

Az arthritis általános jellemzőinek ismertetése és az arthritis fejlődésének szakaszai

Bevezetés

Az arthritis az ízületi gyulladások összefoglaló neve, melynek hátterében számos betegség állhat, ezért az arthritisek korai felismerése és ezt követően egy definitív diagnózis felállítása még napjainkban is sokszor nagy kihívást jelent. Általánosságban elmondható, hogy az arthritises fájdalom pihenést követően rosszabb, illetve éjszaka is jelentkezhet lüktető jelleggel. A reggeli órákban tapasztalt fájdalomhoz akár órákig tartó ízületi merevség (RIM) társulhat, mely tünetek bemozgatást követően enyhülnek. Az arthritis, mely az arthrosishoz képest fiatalabb életkorban is kezdődhet, az alapbetegségtől függően jellemző ízületi eloszlást mutat. Aktív stádiumban a felgyülemlett gyulladásos folyadék puha, rugalmas duzzanatként tapintható a nyomásérzékeny, passzív mozgatáskor is fájdalmas, funkciójában károsodott ízületnek megfelelően. Ezen fizikális jeleket általános tünetek (fáradtság, láz, testsúlycsökkenés) és megemelkedett gyulladásos laborértékek kísérhetnek.

Az arthritis fejlődésének szakaszai

Háziorvoshoz a páciens először, a *preklinikai fázisokat* (tünetmentes autoimmunitás genetikai predispozícióval és a környezeti tényezők betegség kialakulását provokáló szerepével + specifikus autoantitestek jelenlétével) követően, jellemzően valamelyik vagy több ízületének a fájdalmával megy, mely szükség szerint tüneti terápiát igényelhet, de lehet átmeneti, spontán szűnő, nem specifikus probléma. Az arthralgia természetesen nemcsak a különböző etiológiájú arthritisek kezdeti tünete lehet, hanem hátterében számtalan, nem reumatológiai kórkép is állhat, például metabolikus-és endokrin kórképek, illetve malignus betegségek, melyek diagnosztizálása és kezelési stratégiája egyéb specifikus szempontokat igényelhet. Az arthritisek korai felismerését segíti, ha az alapellátás szintjén ebben a *klinikailag feltételezhető arthralgiának* nevezett stádiumban a páciensek közül kiemelik azokat és fokozott figyelemmel utánkövetik, akiknél az arthritis kialakulását valószínűsítő kockázati tényezők fennállnak (1. táblázat).

Így a rheumatoid arthritis kialakulását valószínűsítő anamnesztikus jellemzők:

RA az elsőfokú rokonok között, kevesebb, mint egy éve kezdődött panaszok, MCP ízületekre lokalizált panasz, legsúlyosabb panaszok kora reggel és legalább 60 percig tartó reggeli ízületi merevség. Fizikális eltérések: pozitív MCP kompressziós teszt. és akadályozott ökölképzés. Ezen rizikófaktorok felismeréséhez általában nincs szükség semmilyen speciális laboratóriumi vagy képalkotó vizsgálat elvégzésére. Fontos, hogy a háziorvos kollégák ebben a *korai arthralgiás fázisban* mintegy preventív jelleggel tájékoztassák betegeiket, hogy mely környezeti tényezők azok, melyekkel gyorsíthatják (dohányzás) vagy lassíthatják a betegség előrehaladását és hogy milyen új tünetek (extra-articularis is) jelentkezésére figyeljenek, melyeket akár fotodokumentáció készítésével is prezentálhatnak a későbbi szakvizsgálat során.

Ha kialakul a már objektív tünetekkel (duzzanat, melegség, pirosság, funkciókárosodás) rendelkező *nem differenciált arthritis* fázisa a beteget lehetőség szerint minél előbb reumatológushoz kell irányítani, mert ez a „terápiás ablaknak” (window of opportunity) nevezett korai időszak az, amikor a betegségfolyamat nemcsak lassítható, hanem még megállítható, akár teljesen vissza is fordítható. Az EULAR 2016-os a korai arthritis kezelésére vonatkozó ajánlásai

alapján az arthritis tüneteivel (bármely ízületi duzzanat, mely fájdalommal és ízületi merevséggel társul) jelentkező minden beteget reumatológushoz kell irányítani, 6 héten belül az első tünet jelentkezésétől számítva. A várólisták miatt ez az időtartam sokszor hosszabbra nyúlik, ezért a beteg panaszait, tüneteit már az alapellátás szintjén enyhíteni kell. A páciensek ízületi fájdalmát mérséklő gyulladáscsökkentő NSAID készítmények kiválasztásakor és a KS származékok felírásakor is fontos szempont legyen a várható mellékhatások ismerete, figyelembe véve a beteg kardiológiai, gastrointestinalis és nefrológiai státuszát és az egyéb alapbetegségeit. A nem differenciált arthritis következő terápiás lépcsőfoka a hagyományos bázisterápiás (csDMARD) kezelés, melyet a megújított EULAR irányelveknek köszönhetően, már az egyes kórképekre specifikus kritériumok teljesítése alapján kimondott definitív diagnózisok megszületése előtt elindíthatunk, azon betegeknél, akiknél a perzisztáló és/vagy erozív arthritis kockázata fennáll, lehetőség szerint amilyen korán lehet (3 hónapon belül). Ezért a prognózis felmérése már az NDP/UA fázisában meg kell, hogy történjen, beleértve többek között a tünetfennállási időtartam, az ízületi érintettség (a polyarticularis forma és a kéz kisízületi érintettség nagyobb valószínűséggel okoz perzisztáló tüneteket), a gyulladásos akut fázis reakciók, a különböző autoantitestek és a képpalkotó vizsgálaton észlelt eróziók jelenlétének a feltérképezését. A nem differenciált arthritis iránydiagnózis kimondását követően szoros kontroll, 1-3 havonta végzett utánkövetés szükséges a remisszió eléréséig vagy a definitív kórkép kialakulásáig. Mind a klinikailag feltételezhető arthralgia, mind a nem differenciált arthritis stádiumokba tartozó betegek számára létrehoztak olyan predikciós modelleket, melyek klinikai, laboratóriumi és képpalkotó markerek kombinációját alkalmazva nagy biztonsággal előrejelzik a definitív kórkép, elsősorban az RA irányába történő differenciálódást/fejlődést, továbbá a betegség súlyosságát, a radiológiai progressziót és a funkcionális kimenetelt (ezen modellekről részletesen az RA alfejezetekben írunk).

A kóroki alapbetegségtől függetlenül, tehát általánosságban elmondható, hogy az arthritisek felismerése elsősorban klinikai, az átfogó anamnézisz felvételen (családi anamnézis, megelőző betegségek, articularis és egyéb extra-articularis tünetek (pl. bőr-, köröm-, szemtünetek, általános tünetek (fogyás, fáradtság)), az ízületi érintettség pontos „feltérképezése”, a panaszok jellege, reggeli ízületi merevség, a tünetek fennállásának tartama és az esetlegesen már szedett gyulladáscsökkentő terápiára illetve a pihenésre és a mozgásra adott válasz) és a részletes, mozgásszervi+belsőszervi, az extra-articularis manifesztációk felismerését is magában foglaló fizikális vizsgálaton alapszik. Emellett a páciensek alapellátásának fontos elemei az egyes kórképek irányába történő differenciálódás esélyét és a betegség súlyosságát befolyásoló dohányzás abbahagyására biztatás, a betegtájékoztatás a megfelelő fizikai aktivitás és a testsúlykontroll fontosságáról, a társbetegségek optimális ellátása, a védőoltások ellenőrzése és a szükség szerinti góckutatás menedzselése. Ezeken túl a háziorvos kollégák természetesen további vizsgálatokat kérhetnek, segítve a diagnózis mihamarabbi felállítását. A rutin vérvétel része a teljes vérkép, gyulladásos paraméterek (CRP és We), máj- és vesefunkciós tesztek, húgysavszint felmérése legyen, valamint a vizeletvizsgálat és lehetőség szerint az alap-immunszerológiai markerek (RF, ACPA és az ANA antitestek). Fontos, hogy a gyulladásos betegségek (pl. ax-SpA) gyakran negatív laborral (normál CRP és vérsejtsüllyedéssel) járnak, de a beutalás ettől az eredménytől függetlenül történjen meg, továbbá lényeges, hogy a szerológiai pozitivitást csak a klinikum függvényében értékeljük (pl. RF pozitívitas SLE és Sjögren-szindrómában, sőt a felnőtt idős egészséges populáció kb. 10%-ában is!). Szükség szerint az egyéb laboratóriumi vizsgálatok indikálását (pl. infekciós szerológia, tenyésztések, szérum ACE, további specifikus antitestek) és az ízületi punkciót, majd a synoviális folyadék elemzését (pl. fvs. szám meghatározás, tenyésztések, mikroszkópos kép) a differenciáldiagnózis részeként

jellemzően a szakorvos vezérli, amikor a korai arthritis stádiumában már bizonyos kórképekre gyanú van. Rutinszerűen a képalkotó vizsgálatok elvégzésére szintén az első reumatológiai szakvizsgálatot követően kerül sor. Az előrehaladott, destruktív eltéréseket ábrázoló, így kezdetben gyakran negatív hagyományos röntgennel szemben, napjainkban egyre fokozódó jelentőséget kap a korai arthritis diagnosztikáját segítő, a már szubklinikus elváltozásokat is ábrázoló MRI és UH.

Összességében tehát a legfontosabb az arthritis korai felismerése, a prognózis felmérésével, majd ez utóbbi alapján szükség szerint egy agresszívebb, tüneti terápián túlmutató kezelés mielőbbi elindítása és az ezt követő szoros monitorozás, hogy minél inkább elkerüljük a definitív, már strukturális és funkcionális károsodásokkal járó előrehaladottabb kórformákat.