Polsce dokonał się ogromny postęp we wczesnej diagnostyce spondyloartropatii zapalnych (SpA), do których należy ZZSK, łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), reaktywne zapalenie stawów oraz zapalenie stawów związane z zapalnymi chorobami jelit. Wyrazem tego było powstanie nowych kryteriów klasyfikacyjnych osiowej SpA wg ASAS. Aktualnie możemy rozpoznawać spondyloartropatię osiową w postaci „nieradiograficznej”, czyli zanim wystąpią charakterystyczne dla ZZSK destrukcyjne zmiany kostne w RTG. Jest to możliwe dzięki wykonaniu MRI stawów krzyżowo-biodrowych, który obrazuje aktywne zapalenie tych stawów widoczne jako obrzęk szpiku (szczególnie w sekwencji

STIR). Pomimo, że MRI nadal jest badaniem dość trudno dostępnym liczymy, że to opóźnienie diagnostyczne w rozpoznawaniu ZZSK ulegnie skróceniu. Mają temu służyć m.in. kursy z diagnostyki obrazowej dla radiologów i reumatologów, organizowane przez Sekcję Obrazową Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Jest to kluczowe w skutecznym leczeniu tych chorób - im wcześniej rozpoznamy chorobą zapalną stawów, tj. spondyloartropatię, taką jak ZZSK czy ŁZS (optymalnie w tzw. oknie terapeutycznym), tym większą mamy szansę na uzyskanie trwałej remisji klinicznej i zatrzymanie zmian destrukcyjnych.

Jakie postępy dokonały się w ostatnich latach w zakresie leczenia farmakologicznego chorób reumatologicznych, w tym ZZSK, czy łuszczycowego zapalenia stawów?

W ostatnich kilkunastu latach nastąpił przełom w leczeniu chorób reumatycznych, związany z zastosowaniem leków biologicznych, tj. leków ingerujących bezpośrednio w kaskadę zapalną i szlaki sygnałowe komórek odpowiadających za utrzymywanie się przewlekłego stanu zapalnego. W przypadku ZZSK stosujemy je po niepowodzeniu terapii co najmniej dwoma NLPZ. Podstawowymi lekami biologicznymi są na razie inhibitory TNF - adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab i infliksimab. Są one skuteczne zarówno w RZS, jak i spondyloartropatiach zapalnych (ZZSK, ŁZS). Kolejnym krokiem, który został zrobiony w ciągu ostatnich kilku lat było wprowadzenie leków celowanych na cytokiny układu limfocytów pomocniczych Th17 - interleukiny 17 (IL-17) i IL-12/23. W badaniach klinicznych okazały się one równie skuteczne jak inhibitory TNF i mogą być stosowane po niepowodzeniu leczenia tą grupą leków, lub jako leki pierwszego rzutu. Co do tego panuje zgodność europejskich i amerykańskich towarzystw naukowych, opierających swoje decyzje co do algorytmów leczenia na Evidence Based Medicine. Co ciekawe, w spondyloartropatiach zapalnych nie są skuteczne nowe leki biologiczne stosowane w RZS takie jak blokery IL-6, abatacept, czy rytuksymab (anty CD-20) - co podkreśla rolę dokładnej diagnostyki różnicowej chorób stawów i stosowanie leków, które w badaniach klinicznych powodują poprawę stanu klinicznego i zadowalające hamowanie postępu zmian strukturalnych w stawach, kościach i skórze w ZZSK i ŁZS, takich jak właśnie inhibitory TNF, IL-17 i IL-12/23.

Jak przedstawiają się aktualne wytyczne i perspektywy terapii biologicznej w Polsce? Czy dostępność do terapii jest na wystarczającym poziomie?

Dostępność do leczenia biologicznego w Polsce nadal jest znacznie mniejsza niż w innych krajach Europy, co jest związane z wysokim kosztem takiej terapii i brakiem efektywnych rozwiązań systemowych. Trzeba jednak podkreślić, że dzięki staraniom Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego w 2017 r. wprowadzono nowe kryteria kwalifikacyjne do programów lekowych NFZ, co znacznie ułatwiło kwalifikację pacjentów i skróciło czas oczekiwania na terapię. Niestety nadal w reumatologii w ramach NFZ nie mamy dostępu do nowych leków, szczególnie sekukunumabu (inhibitora IL-17), a także inhibitora IL-12/23 - taka terapia w Polsce jest obecnie możliwa jedynie w ramach badań klinicznych. Zarówno środowisko reumatologów jak i pacjenci oczekują zaakceptowania tego leku przez Ministerstwo Zdrowia i refundacji tych terapii przez NFZ. W krajach zachodnich anty-IL-17 stosowana jest już od ponad dwóch lat.