

Porównanie różnych niechirurgicznych metod leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego: metaanaliza sieciowa

Jevsevar, David S. MD, MBA; Shores, Peter B. MPH; Mullen, Kyle MPH; Schulte, Danielle M. MS; Brown, Gregory A. MD, PhD; Cummins, Deborah S. PhD

[Informacje o autorach](#) *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 26(9):p 325-336, May 1, 2018. | DOI: 10.5435/JAAOS-D-17-00318

Streszczenie

Wprowadzenie:

Choroba zwyrodnieniowa stawu (ChZS) kolanowego stanowi istotny problem zdrowotny, a ryzyko jej rozwoju w ciągu całego życia szacuje się na 45%. Potrzebne są skuteczne niechirurgiczne metody leczenia objawów choroby.

Metody:

Zaprojektowano metaanalizę sieciową w celu określenia klinicznie istotnej skuteczności niesteroidowych leków przeciwzapalnych, acetaminofenu, kortykosteroidów dostawowych, podawanego dostawowo osocza bogatopłytkowego i podawanego dostawowo kwasu hialuronowego oraz ich porównania ze sobą i z placebo podawanym doustnie i dostawowo. Wykorzystano bazę danych PubMed, EMBASE i centralny rejestr kontrolowanych badań klinicznych Cochrane, aby przeprowadzić systematyczne wyszukiwanie metod leczenia ChZS kolanowego, bez ograniczeń co do ich daty. Ostatnie wyszukiwanie odbyło się w dniu 7 października 2015 r. Kryteria włączenia artykułów były następujące: docelowa populacja; randomizowane, kontrolowane badania kliniczne; artykuł w języku angielskim; badanie z udziałem ludzi; leczenie i wyniki będące przedmiotem zainteresowania; ≥ 30 pacjentów w grupie; konsekwentna obserwacja. Korzystając z najlepszych dostępnych dowodów, dwie osoby niezależnie wyodrębniły dane dotyczące bólu i funkcjonowania w najpowszechniejszym lub przybliżonym czasie obserwacji.

Wyniki:

W przypadku bólu wszystkie aktywne metody leczenia znamiennie różniły się względem placebo, przy czym kortykosteroidy dostawowe wykazywały największy wpływ i znaczącą różnicę wyłącznie w porównaniu z placebo podawanym dostawowo. Jeżeli chodzi o funkcjonowanie, dostawowe metody leczenia nie wykazywały istotności w porównaniu z placebo, a naproksen był jedynym leczeniem wykazującym znaczenie kliniczne w porównaniu z doustnym placebo. Skumulowane prawdopodobieństwo wykazało, że naproksen jest najskuteczniejszą pojedynczą metodą leczenia, a w połączeniu z kortykosteroidami dostawowymi z największym prawdopodobieństwem doprowadzi do poprawy w zakresie bólu i funkcjonowania.

Dyskusja:

Naproksen okazał się najskuteczniejszy wśród zachowawczych metod leczenia ChZS kolanowego i powinien być brany pod uwagę podczas leczenia bólu i poprawy funkcjonowania ze względu na jego względne bezpieczeństwo i niski koszt. Przeanalizowano najlepsze dostępne dowody, ale stwierdzono pewne niespójności co do projektu i czasu trwania w artykułach, co mogło mieć wpływ na jednolite uwzględnienie danych.

Arthritis Care Res (Hoboken) 2020 Feb;72(2):149-162.doi: 10.1002/acr.24131. Epub 6 01 2020 r.

Rekomendacje American College of Rheumatology (ACR)/ Arthritis Foundation dotyczące postępowania w chorobie zwyrodnieniowej stawów ręki, stawu biodrowego i kolanowego z 2019 r.

[Sharon L Kolasinski](#)¹, [Tuhina Neogi](#)², [Marc C Hochberg](#)³, [Carol Oatis](#)⁴, [Gordon Guyatt](#)⁵, [Joel Block](#)⁶, [Leigh Callahan](#)⁷, [Cindy Copenhaver](#)⁸, [Carole Dodge](#)⁹, [David Felson](#)², [Kathleen Gellar](#)¹⁰, [William F Harvey](#)¹¹, [Gillian Hawker](#)¹², [Edward Herzig](#)¹³, [C Kent Kwok](#)¹⁴, [Amanda E Nelson](#)⁷, [Jonathan Samuels](#)¹⁵, [Carla Scanzello](#)¹, [Daniel White](#)¹⁶, [Barton Wise](#)¹⁷, [Roy D Altman](#)¹⁸, [Dana DiRenzo](#)¹⁹, [Joann Fontanarosa](#)²⁰, [Gina Girardi](#)²⁰, [Mariko Ishimori](#)²¹, [Devyani Misra](#)², [Amit Aakash Shah](#)²², [Anna K Shmagel](#)²³, [Louise M Thoma](#)⁷, [Marat Turgunbaev](#)²², [Amy S Turner](#)²², [James Reston](#)²⁰

PMID: 31908149 DOI: [10.1002/acr.24131](https://doi.org/10.1002/acr.24131) **Artykuł bezpłatny**

Errata [Błąd na rysunku 2B w artykule Kolasieńskiego i wsp. \(Arthritis Care Res, luty 2020 r.\)](#)

Streszczenie

Cel: Opracowanie opartych na dowodach zaleceń dotyczących kompleksowego leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów (ChZS) w ramach współpracy American College of Rheumatology (ACR) i Arthritis Foundation a także aktualizacja zaleceń ACR dotyczących postępowania w ChZS ręki, biodrowego i kolanowego z 2012 r.

Metody: Zidentyfikowano klinicznie istotną populację, interwencję, komparator, pytania dotyczące wyników i kluczowe wyniki w ChZS. Zespół ds. przeglądu literatury przeprowadził systematyczny przegląd literatury w celu podsumowania dowodów potwierdzających korzyści i wady dostępnych terapii edukacyjnych, behawioralnych, psychospołecznych, fizycznych, interwencji ciało-umysł oraz farmakologicznych metod leczenia ChZS. Do oceny jakości dowodów wykorzystano metodologię GRADE (Klasyfikacja Ocen Zaleceń, Rozwoju oraz Ewaluacji). Panel osób głosujących, w skład którego wchodził reumatolog, internista, fizjoterapeuta i terapeuta zajęciowy oraz pacjenci, osiągnął konsensus w sprawie zaleceń.

Wyniki: Na podstawie dostępnych dowodów sformułowano silne lub warunkowe zalecenia przemawiające za stosowanymi metodami lub przeciwko nim. Sformułowano silne zalecenia dotyczące ćwiczeń fizycznych, utraty masy ciała u pacjentów z ChZS kolanowego i/lub biodrowego i z nadwagą lub otyłością, programów zwiększania własnej skuteczności i samokontroli, tai chi, chodzenia o lasce, ortez ręki w przypadku choroby zwyrodnieniowej pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego (CMC 1), stabilizatora piszczelowo-udowego w ChZS kolanowego, stosowanych miejscowo niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) w ChZS kolanowego, doustnych NLPZ oraz dostawowych iniekcji glikokortykosteroidów w ChZS kolanowego. Warunkowe zalecenia wydano w odniesieniu do ćwiczeń równowagi, jogi, terapii poznawczo-behawioralnej, kinesiotapingu w przypadku ChZS CMC 1, ortez stawów ręki innych niż CMC 1, stabilizatora rzepekowo-udowego w przypadku ChZS rzepekowo-udowego, akupunktury, metod termicznych, ablacji częstotliwością radiową w przypadku ChZS kolanowego, miejscowych NLPZ, iniekcji dostawowych glikokortykosteroidów i siarczanu chondroityny w przypadku ChZS rąk, miejscowego stosowania kapsaicyny w ChZS kolanowego, acetaminofenu, duloksetyny i tramadolu.

Wnioski: Niniejsze zalecenia stanowią wskazówkę dla lekarzy i pacjentów podejmujących decyzje dotyczące leczenia ChZS. Lekarze i pacjenci powinni angażować się we wspólne podejmowanie decyzji z uwzględnieniem wartości, preferencji i chorób współistniejących pacjentów. Zaleceń nie należy wykorzystywać do ograniczania lub odmowy dostępu do terapii.

© 2020, American College of Rheumatology.

[Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics, 12e](#)

Rozdział 34: Leki przeciwzapalne, przeciwgorączkowe i przeciwbólowe; Farmakoterapia dny moczanowej

Tilo Grosser; Emer Smyth; Garret A. FitzGerald

WPROWADZENIE

W niniejszym rozdziale opisano niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) stosowane w leczeniu stanów zapalnych, bólu i gorączki oraz leki stosowane w leczeniu hiperurykemii i dny moczanowej.

Większość obecnie dostępnych tradycyjnych NLPZ (tNLPZ) działa poprzez inhibicję enzymów syntezy prostaglandyn (PG) G/H, potocznie nazywanych cyklooksygenazami (COX). Uważa się, że inhibicja cyklooksygenazy-2 (COX-2) pośredniczy w dużej mierze w działaniu przeciwgorączkowym, przeciwbólowym i przeciwzapalnym tNLPZ, a jednocześnie hamowanie cyklooksygenazy-1 (COX-1) w dużej mierze, ale nie wyłącznie, odpowiada za działania niepożądane w przewodzie pokarmowym. Selektywne inhibitory COX-2 (celekoksyb, etorykoksyb, lumirakoksyb) stanowią podklasę NLPZ, która również została omówiona. Odniesiono się do kwasu acetylosalicylowego, który wykazuje nieodwracalne działanie poprzez acetylację COX, wraz z kilkoma strukturalnymi podklasami tNLPZ, w tym pochodnymi kwasu propionowego (ibuprofen, naproksen), pochodnymi kwasu octowego (indometacyna) i kwasami enolowymi (piroksydam), z których wszystkie konkurują w sposób odwracalny z substratem kwasu arachidonowego (AA) w miejscu aktywnym COX-1 i COX-2. Acetaminofen (paracetamol) jest słabym lekiem przeciwzapalnym; jest skuteczny jako środek przeciwgorączkowy i przeciwbólowy w typowych dawkach, które częściowo hamują COX. Acetaminofen wywołuje mniej skutków ubocznych ze strony przewodu pokarmowego niż tNLPZ.