

Vesna Eraković¹Radmila Petrović²¹ Dom zdravlja Zemun, Beograd² Institut za reumatologiju, Beograd

Remisija u reumatoidnom artritisu

Ključne reči

remisija

Metotrexat

Sažetak

Reumatoidni artritis je hronična inflamacijska, sistemska bolest. Glavna karakteristika je prisustvo poliartrikularnog sinovitisa. Žene obolevaju 2-3 puta češće od muškaraca. Cilj rada je da se prikaže slučaj pacijentkinje sa novootkrivenim RA u kombinaciji sa subakutnim tireoiditisom, kao i povoljan odgovor na rano uvođenje bazične terapije (Metotrexatom i Resochinom). Pacijentkinja je posle 6 meseci terapije ušla u kliničku remisiju sa svim znacima povlačenja subjektivnih i objektivnih karakteristika bolesti. Pri tom nije došlo do ispoljavanja neželjenih dejstava lekova. Posle prekinute terapije klinička remisija se održava, ali je došlo do radioloških promena, koje ipak predstavljaju oblik progresije bolesti. Postavlja se pitanje dalje terapije?

Uvod

Reumatoidni artritis (RA) je hronična, inflamacijska, sistemska bolest koja se ispoljava na diartrotičnim zglobovima. Glavna klinička karakteristika je prisustvo poliartrikularnog, perzistentnog, simetričnog i progresivnog sinovitisa koji tokom vremena dovodi do ireverzibilnih promena, anatomskih oštećenja, nastanka deformiteta a ređe ankiloze zglobova i teških invalidnosti.

Incidencija RA raste s godinama do sedme decenije, a najčešća je pojava bolesti (maksimalna incidencija) između četvrte i šeste decenije. Žene obolevaju 2-3 puta češće od muškaraca. Razlika po polovima se umanjuje posle pedesete godine.

Lečenje RA se sastoji iz simptomatskog (NSAIL) i lečenje lekovima koji menjaju tok bolesti. Ova druga vrsta se naziva bazična terapija, a lekovi se često nazivaju sporodelujući. Da bi se neki lek označio kao BML, on mora da menja tok RA najmanje tokom jedne godine. To se potvrđuje smanjenjem inflamacije i značajnim poboljšanjem funkcije, što sprečava strukturno oštećenje zglobova. Većina današnjih studija definiše poboljšanje RA korišćenjem poboljšanja kvantitativnih parametara na početni nalaz (20-50%). Malo je studija koje pokazuju pravo dejstvo bolest modifikujućih lekova korišćenjem radiografskih parametara.

Cilj i metod rada

Cilj rada je da se prikaže slučaj novootkrivenog reumatoidnog artritisa u kombinaciji sa subakutnim (Hašimoto) tireoiditisom kao i uvođenje bazične terapije Metotrexatom. Za rad je korišćena anamneza pacijenta, zdravstveni karton i ostala raspoloživa medicinska dokumentacija (rendgenski snimci, serološka i imunološka ispitivanja, otpusne liste).

Rezultati

Pacijentkinja G.V. stara 49 god. lečena na alergologiji (KBC-Zemun) od 5. II-1. III 2002. zbog gušenja, stezanja u grudima i otoka očnih kapaka. Laboratorijske analize: SE 10, KS, glikemija, lipidi, elektroliti i azotne materije u granicama normalnih vrednosti. Rendgen srca i pluća bez patoloških promena. Urađena konsultacija reumatologa zbog latex RF 1:640 i Rose Waler 1:160, pri čemu on postavlja radnu dijagnozu: Dg. Polyarthralgija in obs, bez sigurnih znakova sinovitisa. Urađen je UZ štitaste žlezde, hormonski status, At, konsultovan je endokrinolog: TSH 2,09; FT3 - 3,3; FT4- 9,3; TGat 1:2000; MZat 1:2. Po izlasku iz bolnice na terapiji je NSAIL (Nimulid 2x1, Bromazepam 1,5 2x1).

U toku marta 2002. dolazi do razvoja otoka pojedinih MCP i PIP zglobova, izrazitog bola sa jutarnjom ukočenošću dužom od 30 minuta. Pacijentkinja je upućena na Institut za

reumatologiju pod sumnjom RA: 3. IV 2002. Objektivni nalaz: blage degenerativne promene zglobova šaka, otoci zglobova ručja uz ograničene, blage flexione kontraktura zglobova šaka. Suspektan je sinovitis pojedinih PIP zglobova. Ramena bolno ograničene pokretljivosti, laktovi b.o. Bolni pokreti u kolenima sa krepitacijama pri pokretima, bez hidropsa. Sluznica usne duplje je suva a oči blago hiperemične.

Tražena imunoserologija od 10. IV 2002.: Rose W 1:160, Latex 1:1280, ANA neg., komplement 116 jedinica, CIC 1,00.

Oftalmološki pregled, tj. Širmerov test veći od 15 mil. isključuje mogućnost sicca sindroma. Zbog povećanog očnog pritiska iz terapije bivaju isključeni glikokortikoidi (Pronison), prethodno uvedeni u sklopu simptomatske terapije.

17. IV 2002. Nakon postavljanja dijagnoze RA (Rheumatoid arthritis), pri čemu su ispunjeni kriterijumi za postavljanje te dijagnoze, u terapiju se uvodi kao bazični lek Metotrexat 7,5 mg 1 x nedeljno.

13. V 2002. Nalaz reumatologa: subjektivno dosta bolje, ali se održava artritis PIP zglobova šaka, pojedinih MCP, ručja koja su bolne i ograničene pokretljivosti, blag periartikularni otok. Stanje u celini bolje.

Dg. Arthritis rheumatoides seropositiva, Thyroiditis Hashimoto. L 6,2, Tr 167, urin: belančevine trag, sediment 30-35L. Proveriti U.K. i vaginalni sekret.

19. VI 2002. PIP i MCP zglobova šaka i dalje otečeni i palpatorno bolni. Ostali nalaz zadovoljavajući. Tp. Mtx 7,5 mg nedeljno, Movalis 15 mg. dnevno. Primila amp. Diprofos i.m.

16. X 2002. U terapiju se uključuje još jedan bazični lek Resochin 1 x uveče, uz Mtx 7,5 mg. nedeljno.

22. X 2002. ALT50, AST18, ANA+homogena, RW. 1:160, Latex 1:32.

27. XI 2002. Klinički nalaz na perifernim zglobovima odličan, bez sinovitisa.

27. XII 2002. Iz terapije se ukida Mtx zbog postignute remisije. Tp. Resochin 1 x uveče, Movalis 7,5 mg 1 x dnevno. Stanje subjektivno i objektivno zadovoljavajuće.

19. V 2003. Stanje zadovoljavajuće. Laboratorijske analize: SE12, Hb116, Tr210, AST15, ALT17, glikemija 4,14, U.K. Proteus mirabilis (lečen).

8. VII 2003. Izveštaj reumatologa: Stanje zadovoljavajuće, bez subjektivnih tegoba i jutarnje ukočenosti. Pacijentkinja i dalje u remisiji, ali za tri meseca se postavlja mogućnost ponovnog uvođenja Mtx, zbog Rtg. promena.

Rtg-promene na šakama i stopalima u poređenju s prethodnim snimcima napravljenim pre godinu dana ukazuju na progresiju bolesti (MTP diskretne erozije, kao i prisustvo na glavicama MTP juxtaartikularne osteoporoze i preerozivne supkortikalne ciste).

Diskusija

Poznato je da se u svakodnevnoj kliničkoj praksi retko sreću bolesnici kod kojih je prema sadašnjim ARA kriterijumima klasifikacije sigurna dijagnoza RA u prvih šest meseci bolesti, jer se svi simptomi ne javljaju istovremeno (npr. tipične radiološke promene). Rana dijagnoza RA u prvih 6-8 meseci kod većine bolesnika je moguća samo u visokospecijalizovanim ustanovama. Ako se bolest prepozna i u prvih 12 meseci od njenog početka, što je još uvek povoljan period, treba sprovesti agresivnu terapiju po sistemu "obrnute piramide".

U ovim slučajevima je kod pacijentkinje blagovremeno uvedena bazična terapija Metotrexatom i antimalarikom Resoclinom. Došlo je do povoljnog kliničkog odgovora, što je dovelo do smirivanja simptoma bolesti kao i seroloških i bihumoralnih parametara zapaljenja. Najčešći neželjeni efekti koji prate terapiju Mtx (gastrične smetnje, leukopenija, megaloblastna anemija, pneumonitis) u slučaju ove bolesnice nisu bili prisutni.

Zaključak Blagovremena rana dijagnostika RA i primena bolesti modifikujućih lekova je relativno rano dovela do smirivanja kliničkih simptoma i uspostavljanja remisije. Međutim, i pored kliničke remisije uočene su radiološke promene u blagoj progresiji koje ostavljaju otvoreno pitanje dalje terapije.

Remission in rheumatic arthritis

Key words

Remission

Metotrexat

Abstract

Rheumatic arthritis is chronic inflammatory, systematic disease. The main characteristic is presence of the polyarticular synovitis. The females are becoming ill 2-3 times more frequent than man. The purpose of work is to present the case of one female patient with new-discovered rheumatic arthritis in combination with sub-acute (Hashimoto) thireoiditis, and also the positive reaction on early introduction of basic therapy (Metotrexat and Resoclin). Six months after applying therapy, patient entered into clinical remission with all signs of redrawing subjective and objective characteristics of the illness. There was no bad reaction on medications. After stopping the therapy, clinical remission retained, but there were some radiological changes that represent the form of illness progression. The way of future therapy is in question.

Literatura

1. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines: *Guidelines for management of rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum. 1996;39:713-22.
2. Konečni J. *Reumatoidni artritis*. U: Konečni J. Klinička reumatologija. Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb, 1984;153-226.
3. Vujašinović-Stupar N. Ispitivanje ćelijskog i humoralnog imuniteta kod bolesnika sa reumatoidnim artritisom u zavisnosti od aktivnosti bolesti. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet, Beograd, 1993.
4. Kramer JM. *The mechanism of action of methotrexate in rheumatoid arthritis: the search continues*. J. Rheumatol. 1994;21:1-5.
5. Cronstein BN, Merrill JT. *Mechanisms of effects of methotrexate*. Bull. Rheum. Dis. 1996;45:6-8.
6. Hamilton RA, Kremer JM. *Why intramuscular methotrexate may be more efficacious than oral dosing in a patients with rheumatoid arthritis*. Br. J. Rheumatol. 1997;36:86-90.
7. Gumpell JM, Stener A. *Metothrexate and trimethoprim*. Br. J. Rheumatol. 1998;37(1):908-11.
8. Arnett FC, Bloch DA et al. *The American rheumatism Asociacion 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum. 1988;31:315-324.
9. Pinals RS, Larsen RA et al. *Preliminary criteria for clinical remission in rheumatoid arthritis*. Bull Rheum. Dis. 1982;32:7-10.
10. Scott DL, Huskisson CE. *The cours of rheumatoid arthritis*. Bull. Clin. Rheum. 1992;2:1-21.