

# **RYZIKO ZŁAMANIA W REUMATOIDALNYM ZAPALENIU STAWÓW**

**V Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XVII Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 29.09-1.10.2011**

## **Streszczenia:**

Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2011, vol 13 (Supł. 1).  
str 83-84

**L36**

## **RYZIKO ZŁAMANIA W REUMATOIDALNYM ZAPALENIU STAWÓW**

**Leszczyński P.**

Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Oddział Reumatologii i Osteoporozy Szpital im. J. Strusia w Poznaniu

Osteoporoza u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest związana ze standardowymi, dobrze poznanymi czynnikami ryzyka w populacji kobiet po menopauzie, czy mężczyzn w okresie andropauzy. Natomiast istotą problemu chorych na RZS jest aktywny, nie poddający się skutecznemu leczeniu proces zapalny. Prowadzi on do nadmiernej resorpcji tkanki kostnej na drodze aktywacji osteoklastów. Efektem zapalenia są nie tylko zmiany destrukcyjne kości i stawów, ale także osteoporoza miejscowa i uogólniona z obecnością złamań.

Niskie wartości gęstości mineralnej kości odpowiadające densytometrycznemu rozpoznaniu osteoporozy występują średnio u około 50% wszystkich chorych i pojawiają się 5 razy częściej niż w zdrowej populacji. Natomiast złamania trzonów kręgowych i złamania pozakręgowie będąc dramatycznym powikłaniem są niezwykle istotne społecznie i klinicznie. Ich występowanie u chorych na RZS jest związane z dodatkowym pogorszeniem jakości życia oraz może wpływać na zwiększenie śmiertelności w tej grupie chorych.

Ryzyko złamań u chorych na RZS wzrasta wraz z wiekiem, poziomem niepełnosprawności i możliwością upadków, długim czasem trwania aktywnej choroby, występowaniem wczesnej menopauzy i wcześniejszych złamań oraz niskich wartości gęstości mineralnej kości. Jednak obiektywne parametry stosowane w standardowej ocenie pacjentów z RZS, jak ocena 28 stawów DAS 28 (*ang. Disease Activity Score*), czy ocena jakości życia HAQ (*ang. Health Assessment Questionnaire*), nie zawsze wykazują istotną statystycznie zależność z ryzykiem złamań. Natomiast stosowanie leków modyfikujących przebieg RZS (*ang. DMARDs*), immunoterapii (*ang. Biologics*) oraz obecne podawanie kortykosteroidów w minimalnej bezpiecznej i skutecznej dawce, które prowadzi do ograniczenia aktywności procesu zapalnego, może zmniejszyć ryzyko złamań szczególnie w obrębie trzonów kręgowych. Jednak z drugiej strony przewlekłe i długotrwałe podawanie kortykosteroidów, które nie ma na celu zmniejszenia aktywności RZS, jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju osteoporozy i jej powikłań.

Występowanie złamań trzonów kręgowych szacuje się na 20-25% populacji pacjentów z RZS w średnim wieku około 50-60 lat. Ryzyko ich wystąpienia jest nawet do 6 razy wyższe niż w zdrowej populacji w podobnym wieku i rośnie z wiekiem chorych. Złamania trzonów kręgowych są często ignorowane przez lekarzy jak i samych pacjentów, a stosowanie leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych jest nierzadko przyczyną zaniechania podstawowej diagnostyki w tym kierunku. Stąd dane

epidemiologiczne są z pewnością niepełne. Natomiast występowanie złamań pozakręgowych jest szacowane na około 20-30% i jest podobne jak w populacji kontrolnej.

Zdjęcia radiologiczne części piersiowej i lędźwiowej kręgosłupa są złotym standardem w diagnostyce złamań. Jednak z uwagi na wysokie koszty i dawkę promieniowania dobrą opcją alternatywną, która cechuje się podobną czułością i specyficznnością, szczególnie dla złamań 2 i 3 stopnia wg Genanta jest morfometria metodą densytometryczną w części T4-L4 kręgosłupa (*ang. Vertebral Fracture Assessment*).

Istotnym wyzwaniem u chorych na RZS jest skuteczna profilaktyka złamań szczególnie trzonów kręgowych. Jakkolwiek ta grupa chorych, co prawda częściej niż w standardowej populacji chorych na osteoporozę stosuje leki antyresorpcyjne, ale prawdopodobnie znacznie rzadziej pobiera preparaty wapnia i witaminy D.

## **L36**

### **FRACTURE RISK IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS**

**Leszczyński P.**

Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Oddział Reumatologii i Osteoporozy Szpital im. J. Strusia w Poznaniu

Osteoporosis in rheumatoid arthritis patients (RA) is connected with standard, well known risk factors as in postmenopausal women population and men during the andropause. The most crucial problem of rheumatoid arthritis patients is active, not retreating due to effective treatment of inflammation. It leads to excessive resorption of bone tissue on the way of osteoclasts activation. The effect of

inflammation are not only destructive alterations of bones and joints, but also local and generalized osteoporosis with the presence of fractures.

Low bone mineral density corresponding to densitometric definition of osteoporosis present averagely in approximately 50% of all patients and appear 5 times more often than in healthy population. On the other hand, vertebral fractures and non-vertebral fractures are social and clinically significant with dramatic complications. Their appearance in RA patients is connected with additional deterioration of quality of life and can influence on the increase in mortality in this group of patients.

Fracture risk of RA patients increases with the age, level of disability and possibility of falls, long-term active disease, appearance of early menopause, earlier fractures and low bone mineral density. However, objective parameters used in standard assessment of RA patients like assessment of 28 joints DAS (Disease Activity Score) or Health Assessment Questionnaire) not always indicate statistically significant correlation with fracture risk. The use of disease modifying anti-inflammatory drugs (DMARDs), immunotherapy (Biologics) and present corticosteroid use at minimal safe and successful dose which leads to limitation of activity of inflammation process may decrease mainly vertebral fracture risk. On the other hand, chronic and long use of corticosteroids, which aim is not to reduce activity of RA is significant risk factor of osteoporosis and its complications.

Prevalence of vertebral fractures is estimated to 20–25 % of RA patients with approximate age of 50–60. The risk of these fractures is 6 times higher than in healthy population in similar age and it grows with the age of patients. Vertebral fractures are often ignored by medical doctors as well as patients and the use of anti-inflammatory and painkilling drugs is not seldom the cause of abandon basic diagnostic tools. Thus, epidemiologic data are only estimated.

The prevalence of non-vertebral fractures is estimated to approximately 20 – 30 % as in controlled healthy population.

Thoracic and lumbar spine X-rays are golden standard in fracture diagnostic. However, for the attention to high costs and radiation dose as good alternative option which is characterized by similar sensitivity and specificity, mainly for fractures of 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> level according to Genant scale, is spine morphometry of the region T4-L4 using standard densitometry method (Vertebral Fracture Assessment).

The essential challenge for RA patients is effective fracture prevention, mainly vertebral fractures. However, this group of patients uses more often antiresorptive drugs than in standard population, but probably it takes substantially less rare calcium and vitamin D preparations.