

IDŐSKORI REUMATOLÓGIAI KÓRKÉPEK KEZELÉSE

Bakó Gyula dr.

DEOEC,
III. Belgyógyászati Intézet,
Geriátria Tanszék,
Debrecen



A cikk online változata
megtalálható a
www.olo.hu weboldalon.

A szerző a Debreceni Reumatológiai Oktatási Program 3 (DROP3), 2010 októberében elhangzott referáló jellegű előadásának anyagát foglalja össze jelen közleményében. A szerző arra kapott felkérést, hogy a legfontosabb reumatológiai kórképek időskori sajátosságait és kezelési módjának eltérő sajátosságait fejtsse ki. A legjelentősebb reumatológiai kórképek klinikai megjelenése eltér a fiatal-középkorban jelentkező, tankönyvekben klasszikusnak leírt formáitól. Az időskorral együtt járó patofiziológiai eltérések atípusossá teszik a klinikai megjelenést, a megváltozott elektrolit- és folyadékháztartás, gyógyszer-metabolizmus, csökkent vesekiválasztás, alapvetően változtatja meg a kezelési lehetőségeket is. Közleményemben a rheumatoid arthritis, osteoarthritis, polymyalgia rheumatica, a köszvény és pszeudoköszvény időskori eltéréseit és kezelésében figyelembe veendő eltéréseket taglalom.

RHEUMATOID ARTHRITIS

A rheumatoid arthritis (RA) a leggyakoribb gyulladásos ízületi betegség, amelynek prevalenciája a korrallal nő. A 4. évtizedben kezdődő betegség prevalenciája a 60 év fölöttiek körében kb. 2%. Az időskorban kezdődő RA (Elderly Onset Rheumatoid Arthritis [EORA]) önálló entitás. Az atípusos megjelenés jellemzője: gyakori az akut kezdet, prevalenciája nagyobb férfiakban, mint a fiatalabb korban (férfi:nő=1:1) az általános tünetek – leginkább testtömegcsökkenés – és gyakoribb vállízületi megjelenés (ami a polymyalgia rheumaticára [PMR] emlékeztet) és a gyors funkcionális romlás jellemzi. A diagnózist időskorban az atípusos megjelenés nehezíti: a nagyízületek érintettsége, a reuma faktor (RF) és a We-értékek kevésbé kórjelzők. Az anti-CCP és a CRP pozitivitás itt is értékes laboratóriumi jel. A „hagyományos”, fiatalabb életkorban kezdődő RA-esetek időskori megjelenése az eltelt időben megjelent új terápiák hatásosságának köszönhető és a torzító ízületi gyulladások maradványa helyett az extraartikuláris tünetek jellemzik.

A terápia sarokköve időskorban is a farmakoterápia, kiegészítve fizioterápiával, segédeszközök használatával, alkalmanként sebészi beavatkozással, amelynek célja az önálló életvezetés minél hosszabb ideig történő megtartása. A DMARD- (Disease Modifying AntiRheumatic Drug) csoport gyógyszereit egyenként kell kezdeni, a kombinációt fokozatosan kell bevezetni. A báziskezelést még jelenleg is a Metothrexat (MTX) jelenti, amelynek mellékhatásai időskorban (hányinger, hányás, hasi fájdalom, stomatitis) gyakrabban jelentkeznek, mint fiatalokban. Májfunkciós eltéréseket az esetek mintegy 50%-ában találunk. Teratogén mellékhatás és a spermiumszám csökkenése időskorban már kevésbé jelentős. A (Nem Steroide Anti Inflammatory Drug) NSAID szerekkel való kombinálását a csökkent veseműködés limitálja.

A sulfasalazint enyhébb toxikus profilja miatt többen előnyben részesítik, azonban fatális agranulocytosis kialakulását több esetben is leírták.

A leflunomid alkalmazását kísérő diarrhoea dózisredukciót, vagy a szer adásának felfüggesztését teszi indokolttá.

A ciklosporin alkalmazását nefrotoxikus és hipertóniát fokozó hatása szinte lehetetlenné teszi.

Az azathioprint kis dózisban, más DMARD szerekkel kombinálva alkalmazzák.

Az aranykezelés napjainkban túlhaladott.

COX-2-inhibitorok: jelentős nefrotoxicitás, RR-emelés, ödémaképződés miatt ACE-gátlókkal együtt nem adható! A kardiovaszkuláris szövődményeket fokozza!

Glükokortikoidok: kis dózisban, másnaponta, rövid ideig! Az ismert mellékhatások + osteoporosis gyakoribbak, súlyosabbak!

Antimaláriás szerek (kloroquin): közepes súlyos esetekben, kombinációban hasznos.

Biológiai kezelésben 3 TNF- α -blokkoló (infliximab, etanercept és adalimumab) és egy IL-1-receptor antagonist (anakinra) használható. A biológiai kezeléseket MTX-szel, glükokortikoidokkal is kombinálhatják. A TNF- α -blokkoló kezelésekről egyértelműen bizonyított, hogy a tüdőbetez rizikóját fokozzák, növelik egyéb fertőzés veszélyét, gyógyszerindukálta SLE, demyelinizációs kórkepek, cytopenia, szívelégtelenség és myeloma kialakulását. Az eddigi adatok a kezeléseket jó tolerálhatóságot igazolják, de valószínűen a standardtól eltérő alkalmazási előírások születnek időskorú esetekre vonatkozóan.

OSTEOARTHRITIS

A 65 éven felüliek 75%-ában van jelen radiológiailag kimutatható osteoarthritis (OA). Az ízületi tünetek ezen heterogén csoportját az ízületi porc és csont határán kialakult defektusok jellemzik. A mozgásra fokozódó, nyugalomra enyhülő fájdalom a legkifejezettebb tünetek.

A kezelés célja a fájdalom csillapítása. Ezt a célt szolgálja a járási segédeszközök, testsúlycsökkentés, beteg-felvilágosítás, fizioterápia, helyi meleg vagy hűtés alkalmazása, és a TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation). A nem-gyógyszeres kezelések célja is az életminőség javítása.

Gyógyszeres kezelés: a paracetamol hatásos, olcsó, relatíve biztonságos módszer első vonalbeli kezelésként. Fő mellékhatása hepato- és nefrotoxicitása. Így rendszeres alkoholfogyasztáson dózisredukció szükséges. NSAID jön szóba a paracetamol hatástalansága esetén. A „kezdj kis dózissal, emelj mértékletesen” elve időskori alkalmazásakor mindig szem előtt tartandó. A hatásosság és mellékhatásprofil a nagyszámú NSAID-készítmények között

jelentős eltérést mutat. A szelektív COX₂-gátlók akut kardiovaszkuláris és trombotikus mellékhatások miatt nagy óvatossággal alkalmazhatók. Kardiovaszkuláris szempontból a COX₂-gátlók és a hagyományos NSAID-ok közül a naproxent találták a legbiztonságosabbnak. A gasztrointesztinális mellékhatások miatt protonpumpa-gátlókkal (PPI) együtt kell adni többnyire. Tartós kezelésre mindig nem-szelektív NSAID-ot választunk. Az időskori csökkent GFR és az ismert NSAID mellékhatások dózisredukciót tesznek szükségessé. Figyelemmel kell lenni a Warfarinnal és Digoxinnal kapcsolatos kölcsönhatások fontosságára (INR, Se Digoxin-szint ellenőrzés!). Az opioidok alkalmazása szükséges lehet a fentiekre rezisztens esetekben. A Tramadol alkalmazása a legelterjedtebb.

Glükozamin és chondroitin-szulfát gyógyszerként és táplálékkiegészítőként érhetőek el, amelyek elsősorban térdízületi panaszokban tűnnek hatékonynak. Viscosupplementáció: a térdízületbe adott hyaluronannal csökkenthetik az OA progresszióját. Monoartikuláris esetekben intraartikuláris szteroid adása is szóba jön évi 3-4 alkalommal.

Helyi kezelésre kapszaicin tartalmú kenőcs alkalmazható.

POLYMYALGIA RHEUMATICA

A polymyalgia rheumatica 500 embert érint egy millióból időskorban, és szoros társulás áll fenn az óriássejtes artheritissel (5-15%). A váll és medenceöv fájdalma a nyak, a lumbális gerinc, a váll, ritkábban a kéz és láb kisízületei is érintettek.

Relatív kis dózisú (7,5-20 mg) orálisan alkalmazott szteroidkezelés drámaian jó hatású. Néhány hét után a hatásos dózist az esetek többségében ütemesen lehet csökkenteni az egyénileg meghatározható minimális fenntartó adagig. Miután a kezelés többnyire hosszú ideig szükséges (1-2 év is akár) napi 1200 mg kalcium és 4-800 IU/die D₃-vitamin kiegészítés ajánlott. Kimutatott osteoporosis esetén biszfoszfonát kezelés indokolt.

KÖSZVÉNY ÉS CPPD (PSZEUDO-KÖSZVÉNY)

A 65 évnél idősebbek között a kristályok okozta arthritis prevalenciája elérheti az 5%-ot. A húgysav és kalcium-pirofoszfát kristá-

lyok kicsapódása – az ízületek környezetében lévő kötőszövetben – áll a megbetegedés hátterében.

Idősebbekben a poliartikuláris forma gyakoribb, és a nők részaránya is nagyobb mint középkorúak között. További különbség, hogy időskorban többször találunk kisízületi érintettséget. A hipertónia, obesitas, csökkent veseműködés, tiazid- és kacsdiuretikumok valamint aszpirin alkalmazása növeli a hyperuricaemia rizikóját.

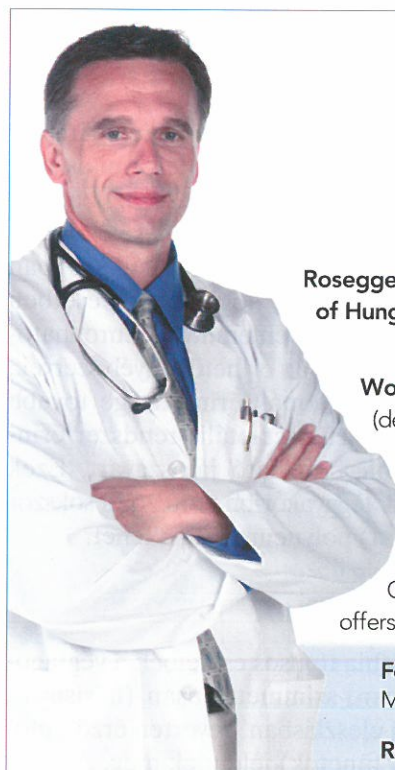
Az akut roham kezelésében colchicin, NSAID és kortikoszteroidok alkalmazása a bevett gyakorlat (a korábban említett óvatos-

sággal). Későbbi roham kivédésére alacsony dózisú colchicin és allopurinol alkalmazandó. 60 ml/min GFR esetén a Milurit dózisa 2×100 mg, 30 ml/min-nél 100 mg. Ennél kisebb GFR-érték esetén másodnaponként adhatunk 100 mg-ot.

Az alkoholfogyasztás minimalizálása tanácsolható és minimálisra csökkentendő a magas purintartalmú ételek fogyasztása. Az említett diuretikumok és aszpirin alkalmazását be kell fejezni. CPPD esetében a húgysavszintet csökkentő stratégiáknak nincs értelme, de a NSAID, szteroid és colchicin adása létjogosult.

IRODALOM

1. Tutuncu Z, Kavanaugh A. Rheumatic Disease in the Elderly: Rheumatoid Arthritis. *Clin Geriatr Med* 2005; 21: 513–525.
2. Rasch EK, Hirsh R, Paulose-Ram, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in persons 60 years of age and older in the United States. Effects of different methods of case classification. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 917–926.
3. van Schaardenburg D, Breedveld FC. Elderly-onset rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1994; 23 (6): 367–378.
4. Fleischman RM, Baumgartner SW, Tindall EA, et al. Response to Etanercept (enbrel) in elderly patients with rheumatoid arthritis; a retrospective analysis of clinical trials. *J Rheumatol* 2003; 30 (4): 691–696.
5. J. Ledingham, Deighton C, on behalf of the British Society for Rheumatology Standards, Guidelines and Audit Working Group (SGAWG) Update on the British Society for Rheumatology guidelines for prescribing TNF α blockers in adults with rheumatoid arthritis. (update of previous guidelines of April 2001) *Rheum* 2005; 44 (2): 157–163.
6. Goldring MB. The role of chondrocyte in osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2000; 43: 1916–1926.
7. American College of Rheumatology. Recommendations for the Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee. *Arthritis Rheum* 2000; 43 (9): 1905–1915.
8. Towheed TE, Maxwell L, Anastaasiades TP, et al. Glucosamine therapy for treating osteoarthritis (Cochrane Review). *Cochrane Database System Rev* 2005 April 18; (2): CD002946.
9. Wortmann RL. Gout and hyperuricemia. *Curr Opin Rheumatol* 2002; 14: 281–286.



RECRUITMENT PLC

Work as a Resident Medical Officer in the UK

Rosegger Recruitment Plc is a fully-licensed manpower agency specialising in the placement of Hungarian doctors abroad.

Work 2 weeks/month as a RMO in a private UK hospital and Earn £ 1700-2000 per week (depending on experience). Accommodation and food are provided free of charge.

You will need good English skills, GMC registration, ALS and EPLS.
We assist potential candidates throughout the entire application process.

Our partner, **WESTMINSTER LANGUAGE SCHOOL (WWW.WESTMINSTER.HU)** offers English classes to doctors (including weekends) to improve their conversational language skills.

For further information please contact in strict confidence: Emma Andrews
Mobile: (+36-70) 6000-839 • emma.andrews@rosegger.hu

Rosegger Recruitment PLC Hungary • H-1122, Budapest, Pethényi út 7. • www.rosegger.hu