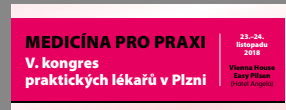


Zaznělo na V. kongrese praktických lékařů Plzeň, 23.–24. listopadu 2018



Osteoartróza

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

V Plzni se ve dnech 23.–24. listopadu 2018 konal V. kongres praktických lékařů. V odborném programu zazněla přednáška MUDr. Štěpána Vlčka z KOTPU FN Plzeň na téma Osteoartróza a možnosti její léčby. Pan doktor Vlček v krátké a přehledné prezentaci shrnul možnosti současné medicíny v terapii tohoto velmi častého a pro pacienty velmi obtěžujícího onemocnění.

Osteoartróza je chronické onemocnění charakterizované zničením kloubní chrupavky, v jehož důsledku dochází ke vzniku kloubního tření s následnou tvorbou ztuhlosti, rozvojem bolestivosti a zhoršení pohybu v kloubu. Osteoartróza je nejčastější příčinou bolesti pohybového aparátu, jeho funkčního omezení a také příčinou pracovní neschopnosti. Prevalence osteoartrózy významně stoupá s věkem. Před čtyřicátým rokem věku je osteoartróza vzácná, po padesátém roku věku postihuje téměř 30 % mužů i žen, po sedmdesátém roce nacházíme osteoartrózu již u více jak 70 % našich pacientů.

Typy osteoartrózy a její etiopatogeneze

Osteoartrózu klasifikujeme na typ primární a sekundární. Primární osteoartróza je zapříčiněna nadměrným a předčasným opotřebením kloubní chrupavky s ne zcela objasněnou příčinou – etiopatogeneze primární osteoartrózy je multifaktoriální, jistě se na jejím rozvoji podílí jak faktory genetické (např. porucha rovnováhy mezi tvorbou a odbouráváním chrupavčité matrix), tak i faktory vnějšího prostředí (zejm. přetěžování, úrazy apod.). Mezi rizikové faktory

osteoartrózy patří i věk, pohlaví, obezita, kouření, přítomnost hypermobility kloubů, artropatie či artritidy a nižší kostní denzita. Sekundární osteoartróza se od primární osteoartrózy liší tím, že vzniká na podkladě tzv. preartrotického stavu, jako je např. vrozená dysplazie kloubu, M. Perthes apod.

Klinický obraz osteoartrózy a diagnostika

V klinickém obraze osteoartrózy rozlišujeme dvě základní fáze – fázi kompenzace a dekompenzace (iritace). Dominujícím příznakem osteoartrózy je bolest – zprvu tupá, intermitentní a zejména startovací, posléze horšící se v zátěži a s postupnou progresí změn v kloubu se rozvíjí již i bolest klidová. Typická pro osteoartrózu je ztuhlost kloubu po delší inaktivitě, tedy např. 10 až 15 minut trvající ranní ztuhlost. V objektivním nálezu nacházíme u osteoartrózy zhrubění kloubních tvarů až artrotické deformity kloubů, poruchu osy končetiny, omezení aktivní i pasivní hybnosti, u pokročilých stadií až kontraktury či sekundární atrofii svalstva kolem postiženého kloubu. Postižený kloub může být palpačně bolestivý, pohyb v něm je provázen

drásoty a krepitacemi, při dekompenzaci osteoartrózy může být přítomna zvýšená náplň kloubu, hyperemie a nestabilita.

Diagnostika osteoartrózy je založena na klinickém obraze, anamnéze, a radiologickém zobrazení. Pokud je provedena punkce kloubního výpotku, je typickým nálezem čirý jan-tarově žlutý punktát se zvýšenou viskozitou synoviální tekutiny a počtem buněk do 2000/l. Radiologicky rozlišujeme 4 stupně osteoartrózy, nicméně musíme brát v potaz, že jde o klasifikaci na základě radiologického nálezu a tíže klinických obtíží nemusí vždy korelovat se stupněm radiologických změn.

Terapeutický přístup k pacientovi s osteoartrózou

Při terapii pacienta s osteoartrózou se snažíme jednak o ovlivnění hlavního příznaku osteoartrózy – bolesti, a jednak o zachování či zlepšení mobility v postiženém kloubu. V neposlední řadě je pak naší snahou i modifikovat průběh choroby. Spolupráce pacienta při léčbě je v případě osteoartrózy zásadní, a tedy edukace pacienta je nedílnou součástí komplexní terapie osteoartrózy. Již od časných fází rozvoje oste-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Pavel Rutar, pavel.rutar@homolka.cz

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 2, 150 30 Praha

Cit. zkr: Med. praxi 2019; 16(1): 45–46

oartrózy pacienta motivujeme k úpravě životního stylu, redukci hmotnosti, zanechání kouření, pravidelné pohybové aktivitě s cílem posílení svalstva kolem postižených kloubů (vhodné jsou např. jízda na kole, plavání, izometrická cvičení). Pomocí od bolesti mohou rovněž některé fyzioterapeutické techniky. Z analgetik využíváme k tlumení bolesti zejména preparáty s paracetamolem nebo metamisolem, v případě nutnosti terapii eskalujeme o atypické opiáty – zejm. tramadol. Tuto systémovou terapii můžeme doplnit i o nesteroidní antiflogistika v podobě lokálních krémů a mastí. Systémové užití nesteroidních antiflogistik se vzhledem k řadě jejich nežádoucích účinků snažíme maximálně minimalizovat a volíme je jako úlevové léky při dekompenzaci osteoartrózy, přičemž využíváme zejména preferenční COX-2 inhibitory (nimesulid, meloxicam), a to po co nejkratší dobu v co nejnižších dávkách. U pacientů s osteoartrózou, zejména s gonartrózou, u nichž je přítomna zánětlivá složka a kloubní výpotek, můžeme využít i lokální intraartikulární aplikaci kortikoidu (triamcinolonu či methylprednisolonu), která přináší asi měsíc trvající úlevu. Nedílnou součástí terapie osteoartrózy jsou pak i chondroprotektiva.

Chondroprotektiva – SYSADOA (symptomatic slow acting drugs of osteoarthritis)

SYSADOA je skupina chondroprotektiv s potenciálně strukturu modifikujícím účinkem. Jde o skupinu léčiv, která zvyšují anabolismus a redukují katabolismus extracelulární matrix. Příznivě tedy zasahují do rovnováhy mezi syntézou a degradací proteoglykanů a s tím spojené obnovy chrupavky či alespoň se zmírněním progresu jejího dalšího poškození. SYSADOA rovněž příznivě ovlivňují klinické obtíže pacientů s osteoartrózou, snižují kloubní bolesti (a tedy potřebu užívání analgetik) a zlepšují pohyblivost v postiženém kloubu. Jde o skupinu dobře tolerovaných léčiv, jejichž efekt nastupuje většinou v odstupu jednoho až dvou měsíců od zahájení terapie a přetrvává asi dva měsíce po vysazení léčby. Do skupiny SYSADOA patří například preparáty obsahující glukosamin či chondroitinsulfát, které se doporučuje užívat cyklicky po dobu dvou až třech měsíců s následnou pauzou, či intraartikulárně podávaná kyselina hyaluronová, nebo perorálně podávaný diacerein, který

má však na rozdíl od ostatních preparátů z této skupiny léčiv poněkud horší toleranci a nesmí jej užívat pacienti starší 65 let. Do skupiny SYSADOA patří kromě výše zmíněných farmak i preparáty, které označujeme jako ASU – avocado and soya unsaponifiables – tedy výtažky z avokáda a sóji. Na našem trhu je ASU preparát dostupný pod názvem Piascledine 300. Je to léčivý přípravek, fytofarmakum (tedy nikoliv potravinový doplněk, jako řada preparátů ze skupiny SYSADOA, pozn. autora), který obsahuje koncentrované aktivní složky z výtažků z uvedených rostlin. Zvyšuje syntézu hlavního proteoglykanu extracelulární matrix – agrekanu, zlepšuje ukládání kolagenu typu II a zároveň snižuje uvolňování a aktivitu metaloproteináz, které jsou zodpovědné za destrukci extracelulární matrix. Při užívání Piascledinu 300 dochází rovněž ke snížení produkce prozánětlivých interleukinů, a tedy k tlumení zánětu. Při terapii rovněž dochází ke zlepšení pohyblivosti v artrotickém kloubu a pacienti užívající Piascledine 300 popisují snížení bolesti postižených kloubů, což je provázeno sníženým příjmem analgetik. Tento přípravek prokazatelně nejvíce zpomaluje progresi gonartrózy, ale jeho efekt je vyjádřen i u pacientů trpících artrózou kyčelního kloubu. Na rozdíl od ostatních chondroprotektiv jej lze užívat dlouhodobě, a není tedy zapotřebí žádné speciální dávkovací schéma. Běžná dávka fytofarmaka Piascledine 300 je 1 tobolka denně během jídla, tolerance léčiva je velmi dobrá, mohou jej užívat i děti od dvanácti let věku. Jedinou kontraindikací tohoto léčivého přípravku je alergie na sóju, avokádo a arašidy.

Další trendy v terapii osteoartrózy, a co dál, když konzervativní léčba nestačí?

V současnosti se ověřuje i efekt dalších moderních metod v terapii osteoartrózy. Jde zejména o intraartikulární aplikaci kolagenu a vit. C, o aplikaci plazmy obohacené o krevní destičky či o aplikaci mesenchymálních kmenových buněk. Zda budou mít tyto metody předpokládaný efekt a zda přinesou nějaký další benefit oproti v současnosti dostupné terapii, to uvidíme v odstupu po vyhodnocení probíhajících studií.

V případech vyčerpání konzervativní terapie osteoartrózy u spolupracujícího paci-

enta s progredujícím funkčním postižením a s kloubními bolestmi je indikovaná náhrada postiženého kloubu kloubní protézou. Spolupráce pacienta je i v této fázi léčby osteoartrózy zásadní, neboť dodržování pooperačního režimu významně ovlivňuje efekt této invazivní terapie.

Shrnutí

Osteoartróza je onemocnění s vysokou prevalencí zejména v populaci nad 50 let věku. Jde o chronické onemocnění, které významně narušuje kvalitu života našich pacientů. V rozvoji osteoartrózy hrají kromě genetiky zásadní roli faktory zevního prostředí, zejména pak životní styl pacienta. Obezita, kouření a přetěžování kloubů vede k rychlejšímu rozvoji osteoartrózy. Ve snaze o konzervativní terapii osteoartrózy pacienty edukujeme o vhodné pohybové aktivitě a motivujeme je právě k úpravě životního stylu, s cílem uchování co největší aktivní svalové hmoty, která je důležitá pro stabilizaci a správnou funkci kloubů. V léčbě kloubních osteoartrótických bolestí užíváme jednak lokální preparáty s obsahem nesteroidních antiflogistik a jednak využíváme systémového podávání analgetik/antipyretik, v kombinaci s atypickými opiáty. V terapii osteoartrózy nezapomínáme ani na skupinu léčiv označovaných jako SYSADOA – chondroprotektiva s potenciálně strukturu modifikujícím účinkem, která příznivě zasahují do rovnováhy mezi syntézou a degradací proteoglykanů a s tím spojené obnovy chrupavky či alespoň se zmírněním progresu jejího dalšího poškození. Jde o léčiva, při jejichž užívání dochází ke snížení bolestivosti artrotických kloubů, a tedy k redukci nutnosti užívání analgetik. Dobře tolerovaným a bezpečným léčivým přípravkem ze skupiny SYSADOA je fytofarmakum Piascledine 300, který prokazatelně příznivě zasahuje do anabolismu extracelulární matrix (zejména na úrovni kolagenu typu II a hlavního proteoglykanu extracelulární matrix – agrekanu) a zároveň redukuje katabolismus extracelulární matrix vlivem inhibice metaloproteináz. Léčivý přípravek Piascledine 300 je velmi dobře snášen, dává se jedenkrát denně během jídla a lze jej užívat dlouhodobě. Užívání Piascledinu 300 je spojeno s redukcí nutnosti užívání analgetik u pacientů s osteoartrózou a s prokazatelným zpomalením progresu artrotických změn, zejm. gonartrózy.