

Reumás ízületi gyulladás

A reumás ízületi gyulladás (reumatoid arthritisz) néhány vagy sok ízületre kiterjedő tünetei mögött a szervezet egészét érintő, autoimmun eredetű kórfolyamat áll. A ma még gyógyíthatatlan betegség okozta tüneteket és egészségügyi kockázatot hatásos gyógyszerek sora enyhíti.

Genetikai hajlamosító tényezők és külső hatások – talán bakteriális vagy vírusos fertőzések – szerencsétlen összjátéka kell ahhoz, hogy valaki reumás ízületi gyulladásban betegdjék meg. Ennek ellenére nem ritka a betegség: százból egy embert érint világszerte, mintegy háromnegyed részben nőket. Általában 40 éves koron túl diagnosztizálják, bár létezik fiatal korban, sőt gyermekkorban kezdődő formája is.

A reumatoid arthritiszes betegek immunrendszere az ízületi hártályk bizonyos óriásmolekuláit tévesen testidegennek tekinti, és tűzparancsot ad: gyulladásos folyamat indul be több ízületben, majd kisebb mértékben más szervekben is: a könny- és nyálmirigyekben, a szív és a tüdő hártálykáiban, az erekben. Az ízületi hártályk gyulladása fokozatosan károsítja a porcokat is. Meglévő gyógyszereink jól csillapítják, de nem állítják le és nem fordítják vissza ezeket a folyamatokat.

Tünetek

A reumás ízületi gyulladás a bevezető általános tünetek (levertség, fáradtság, étvágytalanság) után először leginkább a kéz és a láb kisízületeiben okoz mozgásra erősödő fájdalmat, duzzanatot, jellemzően szimmetrikusan mindkét testfélen. Az érintett ízületek pihentetéskor (reggelre) fájdalmasan elmerevednek. A betegség kiterjedésével a gyulladás, a fájdalom, a duzzanat áttérjedhet a kéz- és lábfejről a csuklóra és a bokára, a könyökre és

a térdre, a vállra és a csípőízületre, az állkapocs ízületeire is.

Az ízületek mozgékonyságának csökkenését a hozzájuk kapcsolódó izmok meggyengülése kísérheti, az általános tünetek hőemelkedéssel egészülhetnek ki. A tünetek erőssége időben ingadozó, fellángolások és tünetszegény időszakok váltogatják egymást. A sok éven át fennálló ízületi gyulladás azonban végül visszafordíthatatlanul deformálja az általa megtámasztott ízületeket. Az orvosi beavatkozásokkal természetesen nem szabad megvárni ezt a késői stádiumot, a korán kezdeti erélyes kezelés a deformációkat és az ízületeken kívüli szövődményeket (lásd később) megelőzi vagy késlelteti.

Kórismezés

Több reumatológiai betegség okozhat a felsoroltakhoz hasonló tüneteket, ezért a reumás ízületi gyulladás kórismezéséhez nem elég pontosan lajstromba venni a panaszokat: az orvosnak azt kell felmérnie, hogy egy összetett feltételrendszer (1. táblázat) milyen mértékben teljesül.

A diagnózis alapja az érintett területek alapos szemrevételezése és megtapintása. Az ízületek duzzanata, vérbősége, melegsége jelzi az ízületi hártályk gyulladását. A kezdődő ízületi hártálygyulladás azonban nem mindig okoz nyilvánvaló tüneteket, a röntgenvizsgálat pontosíthatja a diagnózist. Később, a kórfolyamat előrehaladásának és a kezelések hatásának értékelésekor is szük-



A borsószem vagy dió nagyságú bőr alatti dudorok, az ún. reumás csomók a végtagok nyomásnak kitett pontjain jelenhetnek meg, elmúlhatnak és visszatérhetnek, nem fájdalmasak

ség lehet képalkotó eljárásokra, leginkább röntgen- és ultrahangvizsgálatra.

A betegség felismerése, osztályozása laboratóriumi vizsgálatokat is igényel. A vérképen és az alapvető vérkémiai teszteken túl szerológiai vizsgálatokat kell végezni az autoimmun kórfolyamat kimutatására – erre szolgál a reumatoid faktor és a citrullinált fehérjék elleni antitestek tesztje –, és meg kell mérni a szervezet általános gyulladásos állapotának jellemzésére szolgáló ún. akutfázis-paramétereket: a C-reaktív protein vérszintjét és a vörösvérsejt-süllyedés sebességét. Időnként ezeket a vizsgálatokat is ismételni kell a reumatológiai vagy háziorvosi kontrollvizsgálatok során.

A kórlefolyást végigkísérő terápiák

A reumás ízületi gyulladás gyógyszereinek két nagy csoportja: (1) az érintett ízületek gyulladását és fájdalmát csökkentő, (2) az autoimmun folyamatokat csillapító, ezáltal a megtámasztott ízületeket védő szerek. Az utóbbi típusú (betegségmódosító, illetve bio-

1. táblázat. Pontozási rendszer a reumás ízületi gyulladás diagnózisának megállapításához az illetékes amerikai és európai szakmai testületek (ACS, EULAR) érvényben lévő ajánlása szerint

Az értékelést akkor kell elvégezni, ha legalább egy ízület szinovitisze (duzzanata) kimutatható, és az más diagnózissal nem magyarázható.

Jellemző	Pontszám
A. Ízületi érintettség	
1 nagyízület érintettsége	0 pont
2–10 nagyízület érintettsége	1 pont
1–3 kisízület érintettsége	2 pont
4–10 kisízület érintettsége	3 pont
Több mint 10 ízület (≥1 kisízület) érintettsége	5 pont
B. Szerológiai vizsgálatok	
RF és ACPA: negatív	0 pont
RF vagy ACPA: kismértékben pozitív	2 pont
RF vagy ACPA: nagymértékben pozitív	3 pont
C. Akutfázis-paraméterek	
CRP és VS normális	0 pont
CRP vagy VS kóros	1 pont
D. A tünetek fennállási ideje	
Kevesebb mint 6 hét	0 pont
Legalább 6 hét	1 pont
A reumatoid ízületi gyulladás kimondásához szükséges összpontszám ≥6 pont	

ACPA: citrullinált fehérjék elleni antitest; CRP: C-reaktív protein; RF: reumatoid faktor; VS: vörösséjtszüllyedés

lógiai) kezelést ajánlatos korán megkezdeni.

A fájdalomcsillapítók egyik típusa az ún. nem szteroid gyulladáscsökkentők, pl. ibuprofen, naproxen. Tartósan vagy nagyobb adagban csak orvosi ellenőrzés mellett szedhetők, emésztőrendszeri vérzést okozhatnak. A másik csoport szereit, a kortikoszteroidok – pl. prednizon, prednizolon – nagy hatású gyulladáscsökkentők, tartós szedésük azonban

veszélyekkel jár (csonttömegvesztés, testsúlygyarapodás, cukorbetegség kialakulásának lehetősége), ezért az orvosok a tünetek fellángolásakor felírt szteroid mielőbbi elhagyására törekszenek.

A hagyományos betegségmódosító szerek közül ismertebbek a methotrexat, a leflunomid, a hydroxychloroquin és a sulfasalazin. Főbb mellékhatásaik: májkárosodás, a csontvelőműködés gátlása, tüdőfertőzések gyakoribb előfordulása. Szerencsére a hagyományos betegségmódosító orvosságok részben kiválthatók az újabb „biológiai válaszmodosító szerekkel”. Ezek a gyulladásos reakciók kialakulásában szerepet játszó jelelmolekulákat célzottan gátló anyagok (többségükben antitestek) kevesebb mellékhatást okoznak, bár egyes fertőzések és bőrdaganatok kockázatát növelhetik. A csoportból eddig az adalimumab, az anakinra, az etanercept, a golimumab, az infliximab és a rituximab terjedt el leginkább, de évről évre új biológiai szerekkel bővül a választék.

A késői elváltozások kezelése

Az ízületi gyulladással leélt évek maradó nyomokat hagynak a betegek kezén, lábán, egyéb érintett ízületein, és munkaképesség-csökkenést, rokkantságot okozhatnak. A folyamat előrehaladtával a gyógyszeres kezelések folytatása mellett mindinkább előtérbe kerül az ízületek mozgékonyágát javító fizioterápia, gyógytorna. Sok múlhat a család leleményességén, mert a házi munkában, önellátásban könnyebben használható praktikus segédeszközök sokat javíthatnak a beteg életminőségén.

Műtéttel is javítható a súlyosan károsodott ízületek állapota. Háromféle műtéti megoldás kerülhet szóba: a teljes ízület pótlása mesterséges ízülettel, az ízület meglazult vagy elszakadt inainak helyreállítása, valamint az ízület fúziója, azaz rögzítése, stabilizá-

lása, ha az ízületpótlás nem megoldható. Mindegyik műtét bizonyos fájdalommal, vérzéssel, fertőzési és egyéb kockázattal jár, elvégeztetésükről a beteg úgy tud felelős döntést hozni, ha az orvos részletesen tájékoztatja őt a műtét várható hasznáról és veszélyeiről.

Ízületeken kívüli szövődmények

Maga a reumás ízületi gyulladás is, de a kezelésére használt gyógyszerek is elősegítik a csontritkulást, amely a változás korán túl lévő nők és az idősebb férfiak között egyébként is gyakori: a csontok törékenyebbé válnak, nagyobb esés, erőhatás nélkül is eltörhetnek. A csontvesztés gyógyszerekkel gátolható. Szintén gyakori szövődmény a csukló alagútszindróma, ezt az érzésvárt okozó, a munkaképességet korlátozó állapotot kisebb műtéttel lehet megszüntetni.

Súlyos belső szervei szövődmény lehet – a betegek kb. negyedénél – a tüdőgyulladásos eredetű hegeseése fokozatosan súlyosbodó nehézlégzéssel. A reumatoid artritiszes betegek az átlagnépességnél jobban ki vannak téve az érlemeszesedésnek, érszűkületnek és következményeiknek (szívinfarktus, szélütés), a szívbuok gyulladásának. Szív-ér rendszeri halálozásuk is nagyobb az átlagnál, de úgy tűnik, a halálozás átlagosra csökkenthető, ha (részben biológiai szerek segítségével) sikerül már korai stádiumban alacsony szinten tartani a gyulladás aktivitását. Az infarktus- és stroke-megelőzésben feltétlenül helyet kell kapnia a szív-ér rendszeri kockázati tényezők (dohányzás, magas vérnyomás, kóros vérzsír szint, hasi elhízás, mozgásszegény életmód) kiküszöbölésének, illetve kezelésének is.

Ez a tájékoztató nem helyettesíti az orvosi kezelést. A betegek számára készített másolatoktól eltekintve felhasználása csak a kiadó írásos hozzájárulása nyomán engedélyezett.