

Dr. Szabó Gábor

Rheumatoid arthritis a háziiorvosi gyakorlatban

Bevezető gondolatok

Az esetek zömében a beteg panaszával elsőként háziiorvosát keresi fel. Így van ez a reumatológiai körképek, nevezetesen a rheumatoid arthritis vonatkozásában is. Nem mindegy a továbbiak szempontjából, mennyire adekvát indítást kap. Noha tudatában vagyunk a háziiorvosi hálózat nagy leterheltségének, mégis egyre kevésbé tartható az a szemlélet, miszerint az előjegyzés időpontjára várva semmiféle feladta nincs az apelláltás orvosának. A háziiorvos aktív részese kell legyen a rheumatoid arthritises beteg gondozásának, beleértve a diagnózis felállítását is. Tőle indul és minden lelettel hozzá tér vissza a beteg. Semmiképpen nem vonulhat passzivitásba, mondván, hogy ez a beteg ugyanis szakellátásra szorul. Tévedhetünk akkor, ha:

1. nem RA-t véleményezünk annak és a beteget ezzel iatrogenizáljuk, vagy

2. nem ismerjük fel az induló körképet és ezáltal késik a bázisterápia beállítása.

A teljesség igénye nélkül néhány szempontra szeretném felhívni a figyelmet.

• Mindenekelőtt a rendkívül gyakori kéz- és lábujj-izületi degeneratív elváltozások biztos ismerete fontos.

• Ebben az esetben a reggeli kéz- merevség néhány perc

• többnyire a dip. ízületek érintettek

• rtg. degeneratív jellegű elváltozásokat mutat

• reumafaktor negatív, CRP normális, We. nem gyorsult.

Az arthritis psoriatica diagnózisa psoriasis vulgarishoz, v. körömpso-riasishez, seronegativ arthritishoz kötött. Megjelenésében utánozhatja a rheumatoid arthritis tüneteit is. Az arthritis urica és az infect arthritisek ritkán okoznak differenciáldiagnosztikai nehézséget.

Az autoimmun betegségek okozta polyarthritis szakambulanciára való. Az RA ahány, annyiféle indulási formát produkálhat, mégis vannak szakmai irányelvek, amelyek a helyes irányba terelhetik figyelmünket.

A teljesség igénye nélkül néhány szempontra szeretném felhívni a figyelmet.

• Reggeli kézmerevség legalább egy óra

• Szimmetrikus kéz- és lábujj-izületi fájdalom, duzzanat elsősorban a mcp és pip ízületekben

• Esetleg meglévő egyéb ízületi érintettség

• Szisztémás tünetek megléte, vagy hiánya

Rf. pozitivitás

Gyorsult sedimentacio

Emelkedett CRP érték

Összehasonlító kézfelvétel: sáv- porosis már korán megjelenhet, marginalis, subcondralis erosio nem feltétlenül. Rf. pozitivitás nem azonos a rheumatoid arthritisszel. A részletes immunológiai kivizsgálás során már arra is választ tudunk adni, hogy mennyire agresszív betegséggel állunk szemben, meghatározva egyben a terápia stratégiáját is.

Korábban a klinikai alapfolyamatot is befolyásoló bázisterápia megindítását biztos diagnózishoz kötöttük. Ma inkább a korai terápiát forszíroz- zuk, megelőzve ezzel az erosiók kialakulását. A pontos diagnózis felállítását az ACR-kritériumrendszer alapján végezzük. Már az első orvoshoz fordulás alkalmával megkezd- hetjük a NSAID-készítmény adását, viszont a szteroid terápiát, valamint bázisterápiát a szakorvos állítja be. A beteg pszichés vezetése, folyamatos ellenőrzése, beleértve a labor kontrollokat is kitüntetett feladata a háziiorvosnak. A rheumatoid arthritises beteg ellátása, gondozása csapatmunka, amelyben minden résztvevő egyenlő értékkel vesz részt.

A rheumatoid arthritis etiopatogenezise, klinikai képe, gyógykezelése

Etiopatogenezis

Rheumatoid arthritis az egész szervezetet érintő megbetegedés, a klinikai kép előterében a sokízületi gyulladás áll. Multifaktorális eredetű, autoimmun körkép. A synovialis membránon zajló gyulladás képezi a pannusképződés alapját, ami károsítja az ízületi porcot és a subcondralis csontot.

A synovialis membránon zajló gyulladás generáló és fékező faktorait az 1. táblázat mutatja.

A rheumatoid arthritist kísérő synovitis első lépésének a kemotaxis tekinthető, a fentiekben is látható bizonyult immunbiológiai folyamatok irányítása alatt áll. Az angiogenesis az erek újdonszövődése a beindult gyulladásos folyamat kardinális része. Az ízületi destrukciót okozó fibrosis a synovitis lecsengése után a synovialis membránon zajlik, ezt követi a porc és a csont nagyfokú károsodása.

Klinikai képe

Az RA-ra többnyire lappangó kezdet jellemző, polyarticularis megjelenéssel. Ritkábban indulhat heves polyarthritis-szel, szisztémás tünetekkel, de megjelenhet mono v. oligoarticularis formában is (1. kép). Fő tünetei: fájdalom, duzzanat, nyomásérzékenység, mozgáskorlátozottság az érintett ízületekben. Kifejezett hyperaemia RA-ra nem jellemző.

Jellemző azonban az mcp. ízületek ulnardeviatioja, a kézháti interosseus izomzat atrophija, gomblyuk vagy hatyúnyak deformitások

Dr. Szabó Gábor

Dunakeszi Szakorvosi Rendelőintézet
2120 Dunakeszi, Fő út 75–81.