

Reumatoidalne zapalenie stawów w obrębie kończyny dolnej – opis przypadku

Rheumatoid arthritis in the lower limb – case report

WSTĘP

W dzisiejszych czasach problem chorób reumatycznych dotyka bardzo dużej liczby osób na świecie. Są to zespoły różnych schorzeń, jednak jednym z najczęściej występujących jest reumatoidalne zapalenie stawów.

Bardzo często zdarza się, że ludzie u których występują pierwsze symptomy reumatoidalnego zapalenia stawów RZS bagatelizują ten problem przyczyniając się do jego ekspresji, co prowadzi do rozwoju choroby, a mianowicie wielu zmian w obrębie stawów i narządów wewnętrznych. Objawia się to dyskomfortem nie tylko wynikającym z współistniejących zespołów bólowych, ale także podstawowych problemów życia codziennego, takich jak poruszanie się.

Problem ten zdecydowanie częściej dotyka kobiet, które są narażone na występowanie choroby ze względów genetycznych. Reumatoidalne zapalenie stawów, zwłaszcza postępujące, zaczyna degradować stawy przez co są one zniekształcone. Prowadzi to do skrępowania i ukrywania swojej choroby.

Celem pracy jest przedstawienie różnic wynikających z zaawansowanej choroby reumatycznej oraz zmian jakie nastąpiły w obrębie stawów stopy.

Dzięki uprzejmości badanej, przedstawiono szereg zdjęć oraz badania ukazujące degradację i wyniszczenie stawów.

Joanna Trojanowska
Izabela Rodak
Wyższa Szkoła Nauk
o Zdrowiu w Bydgoszczy
ul. Jagiellońska 4
85-067 Bydgoszcz
M: +48 723 254 603
E: joannapodologia@gmail.com
com

ZMIANY ZWYRODNIENIOWE MOGĄCE WYSTĘPOWAĆ W RZS

Płaskostopie poprzeczne (*pes transverso – planus*) jest to deformacja obejmująca przednią część stopy. Polega na obniżeniu naturalnego łuku w obrębie II, III i IV kości śródstopia. Następstwem tego jest poszerzenie przodostopia [1]. Bardzo często towarzyszą mu deformacje innych części stopy. W płaskostopiu poprzecznym dochodzi do koślawienia się tyłostopia oraz supinacji przodostopia, co w następstwie powoduje ucisk stawów sąsiadujących – głównie skokowo-piętowego. Zmiany biomechaniki stopy oraz chodu mogą mieć wpływ nie tylko na ból w obrębie stopy, ale również na późniejsze problemy ze stawami kolanowymi czy biodrowymi [2].

» 72

STRESZCZENIE

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą autoimmunologiczną o nieznanym etiologii. Dotyka głównie stawów dłoni oraz stóp. Jest to choroba nawracająca, która nie jest wyleczalna.

Celem pracy było przedstawienie różnic pomiędzy zdrową, a chorą stopą oraz postępującej degradacji stawów w wyniku pogłębiającego się schorzenia.

Postępujące RZS prowadzi do wielu zmian w obrębie stawów, najczęściej występującymi są: halluxy, palce młotkowate oraz płaskostopie podłużne i poprzeczne. Bardzo często dochodzi do zwichnięć w obrębie stawów palczkowo-śródstopnych. Wszystko to składa się na problemy z przetaczaniem stopy, co może doprowadzać w konsekwencji do inwalidztwa.

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów, stopa, hallux, leczenie

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is an autoimmune disease of unknown etiology. It mainly affects the joints of the hands and feet. It is a recurrent disease that is not curable.

The aim of the study was to present the differences between a healthy and unhealthy foot and the progressive degradation of joints as a result of a progressing disease.

Progressive RA leads to many joint changes. Halluxes, hammer-toes and longitudinal and transverse flat feet are the most common. Very often there are dislocations within the phalanges and metatarsal joints which may result in problems with the rolling of the foot, which may lead to disability as a consequence.

Keywords: Rheumatoid arthritis, foot, hallux, treatment

otrzymano / received
21.12.2019
poprawiono / corrected
15.01.2020
zaakceptowano / accepted
01.02.2020

Paluch koślawy (*hallux valgus*) jest to deformacja obejmująca staw śródstopno-paliczkowy palca I stopy. Polega na odchyleniu przyśrodkowym osi I kości śródstopia, a w konsekwencji wytworzeniu się wyniosłości przyśrodkowej. W początkowej fazie deformacja ta jest niebolesna, jednak z biegiem czasu może dawać bardzo duże odczucia bólowe, ponieważ przesuwnąca się głowa I kości śródstopia umiejscawia się bezpośrednio pod skórą. Dodatkowo w trakcie powstawania zmian w obrębie stawu dochodzi do metatarsalgii, ponieważ zmienia się punkt podporu stopy i ciężar spoczywa na głowach kości śródstopia [2].

Palce młotkowate (*digiti mallei*) bardzo często są następstwem występowania płaskostopia poprzecznego oraz palucha koślawego. Najczęściej dotyczy II palca, jednak w zaawansowanych przypadkach obejmuje także III i IV. Deformacja polega na przykurczu ścięgna zginacza palca, co w konsekwencji doprowadza do częściowego zginania bliższego stawu międzypaliczkowego w stronę podeszwy i przeprostem w stawie śródstopno-paliczkowym. Deformacja ta prowadzi do powstawania zrogowaceń na częściach grzbietowych palców lub na ich opuszkach [2].

Palec nakładający się (jak sama nazwa wskazuje) polega na nakładaniu się sąsiadujących palców. Nieprawidłowość ta powoduje powstawanie odcisków pomiędzy nimi, na opuszkach oraz stawach międzypaliczkowych [2].

HIPERKERATOZY W RZS

W przypadku zmian zwyrodnieniowych przy reumatoidalnym zapaleniu stawów nadmierne rogowacenie tworzy się w neuralgicznych miejscach. Najczęściej obejmuje przednią część stopy, co wiąże się z płaskostopiem poprzecznym. Modzele są dobrze odgraniczone od zdrowej skóry. Są efektem przeciążeń spowodowanych zmianą motoryki chodu oraz zmianami w konstrukcji stopy. Mają one kolisty lub owalny kształt oraz żółtawe zabarwienie. Nie posiadają rdzenia, są powierzchowne i bardziej płaskie. Ucisk na głowy kości śródstopia powodują piekący ból. Modzele należy opracowywać skalpelem i zastosować odpowiednie odciążenie. Poprzez brak oczyszczania i odciążania pod główkami kości śródstopia mogą również powstawać odciski [1].

Odciski występują najczęściej w okolicy stawów śródstopno-paliczkowych, na opuszkach i grzbietach palców oraz pomiędzy nimi. Są one bardzo bolesne, ponieważ posiadają twarde rdzeń, który wnika w głąb naskórka aż do skóry właściwej. Powstają na skutek drażnienia i ucisku jednego miejsca. Rdzeń powstaje przez uszkodzenie komórek naskórka, które są wciśnięte w głąb tkanek, nie mogąc migrować na powierzchnię [2].

PRZYCZYNY REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW

Etiopatogeneza reumatoidalnego zapalenia stawów od lat stanowi źródło badań. Dawniej podejrzewano, że za zmiany zwyrodnieniowe odpowiadają wirusy lub bakterie. Dokładne przyczyny chorób reumatycznych nie są dokładnie wyjaśnione do dziś. Najbardziej prawdopodobną przyczyną są czynniki genetyczne, które w połączeniu z zakażeniem wirusowym lub bakteryjnym ujawniają chorobę. Największą rolę w powstawaniu reumatoidalnego zapalenia stawów stanowi układ immunologiczny. Komórki odpornościowe nie odróżniają komórek obcych, przez co dochodzi do atakowania własnej tkanki. Schorzenia tego typu nazywają się chorobami autoimmunologicznymi [3, 4].

W reumatoidalnym zapaleniu stawów największą rolę odgrywają cytokiny – czynnik nekrozy nowotworu (TNF)-alfa i interleukina IL-1 odpowiedzialne za degradację chrząstek kości. W stanach zaawansowanych choroby dochodzi do uszkodzenia chrząstki stawowej i kości sąsiadujących. W trakcie trwania procesu zapalnego, cytokiny skupiają się w stawach, ich rolą jest przyciąganie komórek obronnych i zapalnych, wzrost i pobudzanie ich oraz zmuszanie do reakcji metabolicznych, do woda także rozkładem tkanki łącznej i jej powstawaniem [3].

W pierwszych stadiach choroby stan zapalny obejmuje najpierw błonę maziową, która zwiększa swoje ukrwienie, co doprowadza do jej pogrubienia i nadprodukcji mazi stawowej. Niekontrolowany wysięk doprowadza do rozciągania się torebki stawowej i więzadeł. Konsekwencją jest pogorszona ruchomość stawu i jego szybsze zużywanie. W dalszym kroku przerośnięta błona maziowa zwaną łuszczyką wrasta w chrząstkę. Jeśli nie zostanie wprowadzone leczenie, w konsekwencji może uszkodzić ona także sąsiadujące ze stawem kości, tworząc jamy i dziury [3, 5].

DIAGNOZOWANIE

W przypadku podejrzenia reumatoidalnego zapalenia stawów należy wykonać morfologię krwi, badanie moczu oraz oznaczyć odczyn OB. W okresie zaostrzenia choroby odczyn ten jest wysoki, występuje także niedokrwistość z powodu zbyt niskiej ilości żelaza we krwi. Bardzo często występuje tak zwany czynnik reumatoidalny, który wykrywany jest w teście Waalera i Rosego.

Istotne w procesie diagnozy są badania rentgenowskie. Można w nich stwierdzić obecność nadżerek, które są konsekwencją rozpadu chrząstki i uszkodzeniem kości tworzących staw. Staw, w którym występuje nadżerka uznaje się za zniszczony.

Obecnie do wczesnej diagnostyki stosuje się ultrasonografię oraz rezonans magnetyczny. Oba badania pozwalają na stwierdzenie zapalenia błony maziowej, a także znalezienia już niewielkich zmian chorobowych [3, 6].

PRZEBIEG CHOROBY

Reumatoidalne zapalenie stawów zaczyna się bardzo często od bólu w jednym lub kilku stawach. Miejsca te są nadwrażliwe, zwłaszcza przy poruszaniu. Dotyczy to głównie stawów dłoni i stóp. Chorzy odczuwają sztywność w stawach bezpośrednio po przebudzeniu. Niekiedy już na początku można zaobserwować opuchnięcie i zgrubienie stawów. W tej fazie występuje też zmęczenie, niewysoka gorączka, czy nocne poty, a także spadek masy ciała i złe samopoczucie. Jak każda choroba, RZS ma różny przebieg, u niektórych chorych jest łagodny, przez co ciężko ją zdiagnozować, bardzo często ma charakter ostry, który należy leczyć silnymi lekami [3, 4, 6].

Najczęściej dotyka stawów dłoni i stóp, jednak należy pamiętać, że RZS może zaatakować każdy staw w organizmie. Dolegliwości oraz obrzęk stawów mogą utrzymywać się kilka miesięcy, ulegając nasileniu, jeśli nie są leczone odpowiednimi preparatami. Zdarza się, że mogą ustąpić samoistnie na pewien czas lub rzadko na zawsze.

Oprócz typowych zmian stawowych, w RZS występuje ogólne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Można to zauważyć zwłaszcza w morfologii.

Poza stawami proces zapalny dotyka także pochewki ścięgien i kaletki maziowe. Są one dobrze widoczne na dłoniach i stopach wzdłuż ścięgien, gdzie dochodzi do powstawania opuchlizn. Często w wyniku wysięku śródstawowego jama stawowa rozszerza się w jednym kierunku. Występuje to zwłaszcza w obrębie kolana, co nazywamy torbielą Bakera. Jest ona wyczuwalna w dole podkolanowym i utrudnia zginanie stawu. Niekiedy jej wypuklenie w okolicy łydki może doprowadzić do ucisku żył, a w konsekwencji do obrzęku goleni. Torbiel Bakera diagnozujemy badaniem ultrasonograficznym [3, 4].

W RZS zmiany można zauważyć nie tylko w obrębie stawów, ale także w narządach wewnętrznych. Skóra staje się ścięczała i bleda z powodu zmian w naczyniach krwionośnych, co doprowadza do zasinienia palców dłoni i stóp.

RZS atakuje także narząd wzroku. Zmiany zapalne rozwijają się w nadtwardówce, co finalnie może doprowadzić do upośledzenia widzenia lub całkowitego jego utraty.

Zmiany zapalne w sercu dotyczą najczęściej osierdzia i mogą mieć charakter przewlekły lub ostry. We wszystkich warstwach serca mogą tworzyć się guzki reumatoidalne.

U około 20% chorych można zaobserwować wysiękowe zapalenie opłucnej. W mięszu płuc tworzą się guzki reumatoidalne, które mogą ulec martwicy tworząc jamy.

W układzie nerwowym dochodzi do nacisku ziarniny reumatoidalnej na nerwy obwodowe. W konsekwencji powstają neuropatie oraz zapalenia nerwów obwodowych.

Zmiany w nerkach występują rzadko i są spowodowane obciążającym leczeniem.

W reumatoidalnym zapaleniu stawów występują tak zwany zespół Felty'ego. Jest to powiększenie węzłów chłonnych i śledziony wraz z obniżeniem ilości białych krwinek [3].

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą długoletnią. Może ona spontanicznie wpaść w stan remisji. Największą poprawę zauważamy w czasie ciąży. Prawdopodobnie jest to związane z działaniem hormonów. Niestety leczenie hormonalne nie daje zadowalających efektów, co łatwo można zauważyć po ciąży, gdy dochodzi do nasilenia się choroby, a także jej gwałtownego pogorszenia.

Jeśli choroba przez dłuższy czas miała charakter bardzo aktywny może się zdarzyć, że w późniejszym stadium zaczyna wykazywać mniejszą aktywność. Nazywamy to „wypalonym RZS”. Głównym tego objawem jest upośledzenie wskutek uszkodzenia i zniekształcenia stawów oraz ograniczenie ruchomości. W tym przypadku jedynie leki przeciwbólowe oraz wstawienie sztucznego stawu są najlepszym sposobem na poprawienie komfortu życia pacjenta.

Remisja zachodzi gdy występuje:

- zmniejszona poranna sztywność stawów do kilku minut,
- brak zmęczenia,
- brak bóli stawowych w stanie spoczynku,
- brak bóli stawowych w ruchu,
- brak opuchlizny w pochewkach stawowych i na ścięgnach,
- OB nieodbiegające od normy [7].

Tabela 1 Działania niepożądane NLPZ

Działania niepożądane NLPZ	
Układ pokarmowy	Wymioty, biegunka, wrzody żołądka, krwawienia z przewodu pokarmowego
Skóra	Wysypka, alergia
Układ moczowy	Zaburzenia funkcjonowania nerek, magazynowanie wody, nadciśnienie
Wątroba	Podwyższone parametry wątrobowe, zaburzenia odtruwania
Ośrodkowy układ nerwowy	Bóle głowy, zawroty
Szpik kostny	Niedobór płytek krwi lub białych krwinek
Układ oddechowy	Astma

Źródło: Opracowanie własne

WYBRANE POWIKŁANIA I SCHORZENIA WTÓRNE

W trakcie trwania choroby dochodzi do zmniejszenia zawartości składników mineralnych w kościach. W lżejszych przypadkach jest to osteopenia, natomiast cięższe noszą nazwę osteoporozy. Obniżenie gęstości kości jest spowodowane pobudzeniem osteoklastów, czyli komórek kościogubnych za pomocą substancji przekaźnikowych odpowiedzialnych za wytworzenie się procesów zapalnych. Także leczenie glikokortykosteroidami wpływa na wypłukiwanie wapnia z kości. Początkowo osteoporoza rozwija się w ukryciu tworząc mikrozłamania, które są widoczne w obrazie RTG [8].

Guzki reumatoidalne tworzą się po stronie prostowników stawów. Występują przede wszystkim ponad ścięgmem Achillesa, na stawach palców rąk i nadgarstkach. Mają one wielkość ziarenka soczewicy lub orzecha laskowego. Są niebolesne, jednak umiejscowione na pięcie lub łokciu mogą utrudniać funkcjonowanie, wtedy należy je usunąć.

Zespół kanału nadgarstka pojawia się wskutek obrzęku, który tworzy się w wyniku ucisku na nerwy położone między kośćmi nadgarstka. Skutkuje to nocnymi bólami, zaburzeniem czucia palców oraz utraty sił w kciuku. Dolegliwości te można usunąć za pomocą zabiegu chirurgicznego polegającego na rozszczepieniu więzadła obrączkowatego na przedniej stronie nadgarstka [3].

LECZENIE

W reumatoidalnym zapaleniu stawów należy pamiętać, że leczenie obejmuje nie tylko farmakoterapię, ale także leczenie operacyjne, fizykoterapię, kinezyterapię oraz leczenie uzdrowiskowe. Choroba ta przebiega długofalowo z okresami zaostżeń i remisji, mając jednak charakter postępowy. Tylko synergistyczne działanie wszystkich metod pozwala pacjentowi na zachowanie wydolności czynnościowej [9, 10].

Lekami hamującymi stan zapalny i zmniejszającymi ból są niesteroidowe leki przeciwzapalne. Jest to duża grupa leków, gdzie najbardziej znanym składnikiem jest kwas acetylosalicylowy, czyli znana Aspiryna. Minusem długotrwałego stosowania NLZP jest szereg działań niepożądanych działających na cały organizm [3, 11, 12].

Glikokortykosteroidy to grupa leków, której nazwa pochodzi od hormonu nadnerczy – kortyzolu. Zostały one pierwszy raz syntetycznie wyprodukowane w 1938 r. Stosowane przy chorobie reumatycznej powodują stopniowe hamowanie produkcji kortyzonu w organizmie. Wynika to z dostarczania hormonu z zewnątrz. Jeśli terapia kortyzonem zostaje ograniczona, organizm dostaje meldunek o wznowieniu produkcji kortyzonu. Istotnym jest, aby leczenie przerywać w sposób powolny, aby nadnercza mogły podjąć pracę i produkcję tego hormonu. Szczególną metodą terapii są zastrzyki dostawowe.

Dają one natychmiastowy efekt przeciwbólowy poprawiając funkcjonalność stawu. Niestety są to zabiegi mające krótki okres działania, ponieważ po kilku tygodniach stan bólowy powraca. Ostrzykiwanie stawów można wykonywać maksymalnie 4 razy w roku [3, 10, 12].

CEL BADANIA

Celem badania było przedstawienie różnic pomiędzy stopami o prawidłowej budowie, a zmianami wynikającymi z postępującego reumatoidalnego zapalenia stawów. Problem ten jest indywidualny i zależy od stopnia zaawansowania choroby. W artykule wykorzystano zdjęcia z badania podoskopowego, plantokonturograficznego oraz zdjęcia RTG, które użyczyła badana.

Badana to kobieta, lat 58. Czynna zawodowo pracująca jako kucharka. Niepaląca oraz niepijąca. Szczupłej budowy ciała. Rozpoznanie choroby nastąpiło w 2002 roku. Początek choroby badana uznawała za przeciążenia wynikające z pracy. Uskarżała się na poranną sztywność stawów trwającą od 1 do 2 godzin, a także bóle w obrębie stawów stóp. Obecnie badanej towarzyszą chroniczne bóle stawów dłoni i stóp.

Po wykonaniu podstawowego badania krwi stwierdzono podwyższone OB oraz CRP. Zalecono wykonanie badania na obecność czynnika reumatoidalnego, co dało wynik dodatni. Ostatecznie chorobę zdiagnozowano w trakcie wizyty w szpitalu.

Pacjentka przyjmuje leki:

- Metypred 4 mg (od 15 lat)
- Metex 50 mg, 1 raz w tygodniu w formie iniekcji – jako następstwo leku o nazwie Trexan 10 mg
- Kwas foliowy

Dodatkowo raz w roku korzysta z leczenia rehabilitacyjnego w szpitalu, gdzie stosuje jonoforezę z naproxenem, krioterapię oraz magnetronię na kręgosłup.

METODY I MATERIAŁY

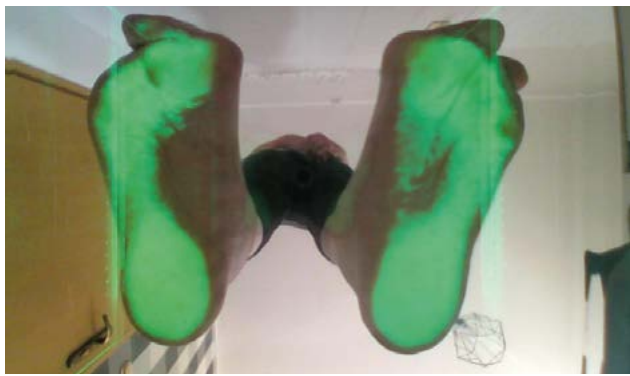
Opis przypadku oparto głównie korzystając z archiwum własnego – zdjęć cyfrowych oraz zdjęć RTG z archiwum pacjentki. Dodatkowo zostało wykonane badanie plantokonturograficzne oraz na podoskopie. Miało to na celu pokazanie szybkiego postępowania choroby oraz jej ekspresję.

Badanie podoskopowe polega na komputerowej ocenie stabilności statycznej oraz dynamicznej stóp. Dzięki zastosowaniu przezroczystej, podświetlonej płyty można uzyskać obraz odbicia lustrzanego stóp. Umożliwia to określenie styku stopy z podłożem oraz określenie nacisku. W trakcie badania widoczne są wysklepienia oraz wypukłości.

W badaniu statycznym bazuje się na odbiciu podeszwy części stopy na płycie. Można wtedy za pomocą przelicznika procentowego skalkulować rozłożenie ciężaru ciała na poszczególnych jej partiach. Pozwala to określić rodzaj stopy – płaskiej, normalnej lub wydrążonej.

Badanie plantokonturograficzne – jest to najłatwiejsza forma wykonania badania statycznego i dynamicznego stóp. Polega na pokryciu specjalnej membrany tuszem lub farbą, następnie nałożenie jej nad papier. Pacjent stawia stopę na niepomalowaną część membrany. W opisywanym przypadku badanie zostało wykonane w sposób dynamiczny, poprzez przetoczenie stopy przez membranę.

WYNIKI BADANIA



Fot. 1 Badanie podoskopowe Źródło: Archiwum własne



Fot. 2 Badanie podoskopowe Źródło: Archiwum własne

Na zdjęciu podoskopowym (fot. 1 i 2) doskonale zaznacza się obniżenie łuków stóp. Występuje tu całkowity brak sklepienia poprzecznego w obu stopach. W stopie lewej łuk podłużny jest lepiej zachowany niż w stopie prawej, która jest całkowicie stopą płaską. W obu występuje hallux, co świadczy o trwałych zmianach w stawach śródstopno-paliczkowych, a także odchylenie palców II-V. Poprzez takie ustawienie występują podwichnięcia w stawach paliczkowych, co w konsekwencji prowadzi do powstawania palców młoteczkowatych. W wyniku degradacji tkanek i obniżenia łuku poprzecznego, pacjentka zmaga się z nawracającymi modzelami w przedniej części

stopy. Na zdjęciu podoskopowym widać, jak pacjentka opiera ciężar ciała na pięcie. Prawdopodobnie jest to efekt trwałego bólu w części przodostopia.



Fot. 3 Badanie RTG – strona przednia Źródło: Archiwum własne



Fot. 4 Badanie RTG – strona boczna Źródło: Archiwum własne

Na zdjęciu rentgenowskim (fot. 3 i 4) widać obustronne płaskostopie poprzeczne i podłużne. Występują liczne zlewające się torbiele na głowach kości śródstopia obu stóp oraz pojedyncze nadżerki kostne na ich powierzchniach. Zmalała gęstość kości w obrębie stawów oraz nastąpiło zwężenie szpar stawowych. Dodatkowo jak na badaniu podoskopowym, wyraźnie zaznaczone jest całkowite zwichnięcie stawów śródstopno-paliczkowych palucha oraz stawów śródstopno-paliczkowych 2, 3 i 4 stopy lewej oraz 2 i 3 stopy prawej. Obraz RTG ukazuje widoczny proces reumatoidalny. Kości stępu bez zmian w swojej strukturze.



Fot. 5 Odbicie na plantokonturografie stopy lewej i prawej Źródło: Archiwum własne

Na fotografii 5 widać całkowite spłaszczenie łuków podłużnych i poprzecznych stóp. W następstwie doszło do przemieszczenia się punktów podparcia stopy. Znajdują się one obecnie na kości piętowej, głowie I kości śródstopia oraz w wyniku spłaszczenia łuku poprzecznego na głowach II, III, IV i V kości śródstopia. Widocznie odgranicza się paluch, który sukcesywnie w wyniku zwężenia stawu przemieszczał się i znajduje się obecnie pod II i III palcem. Stopa jest całkowicie zniekształcona. W trakcie wykonywania badania dynamicznego pacjentka w efekcie choroby nie potrafiła prawidłowo wykonać przetańczenia stopy, co świadczy o zaawansowaniu schorzenia.



Fot. 6 Zdjęcie cyfrowe stopy lewej Źródło: Archiwum własne



Fot. 7 Zdjęcie cyfrowe stopy prawej Źródło: Archiwum własne

Fotografie 6 i 7 przedstawiają części grzbietowe stóp. Widoczne zwężenie stawów głównie śródstopno-paliczkowych. Konsekwencją jest powstanie halluxa oraz palców młotkowatych. Na stawach międzypaliczkowych tworzą się modzele. Badana skarży się na bóle w części przedniej stopy, co może świadczyć o metatarsalii reumatycznej. Od strony podeszwy tworzą się nieznaczne modzele, które powstały w wyniku płaskostopia poprzecznego. Badanej towarzyszy ciągły obrzęk, zwłaszcza w obrębie stawu skokowego.



Fot. 8 Stopa reumatoidalna widok na ścięgno Achillesa Źródło: Archiwum własne

Na fotografii 8 widoczna jest duża opuchlizna stawu skokowego dolnego i górnego. Staw skokowy dolny odpowiedzialny jest za odwracanie i nawracanie stopy, natomiast staw skokowy górny za zginanie stopy. Zapalenie kałek maziowych obejmuje ścięgno Achillesa przez co jest ono niewidoczne. Występuje tu koślawe ustawienie stępu co doprowadziło do powstania stopy koślawo-szpotawej. Następstwem tego są problemy z chodzeniem, na które skarży się badana – chód jest utrudniony, spowolniony.



Fot. 9 Stopa reumatoidalna widok na kostkę boczny – stopa prawa Źródło: Archiwum własne

Na fotografiach 9 i 10 widać całkowity zanik kostki w stawie skokowym. Wynika to z zapalenia kaletki maziowych i ścięgien. Na V palcu tworzą się modzele od strony zewnętrznej, natomiast na II, III, IV i V modzele tworzą się od strony grzbietowej. Z tej perspektywy doskonale widać płaskostopie podłużne. Utrwalone zwyrodnienia powodują problem z ustawieniem pięty oraz utrudnione jest chodzenie. W części przedniej obu stóp występują zwichnięcia stawów, głównie obejmujące paluchy. W stopie lewej całkowite zwichnięcie występuje, także w stawie śródstopno-paliczkowym palca II. Podwinięcie się palców pod kolejne powoduje dyskomfort i utrudnione chodzenie, ponieważ ciężar nie rozkłada się równo na trzech punktach podporu. W efekcie obie stopy stały się szerokie, co znacznie utrudnia dobór odpowiedniego obuwia.



Fot. 10 Stopa reumatoidalna widok na kostkę – stopa lewa Źródło: Archiwum własne

PODSUMOWANIE

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą, która w dużym procencie dotyka głównie kobiety pomiędzy 40 a 60 rokiem życia. Etiologii schorzenia należy doszukiwać się wśród czynników immunologicznych oraz genetycznych. Są to główne przyczyny choroby, jednak patogeneza choroby nie jest do końca zbadana.

W większości RZS dotyka stawów dłoni oraz stóp. Może prowadzić do inwalidztwa przez swój nieuchronny rozwój. Za pogarszanie się stanu zdrowia chorego odpowiadają często także choroby współistniejące, które pojawiają się w trakcie trwania terapii. Należy pamiętać, że leczenie jest długotrwałe i w przypadku remisji, zaprzestanie leczenia farmakologicznego nie daje pewności, że choroba nie przejdzie w ostrą fazę.

W obrębie kończyny dolnej deformacje wynikające z postępującego RZS mogą prowadzić do problemów z biomechaniką stopy, co w dalszej perspektywie doprowadza do problemów z chodzeniem. Bardzo ważnym jest, aby pacjent oprócz leczenia farmakologicznego oraz sanatoryjnego pamiętał także o zaopatrzeniu ortopedycznym, które zwłaszcza na początku choroby może zahamować powstawanie deformacji.

LITERATURA

1. Ziąza D, Sznajka M, Koczy B. Vademecum Podologii. VIA Medica, Gdansk 2015: 13.
2. Klamczyńska M, Kopaczewska E, Skocka-Pietruszewska A. Atlas podologiczny patologii skóry i paznokci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 174.
3. Bruckle W. Reumatoidalne zapalenie stawów. Rozpoznanie, przebieg, leczenie. Oficyna Wydawnicza INTERSPAR, Urania Verlag 2000: 104.
4. Zimmermann – Górska I. Choroby reumatyczne. Podręcznik dla studentów, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989, 64 – 67
5. Wróbel A, Nawalana A, Staszkiwicz M, Majda A. Ból a funkcjonowanie chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Pielęgniarstwo Polskie 2017, vol. 2(64): 254-259.
6. Majewski G, Marcol-Majewska A, Kotyla P. Badanie obrazowe we wczesnym reumatoidalnym zapaleniu stawów. Forum Reumatologiczne 2018, vol. 4(1): 45-51.
7. Tlustochowicz M. Choroby reumatyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 37-40.
8. Sztuce S. Stopa reumatoidalna - propozycja fizjoterapii, fizjoterapia & rehabilitacja, luty 2016, vol. 2(69): 32-39
9. Sadowska-Wróblewska M. Przewlekłe choroby reumatyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988: 74.
10. Jura-Pótorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Journal of Laboratory Diagnostics 2011, vol. 47(4): 431-438.
11. Głuszko P, Filipowicz-Sosnowska A, Tlustochowicz W. Reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia 2012, vol. 50(2): 83-90.
12. Kwiatkowska B, Raciborski F. Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych, ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian. Instytut Reumatologii w Warszawie, 2014, 51-66.