

Reumatoidartriidi loomulik kulg

Raili Müller, Riina Kallikorm – TÜ sisekliinik

reumatoidartriit, haiguse kulg, ravisoostumus ja järjepidev ravi

Reumatoidartriit (RA) on üldrahvastikus suhteliselt sage haigus, kus ebaadekvaatse ravi korral tekib invaliidistumine, mis on tingitud nii liikumispuudest kui ka ekstraartikulaarsetest (liigesevälisest) tüsistustest. Artiklis kirjeldatud haigusjuht peegeldab RA kulgu haigel, kellel vähese ravisoostumuse ja puuduliku arstliku jälgimise tõttu on 23aastase kestusega haiguse jooksul tekkinud taaspöördumatud eluohtlikud tervisehäired.

Reumatoidartriit (RA) on üldrahvastikus suhteliselt sage haigus (haigust põeb umbes 0,8% rahvastikust) (1). Kuigi tegemist on süsteemse haigusega, on RA korral invaliidistumine esmajoonel tingitud aegamööda arenevast liigesepindade usuratsioonist (ld *usura* 'usuur, (koe) häving') ja liigeste destruktsioonist. RA lõppstaadiumi iseloomustab luuliste muutuste kompleks koos ekstraartikulaarsete tüsistustega. Kuna ka kliinilise remissiooni ajal on protsess aktiivne, on vajalik pidev haigust modifitseeriv ravi (2).

Seoses ravivõimaluste paranemise ja järjepideva jälgimisega näeb tänapäeval harva kaugelearenenud mutileerivate (sandistavate, moonutavate) muutustega haigust ning ka mitmed uuringud on näidanud, et RA progresseerumine on viimastel kümnenditel aeglustunud (3, 4). Alljärgnev haigusjuht demonstreerib RA kulgu ilma tänapäevase ravita.

Haigusjuht

45aastane naispatsient suunati TÜ Kliinikumi sisekliinikusse (haiguslugu 37392/2006) hüpofüüsi patoloogia, anoreksia ja reumatoidartriidi diagnoosidega. Anamneesist selgus, et RA vallandus 23 aastat tagasi angiini järel ägeda polüartriidina. Haiguse algfaasis määrati mitmeid haigust modifitseerivaid ravimeid, kuid erinevate kõrvaltoimete tõttu loobuti nende kasutamisest. Alustati ravi prednisolooniga 5 mg/p, lisaks määrati mittesteroidsed põletikuvastased ained (MSPVA). Prednisoloonravi katkes 9 aastat tagasi ägeda seedetrakti-verejooksu tõttu ning selle järel on

patsient tarvitanud vaid MSPV-aineid, viimastel aastatel tolfenaamhapet (Clotam), mida on hankinud Venemaalt. Arenes üldine lihasatroofia, kehakaal langes 25 kg võrra. Kujunesid RA-le tüüpilised deformatsioonid labakätel, põlveliigestel, viimasel ajal on tekkinud lihasatroofia, deformatsioonide tõttu ei kasuta haige paremat kätt. Voodihaige on patsient olnud 8 aastat, istuma tuleb ainult abiga. Probleemiks silmapõletik, krooniline aneemia, väljendunud osteoporoos. Objektiivne staatus: äärmuslik kahheksia, üldine lihasatroofia, labakätel väljendunud RA-le omased muutused: "luigekaela" fenomen, ulnaarne deviatsioon (käelaba kaldumine ulnaarsele), lihasatroofia, metakarpofalangeaal- ja proksimaalsete interfalangeaalliguste deformatsioonid (V röntgenoloogiline staadium Larseni järgi) (vt foto 1). Põlveliigesed deformeerunud, kontraktuuris, aktiivse põletiku tunnustega. Puusaliigeste liikuvus kõigis suundades piiratud. Kaela liikuvus piiratud kõigis suundades, pea püsivalt kerges fleksioonis (vt foto 2). Laboratoorsetes uuringutes on väljendunud aneemia (Hgb 76 g/l, fS-Fe 2,3 µmol/L, SR 39 mm/h, CRV 31 g/l, reumatoidfaktor 1152 U/ml, anti-CCP (tsüklilise tsitrullineeritud peptiidi vastased antikehad) 6,0 RU pos, antinuklearsed antikehad 1 : 640 pos). KT-uuringul peast selgus, et tegemist on atlantoaktsiaalse horisontaalse, vertikaalse subluksatsiooniga, *dens*'i osalise usuratsiooniga (vt jn). Haiget konsulteeris neuroloog, kes diagnoosis tservikaalset müelopaatiat, tetrapareesi ja kirurgilist käsitlust pidas hilinenuks.



Foto 1. RA-le omased muutused labakätel.



Foto 2. RA-le tüüpiline kehahoiak (püsiv pea fleksioon).
Fotode autor: Peeter Saadla.

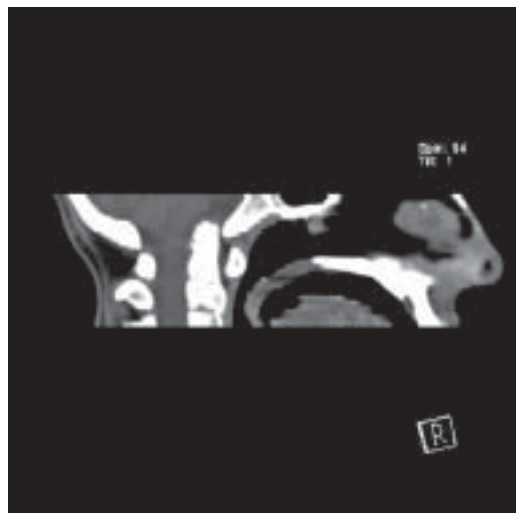
Kuna aneemia on kombineeritud geneesiga – kroonilise haiguse aneemia ja oletatav krooniline verekaotus seedetraktist (mille täpsustamine ei olnud üldseisundi raskuse tõttu võimalik) –, soovitati patsiendil vahetada põletikuvastast ravi ning alustada haigust modifitseerivat ravi. Vaatamata korduvatele vestlustele ei lasknud patsient end ravipersonalil mõjutada, keeldudes kõikidest ettepanekutest ravivõimaluste suhtes. Patsient lahkus ambulatoorsele ravile, nõustudes vaid hoolduse ja sümptomaatilise raviga.

Arutelu

Kirjeldatud haigel peegeldub tüüpiline RA krooniliselt progresseeruv, mutileeriv olemus. Haiguse progresseerumise vältimiseks on hädavajalik tänapäevane haigust modifitseeriv ravi. Kirjeldatud juhul on arsti ees mitmeid keerulisi probleeme, millele ei pruugi enam lahendust olla. Tänapäevased raviskeemid näevad ette agressiivse, haigust modifitseeriva ravi kasutamise, sest ka pikaajalise kulu korral põletikuline protsess ei vaibu (5, 6). Patsient ei nõustunud aga haigust modifitseeriva raviga (selles oli oma osa varasemates ravist tingitud ebameeldivustes). Ainuke ravim, millega ta ei tundnud olulisi kõrvaltoimeid, oli Clotam, mille vahetamisega potentsiaalselt vähem kõrvaltoimeid omava preparaadi vastu patsient ei soostunud. Patsiendile saab tõenäoliselt eluohtlikuks lülisamba kaelaosa ebastabiilsusest tingitud tetrapareesi

süvenemine. Operatiivne korrektsioon ei ole võimalik, arvestades haige üldseisundit, neuroloogilist sümptomatoloogiat ja väga väljendunud osteoporoosi (densitomeetrilisel uuringul DEXA aparaadiga lülisamba lumbaalosas T-skoor $-5,7$) (7). Samal ajal on kaelaprobleemid, mis väljenduvad atlantoaktsiaalse kahjustuse tekkimisega, RA korral sagedased ning nende ravi on multidistsiplinaarne ja eeskätt konservatiivne, sisaldades RA adekvaatset ravi, sümptomaatilist ravi, taastusravi (7).

Tänapäeval on esmatasandi arstid teadlikumad RA olemusest ja varastest märkidest, sellest tuleneb ka varasem spetsialisti juurde suunamine.



Joonis. KT-uuring peast.

Kui õnnestub identifitseerida haiged varem, on võimalik alustada ravi artriidi varases faasis. Nüüdisaegsed raviskeemid on tunduvalt agressiivsemad, kasutatakse mitmeid uusi ravimeid, mis varem ei ole olnud kättesaadavad. Valikpreparaatideks ravi alustamisel on metotreksaat, sulfasalasiin, hüdroksüklorokiin, teisese valikuna leflunomiid, asatiopriin, tsüklosporiin-A, tsüklofosfamiid, kulla-preparaadid. Kasutatakse ka kombineeritud ravi. Lisaks muutuvad 2007. aastal ka Eestis nii esmavaliku ravimite sobimatuse kui ka ebatõhususe korral kättesaadavaks mujal juba aastaid edukalt kasutatavad bioloogilised preparaadid infliximab, adalimumab, rituksimab, etanercept (5, 6). Ravi ajal on vajalik regulaarne kontroll selle kõrvalnähtude ja haiguse progresseerumise suhtes. Oma osa on ka haiguse progresseerumist soodustavate tegurite varasemal elimineerimisel (infektsioonid, psühhosotsiaalsed tegurid).

Probleemid tekivad, kui esinevad kas meditsiini-süsteemi- või patsiendipoolsed tegurid, mis ei võimalda kasutada tänapäevast ravi. Isegi kui suudetakse täielikult kõrvaldada tervishoiusüsteemi nõrgad küljed, ei saa jätta kõrvale patsientide ravi-soostumuse probleeme. Uuringud on näidanud, et

pikaajalise haigust modifitseeriva raviga soostub kuni 51% haigetest (8). Suhtumine ravimitesse sõltub rahulolust ravi tulemusega, kuid ei peegelda arstide soovitusi (9). Ravi ebaõnnestumist saab minimeerida, arvestades, et iga komplikatsioon vähendab patsiendi rahulolekut ja seega ka soostumust raviga. Seetõttu on eriti vajalik perearsti ja spetsialistide meeskonna koostöös ravi ajal jälgida kõrvaltoimeid ning vajaduse korral muuta õigel ajal raviskeemi. Suurem tõenäosus, et patsient jätab ravi pooleli, on olukorras, kus valitud ravi ei vasta patsiendi ootustele. Väga oluline on, et patsient mõistaks, mida ja millal valitud raviskeemist oodata, sel juhul võivad olla paremini talutavad ka tagasilöögid ravis. Lisaks ravimite toimele mängivad ravisoostumuses rolli nii patsiendi kontakt arstiga, teiste inimeste kogemused, sisemised uskumused kui ka muutused patsiendi elukorralduses, samuti psühholoogilised tegurid (10).

Kirjeldatud haigusjuht on andnud võimaluse dokumenteerida haige ravi ebaõnnestumist, milles oli oma osa patsiendi ravisoostumusel ja mis viitab jätkuvalt vajadusele parandada meeskonnatööd krooniliste eluohtlike haigete ravimisel.

Kirjandus

1. Klippel JH, Dieppe PA. Rheumatology. 2th ed. London: Mosby;1998. pp.1.1 - 16.1.
2. Birkenfeldt R, Haviko T, Kallikorm R jt. Reumatoloogia. Tallinn: Medicina; 2000. Lk. 101 - 13.
3. Pincus T, Sokka T, Kautiainen H. Patients seen for standard rheumatoid arthritis care have significantly better articular, radiographic, laboratory, and functional status in 2000 than in 1985. Arthritis Rheum 2005;52:1009-19.
4. Welsing PM, Franssen J, van Riel PL. Is the disease course of rheumatoid arthritis becoming milder? Time trends since 1985 in an inception cohort of early rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2005;52: 2616-24.
5. Reumatoidartriidi ravijuhend Eestis. Tallinn: Eesti Reumatoloogide Selts; 2003.
6. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 update. Arthritis Rheum 2002;46:328-46.
7. Kauppi MJ, Barcelos A, da Silva JA. Cervical complications of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2005;64:355-8.
8. Heiberg T, Finset A, Uhlig T, et al. Seven year changes in health status and priorities for improvement of health in patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2005;64:191-5.
9. Leeb BF, Andel I, Leder S, et al. The patient's perspective and rheumatoid arthritis disease activity indexes. Rheumatology (Oxford) 2005;44:360-5.
10. Rose G. Why do patients with rheumatoid arthritis use complementary therapies? Musculoskeletal Care 2006;4:101-15.

Summary

Natural course of rheumatoid arthritis: a case report

We present a case report of a 45-year-old woman who is diagnosed with rheumatoid arthritis (RA) 23 years ago. It illustrates the chronic mutilating course of RA without adequate treatment. RA management guidelines designate early aggressive DMARD (disease modifying antirheumatic drug) therapy.

The patient is extremely cachectic, completely bedridden. Deformations typical of advanced RA have developed in multiple joints. Laboratory findings include anaemia, and moderate inflammatory activity. The results of investigations show atlantoaxial subluxation (surgically not manageable) and severe osteoporosis. The patient did not agree with any treatment related suggestions made by doctors.

Today primary care physicians are more aware of RA and refer the patient to the rheumatologist in time to

start DMARD therapy. Precise monitoring of side effects and disease progression is essential. Even if we can minimize the shortcomings of RA management within the health care system, we cannot totally eliminate patient related factors. The potential failure of therapy can be avoided bearing in mind that every drawback reduces compliance to treatment. It is important that the patient understands what to expect, making minor downsides more tolerable. Compliance is influenced by the patient-doctor relationship, other persons' experiences, inner beliefs, and other patient related factors.

The above case provided a chance to document an unsuccessful treatment of RA. Several issues both on the side of the patient and the medical system have contributed to such disease progression.

Raili.Muller@klinikum.ee