



Diagnostyka łuszczycowego zapalenia stawów w praktyce dermatologicznej

Amit Garg, MD,^a Dafna Gladman, MD^b

Dermatolodzy zajmują się chorymi na łuszczycę, którzy są obciążeni związanym z nią ryzykiem łuszczycowego zapalenia stawów, choroby prowadzącej do uszkodzenia stawów i postępującej niesprawności. U większości chorych łuszczycowe zapalenie stawów pojawia się wiele lat po rozpoznaniu łuszczycy, przy czym znacząca grupa tych chorych pozostaje pod opieką dermatologów. Ze względu na brak miary diagnostycznej standardem rozpoznawania i monitorowania łuszczycowego zapalenia stawów pozostaje ocena kliniczna. Umiejętność rozpoznania łuszczycowego zapalenia stawów u chorego na łuszczycę ułatwia dermatologom poprawę wyników leczenia dzięki wczesnej diagnostyce i ułatwia interwencję przy współpracy z reumatologiem.

CELE DYDAKTYCZNE

Po zapoznaniu się z treścią artykułu czytelnik powinien potrafić rozpoznać łuszczycowe zapalenie stawów u chorych na łuszczycę oraz odróżnić je od odczynowego zapalenia stawów, choroby zwyrodnieniowej stawów, dny moczanowej, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz zeszywniającego zapalenia stawów, jak również zlecić odpowiednie badania laboratoryjne i obrazowe w celu oceny chorych na łuszczycę, zgłaszających dolegliwości ze strony narządu ruchu.

SŁOWA KLUCZOWE

dermatolog, łuszczycowe zapalenie stawów, badania przesiewowe

Dermatolodzy zajmują się chorymi na łuszczycę, których cechuje związane z nią ryzyko współwystąpienia łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS), występujące najczęściej i najlepiej opisane. Łuszczycowe zapalenie stawów jest seronegatywnym (bez obecności czynnika reumatoidalnego (rheumatoid factor, RF) zapaleniem stawów i przyczepów ścięgniastych, współlistniejącym z łuszczycą.¹ Zostało sklasyfikowane w grupie czterech, głównych spondyloartropatii, w których poza zapaleniem stawów, stwierdza się zapalenie przyczepów ścięgniastych oraz zapalenie palców, brak RF, obecność antygenów zgodności tkankowej (human leukocyte antigen, HLA)*B27, jak również objawy pozastawowe.²

Dawniej uważano, że w przypadku ŁZS rokowanie jest lepsze.^{3,4} Obecnie sądzi się, że w przebiegu łuszczycy ryzyko uszkodzenia stawów oraz wystąpienia niepełnosprawności, jest podobne do obserwowanego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS).⁵⁻⁸ U nawet 57% chorych na ŁZS stwierdza się destrukcyjną artropatię,^{5,9} a u 11-19% występuje czynnościowa niesprawność.^{5,9-11} W tej grupie chorych stwierdza się zwiększoną umieralność w porównaniu z populacją ogólną.¹² U większości chorych łuszczycą poprzedzała wystąpienie zapalenia stawów lub też występowała jednocześnie z nim.⁵ Objawy zajęcia stawów obecne są u wielu chorych, u których nie rozpoznano ŁZS,¹³ przy czym

Department of Dermatology,^a Rheumatic Skin Disease Center, Boston University School of Medicine oraz z Centre for Prognosis Studies in the Rheumatic Diseases,^b Toronto Western Hospital.

Źródła finansowania: brak.
Konflikt interesów: Dr Garg był konsultantem w firmie Abbott, otrzymywał wynagrodzenie od firm Abbott i Genentech oraz granty od firm Centocor i RegeneRx.
Dr Gladman była konsultantem i otrzymywała wynagrodzenie do firm Abbott, Amgen, BMS, Centocor, Schering i Wyeth oraz otrzymywała granty od firm Abbott, Amgen, Schering, Pfizer, i Wyeth.
Redaktorzy, planiści oraz recenzenci nie mają żadnych istotnych związków finansowych.

Prośby o odbitki należy kierować na adres: Amit Garg, MD, Department of Dermatology, 609 Albany St, J207, Boston, MA 02118.
E-mail: agarg@bu.edu.

J Am Acad Dermatol 2010;63(5):733-748

Dermatologia po Dyplomie 2011;2(5):7-27



- Dermatolodzy zajmują się chorymi na łuszczycę, u których występuje ryzyko rozwoju łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS).
- Z łuszczycą mogą współistnieć różne rodzaje zapalenia stawów naśladujące ŁZS, ponadto u chorych ze zmianami łuszczycopodobnymi i współistniejącym zapaleniem stawów można błędnie rozpoznawać ŁZS.
- Dermatolodzy mogą stwierdzić obecność łuszczycowego zapalenia stawów dzięki analizie cech demograficznych i klinicznych choroby, przeprowadzeniu wywiadu, wykonaniu badania fizykalnego oraz zleceniu odpowiednich badań laboratoryjnych i obrazowych.
- Rozpoznanie przez dermatologa ŁZS u chorego na łuszczycę umożliwi poprawę wyników leczenia dzięki wdrożeniu wczesnej diagnostyki i ułatwi współpracę z reumatologiem.

wielu z nich pozostaje pod opieką dermatologów. Umiejętność rozpoznania ŁZS u chorego na łuszczycę pozwoli więc dermatologowi na poprawę wyników leczenia dzięki wdrożeniu wczesnej diagnostyki i lepszej współpracy z reumatologiem.

Nieprzewidywalne, zmienne i często podstępne zajęcie stawów lub struktur okołostawowych i więzadeł powoduje, że rozpoznanie i różnicowanie łuszczycowego zapalenia stawów z innymi rodzajami zapalenia stawów stanowi wyzwanie. Zapalenia stawów, takie jak choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) lub dna moczanowa, często współwystępują z łuszczycą i naśladują obecność ŁZS. Ewentualnie u chorych ze zmianami łuszczycopodobnymi (np. łojotokowymi) oraz współistniejącym zapaleniem stawów, takim jak RZS lub zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) można błędnie rozpoznać łuszczycowe zapalenie stawów. Ze względu na brak miary diagnostycznej standardem rozpoznawania lub monitorowania łuszczycowego zapalenia stawów pozostaje ocena kliniczna. Podstawowe szkolenie pozwala dermatologom na rozpoznanie ŁZS na podstawie cech demograficznych i klinicznych, wywiadu, prostego badania fizykalnego oraz odpowiednich badań laboratoryjnych i obrazowych. Czytelnicy zainteresowani doskonaleniem umiejętności powinni zapoznać się z wyczerpującym artykułem dotyczącym diagnostyki i leczenia ŁZS, opublikowanym w styczniu 2005 r. w *Journal of American Academy of Dermatology*.¹⁴ Celem niniejszego przeglądu jest zapewnienie dermatologom praktycznych podstaw pozwalających na rozpoznanie objawów klinicznych łuszczycowego zapalenia stawów oraz odróżnienie ich od pozostałych powszechnie

nie występujących stanów zapalnych stawów, a tym samym ułatwienie skierowania chorego do reumatologa, zapewniającego właściwą pomoc w odpowiednim czasie. Łuszczycowe zapalenie stawów wymaga różnicowania z reaktywnym zapaleniem stawów (reactive arthritis, ReA), chorobą zwyrodnieniową (ChZS), dną moczanową, reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) oraz z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa (ZZSK).

Łuszczycowe zapalenie stawów

Kluczowe wskazówki

- Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) jest powszechną chorobą, u większości pacjentów poprzedzoną występowaniem łuszczycy.
- Jako stan zapalny, charakteryzuje się obecnością dyskomfortu zajętych stawów, obrzękiem oraz przedłużającą się sztywnością poranną.
- Obraz kliniczny zajęcia stawów w przebiegu ŁZS jest różnorodny i oparty na zajęciu samych stawów, co powoduje, że różnicowanie z innymi postaciami zapaleń stawów może być trudne.
- Zapalenie przyczepów ścięgniętych dotyczy najczęściej przyczepu ścięgna Achillesa lub powięzi poduszki do kości piętowej.
- Ocena i badanie kliniczne zajętych stawów i przyczepów ścięgniętych mogą ułatwić rozpoznanie łuszczycowego zapalenia stawów z większą czułością niż tylko analiza dolegliwości zgłaszanych przez chorego.
- Nie ma żadnych badań laboratoryjnych pozwalających na rozpoznanie ŁZS.
- Obecność brzeźnych i centralnych nadżerek, zapalenia okostnej oraz rozległych syndesmotów na zdjęciu radiologicznym pozwala na różnicowanie ŁZS z innymi postaciami zapalenia stawów.

EPIDEMIOLOGIA

Występowanie łuszczycowego zapalenia stawów na świecie u chorych na łuszczycę wynosi 6-42%.¹⁵⁻²³ Przyczyną trudności w ustaleniu rzeczywistej częstości jego występowania jest zróżnicowanie populacji oraz odmienne metody klasyfikacji choroby i zbierania danych. Mimo że wyniki badań epidemiologicznych wykazują różnice w zakresie częstości występowania ŁZS u chorych na łuszczycę, uważa się, że jest to częsta choroba.¹⁵⁻²⁰ Szacunkowo jedna trzecia z ocenianej na 1-3% populacji amerykańskiej grupy chorych na łuszczycę cierpi również na łuszczycowe zapalenie stawów.



Z kolei u 0,3-1,0% chorych może dojść do wystąpienia ŁZS z częstością podobną do RZS. U 70% chorych objawy łuszczycy występują około 10 lat wcześniej niż objawy ŁZS,⁵ a prawdopodobieństwo rozwoju ŁZS może mieć związek z czasem trwania choroby oraz jej ciężkością.¹⁶ W 10-15% przypadków stwierdza się jednocześnie występowanie łuszczycy i ŁZS,⁵ a w 15% przypadków zapalenie stawów poprzedzone jest występowaniem łuszczycy o 10-15 lat. U dzieci zapalenie stawów w 50% przypadków występuje jako pierwsze.²⁴⁻²⁶ Łuszczycowe zapalenie stawów stwierdza się z jednakową częstością u mężczyzn i kobiet, ze szczytem występowania między 35 a 45 r.ż. U dzieci średni wiek wystąpienia ŁZS wynosi 9-10 lat, a choroba jest częściej stwierdzana u dziewczynek.

Biorąc pod uwagę powyższe dane epidemiologiczne, można rozpocząć klasyfikację chorych do różnych grup zapalenia stawów. Na przykład jest bardziej prawdopodobne, że 30-letni mężczyzna z łuszczycą i dolegliwościami bólowymi stawów międzypaliczkowych dalszych choruje na łuszczycowe zapalenie stawów niż ChZS (patrz część poświęcona chorobie zwyrodnieniowej stawów). Podobnie w przypadku 35-letniego mężczyzny z łuszczycą i rozlanym obrzękiem dużego palca u nogi, bardziej prawdopodobne jest ŁZS niż dna moczanowa (patrz część poświęcona dnie moczanowej).

OBJAWY KLINICZNE

Łuszczycowe zapalenie stawów to stan zapalny (ryc. 1), w którym objawy mięśniowo-szkieletowe są na początku zdecydowanie częściej podostre niż ostre. Cechą charakterystyczną jest częściej dyskomfort w zakresie stawów niż dolegliwości bólowe. Nierzadko zdarza się jednak, że choroba przebiega bezobjawowo, nawet gdy w badaniu radiologicznym stwierdza się już zmiany stawowe. Wszyscy chorzy na RZS lub ZZSK zgłaszają występowanie sztywności porannej, a w przypadku ŁZS jedynie 50%. Przedłużająca się sztywność poranna, trwająca dłużej niż 60 minut, jest wynikiem stanu zapalnego przyczepów w miejscu w którym więzadło lub ścięgno łączy się z kością. W przypadku ŁZS sztywność zmniejsza się w ciągu dnia, a narasta w czasie odpoczynku, np. podczas nocnego snu.

Obraz kliniczny zajęcia stawów

Obraz kliniczny zajęcia stawów w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów jest różnorodny i zarówno naturalny przebieg choroby, jak i leczenie wpływają na dynamikę procesu chorobowego. To, co zaczyna się jako zapalenie kilku stawów (dotyczące 4 lub mniejszej licz-



Rycina 1. Płyn stawowy w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów.

Płyn stawowy pochodzący od chorego na ŁZS, będący wynikiem zapalenia stawów o podłożu zapalnym, zawiera krwinki białe w liczbie przekraczającej 2000, z których co najmniej 75% stanowią komórki wielojądrzaste. Powoduje to, że płyn jest mętny lub opalizujący (probówka po stronie prawej). Płyn stawowy pochodzący od chorego na zapalenie stawów o podłożu niezapalnym zawiera mniej niż 2000 białych krwinek i jest przejrzysty (probówka po stronie lewej).

by stawów – oligoarthritis), może z czasem przekształcić się w zapalenie wielostawowe (zajmujące ponad 4 stawy – polyarthritis), a następnie po leczeniu ponownie może stać się chorobą zajmującą pojedyncze stawy. Zajęcie stawów osiowych może wystąpić na początku choroby, w jej późniejszym okresie lub nie wystąpić wcale. Różnicowanie postaci łuszczycowego zapalenia stawów jedynie na podstawie obrazu klinicznego zajętych stawów może więc być mylące.

Spośród różnych postaci klinicznych zajęcia stawów w przebiegu ŁZS, opisanych po raz pierwszy przez Molla i Wrighta,¹ najczęściej rozpoznawane jest zapalenie stawów międzypaliczkowych dalszych, jest ono niemal patognomoniczne dla ŁZS. Obraz ten obecny jest jednak tylko u 5-10% chorych, wśród których dominują mężczyźni.²⁷ U 30% chorych występuje asymetryczne zapalenie wielostawowe. W tym przypadku choroba zajmuje z reguły jeden duży staw, np. kolanowy oraz kilka mniejszych stawów rąk lub stóp, czemu często współtowarzyszy zapalenie stawów paliczkowych. Obserwacje wskazują, że zajęcie wielu stawów występuje przynajmniej tak samo często jak zajęcie pojedynczych stawów, zwłaszcza wśród kobiet.^{5,6,9,28,29} Postać wielostawowa dotyczy palców, nadgarstków, kolan i kostek. Mimo podobieństwa do postaci obserwowanych



w przebiegu RZS (patrz część poświęcona reumatoidalnemu zapaleniu stawów), łuszczycowe zapalenie wielostawowe można odróżnić na podstawie zajęcia stawów międzypaliczkowych dalszych oraz względnej asymetrii w zakresie zajętych stawów. Podczas gdy ŁZS częściej zajmuje wszystkie stawy, w jednym palcu (tzw. dystrybucja RAY) a inne pozostają niezmiennione chorobowo, to w przypadku RZS dochodzi do zajęcia tych samych stawów w każdym palcu. Występujące u około 5% chorych ŁZS zniekształcające zapalenie stawów rąk nie jest tak częste jak w przypadku RZS.

Ograniczona osiowa postać choroby w formie zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (zapalenie wyrostków stawowych kręgosłupa) lub zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych (stan zapalny stawów krzyżowo-biodrowych w miednicy) występuje u 5% chorych na ŁZS, głównie u mężczyzn. Częściej jednak choroba występuje w połączeniu ze stanem zapalnym stawów obwodowych, tak więc w sumie do 40% chorych na ŁZS cierpi na jakąś odmianę osiowej postaci choroby. Zapalenie stawów kręgosłupa w przebiegu ŁZS zajmuje odcinek szyjny, ze względny oszczędzeniem odcinka krzyżowo-lędźwiowego. W ciężkich postaciach istnieje ryzyko podwichnięcia stawu szyjnow-obrotowego. Kręgi pozostają zajęte dysynchronicznie. Uwagę zwraca to, że kręgosłup może być zajmowany nierównomiernie, bez zmian w odcinku krzyżowo-lędźwiowym, w przeciwieństwie do postaci osiowej ZZSK (patrz część poświęcona zeszywniającemu zapaleniu stawów kręgosłupa). W przypadku zapalenia odcinka krzyżowo-lędźwiowego w przebiegu ŁZS zmiany lokalizują się zwykle niesymetrycznie, inaczej niż w ZZSK.

Zapalenie przyczepów ścięgniastych i palca

Zapalenie błony maziowej jest podstawową zmianą w przebiegu RZS, zaś zapalenie błony maziowej wraz z zapaleniem przyczepów ścięgniastych charakteryzuje łuszczycowe zapalenie stawów. Zapalenie przyczepów ścięgniastych (enthesitis) lub stan zapalny w miejscu przyczepu ścięgna lub więzadła do kości występują nawet u 42% chorych.³⁰ Wiele struktur ścięgniastych jest miejscem absorpcji lub rozpraszania sił mechanicznych wokół elementów stawowych, a stan zapalny tych struktur prowadzi do ucisku wokół stawu, co jest najbardziej zauważalne w okresie spoczynku. Zapalenie przyczepów ścięgniastych może dotyczyć zarówno obwodowych, jak i osiowych części, niezależnie od stanu zapalnego zajmującego staw. W przebiegu ŁZS najczęściej dochodzi do zajęcia ścięgna

Achillesa lub miejsca przyczepu powięzi podeszwy do kości piętowej, jak również więzadeł klatki piersiowej, miednicy, żeber, tylnego ścięgna piszczelowego, mięśnia czworogłowego, ścięgna rzepki oraz łokcia. Uważa się, że zapalenie ścięgien występuje jednocześnie z obecnością zmian łuszczycowych w obrębie płytek paznokciowych w ŁZS. Obserwowano korelację zmian stwierdzanych w badaniu metodą rezonansu magnetycznego oraz w badaniu histopatologicznym, co sugeruje związek między obecnością zmian płytek paznokciowych i obecnością zmian zapalnych w przyczepach ścięgniastych.³¹

Współistniejące objawy pozastawowe

Zapalenie stawów jest związane z obecnością objawów pozastawowych, a częstość ich występowania oraz zakres zależą od rodzaju zapalenia stawów. Podobnie jak w przypadku innych chorób zapalnych stawów, chorzy na ŁZS skarżą się na objawy ogólne, w tym zmęczenie, niekiedy brak łaknienia, utratę masy ciała oraz osłabienie. Łuszczycowe zapalenie stawów należy do grupy spondyloartropatii, w której stwierdza się współistnienie objawów ogólnych innych niż występujące w chorobach seropozytywnych, których modelem jest RZS. Na przykład w przebiegu zapalenia seronegatywnego występuje zwykle zapalenie spojówki lub zapalenie błony naczyniowej, podczas gdy zapalenie twardówki i nadtwardówki towarzyszy zwykle zapaleniu seropozytywnemu. W przypadku ŁZS zapalenie spojówki i zapalenie błony naczyniowej przebiegają z dolegliwościami bólowymi, światłowstrętem oraz łzawieniem i są obecne w 7-33% przypadków. Zajęcie narządu wzroku jest zwykle przewlekłe i obustronne, może dochodzić do zajęcia komory tylnej. Rzadkim powikłaniem ŁZS jest niewydolność aorty, co prowadzi do rozwoju zastoinowej niewydolności serca. W tabeli 1 porównano objawy kliniczne występujące w przebiegu różnych rodzajów zapalenia stawów, które mogą współistnieć lub naśladować ŁZS.

BADANIE FIZYKALNE

Nie oczekuje się, aby dermatolodzy rutynowo badali stawy chorych na łuszczycę. Czynnościowa ocena objawów sugerujących zapalenie stawów na podłożu zapalnym oraz zapalenie przyczepów ścięgniastych może z większym prawdopodobieństwem niż w przypadku opierania się jedynie na skargach chorego pozwolić dermatologowi na rozpoznanie ŁZS i skierowania chorego na konsultację reumatologiczną. Jeśli natomiast dane z wywiadu, jak również zgłaszane objawy nie su-

**Tabela 1. Porównanie cech klinicznych występujących w różnych rodzajach zapalenia stawów, które mogą współistnieć z łuszczycą lub naśladują łuszczycowe zapalenie stawów**

Cecha kliniczna	ŁZS	ChZS	Dna moczanowa	RZS	ZZSK	ReA
Płeć	M=K	M≈K	M>K	K>M	M>>>K	M>>K
Wiek, w którym wystąpiły pierwsze objawy (lata)	35-45	>50	20-40	30-50	20-40	20-40
Początek	Stopniowy	Stopniowy	Ostry	Ostry/stopniowy	Ostry/stopniowy	Ostry
Rodzaj dolegliwości stawowych	Dyskomfort/ból, ale o mniejszym nasileniu niż w RZS	Dyskomfort	Dolegliwości bólowe	Dolegliwości bólowe	Dolegliwości bólowe	Dolegliwości bólowe
Szywność poranna (w minutach)	>60, poprawia się w wyniku aktywności	<20, nasila się w wyniku aktywności	Brak	>60, poprawia się w wyniku aktywności	>60, poprawia się w wyniku aktywności	>60, poprawia się w wyniku aktywności
Objawy pozastawowe	Obecne	Nieobecne	Nieobecne	Obecne	Obecne	Obecne

ChZS – choroba zwyrodnieniowa stawów, K – kobiety, ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów, M – mężczyźni, ReA – odczynowe zapalenie stawów, RZS – reumatoidalne zapalenie stawów, ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa.

gerują obecności ŁZS, proste badanie stawów i ścięgien może przyczynić się do ustalenia rozpoznania.

Oglądanie stawów oraz badanie prostych ruchów dostarczają ważnych informacji. W ten sam sposób ocena skóry nad stawami i więzadłami dostarcza istotnych informacji. W przypadku ŁZS często stwierdza się rumień nad zajętejmi stawami rąk i stóp (ryc. 2). Uważne oglądanie pozwala na stwierdzenie obrzęku, jednak objaw ten może pozostać niezauważony jeśli rumień jest dyskretny lub nie ma go w ogóle. W przypadku obrzęku granice stawów stają się mniej widoczne, co jest bardziej zauważalne w porównaniu do stawów niezmiennych (ryc. 3). Rumień i obrzęk są lepiej widoczne w przypadku dużych stawów, takich jak kolanowy (ryc. 4). W postaci zniekształcającej, stwierdza się skrócenie paliczków palców rąk co wynika z postępującej osteolizy i jest widoczne podczas badania, jako zniekształcenia typowe dla ŁZS określane mianem palców lornetkowanych (opera-glass hands) (ryc. 5). Postać ta występuje częściej u mężczyzn i zwykle pojawia się wcześniej, co pozwala na wczesne postawienie rozpoznania. W trakcie badania można stwierdzić obecność zrośnięcia lub połączenia się małych stawów, co klinicznie przybiera postać przykur-

czu lub przeprostu stawów i jest kolejnym powszechnym zniekształceniem (ryc. 5).

Jednolity obrzęk palców ręki lub stopy (ryc. 6), jak również palce kielbaskowate to kolejne objawy wskazujące na zapalenie palców, dotyczące do 49% chorych na ŁZS i wynikające z jednoczesnego stanu zapalnego trzech stawów i zapalenia pochewki maziowej ścięgna zajętego paliczka. Ponieważ częściej zajmowane są stawy palców stóp,³² bardzo duże znaczenie ma badanie stóp po zdjęciu przez chorego butów i skarpetek. Zapaleniu palców często towarzyszą zmiany łuszczycowe w obrębie płytek paznokciowych, które stwierdza się u ponad 80% chorych na ŁZS oraz u mniej niż 50% chorych na łuszczycę bez współwystępującego zapalenia stawów.^{33,34} Ponadto ścięgna powierzchowne, takie jak ścięgno Achillesa, mogą wyglądać na obrzęknięte, zwłaszcza w porównaniu ze ścięgnem po stronie przeciwnej. Dostępne są specjalne skale do oceny zapalenia ścięgien,³⁵ ale nie oczekuje się, aby tej oceny dokonywał dermatolog.

W przypadku zajęcia stawów i ścięgien typowych dla ŁZS bez typowych objawów klinicznych badanie zakresu ruchów może ułatwić potwierdzenie zajęcia ukła-



Rycina 2. Rumień skóry wokół zajętego stawu w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów.

Ciemnoczerwony rumień zlokalizowany w obrębie stopy nad zajęтым stawem.



Rycina 4. Obrzęk prawego stawu kolanowego w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów.

Obrzęki dużych stawów, takich jak kolanowy, mogą być zauważone podczas badania chorego.



Rycina 3. Obrzęk stawów w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów, w obrębie drugiego i trzeciego stawu śródrečno-paliczkowego obu rąk.



Rycina 5. Palce lornetkowe w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów.

W przebiegu zniekształcającego łuszczycowego zapalenia stawów dochodzi do skrócenia palców, co jest spowodowane postępującą chorobą destrukcyjną i prowadzi do zapadania się zajętych stawów oraz kondensacji paliczków. Stwierdza się również zeszywnienie lub zgięcie paliczków.

du szkieletowego. Wykonywanie ruchów szyi, ramion, łokci, nadgarstków, palców, kolan, kostek i palców stóp może wywołać sztywność lub dolegliwości bólowe. Ucisk na nadgarstki, ramiona, łokcie, stawy palców rąk oraz stóp może wyzwolić ból. Uważa się, że dermatolodzy i reumatolodzy są w stanie wiarygodnie oceniać tkliwość stawów.³⁶ Dermatolog może także ocenić tkliwość w miejscu przyczepu ścięgna Achillesa i powięzi podeszwy.

Zajęcie stawów osiowych w przebiegu ŁZS może łatwo zostać przeoczone, ponieważ czułość i swoistość badania tych stawów jest mała z powodu ich względnej niedostępności. Stąd takie badanie ma ograniczone znaczenie, nawet w praktyce reumatologicznej. Niekiedy pacjent zgłasza wyraźne ograniczenie ru-

chomości kręgosłupa. Niektóre ruchy wpływające na staw krzyżowo-biodrowy mogą wywołać ból lub sztywność. Utrata ruchomości w zakresie stawów kręgosłupa jest łatwa do oceny przez badanie zgięcia do przodu i w bok. W przypadku podejrzenia zajęcia stawów osiowych należy rozważyć badania obrazowe, takie jak zdjęcie rentgenowskie lub badanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI) z użyciem sekwencji STIR w połączeniu z konsultacją reumatologiczną. W tabeli 2 porównano elementy badania fizykalnego w przypadku ŁZS i innych rodzajów zapalenia stawów, które mogą z nim współistnieć lub naśladować ŁZS.

BADANIA LABORATORYJNE

Nie ma żadnych badań laboratoryjnych charakterystycznych dla ŁZS. Ocena OB oraz stężenia CRP są w tej sytuacji niewiarygodne,⁵ a wartości tych parametrów pozostają zwiększone w przypadku RZS, ZZSK oraz ReA. Chociaż wskaźniki ostrej fazy pozostają nie-diagnostyczne w przypadku ŁZS, mają jednak znaczenie prognostyczne zarówno w zakresie uszkodzenia stawów, jak i przeżycia, stąd powinny być oceniane u chorych na ŁZS. Antygen HLA B*27, występujący u 7% Amerykanów rasy białej, stwierdza się u 5-70% chorych ze zmianami osiowymi i u mniej niż 15% chorych z obwodową postacią ŁZS, a jego obecność nie zależy od ciężkości choroby.²³ Chociaż antygen nie ma znaczenia diagnostycznego w łuszczycowym zapaleniu stawów, jego obecność zwłaszcza w przypadku współwystępowania DR*07 ma znaczenie prognostyczne w przypadku uszkodzenia stawów w przebiegu ŁZS. W tabeli 3 porównano wyniki badań laboratoryjnych u chorych na ŁZS oraz innymi rodzajami zapalenia stawów mogącymi współistnieć z łuszczycą lub naśladować łuszczycowe zapalenie stawów.

BADANIA OBRAZOWE

Tak jak dermatolodzy starają się o opis histopatologiczny zmian stwierdzanych u chorego, tak mogą również, mając odpowiednią wiedzę, analizować opisy radiologiczne do oceny czy chory na łuszczycę cierpi również na ŁZS. Stwierdzany na podstawie zdjęcia rentgenowskiego rodzaj nadzerek i zniekształceń, obecność zapalenia okostnej oraz postać zajęcia stawów pozwalają na różnicowanie ŁZS z innymi odmianami zapalenia stawów.

Nowe zmiany proliferacyjne lub zapalenie okostnej występujące w pobliżu nadzerek i w miejscu przyczepów ścięgniastych są wyjątkowymi cechami wyróżniającymi ŁZS spośród artropatii zapalnych. Radiograficznie manifestują się jako „puszyste” przejaśnienia w okolicy stawów. Gorzej chronione przez chrząstkę stawową, boczne powierzchnie kości są narażone na powstawanie nadzerek we wczesnej fazie ŁZS (ryc. 7 A), które mogą później rozwijać się, zajmując część centralną powierzchni stawowej, co daje typowy obraz „zastruganego ołówka” (pencil in cup) (ryc. 7 B). Ten rodzaj postępującej osteolizy lub resorpcji kości prowadzi do rozpadu kości oraz zapadania się paliczków i kości śródreżca, co w rezultacie daje obraz palców lornetkowanych lub teleskopowych deformacji paliczków. Takie zmiany są charakterystyczne dla ŁZS. Odróżnia się je dzięki obecności zarówno lizy, jak i zarośnięcia stawów,



Rycina 6. Zapalenie palców w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów.

Wrzecionowaty obrzęk prawego kciuka (A) oraz palca czwartego stopy lewej (B), będące wynikiem stanu zapalnego w obrębie stawów międzypaliczkowych oraz ścięgien.

co może występować w obrębie różnych stawów tego samego palca. Niekiedy znaczne nasilenie utraty kości wynikające ze zmian nadzerekowych może prowadzić do podwichnięć.

Związek między objawami i zmianami radiologicznymi świadczącymi o zapaleniu stawów kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych może być słaby, a objawy porannej sztywności w obrębie dolnej części pleców i pośladków mogą nie być widoczne w badaniu radiologicznym. Niewielka czułość tego badania powoduje również, że postać osiowa ŁZS łatwo może zostać przeoczona. Nadzereki w obrębie stawu krzyżowo-biodrowego są zwykle niesymetryczne i jednostronne. Z czasem szpara stawowa między kością krzyżową a biodrową zamyka się ze względu na stwardnienie kości. W przypadku zajęcia kręgosłupa ziarnina zapalna w miejscu połączeń chrząstki



Tabela 2. Badanie fizykalne w łuszczycowym zapaleniu stawów i innych rodzajach zapalenia stawów, które mogą współistnieć z łuszczycą lub naśladować ŁZS

Badanie fizykalne	ŁZS	ChZS	Dna moczaniowa	RZS	ZZSK	ReA
Obraz kliniczny zajęcia stawów	Zapalenie pojedynczych stawów, zapalenie wielu stawów, zajęcie stawów osiowych	Zapalenie jednego stawu, zapalenie pojedynczych stawów	Zapalenie jednego stawu, zapalenie pojedynczych stawów, zapalenie wielu stawów	Zapalenie wielu stawów	Zajęcie stawów osiowych, a także zajęcie dużych stawów obwodowych, asymetryczność	Zajęcie pojedynczych stawów, zajęcie wielu stawów; układ osiowy
Dystrybucja	Obwodowa (w tym DIP) oraz osiowa	Obwodowa (w tym DIP) oraz osiowa	Obwodowa	Obwodowa (w tym MCP)	Osiowa >>obwodowa	Obwodowa (w tym za DIP) oraz osiowa
Symetryczność	Asymetria	Asymetria	Asymetria	Symetria	Symetria	Asymetria
Obrzęk oraz rumień tkanek otaczających	Obecne	Nieobecne	Obecne	Obecne	Nieobecne	Obecne
Zapalenie przyczepów ścięgniastych	Obecne	Nieobecne	Nieobecne	Nieobecne	Obecne	Obecne
Zapalenie palców	48%	Nieobecne	Nieobecne	Nieobecne	Nieobecne	Niekiedy
Zapalenie błony maziowej	Obecne	Nieobecne	Nieobecne	Obecne	Niekiedy obecne	Obecne
Typowe zniekształcenia	Palce typu lornetkowego (teleskopowe)	Guzki Heberdena i Boucharda	Guzki dnawe	Łabędzia szyja, butonierka, zmiany typu zygzaka	Zarośnięcie stawów kręgosłupa	Zarośnięcie stawów kręgosłupa

ChZS – choroba zwyrodnieniowa stawów, DIP – stawy międzypaliczkowe dalsze, ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów, MCP – stawy śródręczno-paliczkowe, ReA – odczynowe zapalenie stawów, RZS – reumatoidalne zapalenie stawów, ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa.

dysku oraz na brzegach trzonów kręgów jest zastępowana strukturami kostnymi określanymi mianem syndesmotów, które stopniowo łączą przylegające trzony, co prowadzi do zeszywnienia kręgosłupa. W przebiegu ŁZS są to duże struktury, zajmujące jedną stronę trzonu kręgowego, ale nie drugą (są asymetryczne) i mogą zajmować kręgosłup z przerwami, pozostawiając wolne obszary. Jest to zupełnie inny obraz od spotykanego w ZZSK, w którym zmiany są cienkie, symetryczne i ciągłe (ryc. 8). Wśród innych

powszechnie występujących zmian w obrębie kręgosłupa stwierdza się kostnienie przykręgosłupowe oraz w zaawansowanej chorobie łączenie się kręgów z towarzyszącą kalcyfikacją dysku.

Zapalenie przyczepów ścięgniastych może być trudne do oceny na zdjęciu rentgenowskim, zwłaszcza we wczesnej fazie choroby. W miejscu przyczepu ścięgna do kości, np. w miejscu przyczepu ścięgna Achillesa do kości piętowej, zauważalne mogą być zarówno nadżerki, jak i zapalenie okostnej. W ocenie

**Tabela 3. Wyniki badań laboratoryjnych w przypadku łuszczycowego zapalenia stawów oraz innych rodzajach zapalenia stawów, które mogą współistnieć z łuszczycą lub naśladować ŁZS**

Badanie laboratoryjne	ŁZS	ChZS	Dna moczanova	RZS	ZZSK	ReA
OB	+/-	Prawidłowy	Prawidłowy (podwyższony w przypadku ataku)	Podwyższony	+/-	+/-
CRP	+/-	Prawidłowe	Prawidłowe	Podwyższone	+/-	+/-
RF	Zwykle nieobecny	Zwykle nieobecny	Nieobecny	Zwykle obecny	Zwykle nieobecny	Zwykle nieobecny
Przeciwciała CCP	Zwykle nieobecne	Nieobecne	Nieobecny	Obecne	Zwykle nieobecne	Zwykle nieobecne
HLA*B27	15-70%	4-8%	4-8%	4-8%	90%	50-85%
Płyn maziowy	Zapalny	Niezapalny	Zapalny	Zapalny	Zapalny	Zapalny

CCP – białka cytrulinowe, ChZS – choroba zwyrodnieniowa stawów, CRP – białko C-reaktywne, HLA – Kompleks antygenów zgodności tkankowej, ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów, OB – odczyn Biernackiego, ReA – odczynowe zapalenie stawów, RF – czynnik reumatoidalny, RZS – reumatoidalne zapalenie stawów, ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa.

zapalenia przyczepów ścięgniętych badanie metodą MRI, jak i badanie ultrasonograficzne mają zdecydowanie większą wartość w porównaniu ze zdjęciem rentgenowskim. W MRI obrazy T1 zależne pozwalają na uwidocznienie szczegółów anatomicznych tkanek miękkich. W tej sekwencji tkanka tłuszczowa oraz szpik kostny dają jasny sygnał i są koloru białego, mięśnie dają sygnał o pośredniej intensywności i są koloru ciemnego, a ścięgna i więzadła są czarne. Widoczne na obrazie T1 zależnym pogrubienie powięzi stopy w kontekście sztywności stopy, sugeruje obecność zapalenia przyczepów ścięgniętych (ryc. 9 A). W tej sekwencji można również uwidocznić obrzęk i obecność płynu w pobliżu miejsca przyczepu ścięgna do kości. Tkanka tłuszczowa i szpik kostny dają sygnał o takiej samej intensywności co płyn i obrzęk. W celu poprawy widoczności płynu i obrzęku można hamować sygnał tkanki tłuszczowej i szpiku kostnego z użyciem sekwencji T2 zależnej metodą STIR (ryc. 9 B). W ostatnim czasie zaproponowano również wykorzystanie badania ultrasonograficznego do wykrywania zapalenia przyczepów ścięgniętych. W rzeczywistości zapalenie przyczepów ścięgniętych było stwierdzane powszechnie u chorych na łuszczycę bez rozpoznanej ŁZS.^{38,39}

W tabeli 4 porównano wyniki badań obrazowych typowe dla ŁZS oraz innych rodzajów zapalenia stawów,

które mogą współistnieć z łuszczycowym zapaleniem stawów lub je naśladować.

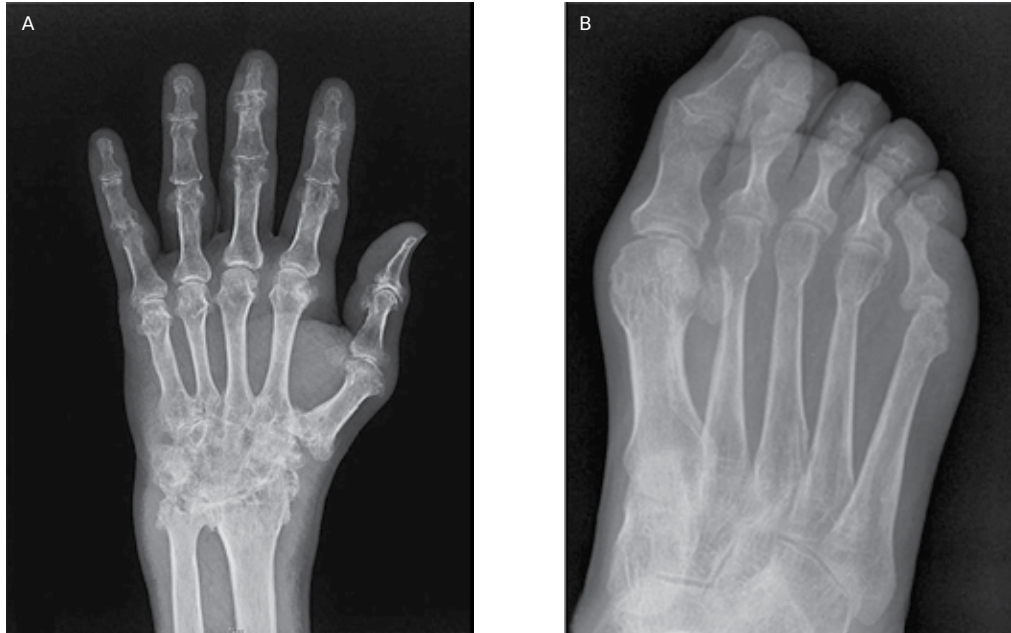
Odczynowe zapalenie stawów

Kluczowe wskazówki

- Odczynowe zapalenie stawów (reactive arthritis, ReA) różni się od łuszczycowego zapalenia stawów nagłym wystąpieniem objawów zapalenia stawów i przyczepów ścięgniętych oraz stopniowym zajmowaniem kolejnych stawów w ciągu paru dni.
- Mimo że w obu chorobach występują objawy pozastawowe, zapalenie cewki moczowej, szyjki macicy oraz objawy jelitowe pozwalają na rozpoznanie ReA.
- Obraz kliniczny asymetrycznego zajęcia stawów obwodowych i osiowych jest podobny zarówno w ReA, jak i ŁZS.
- Różnicowanie ReA i ŁZS na podstawie wyników badania fizykalnego, badań laboratoryjnych oraz obrazowych nie jest możliwe.

EPIDEMIOLOGIA

Odczynowe zapalenie stawów, podobnie jak ŁZS, występuje u chorych w wieku 20-40 lat. Postać przenoszona drogą jelitową występuje z jednakową częstością



Rycina 7. Obwodowe nadżerki i zapalenie okostnej w przebiegu łuszczykowego zapalenia stawów.

Wśród typowych zmian radiologicznych należy wymienić: obwodowe nadżerki zajmujące kilka stawów rąk, najlepiej widoczne u tego pacjenta w obrębie drugiego, trzeciego i czwartego stawu śródrečno-paliczkowego. Stwierdza się również puszyste, białawe zmiany wokół stawów, określane mianem zapalenia okostnej, również występujące w obrębie kilku stawów, tutaj najlepiej widoczne w drugim, trzecim i czwartym stawie międzypaliczkowym (A). (B) Zmiany o typie „zastruganego ołówka”. Obwodowe nadżerki postępujące ku części środkowej dają tego rodzaju obraz, widoczny w obrębie piątego stawu śródstopno-paliczkowego (Ryciny udostępnione dzięki uprzejmości Eugene Kissin, MD, Boston Medical Center).

wśród kobiet, jak i mężczyzn, podczas gdy postać przenoszona drogą płciową dotyka mężczyzn 9-krotnie częściej niż kobiety.

OBJAWY KLINICZNE

Mimo że odczynowe zapalenie stawów ma wiele cech wspólnych z łuszczykowym zapaleniem stawów, diagnostykę różnicową opiera się na obecności ostrego zapalenia stawów lub przyczepów ścięgniętych, które pojawia się w ciągu kilku dni od zakażenia. Zasadniczo, mimo że sztywność stawów w przebiegu ReA może być nie do odróżnienia od występującej w ŁZS, z reguły dolegliwości bólowe oraz ograniczenia ruchomości są większe w przypadku ReA. W obu przypadkach obecny jest obrzęk i rumień wokół zajętego stawu.

Obraz kliniczny zajęcia stawów

Odczynowe zapalenie stawów dotyczy zwykle kończyn dolnych oraz stawów stopy, podczas gdy ŁZS zajmuje zwykle stawy obwodowe kończyn górnych. W obu przy-

padkach stawy są zajmowane niesymetrycznie. W przeciwieństwie do ŁZS w przebiegu ReA obserwuje się stopniowe zajmowanie kolejnych stawów w ciągu następnego dnia. U mniej niż 10% chorych z ostrą postacią ReA stwierdza się zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych, ale w postaci przewlekłej występuje ono u połowy chorych. Tylko u 5% chorych na odczynowe zapalenie stawów stwierdza się ciężką postać zeszywniającego zapalenia kręgosłupa.

Zapalenie przyczepów ścięgniętych i zapalenie palców. W przebiegu ReA często stwierdza się zapalenie przyczepów ścięgniętych. Ponadto lokalizacja zmian jest podobna do obecnej w ŁZS, a w obu przypadkach dochodzi do zapalenia palców stopy (ryc. 10) oraz palców dłoni ze współwystępującym zapaleniem ścięgna Achillesa oraz powięzi stopy.

Współistniejące objawy pozastawowe

W przebiegu ReA stwierdza się zwykle obustronne zapalenie spojówek lub zapalenie błony naczyniowej.



Rycina 8. Syndesmofity w przebiegu łuszczykowego zapalenia stawów.

Syndesmofity (strzałki) są masywne i asymetryczne, lokalizują się w obrębie kręgosłupa nieregularnie, z pozostawieniem obszarów niezmiennych, w przeciwieństwie do zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, w którym syndesmofity są cienkie, symetryczne i występują w układzie ciągłym.

Jednoczesne zapalenie cewki moczowej lub szyjki macicy i objawy jelitowe jest charakterystyczne dla odczynowego zapalenia stawów, ale nie dla łuszczykowego zapalenia stawów.

BADANIE FIZYKALNE

W przypadku ReA wyniki oceny stawów osiowych, i obwodowych są podobne jak w ŁZS. Stąd różnicowanie łuszczykowego zapalenia stawów z towarzyszącymi nieznacznymi objawami łuszczycy lub bez nich z odczynowym zapaleniem stawów ze zmianami łuszczycopodobnymi na podstawie badania fizykalnego może być trudne.

BADANIA LABORATORYJNE

Chociaż u 50-85% chorych na ReA stwierdza się HLA-B*27, nie jest to ani niezbędne, ani wystarczające do postawienia rozpoznania, jak ma to miejsce w przypadku łuszczykowego zapalenia stawów.

BADANIA OBRAZOWE

Obecność nadzerek stawowych oraz zapalenie przyczepów ścięgniastych, obwodowych lub osiowych w przebiegu ReA może być nie do odróżnienia od zmian stwierdzanych w przypadku ŁZS.



Rycina 9. Pogrubienie i obrzęk w obrębie podszwy u chorego z łuszczykowym zapaleniem stawów.

(A) Obraz T1 zależny MRI przedstawia pogrubienie powięzi stopy (>4 mm) (strzałka). (B) Obraz T2 zależny, w którym zahamowano sygnał pochodzący z tkanki tłuszczowej, ujawnia obrzęk (strzałka) w obrębie szpiku kostnego w kości piętowej, w pobliżu miejsca przyczepu powięzi podszwy.

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Kluczowe wskazówki

- Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) występuje częściej u osób starszych w porównaniu do łuszczykowego zapalenia stawów (ŁZS).
- Początek, dyskomfort, jak również obraz kliniczny zajęcia stawów są w obu przypadkach podobne.
- Stwierdzenie guzków Herbedena i Boucharda może być pomocne w odróżnieniu ChZS i zajęcia odpowiednio stawów międzypaliczkowych dalszych



Tabela 4. Zmiany radiologiczne stwierdzane w łuszczykowym zapaleniu stawów oraz innych rodzajach zapalenia stawów, które mogą współistnieć z łuszczycą lub naśladować ŁZS

Zmiany radiologiczne	ŁZS	ChZS	Dna moczanowa	RZS	ZZSK	ReA
Zapalenie okostnej	Obecne	Nieobecne	Nieobecne	Nieobecne	Nieobecne	Nieobecne
Osteopenia	Nieobecne	Nieobecne	Nieobecne	Obecne	Nieobecne	Nieobecne
Zwężenie szpar stawowych	Późny objaw	Obecne	Nieobecne	Obecne	Późny objaw	Późny objaw
Nadżerki	Brzeżne i centralne	Nieobecne	W kształcie litery C	Brzeżne	brzeżne	Brzeżne
Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych	Obecne	Nieobecne	Nieobecne	Nieobecne	Obecne	Obecne

ChZS – choroba zwyrodnieniowa stawów, ŁZS – łuszczykowe zapalenie stawów, ReA – odczynowe zapalenie stawów, RZS – reumatoidalne zapalenie stawów, ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa.

i międzypaliczkowych bliższych w przebiegu łuszczykowego zapalenia stawów.

- W przebiegu ChZS nie obserwuje się zapalenia przyczepów ścięgniętych ani objawów pozastawowych.
- W badaniu radiologicznym cechami odróżniającymi ChZS od ŁZS jest obecność osteofitów, zwężenie szpar stawowych oraz brak nadżerek.

EPIDEMIOLOGIA

Na chorobę zwyrodnieniową stawów cierpi 30% osób między 45-65 r.ż. oraz 80% osób powyżej 80 r.ż. Objawowa ChZS u osoby przed 45 r.ż. bez czynników predysponujących, np. otyłości, należy do rzadkości. ChZS dotyczy więc starszej populacji niż ŁZS. Występuje z jednakową częstością wśród mężczyzn i kobiet wieku 45-55 lat, a w starszych grupach dotyczy częściej kobiet. Poza wiekiem i otyłością czynnikiem ryzyka jest również uraz stawu, który uważa się także za czynnik sprawczy ŁZS.^{40,41}

OBJAWY KLINICZNE

Początek ChZS jest stopniowy, podobnie jak w przypadku ŁZS. W obu chorobach pacjent zgłasza zbliżony dyskomfort wynikający z obecności tępego bólu ograniczonego do zajętych stawów, chociaż w przebiegu choroby zwyrodnieniowej dotyczy on zwykle biodra – okolicy pachwinowej, pośladków lub bliższej części uda. W przeciwieństwie do ŁZS w przebie-

gu ChZS dyskomfort nasila się po wysiłku, ustępuje w czasie spoczynku, a w przypadku zaawansowanej choroby może być stale obecny z nocnymi zaostrzeniami. Mimo że zazwyczajowo choroba zwyrodnieniowa stawów jest traktowana jako niezapalna, w jej przebiegu może występować sztywność poranna, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku. Inaczej jednak niż w ŁZS, jest ona zwykle krótkotrwała i nie przekracza 30 minut.

Obraz kliniczny zajęcia stawów

Obraz kliniczny obwodowego zajęcia stawów może być zbliżony zarówno w przypadku choroby zwyrodnieniowej stawów, jak i łuszczykowego zapalenia stawów. Jest to wyzwaniem w przypadku próby różnicowania tych chorób. Zwykle w przebiegu ChZS dochodzi do zajęcia stawów międzypaliczkowych dalszych (distal interinterphalangeal, DIP) i bliższych (proximal interinterphalangeal, PIP), podstawy kciuka oraz stawów obciążanych w dużym stopniu, takich jak: staw kolanowy czy biodrowy. Podobnie jak w przypadku ŁZS, ChZS może dotyczyć każdej części szkieletu osiowego, niezależnie od zajęcia stawów obwodowych.

Zapalenie przyczepów ścięgniętych i zapalenie palców

Zapalenie przyczepów ścięgniętych nie występuje w ChZS. W badaniach dotyczących wykorzystania



Rycina 10. Zapalenie palców w przebiegu odczynowego zapalenia stawów.

Jednolity obrzęk IV palca stopy prawej u chorego z łuszczycopodobnymi zmianami skórnymi. Obraz wskazuje na podobieństwo do łuszczycowego zapalenia stawów.



Rycina 11. Guzki Heberdena i Boucharda w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów.

U tego chorego na łuszczycę stwierdza się rozrosty kostne, zlokalizowane nad stawem międzypaliczkowym dalszym (guzek Heberdena, czerwona strzałka) oraz nad stawem międzypaliczkowym bliższym (guzek Boucharda, żółta strzałka), co sugeruje rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej stawów, a nie łuszczycowego zapalenia stawów.

metody MRI wykazano możliwość zastosowania tego rodzaju obrazowania do różnicowania ChZS i ŁZS.⁴² U osób z chorobą zwyrodnieniową stawów nie rozwinię się więc zapalenie palców rąk i stóp, zapalenie ścięgna Achillesa lub zapalenie powięzi podszwy, które mogą występować w przypadku łuszczycowego zapalenia stawów. Należy jednak zauważyć, że u osób z ChZS, zwłaszcza cierpiących na rozsianą idiopatyczną hiperostozę szkieletową (diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, DISH), może występować również ostroga piętowa.

Współistniejące objawy pozastawowe

W przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów nie występują objawy pozastawowe.

BADANIE FIZYKALNE

W przebiegu ChZS w przypadku zmian w stawach międzypaliczkowych dalszych, międzypaliczkowych bliższych i innych obciążanych stawach stwierdza się tkliwość dotyczącą zmienionego stawu. Obecne może być, zwłaszcza w przypadku zajęcia stawów kolanowych, trzeszczenie oraz uczucie tarcia kości przy ruchu. Łatwo pojawiają się miękkie guzki zlokalizowane ponad zajętymi stawami – guzki Heberdena w przypadku stawów międzypaliczkowych dalszych i guzki Boucharda w przypadku stawów międzypaliczkowych bliższych (ryc. 11) – będące cechą charakterystyczną ChZS. Powinny być różnicowane z miękkim obrzękiem wynikającym z obecności wysięku lub proliferacji błony maziowej w przebiegu zapalenia stawów o podłożu zapalnym, w tym ŁZS.

BADANIA LABORATORYJNE

Wyniki badań laboratoryjnych w przypadku ChZS są prawidłowe. Nie ma związku pomiędzy występowaniem choroby a obecnością alleli HLA.

BADANIA OBRAZOWE

Mimo obecności proliferacji kości w postaci osteofitów (ostroga kostna) w przebiegu ChZS, nie obserwuje się typowego dla ŁZS zapalenia okostnej. Zwykle nie stwierdza się również nadżerek. Rzadko występująca nadżerkowa postać ChZS jest trudniejsza do rozpoznania jedynie na podstawie obecności nadżerek. W tym przypadku stwierdza się nadżerki przypominające kształtem mewę, zlokalizowane w części centralnej powierzchni stawowej wzdłuż osteofitów, co pozwala na różnicowanie choroby zwyrodnieniowej stawów łuszczycowego zapalenia stawów. Możliwe jest również różnicowanie zmian w obrębie kręgosłupa, ponieważ w przebiegu ChZS częściej stwierdza się zwężenie szpary międzystawowej i osteofity niż syndesmofity.

Dna moczanowa

Kluczowe wskazówki

- W porównaniu z łuszczycowym zapaleniem stawów dna moczanowa występuje częściej u osób starszych.



Rycina 12. Dna moczanowa wielostawowa.

Chory na łuszczycę z symetrycznymi zmianami w przebiegu dny moczanowej dotyczącymi kilku stawów w obrębie palców rąk, co może mylnie sugerować łuszczycowe zapalenie stawów.



Rycina 13. Guzek dnawy u chorego na łuszczycę.

Zmiana dotyczy czwartego palca i może mylnie sugerować zapalenie palców w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów.

- Inaczej niż w ŁZS atak dny jest gwałtowny, wiąże się z intensywnymi dolegliwościami bólowymi, a po nim zawsze występuje remisja.
- Podczas gdy dnę zajmującą jeden staw można odróżnić od łuszczycowego zapalenia stawów, to w przypadku lokalizacji wielostawowej u chorego na łuszczycę podobieństwo do ŁZS jest duże.
- Stwierdzenie guzków dnawych (tzw. tophi) podczas badania fizykalnego jest najlepszą wskazówką pozwalającą rozpoznać dnę moczanową.
- Zwiększone stężenie kwasu moczowego stwierdza się zarówno u chorych na dnę moczanową, jak i na łuszczycowe zapalenie stawów.
- W badaniu radiologicznym obecność nadżerek w kształcie litery C oraz brak zapalenia okostnej pozwalają na odróżnienie dny moczanowej od ŁZS.

EPIDEMIOLOGIA

Na dnę moczanową dwa razy częściej chorują mężczyźni. Zwykle chorzy mają 30-50 lat, w tym samym przedziale wiekowym są chorzy na ŁZS. Ponieważ estrogeny zmniejszają stężenie kwasu moczowego, u kobiet objawy choroby występują po menopauzie, ze szczytem zachorowalności między 50 a 70 r.ż. W tym wieku początek ŁZS zdarza się rzadko.

OBJAWY KLINICZNE

W przeciwieństwie do ŁZS początek artropatii w przebiegu wczesnej dny moczanowej jest gwałtowny. Dolegliwości bólowe stawów, nasilające się w czasie ruchu są kolejną cechą odróżniającą ŁZS i dnę moczanową. Chorzy często nie mogą znieść dotyku przecieradła w miejscu zmienionym chorobowo. Atak dny trwa około 10 dni, po tym czasie następuje okres remisji, którego nie obserwuje się w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów. Ponadto w przebiegu dny nie stwierdza się porannej sztywności.

Obraz kliniczny zajęcia stawów

W przebiegu początkowego, ostrego ataku dny moczanowej najczęściej dochodzi do zajęcia pojedynczego stawu śródstopno-paliczkowego (metatarsophalangeal, MTP) palucha, choć możliwe jest również zajmowanie innych stawów śródstopia, kostek oraz stawów kolonowych. W początkowym okresie choroby zajmowany jest jeden staw. Wraz ze wzrostem stężenia kwasu moczowego oraz w miarę czasu trwania choroby możliwe jest asymetryczne zapalenie wielu stawów dotyczące palców rąk (ryc. 12), nadgarstka, łokci, kolan, kostek oraz pięt. Obraz ten przypomina wielostawowe łuszczycowe zapalenie stawów. Taka postać dny moczanowej jest częściej obserwowana u kobiet po menopauzie,



cierpiących na niewydolność nerek i stosujących leki moczopędne, jak również u mężczyzn chorujących na nadciśnienie tętnicze i w przeszłości nadużywających alkoholu. Nawet w przypadku zajęcia kilku stawów dna moczaniowa nigdy nie lokalizuje się w obrębie stawów kręgosłupa, co jest częstą lokalizacją zmian w ŁZS. Do czasu rozwinięcia postaci wielostawowej dny moczaniowej u chorych często występują guzki dnawe będące tkankowymi depozytami kryształków kwasu moczowego. Tego rodzaju zmiany lokalizują się obrębie małżowin usznych, kaletce łokciowej oraz innych powierzchni wyprostnych lub wokół samych stawów.

Zapalenie przyczepów ścięgniastych i zapalenie palców

Zapalenie przyczepów ścięgniastych nie jest objawem dny moczaniowej. Mimo że w czasie ataku dny może dojść do obrzęku całego palca ręki czy stopy, nie opisano zajmowania małych stawów ręki czy stopy, ani zapalenia palców.

Współistniejące objawy pozastawowe

Dnie nie towarzyszą objawy pozastawowe.

BADANIE FIZYKALNE

Guzki dnawe częściej występują u chorych z postacią wielostawową dny i są najlepszą wskazówką diagnostyczną pozwalającą na rozpoznanie choroby. W przypadku ataku dny zajęty staw jest obrzęknięty, a skóra wokół niego intensywnie zaczerwieniona, o wzmocnionym uciepleniu i bardzo tkliwa. Z reguły w przebiegu ŁZS opisywane objawy są słabiej wyrażone. Różnicowanie przewlekłej postaci dny moczaniowej i zapalenia palców może jednak być trudne u chorego na łuszczycę, u którego podejrzewa się ŁZS (ryc. 13).

BADANIA LABORATORYJNE

Zwykle u chorych na dnę moczaniową stwierdza się zwiększone stężenie kwasu moczowego, co może również być objawem łuszczycowego zapalenia stawów. Kryterium diagnostycznym pozwalającym na różnicowanie dny moczaniowej i ŁZS jest wynik badania płynu maziówkowego, w którym stwierdza się dwójłomne, zlokalizowane wewnątrzkomórkowo, przypominające kształtem igłę kryształki soli sodowej kwasu moczowego, jak również zwiększoną cytozę.

BADANIA OBRAZOWE

Nadżerki powstające w przebiegu dny moczaniowej są dobrze wyprofilowane, o kształcie zbliżonym do litery C

i są zlokalizowane w obrębie wystających brzegów (objaw Marte), co różni je od zlokalizowanych w obrębie brzegów lub też w części centralnej nadżerek w przebiegu ŁZS. Obrzęk tkanek miękkich oraz kalcyfikacja odpowiadająca guzkom dnawym może predysponować do podwichnięć stawów. W przebiegu dny moczaniowej nie obserwuje się zapalenia okostnej.

Reumatoidalne zapalenie stawów

Kluczowe wskazówki

- Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest chorobą stawów o podłożu zapalnym, o cechach zbliżonych do łuszczycowego zapalenia stawów, w tym dolegliwościach bólowych, obrzęku, sztywności porannej, obrazu klinicznego zajęcia stawów oraz objawach pozastawowych.
- W RZS nie stwierdza się zapalenia przyczepów ścięgniastych.
- Objawami charakterystycznymi dla RZS, pozwalającym na jego odróżnienie od ŁZS są: palce do kształcie łabędziej szyi, palce butonierkowate oraz o układzie zygzaka.
- Wyniki badań serologicznych oraz objawy kliniczne są wystarczające do rozpoznania reumatoidalnego zapalenia stawów i odróżnienia go od łuszczycowego zapalenia stawów.
- W badaniu radiologicznym uwagę zwracają: symetryczne rozmieszczenie brzeżnych nadżerek i brak zapalenia okostnej, pozwala to na różnicowanie RZS i ŁZS.

EPIDEMIOLOGIA

Reumatoidalne zapalenie stawów dotyczy osób w trzeciej i czwartej dekadzie życia. W przeciwieństwie do łuszczycowego zapalenia stawów zachorowalność na RZS jest trzykrotnie większa wśród kobiet i wzrasta z wiekiem.

OBJAWY KLINICZNE

Mimo że choroba rozpoczyna się skrycie, jej przebieg jest szybki i postępujący. Występują nasilone dolegliwości bólowe stawów, ustępujące w wyniku aktywności i pod wpływem ćwiczeń, a nasilające się podczas spoczynku. Podczas gdy sztywność poranna stawów obecna jest u wszystkich chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, to w przypadku ŁZS jedynie połowa chorych zgłasza tego rodzaju dolegliwości. Ponadto w przebiegu RZS sztywność poranna jest bardziej na-



Rycina 14. Deformacja o kształcie szyi łabędzia w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów.

Widoczny jest przeprost w stawie międzypaliczkowym bliższym oraz nadmierne zgięcie w stawie międzypaliczkowym dalszym, co prowadzi do powstania zniekształceń typowych dla reumatoidalnego zapalenia stawów.



Rycina 15. Deformacja w kształcie Z w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów z promieniowym zniekształceniem nadgarstka i łokciowym zniekształceniem palców sugeruje reumatoidalne zapalenie stawów.

silona i trwa dłużej niż w przypadku ŁZS. Mimo że w przebiegu RZS widoczny jest obrzęk stawów wynikający z zapalenia błony maziowej oraz wysięku, zwykle w obrębie skóry nad stawami nie stwierdza się zmian zapalnych, które są obecne w łuszczycowym zapaleniu stawów.

Obraz kliniczny zajęcia stawów

Reumatoidalne zapalenie stawów to zapalenie wielostawowe dotyczące rąk, nadgarstków oraz kolan, które w przeciwieństwie do łuszczycowego zapalenia stawów występuje symetrycznie. Zajęcie stawów śródrečno-paliczkowych (metacarpophalangeal, MCP) oraz stawów PIP obu rąk, z oszczędzeniem stawów DIP obu rąk i stóp jest charakterystyczne dla reumatoidalnego zapalenia stawów. W przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów stawy DIP są często zajmowane zarówno w przebiegu zajmowania pojedynczych, jak i wielu stawów, podczas gdy stawy MCP atakowane są głównie w przypadku postaci wielostawowej choroby. Reumatoidalne zapalenie stawów dotyczy zwykle tego samego stawu wszystkich paliczków, natomiast w przypadku ŁZS częściej dochodzi do zajmowania wszystkich stawów jednego paliczka. Obraz ten określa się mianem dystrybucji RAY.

W przebiegu RZS lokalizacja osiowa jest zwykle ograniczona do odcinka szyjnego kręgosłupa i związana ze stanem zapalnym w obrębie połączenia szczytowo-obrotowego z podwichnięciem. Ponadto w przebiegu RZS rzadko dochodzi do zajęcia odcinka lędźwiowego i krzyżowego, podczas gdy w ŁZS taka lokalizacja jest częsta.

Zapalenie przyczepów ścięgniastych i zapalenie palców

Zajęcie przyczepów ścięgniastych nie jest objawem reumatoidalnego zapalenia stawów.

Współistniejące objawy pozastawowe

Zarówno w przebiegu RZS, jak i ŁZS rzadko dochodzi do zajęcia narządu wzroku. Dla RZS bardziej charakterystyczne są objawy suchości (zapalenie nadtwardówki lub zapalenie twardówki) niż zapalenie błony naczyniowej typowe dla ŁZS. Chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów z reguły zgłaszają wiele innych objawów pozastawowych, których nie stwierdza się w przebiegu ŁZS. U co najmniej 20% z nich występują guzki stawowe. Do innych objawów pozastawowych należy zapalenie naczyń skórnych, zapalenie osierdzia, zapalenie opłucnej, zapalenie płuc oraz śródmiąższowe włóknienie płuc.

Badanie fizykalne

Obrzęk i tkliwość w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów są większe niż w przypadku łuszczycowego zapalenia stawów. Mimo zmienionych stawów w przebiegu RZS nie stwierdza się zmian rumieniowych, które występują w przypadku ŁZS. Cechą charakterystyczną ŁZS jest zniekształcenie o układzie lornetkowym, natomiast dla RZS typowe są zmiany o kształcie łabędziej szyi (przeprost w stawie PIP i zgięcie kompensacyjne w stawie DIP, ryc. 14) oraz o kształcie butonierki (przykurcz zgięciowy w stawie PIP i wyprostny w stawie DIP). Z kolei znie-



kształcenie typu zygzaka, w którym stwierdza się wygięcie promieniowe kości nadgarstka oraz łokciowe kości palców, jest również charakterystyczne dla RZS (ryc. 15).

BADANIA LABORATORYJNE

Czynnik reumatoidalny stwierdza się obecnie u około 2/3 chorych na RZS, co ułatwia rozpoznanie u chorego zgłaszającego objawy kliniczne sugerujące RZS. Jednak u około 5% zdrowych dorosłych również stwierdza się obecność RF. Ponadto ten odsetek wzrasta z wiekiem badanych i wśród osób do 65 r.ż. dochodzi do 20%. Obecność RF jest również stwierdzana w wielu innych chorobach przewlekłych, zakaźnych, autoimmunologicznych i zapalnych, w tym w łuszczycowym zapaleniu stawów, w przypadku którego występuje u 5-10% chorych.^{5,43} Oznaczanie przeciwciał przeciwko cytrulinowemu peptydowi (anty CCP) zwiększyło czułość i swoistość diagnostyki laboratoryjnej w RZS. Obecnie co najmniej u 7% chorych na ŁZS⁴³ przeciwciała przeciwko cytrulinowemu peptydowi jest lepszym testem serologicznym niż oznaczanie RF do oceny chorego na RZS z wielostawowym zapaleniem stawów oraz zmianami skórными naśladującymi łuszczycę, w celu różnicowania tej postaci ŁZS.

BADANIA OBRAZOWE

W przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów nadżerki pojawiają się wcześniej i zajmują stawy MCP i MTP symetrycznie. Jest to wyraźna różnica w porównaniu z postacią wielostawową ŁZS, w której zajęcie niektórych stawów MCP i MTP jest niesymetryczne. Nadżerki w przebiegu RZS lokalizują się brzeźnie, podczas gdy w ŁZS odsuwają się od brzegu, w kierunku środka stawu. Ponadto zdjęcie rentgenowskie rąk zmienionych chorobowo w przebiegu RZS wskazuje na obecność zniekształceń o układzie „Z” – gdzie odchylenie nadgarstka jest promieniowe a palców łokciowe. W przebiegu ŁZS stwierdza się tworzenie nowych struktur kostnych wokół stawów, natomiast w przypadku RZS zasadą jest utarta kości i osteopenia.

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

Kluczowe wskazówki

- Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) rozpoczyna się wcześniej niż łuszczycowe zapalenie stawów.

- Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa dotyczy szkieletu osiowego z obustronnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych oraz postępującym, ciągłym zajęciem kręgosłupa.
- Jest chorobą postępującą, a występujące w jej przebiegu duże dolegliwości bólowe, sztywność oraz ograniczenia w zakresie ruchów osiowych są większe niż w przypadku ŁZS.
- Objawy pozastawowe: zapalenie tęczówki, zapalenie cewki moczowej oraz nieswoiste zapalenie jelit występują częściej w przebiegu ZZSK niż ŁZS.
- W przebiegu ZZSK na zdjęciu radiologicznym widoczne są obustronne i symetryczne nadżerki w obrębie stawów krzyżowo-biodrowych, jak również postępujące, ciągle zesztywnienie kręgosłupa, czego nie stwierdza się w większości przypadków ŁZS.

EPIDEMIOLOGIA

Początek zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa jest wcześniejszy niż łuszczycowego zapalenia stawów, choroba dotyka osoby w drugiej dekadzie życia. Ponadto, również w przeciwieństwie do ŁZS, 4-10 razy częściej występuje u mężczyzn.

OBJAWY KLINICZNE

Zesztywniające zapalenie stawów rozpoczyna się stopniowo. W przeciwieństwie do ŁZS przebiega z większymi dolegliwościami bólowymi i szybciej postępuje. W ciągu kilku lat od rozpoznania dochodzi do rozwoju pełnoobjawowego ZZSK.⁴⁴ Wszyscy chorzy skarżą się na sztywność poranną, która występuje u około połowy chorych na ŁZS. Dolegliwości bólowe i sztywność są w przypadku ZZSK bardziej wyrażone, trwają dłużej, w konsekwencji również ograniczenie ruchomości jest większe w porównaniu z łuszczycowym zapaleniem stawów.

Obraz kliniczny zajęcia stawów

Zesztywniające zapalenie stawów jest w dużym stopniu chorobą układu osiowego. Z zasady stwierdza się w jego przebiegu obustronne zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych a następnie proces zapalny stopniowo rozciąga się na wszystkie kręgi. Zapalenie stawów kręgosłupa bez zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych jest niezwykle rzadkie. W przypadku ŁZS jest inaczej, zapalenie stawów kręgosłupa może występować bez współwystępowania zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych lub też pojawia się pierwsze. Rzadko stwierdza się zajęcie stawów obwodowych, ale może ono być zbliżone do obrazu występującego



Tabela 5. Kryteria klasyfikacyjne łuszczycowego zapalenia stawów (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis, CASPAR) służące rozpoznawaniu choroby

Kryteria klasyfikacyjne łuszczycowego zapalenia stawów (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis, CASPAR) obejmują obecność ustalonej zapalnej choroby stawów* z obecnością co najmniej 3 poniższych cech:

- A. Obecność łuszczycy (za tę cechę przyznaje się 2 punkty, za wszystkie pozostałe po 1).
- B. Łuszczyca w wywiadzie (chyba że aktualnie jest obecna).
- C. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy (chyba że aktualnie lub w wywiadzie stwierdza się łuszczycę).
- D. Aktualnie stwierdzane zapalenie palców lub też występowanie zapalenia w przeszłości potwierdzone przez reumatologa.
- E. Obecność cech proliferacji kości wokół stawów.
- F. Brak czynnika reumatoidalnego.
- G. Obecność typowych zmian paznokciowych w przebiegu łuszczycy, w tym: onycholiza, objaw naporstka oraz hiperkeratoza.

**Przedłużająca się sztywność spowodowana brakiem ruchu oraz sztywność poranna, tkliwość i obrzęk sugeruje zapalną chorobę stawów.*

w przypadku łuszczycowego zapalenia stawów, z zajęciem dużych stawów kończyn dolnych, takich jak staw kolanowy. W pierwotnym ZZSK zajęcie stawów obwodowych występuje rzadko.

Zapalenie przyczepów ścięgniastych i zapalenie palców

Zapalenie przyczepów ścięgniastych występuje najczęściej w przebiegu ZZSK, które zajmuje początkowo miednicę i kręgosłup, w przeciwieństwie do obwodowego i osiowego zajęcia stawów w ŁZS. Zmiany mogą szerzyć się z odcinka krzyżowego na odcinek lędźwiowy kręgosłupa, podczas gdy w przypadku ŁZS, zajęcie stawu krzyżowo-biodrowego jest niesymetryczne a przyczepy ścięgniaste mogą nie być zajmowane w sposób ciągły. Zapalenie palców nie jest cechą ZZSK.

Pozastawowe objawy współistniejące

Zeszytniającemu zapaleniu stawów towarzyszą typowe dla spondyloartropatii objawy pozastawowe. Wśród nich należy wymienić zapalenie tęczówki, zapalenie cewki moczowej oraz nieswoiste zapalenie jelit. Około

10% chorych cierpi również na łuszczycę bez innych dodatkowych objawów łuszczycowego zapalenia stawów. Chorzy z ZZSK są również podatni na wystąpienie poszerzenia podstawy aorty, ze względu na zapalenie aorty, co może prowadzić to rozwoju zastoinowej niewydolności serca.

BADANIA LABORATORYJNE

U 90% chorych stwierdza się obecność HLA-B*27. Mimo że nie jest to ani wystarczające, ani konieczne do postawienia rozpoznania, opublikowane przez grupę Ankylosing Spondylitis Assessment (ASAS) kryteria rozpoznania spondyloartropatii opierają się na wykazaniu obecności HLA-B*27. U połowy chorych stwierdza się zwiększone stężenie CRP, co powoduje że jest to mało wiarygodny marker choroby, podobnie jak w przypadku ŁZS.

BADANIA OBRAZOWE

W przebiegu ZZSK stwierdza się obustronne i symetryczne nadżerki oraz usztywnienie stawu krzyżowo-biodrowego, jak również ciągłych zmian zeszytniających w obrębie kręgosłupa. W przypadku ŁZS możliwe jest zajęcie odcinka szyjnego kręgosłupa ze względnym oszczędzeniem odcinka krzyżowo-lędźwiowego, a nawet stawów krzyżowo-biodrowych. Dlatego zaburzenia funkcji osiowej i ruchomości w przebiegu ZZSK są bardziej nasilone niż w ŁZS. Syndesmofity są delikatniejsze, ale zajmują kręgosłup w sposób ciągły, podczas gdy w przypadku łuszczycowego zapalenia stawów syndesmofity są większe, i występują odcinkowo. Jeśli stwierdza się obecność nadżerek w obrębie stawów obwodowych, to są one nie do rozróżnienia z ŁZS, choć odczyn okostnowy nie jest typowo obecny w przebiegu ZZSK.

Podsumowanie

Zasadniczo łuszczycowe zapalenie stawów należy podejrzewać u 30-40-letniego mężczyzny lub kobiety z łuszczycą oraz obecnością asymetrycznego zapalenia stawów obwodowych lub osiowych z towarzyszącym zapaleniem przyczepów ścięgniastych i zapaleniem palców, przedłużającą się poranną sztywnością stawów, dyskomfortem w zakresie stawów, obrzękiem i rumieniem, obecnością zapalenia okostnej, brzęcznymi i centralnymi nadżerkami oraz charakterystyczną deformacją stawów.

W przypadku łuszczycowego zapalenia stawów wątpliwości diagnostycznie miewają niekiedy nawet



reumatologów. Mimo że nie przyjęto kryteriów diagnostycznych ŁZS, Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA) opracowała czule i swoiste kryteria określane mianem CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis; tab. 5), których przydatność została potwierdzona przez reumatologów i lekarzy rodzinnych.⁴⁵ Kolejnym celem badania GRAPPA jest rozwój i walidacja kryteriów diagnostycznych w praktyce dermatologicznej. W okresie przejściowym dermatolodzy powinni zwrócić szczególną uwagę na objawy mogące sugerować zajęcie narządu ruchu, zwłaszcza biorąc pod uwagę zachorowalność na łuszczycowe zapalenie stawów.⁴⁶ Coraz więcej zwolenników zyskuje paradygmat leczenia łuszczycy propagujący podejście wielodyscyplinarne. Ważne, aby dermatolodzy, którzy prowadzą chorych na łuszczycę, byli wyczuleni na obecność objawów współistniejących, zwłaszcza ŁZS.

Chcielibyśmy podziękować Danielli Adrien za pomoc w przygotowaniu artykułu i dr Alpie G. Garg za fachową pomoc w opisywaniu użytych zdjęć radiologicznych.

©2010 by the American Academy of Dermatology, Inc. Reprinted from *J Am Acad Dermatol* 2010;63:733-48 Recognizing psoriatic arthritis in the dermatology clinic Amit Garg, MD, and Dafna Gladman, MD with permission from Elsevier.

Piśmiennictwo

1. Wright V, Moll JMH. Psoriatic arthritis. In: Seronegative polyarthritis. Amsterdam: Elsevier Scientific Publishing; 1976.
2. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Dermatol Ther* 2004;17:350-63.
3. Wright V. Psoriatic arthritis. A comparative radiographic study of rheumatoid arthritis and arthritis associated with psoriasis. *Ann Rheum Dis* 1961;20:123-32.
4. Coulton BL, Thomson K, Symmons DP, Popert AJ. Outcome in patients hospitalised for psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol* 1989;8:261-5.
5. Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, Thorne JC, Schachter RK. Psoriatic arthritis (PSA)—an analysis of 220 patients. *Q J Med* 1987;62:127-41.
6. Kane D, Stafford L, Bresnihan B, FitzGerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42:1460-8.
7. McHugh NJ, Balachrishnan C, Jones SM. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a 5-yr prospective study. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42:778-83.
8. Setty AR, Choi HK. Psoriatic arthritis epidemiology. *Curr Rheumatol Rep* 2007;9:449-54.
9. Torre Alonso JC, Rodriguez Perez A, Arribas Castrillo JM, Ballina Garcia J, Riestra Noriega JL, Lopez Larrea C. Psoriatic arthritis (PA): a clinical, immunological and radiological study of 180 patients. *Br J Rheumatol* 1991;30:245-50.
10. Sokoll KB, Helliwell PS. Comparison of disability and quality of life in rheumatoid and psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2001;28:1842-6.
11. Husted JA, Tom BD, Farewell VT, Schentag CT, Gladman DD. A longitudinal study of the effect of disease activity and clinical damage on physical function over the course of psoriatic arthritis: does the effect change over time? *Arthritis Rheum* 2007;56:840-9.
12. Gladman DD. Mortality in psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26(5 suppl. 51):S62-5.
13. Radtke MA, Reich K, Blome C, Rustenbach S, Augustin M. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:683-91.
14. Mease P, Goffe BS. Diagnosis and treatment of psoriatic arthritis. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:1-19.
15. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol* 1995;9:319-29.
16. Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ, Smith N, Margolis DJ, Nijsten T, et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *J Am Acad Dermatol* Oct 2005;53:573.
17. Scarpa R, Oriente P, Pucino A, Torella M, Vignone L, Riccio A, et al. Psoriatic arthritis in psoriatic patients. *Br J Rheumatol* 1984;23:246-50.
18. Zachariae H. Prevalence of joint disease in patients with psoriasis: implications for therapy. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:441-7.
19. Leonard DG, O'Duffy JD, Rogers RS. Prospective analysis of psoriatic arthritis in patients hospitalized for psoriasis. *Mayo Clin Proc* 1978;53:511-8.
20. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis: a systematic review. *J Rheumatol* 2008;35:1354-8.
21. Reich K, Kruger K, Mossner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol* 2009;160:1040-7.
22. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Time trends in epidemiology and characteristics of psoriatic arthritis over 3 decades: a population-based study. *J Rheumatol* 2009;36:361-7.
23. Chandran V. Epidemiology of psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2009;36:213-5.
24. Stoll ML, Lio P, Sundel RP, Nigrovic PA. Comparison of Vancouver and International League of Associations for rheumatology classification criteria for juvenile psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 2008;59:51-8.
25. Shore A, Ansell BM. Juvenile psoriatic arthritis—an analysis of 60 cases. *J Pediatr* 1982;100:529-35.
26. Southwood TR, Petty RE, Malleson PN, Delgado EA, Hunt DW, Wood B, et al. Psoriatic arthritis in children. *Arthritis Rheum* 1989;32:1007-13.
27. Khan M, Schentag C, Gladman DD. Clinical and radiological changes during psoriatic arthritis disease progression. *J Rheumatol* 2003;30:1022-6.
28. Jones SM, Armas JB, Cohen MG, Lovell CR, Evison G, McHugh NJ. Psoriatic arthritis: outcome of disease subsets and relationship of joint disease to nail and skin disease. *Br J Rheumatol* 1994;33:834-9.
29. Veale D, Rogers S, Fitzgerald O. Classification of clinical subsets in psoriatic arthritis. *Br J Rheumatol* 1994;33:133-8.
30. Ferná ndez-Sueiro JL, Willis A, Pe ´ rtega-Di ´ az S, Tasende JA, Ferná ndez-Lopez C, Galdo F, et al. Evaluation of ankylosing spondylitis spinal mobility measurements in the assessment of spinal involvement in psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 2009;61:386-92.
31. McGonagle D. Enthesitis: an autoinflammatory lesion linking nail and joint involvement in psoriatic disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(suppl 1):9-13.
32. Brockbank JE, Stein M, Schentag CT, Gladman DD. Dactylitis in psoriatic arthritis: a marker for disease severity? *Ann Rheum Dis* 2005;64:188-90.
33. Gladman DD, Anhorn KA, Schachter RK, Mervart H. HLA antigens in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1986;13:586-92.
34. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;370:263-71.
35. Gladman DD, Inman RD, Cook RJ, van der Heijde D, Landewe' RB, Braun J, et al. International spondyloarthritis interobserver reliability exercise—the INSPIRE study: I. Assessment of spinal measures. *J Rheumatol* 2007;34:1733-9.
36. Chandran V, Gottlieb A, Cook RJ, Duffin KC, Garg A, Helliwell P, et al. International multicenter psoriasis and psoriatic arthritis reliability trial for the assessment of skin, joints, nails, and dactylitis. *Arthritis Rheum* 2009;61:1235-42.
37. Gladman DD, Farewell VT, Kopciuk KA, Cook RJ. HLA markers and progression in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1998;25:730-3.



38. Gisondi P, Tinazzi I, El-Dalati G, Gallo M, Biasi D, Barbara LM, et al. Lower limb enthesopathy in patients with psoriasis without clinical signs of arthropathy: a hospital-based casecontrol study. *Ann Rheum Dis* 2008;67:26-30.
39. Girolomoni G, Gisondi P. Psoriasis and systemic inflammation: underdiagnosed enthesopathy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(suppl 1):3-8.
40. Olivieri I, Padula A, D'Angelo S, Scarpa R. Role of trauma in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2008;35:2085-7.
41. Pattison E, Harrison BJ, Griffiths CE, Silman AJ, Bruce IN. Environmental risk factors for the development of psoriatic arthritis: results from a case-control study. *Ann Rheum Dis* 2008;67:672-6.
42. Tan AL, Benjamin M, Toumi H, Grainger AJ, Tanner SF, Emery P, et al. The relationship between the extensor tendon enthesis and the nail in distal interphalangeal joint disease in psoriatic arthritis—a high-resolution MRI and histological study. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:253-6.
43. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006;54:2665-73.
44. Gladman DD. Clinical aspects of the spondyloarthropathies. *Am J Med Sci* 1998;316:234-8.
45. Chandran V, Schentag CT, Gladman DD. Sensitivity and specificity of the CASPAR criteria for psoriatic arthritis in a family medicine clinic setting. *J Rheumatol* 2008;35:2069-70.
46. Gladman DD, Ang M, Su L, Tom BD, Schentag CT, Farewell VT. Cardiovascular morbidity in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1131-5.

K O M E N T A R Z

Prof. dr hab. n. med. Hanna Wolska

Katedra i Klinika Dermatologii,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Przedstawiony artykuł jest pracą poglądową omawiającą łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) i podstawowe choroby, z którymi wymaga ono różnicowania. Autorzy niesłuchanie zwięzle i przejrzyście omawiają reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), dolegliwości towarzyszące zmianom zwyrodnieniowym, odczynowe zapalenie stawów, dnę i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa. Przy każdym schorzeniu przedstawione są podstawowe objawy kliniczne i metody diagnostyczne niezbędne do potwierdzenia rozpoznania. Wszystkie dane dotyczące omawianych chorób są absolutnie aktualne, czuje się, że piszą o nich wybitni znawcy przedmiotu. Trudno pokusić się o krytyczny komentarz tego artykułu, gdyż rzadko spotyka się tak perfekcyjnie podane wiadomości. Układ artykułu, tabele, wypunktowanie najważniejszych informacji sprawiają, że jest to praca, która w moim przekonaniu powinna być lekturą obowiązkową nie tylko dla lekarzy w trakcie specjalizacji, ale także doświadczonych dermatologów. Z obowiązku komentatora pozwolę sobie jedynie na podkreślenie pewnych zawartych w nim informacji. Bardzo ważne jest przypomnienie, że chociaż w większości przypadków ŁZS zmiany skórne poprzedzają wystąpienie dolegliwości stawowych, to u dzieci (które też chorują na ŁZS!) zmiany stawowe mogą – nawet w 50% przypadków – objawiać się pierwsze. Jest to bardzo istotne, gdyż przy takim rozwoju

choroby postawienie właściwego rozpoznania jest najtrudniejsze. W rozwiniętym ŁZS bardzo charakterystyczna jest asymetria w zajęciu stawów. Nawet w przypadkach, w których dochodzi do zajęcia wielu stawów, co wydaje się częstsze niż wcześniej uważano, to w przeciwieństwie do RZS cechy względnej asymetrii w zajęciu stawów mogą być czynnikiem ułatwiającym różnicowanie. Niesłuchanie ważne jest też przypomnienie, że ŁZS, podobnie jak innym seronegatywnym zapaleniom stawów mogą towarzyszyć zapalenie spojówek i zapalenie błony naczyniowej, i to znaczącym odsetku przypadków (7-33). Bardzo pouczające są fragmenty dotyczące badania fizykalnego pacjentów z podejrzeniem ŁZS. Zwraca się w nich uwagę na to, że konieczne jest nie tylko dokładne oglądanie okolicy stawów, ale także badanie manualne pozwalające stwierdzić ich bolesność. W dokładnym omówieniu badań obrazowych niezbędnych do ustalenia rozpoznania nie należy przeoczyć informacji o tym, co wyróżnia ŁZS z innych stanów zapalnych stawów, a mianowicie współistnienia obok zmian nadżerkowych zmian wytwórczych. Niesłuchanie ważne jest też pamiętać, że dla oceny *enthesitis* (zapalenia przyczepów ścięgniastych), które charakteryzuje ŁZS (obok zmian w błonie maziowej), większe znaczenie niż RTG mają ultrasonografia i rezonans magnetyczny.

Właściwie można by wymieniać tak wszystkie punkty omówione w zaprezentowanym tekście, dlatego jeszcze raz podkreślam, że wśród prac o łuszczycowym zapaleniu stawów powyższy artykuł, pomimo pozornie skrótowego przedstawienia omawianych chorób, jest na najwyższym poziomie zarówno naukowym, jak i dydaktycznym.