

*Agnieszka Jasik, Ewa Marcinowska-Suchowierska

Bóle stawów u osób w wieku podeszłym

Joint pains in elderly people

Klinika Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Ewa Marcinowska-Suchowierska

Streszczenie

Bóle stawów często dotyczą ludzi w podeszłym wieku. Ich główne przyczyny to: choroba zwyrodnieniowa, zapalne choroby tkanki łącznej (polimialgia reumatyczna, olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, chondrokalcynoza, choroba Forestiera, ostre nawracające symetryczne seronegatywne zapalenie błony maziowej z obrzękiem obwodowym, reumatoidalne zapalenie stawów rozpoczynające się w wieku podeszłym, dna moczanowa), zespoły paranowotworowe i reumatyzm tkanek miękkich (zespół kanału nadgarstka, zespół krętarzowy, bóle biodra, bóle barku, fibromialgia, torbiel Bakera). Choroba zwyrodnieniowa stawów jest najczęstszą, ale nie jedyną chorobą układu ruchu, która powoduje ból. Częstość jej występowania wzrasta z wiekiem.

Polimialgia reumatyczna charakteryzuje się występowaniem bolesności głównie w obrębie proksymalnych części kończyn i tułowia. Jej główną cechą jest szybka odpowiedź na stosowane w leczeniu małe dawki glikokortykoidów.

Rozpoznanie olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic powinno być brane pod uwagę u pacjentów powyżej 50. r.ż., którzy zgłaszają zaburzenia widzenia, nowy rodzaj bólu głowy, objawy polimialgii, gorączkę, niewyjaśnione objawy ogólne.

Reumatoidalne zapalenie stawów rozpoczynające się w wieku późniejszym, czyli powyżej 60. r.ż. różni się manifestacją kliniczną i przebiegiem od reumatoidalnego zapalenia stawów rozpoczynającego się w wieku młodszym porównywalną częstością zachorowania obu płci, ostrym początkiem choroby, częstym zajęciem dużych stawów i większą aktywnością choroby.

Dna moczanowa rozpoczynająca się u osób powyżej 60. r.ż. różni się również od jej postaci występującej u osób młodszych.

Objawy reumatyczne mogą być spowodowane obecnością nowotworu złośliwego. Rozpoznanie zespołu paranowotworowego może być bardzo pomocne we wcześniejszym zdiagnozowaniu choroby nowotworowej.

Zespoły bólowe z grupy reumatyzmu tkanek miękkich są jedną z głównych przyczyn bólu pochodzącego z układu ruchu u osób w starszym wieku. Niemniej jednak wielu lekarzy nie docenia ich udziału. Są często leczone niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi. Lepsze i bezpieczniejsze efekty w leczeniu lokalnego bólu dają miejscowe wstrzyknięcia glikokortykoidów.

Słowa kluczowe: bóle stawów, choroba zwyrodnieniowa, reumatyzm tkanek miękkich, układowe choroby tkanki łącznej, zespoły paranowotworowe

S u m m a r y

Joint pains often occur in the elderly. The main reasons for them are: osteoarthritis, systemic diseases of connective tissue (polymyalgia rheumatica, giant cell arteritis, chondrocalcinosis, Forestier disease, acute relapsing symmetric seronegative synovitis and peripheral edema- RS₃PE, elderly onset rheumatoid arthritis- EORA, gout), paraneoplastic syndromes, and soft tissue rheumatism (carpal tunnel syndrome, trochanteric syndrome, hip pains, shoulder pains, fibromyalgia, Baker's cyst). Osteoarthritis is the most common form of arthritis, but not the only one which causes pain. The incidence of the disease increases with age.

Polymyalgia rheumatica is a syndrome characterized by aching in the proximal portions of the extremities and torso. The main feature of polymyalgia is a rapid response to small doses of glucocorticoids. The diagnosis of giant cell arteritis should be considered in any patient older than 50 years who has experienced loss of vision, diplopia, a new form of headache, polymyalgia rheumatica, fever and unexplained constitutional symptoms.

Elderly-onset rheumatoid arthritis is defined as rheumatoid arthritis with the onset at the age > 60 and it differs slightly from younger-onset rheumatoid arthritis (YORA) by a more equal sex distribution, a higher frequency of an acute onset, more frequent involvement of large joints and higher disease activity.

Gout with the onset at the age > 60 differs slightly from younger-onset gout as well.

Rheumatic manifestation can be associated with malignant neoplasms. Recognition of paraneoplastic syndrome may be helpful in early diagnosis of cancer.

Disorders of soft, peri-articular tissues are a common cause of musculoskeletal pain in the elderly. Nevertheless, most physicians underestimate the role of soft tissue rheumatism. They are often treated with non steroidal anti inflammatory drugs. In local pain syndromes better results can be obtained by local treatment. Local injections of glucocorticoids are usually very effective and safe.

Key words: joint pains, osteoarthritis, soft tissue rheumatism, systemic diseases of connective tissue, paraneoplastic syndromes

WPROWADZENIE

Osiągnięciem medycyny ostatnich dziesięcioleci jest nie tylko postęp w dziedzinie diagnostyki i leczenia, poprawa jakości życia ludzi cierpiących na przewlekłe i ciągle nieuleczalne choroby, ale przede wszystkim wydłużenie życia. Starzenie się społeczeństwa jest związane z narastaniem problemów medycznych. Choroby narządu ruchu należą do tych schorzeń, których częstość wzrasta z wiekiem. Czynniki odpowiedzialne za ten wzrost to: 1) nagromadzenie się w ciągu życia uszkodzeń tkanek w układzie ruchu, 2) starzenie się układu immunologicznego, czego efektem jest zmniejszona odporność na niektóre antygeny i zwiększona skłonność do tworzenia cytokin prozapalnych, 3) starzenie się struktur tkanki łącznej, a szczególnie utrata sprężystości chrząstki i osłabienie jej zdolności naprawczych oraz 4) mniejsza sprawność układu mięśniowego i nerwowego, których prawidłowe funkcjonowanie zabezpiecza właściwą stabilizację stawów (1).

Z codziennej praktyki ambulatoryjnej i szpitalnej wiemy, że im pacjent starszy, tym częściej zgłasza dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego. Najczęściej są to dolegliwości bólowe, które chorzy opisują jako: „bóle stawów”, „reumatyzm”, „bóle kości” itp. Zadaniem lekarza jest ustalenie na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz badań dodatkowych, czy jest to tylko ból stawu (*athralgia*), czy zapalenie stawu (*arthritis*)? Tak jak w przypadku dolegliwości z innych narządów, tutaj również podstawą postawienia prawidłowej diagnozy jest dobrze zebrany wywiad i prawidłowo przeprowadzone badanie fizykalne.

Athralgia jest to subiektywnie odczuwany przez pacjenta ból stawu. Dolegliwości bólowe stawu zgłaszane przez chorego i tkliwość stawu stwierdzana w czasie badania fizykalnego mogą wskazywać na zapalenie stawu, ale nie są wystarczające do postawienia takiego rozpoznania, ponieważ mogą być objawem zapalenia tylko struktur okołostawowych, takich jak kaletki lub ścięgna. Zapalenie, zgodnie z definicją Virchowa charakteryzuje pięć cech: ból, zaczerwienienie, obrzęk, upośledzenie funkcji i wzmożone ucieplenie.

Zaczerwienienie i wzmożone ucieplenie stawu nie są stałymi cechami zapalenia stawu. Objawy te nie występują w przypadku przewlekłego zapalenia, obecność ich w ostrym zapaleniu stawu zawsze wymaga wykluczenia zakażenia.

Pod pojęciem upośledzenia funkcji stawu rozumiemy zgłaszane przez chorego uczucie „sztywności stawów” zwłaszcza w godzinach rannych lub uczucie „za-

stania się stawów” (*gelling*). Sztywność poranna jest to odczuwany przez chorego po przebudzeniu brak swobody ruchów lub ich sztywność. Zastanie się stawów jest to uczucie sztywności, które występuje po krótkich okresach nieaktywności, takich jak siedzenie lub leżenie podczas dnia i trwa zwykle poniżej 30 minut. Sztywność poranna, która trwa ponad godzinę wynika ze stanu zapalnego w stawie.

Do rozpoznania zapalenia stawu konieczne jest obiektywne stwierdzenie przez lekarza w czasie badania fizykalnego nie tylko bolesności stawu, ale i jego obrzęku.

Sztywność poranna trwająca poniżej 30 minut i krótki czas zastania się stawów po braku aktywności fizycznej, brak obrzęku oraz zmniejszenie się bólu podczas spoczynku, a zwiększenie w wyniku aktywności ruchowej sugerują, że przyczyną bólu stawu nie jest jego zapalenie, ale na przykład zmiany zwyrodnieniowe lub przeciążeniowe.

Dla dokładniejszej oceny stanu zapalnego stawu należy wykonać jeszcze podstawowe badania laboratoryjne oceniające parametry zapalne (OB., CRP, morfologia) oraz USG bolącego stawu, w którym można uwidocznic między innymi wysięk w stawie i pogrubiałą błonę maziową (2, 3).

Główne przyczyny bólu stawów u osób w wieku podeszłym to: 1) choroba zwyrodnieniowa, 2) choroby z grupy reumatyzmu tkanek miękkich i 3) choroby zapalne stawów (1).

Celem poniższego artykułu jest przypomnienie i uaktualnienie wiadomości dotyczących najczęstszych przyczyn bólu stawów u osób w wieku podeszłym.

CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW

Choroba zwyrodnieniowa stawów to schorzenie, które jest wynikiem działania czynników biologicznych i mechanicznych destabilizujących powiązane ze sobą procesy degradacji i tworzenia chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości, i które ostatecznie obejmuje wszystkie tkanki stawu. Jest najczęstszą przyczyną dolegliwości stawowych w populacji ogólnej i wśród osób w wieku podeszłym. Częstość występowania zmian zwyrodnieniowych wzrasta wraz z wiekiem. Choroba najczęściej ujawnia się w wieku 40-60 lat. Wśród osób w wieku podeszłym wyraźnie przeważają kobiety. Główne czynniki ryzyka wystąpienia choroby zwyrodnieniowej to: wiek > 40 lat, nadwaga, mutacje genetyczne np. mutacja genu COL2A1, czynniki mechaniczne (praca zawodowa, sport wyczynowy), płeć żeńska, wady postawy, choroby metaboliczne i en-

dokrynologiczne. Choroba zwyrodnieniowa stawów zajmuje zwykle jeden lub kilka stawów, rzadko ma postać wielostawową. Najczęściej dotyczy stawów rąk, stawów kolanowych i biodrowych. Na obraz kliniczny choroby zwyrodnieniowej stawów składa się: ból w stawie (występuje głównie podczas ruchu – tak zwany ból startowy, a tylko w przypadku bardzo zaawansowanych zmian również w spoczynku i w nocy), bolesność uciskowa stawu, ograniczenie ruchomości stawu, krótkotrwała sztywność stawu po okresie bezruchu (zwykle poniżej 30 minut), trzeszczenia w stawie podczas ruchów, wysięk w stawie (gdy występuje odczyn zapalny), zniekształcenie i poszerzenie obrysów stawu. Nigdy nie występują objawy ogólnoustrojowe, takie jak: stany podgorączkowe, spadek masy ciała, osłabienie. Brak również odchyłeń w badaniach laboratoryjnych.

Rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej stawów można postawić tylko wtedy, gdy współistnieją objawy kliniczne i charakterystyczny obraz radiologiczny. Stwierdzenie typowych dla choroby zwyrodnieniowej zmian radiologicznych w przypadkowo wykonanym zdjęciu rentgenowskim, bez współistnienia objawów klinicznych nie pozwala na rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej stawów. Do typowych zmian radiologicznych charakterystycznych dla choroby zwyrodnieniowej należą: zwężenie szpary stawowej, sklerotyzacja podchrzęstna, osteofity na granicy chrzęstno-kostnej oraz geody zwyrodnieniowe. Nadżerki nie są typowym objawem radiologicznym dla choroby zwyrodnieniowej, ale mogą występować w nadżerkowej postaci choroby zwyrodnieniowej rąk.

Głównym celem leczenia jest zwalczanie bólu oraz utrzymanie jak najlepszej sprawności pacjenta przez jak najdłuższy okres czasu.

Leczenie obejmuje: metody niefarmakologiczne (edukacja pacjenta, redukcja masy ciała, rehabilitacja, zaopatrzenie ortopedyczne), metody farmakologiczne i operacyjne. W leczeniu farmakologicznym w zależności od nasilenia dolegliwości bólowych stosujemy albo tylko miejscowo niesterydowe leki przeciwzapalne z lub bez kapsaicyny – w przypadku niewielkich dolegliwości bólowych, albo wraz ze wzrostem nasilenia bólu odpowiednio: paracetamol, niesterydowe leki przeciwzapalne, opioidy. Na każdym etapie leczenia dopuszcza się stosowanie tzw. wolno działających leków objawowych w chorobie zwyrodnieniowej stawów (SYSADOA – *symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis*), które mają sugerowane działanie przeciwbólowe i chondroprotektoryjne. Zalicza się do nich: siarczan glukozaminy i chondroityny, diacereinę, piaskledynę, wyciąg z imbiru i kwas hialuronowy (injekcje dostawowe w gonartrozie).

Glikokortykoidy podawane dostawowo są zalecane tylko wówczas, gdy dochodzi do zapalenia zajętego chorobą zwyrodnieniową stawu z towarzyszącym wysiękiem. Takie rozpoznanie potwierdza zapalny charakter pobranego do badania płynu stawowego. W takich sytuacjach usunięcie płynu ze stawu i podanie dostawowo glikokortykoidu jest uzasadnione i przynosi poprawę.

W terapii wspomagającej można stosować także leki miorelaksujące i antydepresyjne.

Jednak ciągle nie ma leku, który zapobiegałby, hamował, bądź odwracał proces patologiczny leżący u podłoża choroby zwyrodnieniowej stawów.

W przypadku pacjentów z zaawansowanymi zmianami zwyrodnieniowymi, u których pomimo postępowania zachowawczego utrzymują się silne dolegliwości bólowe i znaczne ograniczenie ruchomości stawu najskuteczniejszą metodą leczenia jest endoprotezoplastyka, ale wykonana odpowiednio wcześniej. Dlatego zaleca się, aby pacjenci byli kierowani na konsultację ortopedyczną znacznie wcześniej niż obserwujemy to w codziennej praktyce. Inne metody leczenia inwazyjnego, takie jak: osteotomia korekcyjna, artrodeza, płuwanie stawu, czy synowektomia mają znacznie mniejszą skuteczność (4-7).

REUMATYZM TKANEK MIĘKKICH

Reumatyzm tkanek miękkich to grupa chorób określana również jako regionalne zespoły bólowe. Dotyczy struktur okołostawowych, takich jak: mięśnie, ścięgna, przyczepy ścięgniaste, pochewki ścięgien, kaletki maziowe i więzadła.

Bóle zlokalizowane są najczęściej w okolicy przykręgosłupowej, obręczy barkowej i biodrowej, w okolicy stawów łokciowych, nadgarstkowych, kolanowych, skokowych. Jako główną przyczynę ich występowania uważa się incydentalne urazy oraz powtarzające się przeciążenia wynikające z wad postawy, wykonywanej pracy, czy uprawianej dyscypliny sportowej.

Choroby z grupy reumatyzmu tkanek miękkich są najczęstszą przyczyną dolegliwości bólowych spotykanych w praktyce reumatologicznej i jedną z najczęstszych w praktyce lekarza rodzinnego. Występują w każdym wieku, ale ich częstość wzrasta z wiekiem jako wynik zmniejszającej się ruchomości i elastyczności ścięgien, postępującego procesu zaniku mięśni, które mają mniejszą zdolność amortyzacji obciążeń.

Ból wynika z miejscowego procesu zapalnego, dlatego nie stwierdza się objawów ogólnoustrojowych oraz odchyłeń w badaniach laboratoryjnych.

Do najczęstszych przyczyn dolegliwości bólowych, których przyczyną mogą być choroby z grupy reumatyzmu tkanek miękkich, należą: zespół kanału nadgarstka, zespół krętarzowy, bóle biodra, bóle barku, pęknięta torbiel Bakera imitująca zakrzepowe zapalenie żył głębokich podudzia oraz fibromialgia (8, 9).

Zespół kanału nadgarstka. Za przyczynę zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości o charakterze uczucia drętwienia i parestezji w obrębie rąk lekarze często przyjmują patologię w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa, którą tym łatwiej jest uwidocznic im pacjent jest starszy. Wykonując u osób starszych badanie rentgenowskie odcinka szyjnego kręgosłupa często znajdujemy wytwórcze zmiany zwyrodnieniowe kręwdzi trzonów kręgowych i objawy wskazujące na dyskopatię. Zdarza się również, że pacjenci zgłaszający dolegliwości bólowe w obrębie rąk mają widoczne de-

formacje stawów rąk pod postacią guzków Heberdena i Boucharda, które są charakterystyczne dla choroby zwyrodnieniowej rąk. Zarówno jedne, jak i drugie zmiany są łatwo rzucającą się w oczy patologią tyle tylko, że są bardzo rzadko przyczyną zgłaszanych dolegliwości.

Szacuje się, że zespół kanału nadgarstka jest najczęstszą przyczyną dolegliwości bólowych rąk i jest uważany za drugi co do częstości zespół bólowy układu ruchu. Występują jednak trudności z rozpoznaniem. Przyczyn pomyłek diagnostycznych może być kilka. W zespole kanału nadgarstka dolegliwości bardzo rzadko są zlokalizowane w obrębie nadgarstka, rzadko i późno występują objawy zanikowe w obrębie ręki, część chorych odczuwa parestezje także w obrębie unerwienia przez nerw łokciowy i powyżej nadgarstka (w obrębie przedramienia), wreszcie wielu lekarzy nie pamięta bądź wręcz nie wie, że taki zespół w ogóle istnieje.

Udowodnienie rozpoznania nie jest zwykle trudne, zwłaszcza gdy stwierdzimy dwie główne cechy parestezji – ustępowanie po ruchach strzępywania rąk i pojawianie się w nocy podczas snu. Wątpliwości można rozstrzygnąć podając choremu jednorazowo do kanału nadgarstka 0,5 ml roztworu glikokortykoidów, co w prawie wszystkich przypadkach zespołu kanału nadgarstka całkowicie lub w znacznym stopniu znosi parestezje. Wyjątek stanowią niezapalne, mechaniczne przyczyny ucisku na nerw pośrodkowy np. włókniak, tłuszczak itp. (9, 10).

Zespół krętarzowy. Jego przyczyną jest zapalenie przyczepów ścięgien mięśni przyczepiających się w okolicy krętarza większego (najczęściej mięśnia pośladkowego średniego) lub zapalenie znajdującej się w tej okolicy kaletki maziowej. Czynnikiem wywołującym są zwykle powtarzające się wielokrotnie naprężenia tych struktur, co występuje podczas pracy fizycznej na przykład przy kopaniu łopata.

Główne objawy kliniczne to: ostry ból określany przez chorego jako „ból biodra”, który nie zmniejsza się po rozruszaniu się (jak ma to miejsce w chorobie zwyrodnieniowej), wręcz nasila się podczas chodzenia, w czasie badania nie stwierdza się ograniczenia rotacji w stawie biodrowym (w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego bardzo wcześnie pojawia się ograniczenie rotacji wewnętrznej i przeprostu), a palpacyjnie można wykryć tkliwy punkt w okolicy krętarza większego (pacjent potwierdza występowanie bólu podczas leżenia na chorym boku). Bardzo dobry efekt leczniczy daje podanie glikokortykoidu w okolicę krętarza większego, co potwierdza rozpoznanie. Często błędem jest twierdzenie, że dolegliwości bólowe wynikają ze zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa i stosowanie przewlekłe niesterydowych leków przeciwzapalnych (9, 10).

Bóle biodra. Zgłaszane przez pacjenta „ból biodra” (chory często wskazuje pośladek) prawie nigdy nie świadczą o chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego. Należy pamiętać, że ból pochodzący ze sta-

wu biodrowego promieniuje zwykle od poziomu pachwiny, wzdłuż przedniej powierzchni uda do kolana łącznie. Dlatego u pacjentów, którzy zgłaszają ból kolan należy zawsze wykonać dodatkowo rtg stawów biodrowych.

Źródłem bólu lokalizowanego przez chorego w pośladku jest zwykle patologia w obrębie odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa lub stawów krzyżowo-biodrowych (9, 10).

Bóle barku. Ból barku, który nie jest wywołany, ani nie nasila się podczas skrajnych, biernych ruchów głową i szyją nie jest pochodzenia spondylogennego, dlatego nawet stwierdzone w badaniu radiologicznym odcinka szyjnego kręgosłupa zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne nie mogą być uznawane za jego przyczynę.

Radiogram barku zwykle jest prawidłowy, ponieważ choroba zwyrodnieniowa stawu barkowego występuje stosunkowo rzadko. Natomiast bardzo częstą przyczyną bólu barku jest uszkodzenie tkanek miękkich okolicy stawowych barku, zwykle w obrębie stożka ścięgniętego i zapalenia występujących w tej okolicy kałek maziowych. Ponad połowa mężczyzn po 70. r.ż. ma częściowo lub całkowicie przerwane włókna ścięgien stożka rotatorów, których przyczepy znajdują się na guzku większym i mniejszym bliższej nasady kości ramiennej. Właściwe rozpoznanie możemy postawić po wykonaniu badania ultrasonograficznego stawu barkowego. W leczeniu stosuje się odpowiednie ćwiczenia, zabiegi fizykoterapeutyczne, niesterydowe leki przeciwzapalne, leki rozluźniające mięśnie, miejscowo glikokortykosteroidy z lignokainą. Czasami konieczne jest leczenie operacyjne (9, 10).

Pęknięta torbiel Bakera imitująca zapalenie zakrzepowe żył głębokich podudzia. Torbiel Bakera jest to torbiel podkolanowa. Powstaje w wyniku zapalenia kaletki podkolanowej, która wypełnia się płynem stawowym, albo rozciągania torebki stawowej i tworzenia się jej przepukliny. Gdy ma duże rozmiary jest wyczuwalna w dole podkolanowym pod postacią guza. Torbiele niewielkich rozmiarów nie zawsze są wykrywane badaniem przedmiotowym, ale można je stwierdzić w badaniu ultrasonograficznym stawu kolanowego.

W przypadku pęknięcia torbieli Bakera dochodzi do wylania się jej zawartości między mięśnie podudzia, powodując stan kliniczny określany jako rzekome zakrzepowe zapalenie żył głębokich podudzia. Obraz kliniczny sugeruje zakrzepowe zapalenie żył głębokich podudzia, ponieważ całe podudzie jest wyraźnie obrzęknięte, nadmiernie ucieplone, bolesne i wrażliwe na ucisk. Jeśli pacjent podaje, że miał spuchnięte kolano i/lub guz pod kolanem, a wraz z wystąpieniem bólu i obrzęku podudzia objawy wyraźnie uległy zmniejszeniu, to rozpoznanie pękniętej torbieli Bakera jest prawie pewne. W wątpliwych przypadkach należy wykonać badanie przepływów w żyłach podudzia metodą USG Doppler celem wykluczenia lub potwierdzenia zakrzepicy. Postawienie prawidłowego rozpoznania jest istotne, ponieważ wymaga w każdym przypadku odmiennego leczenia.

Gdy przyczyną bólu i obrzęku podudzia jest pęknięta torbiel Bakera to podanie glikokortykoidów do stawu kolanowego powoduje ustąpienie dolegliwości już po kilku-kilkunastu godzinach, a po kilku dniach objawy zupełnie znikają. Natomiast zastosowanie w tym przypadku leczenia przeciwkrzepliwego i unieruchomienia kończyny może być przyczyną pogorszenia stanu klinicznego w wyniku na przykład wylewów krwi do tkanek podudzia jako skutku zmniejszenia krzepliwości krwi (10).

Fibromialgia. Schorzenie charakteryzujące się przewlekłymi, uogólnionymi bólami mięśniowo-stawowymi oraz bolesnością w typowych punktach zwanych punktami uciskowymi (*tender points*). Objawom głównym towarzyszą: zaburzenia snu, zmęczenie, zaburzenia lękowe, czynnościowe, wegetatywne i zaburzenia nastroju. Etiologia choroby nie jest znana. Chorują głównie ludzie rasy białej w wieku 30-50 lat, 10 razy częściej kobiety. Choroba, jeśli jest rozpoznana to zwykle po około 5 latach. W tym czasie pacjent odwiedza licznych specjalistów z różnych dziedzin medycyny i ma wykonane mnóstwo badań, których wyniki są prawidłowe, stosowane typowe leki przeciwbólowe są nieskuteczne a chory jest w dobrym stanie ogólnym. O swoich dolegliwościach opowiada barwnie akcentując wysoki stopień dolegliwości (straszne, okropne, nie do wytrzymania). Fibromialgia zawsze związana jest z bólami uogólnionymi, nie ma pojęcia miejscowej fibromialgii. Leczenie jest trudne. Obowiązującym standardem w leczeniu farmakologicznym jest stosowanie leków przeciwdepresyjnych (8, 10).

CHOROBY ZAPALNE STAWÓW

Wśród chorób zapalnych stawów występujących u ludzi w wieku podeszłym możemy wyróżnić: 1) schorzenia rozpoczynające się wyłącznie lub najczęściej w starszym wieku, 2) schorzenia o przebiegu odmiennym u osób starszych, 3) odczynowe choroby zapalne w przebiegu choroby nowotworowej.

Schorzenia rozpoczynające się wyłącznie lub najczęściej w starszym wieku

Choroby zapalne stawów rozpoczynające się najczęściej lub wyłącznie w starszym wieku to: polimialgia reumatyczna, olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, chondrokalcynoza, uogólniona samoistna hiperostoza szkieletu (choroba Forestiera) i ostre nawracające symetryczne seronegatywne zapalenie błony maziowej z obrzękiem obwodowym (*Acute Relapsing Symmetric Seronegative Synovitis and Peripheral Edema* – RS₃ PE) (1, 11).

Polimialgia reumatyczna. Jest to zespół chorobowy charakteryzujący się bólem i sztywnością mięśni obręczy barkowej i/lub biodrowej oraz szyi. Jest jedną z częstszych chorób reumatycznych u osób w wieku podeszłym. Chorują na nią zwykle ludzie rasy kaukaskiej w wieku powyżej 50 lat, 2-3 razy częściej kobiety niż mężczyźni. Średnia wieku pacjentów w chwili rozpoznania polimialgii to 70 lat. Przyczyna choroby nie jest

znana, ale sugeruje się, że ten sam czynnik sprawczy może wywoływać zapalenie błony maziowej i zapalenie tętnic. Uważa się, że polimialgia jest subkliniczną postacią olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic z mniej intensywną odpowiedzią immunologiczną dotyczącą samych naczyń. U 20% chorych z polimialgią reumatyczną współistnieje olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, a u 40-60% chorych z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic stwierdza się objawy polimialgii.

Początek choroby może być nagły lub podostry. Objawy ogólne (złe samopoczucie, osłabienie, zmęczenie, stany podgorączkowe czy spadek masy ciała) występują u około połowy chorych i mogą wyprzedzać o tygodnie lub miesiące pojawienie się bólów mięśni lub stawów. Dolegliwości mięśniowo-stawowe najczęściej występują symetrycznie i dotyczą ksoobnych części kończyn. Ból i sztywność, która jest podobna do występującej w reumatoidalnym zapaleniu stawów, chorzy lokalizują w mięśniach. Brak jest jednak typowego osłabienia siły mięśniowej.

Nie ma specyficznego testu diagnostycznego dla rozpoznania polimialgii. W badaniach laboratoryjnych w większości przypadków obserwujemy wzrost OB. i CRP (ale można rozpoznać polimialgię przy niskich wartościach CRP i prawidłowym OB.), umiarkowaną niedokrwistość normocytową z nadpłytkowością i eozynofilią oraz u około 30% chorych wzrost transaminaz w surowicy krwi, a zwłaszcza fosfatazy zasadowej. Nie stwierdza się obecności przeciwciał przeciwjądrowych, czynnika reumatoidalnego, przeciwciał anti-CCP, ani wzrostu CPK w surowicy krwi.

W postawieniu rozpoznania pomocne są kryteria wg Birda lub Healeya. Częściej stosowane są kryteria wg Birda, których czułość wynosi 100%, a swoistość 60%. W ich skład wchodzi następujące objawy:

- 1) ból lub sztywność obu barków,
- 2) wiek > 65 lat,
- 3) OB > 40 mm/h,
- 4) obustronna bolesność ramion,
- 5) sztywność poranna dłuższa niż 1 h,
- 6) początek choroby w ciągu 2 tygodni,
- 7) depresja lub utrata wagi.

Do rozpoznania polimialgii konieczne jest stwierdzenie minimum trzech z siedmiu kryteriów. Dodatkowo bardzo silnie potwierdza rozpoznanie dobra odpowiedź kliniczna na stosowane w polimialgii leczenie, czyli małe dawki glikokortykoidów (15-20 mg prednisonu na dobę). Poprawę obserwuje się już kilka dni po rozpoczęciu leczenia, w przeciwnym razie należy zweryfikować rozpoznanie. W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę przede wszystkim rozpoczynające się w późnym wieku reumatoidalne zapalenie stawów i zespół paranowotworowy.

Z uwagi na współistnienie w 20% przypadków z polimialgią olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic należy wyczuć pacjenta na pojawienie się takich objawów jak zaburzenia widzenia. Chorzy wymagają wtedy szybko zastosowania glikokortykoidów w dużych dawkach, żeby nie dopuścić do utraty wzroku (1, 11, 12).

Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic. Jest układowym martwiczym zapaleniem dużych i średnich tętnic o nieznannej etiologii. Chorują podobnie, jak w przypadku polimialgii reumatycznej ludzie rasy białej, częściej kobiety, a szczyt zachorowań przypada na 70. r.ż. Proces zapalny szczególnie często zajmuje aortę i jej odgałęzienia, zwłaszcza zewnątrzczaszkowe gałęzie tętnicy szyjnej. Choroba nie zajmuje tętnic śródmózgowych.

Początek choroby jest zwykle powolny i skryty. Dominują objawy ogólne, takie jak: osłabienie, brak łaknienia, spadek masy ciała i stany podgorączkowe, a nawet gorączka do 40°C oraz bóle i zawroty głowy. U większości chorych występuje ból głowy w okolicy skroniowej lub potylicznej szczególnie w nocy, nie ustępuje po lekach przeciwbólowych, towarzyszy mu bolesne obrzmienie tętnicy skroniowej, która jest wyraźnie widoczna pod skórą.

Różnorodność objawów klinicznych zależy od lokalizacji zmian zapalnych w konkretnych naczyniach i związanego z tym niedokrwienia tkanek i narządów.

Nie ma żadnego swoistego markera laboratoryjnego dla tej choroby. Najczęstsze odchylenia w badaniach laboratoryjnych są podobne jak w polimialgii reumatycznej tzn. wzrost OB., CRP, niedokrwistość normocytowa niewielkiego stopnia, u około 15-30% chorych wzrost transaminaz, a zwłaszcza fosfatazy zasadowej.

W postawieniu rozpoznania pomocne są kryteria wg ACR (*American College of Rheumatology*) z 1990 roku, które cechują się 95% czułością i 91% swoistością. Należą do nich:

- 1) wiek > 50. r.ż.,
- 2) ból głowy nowy lub o innym charakterze niż dotychczas,
- 3) tkliwość palpacyjna tętnicy skroniowej i/lub zanik ewentualnie osłabienie tętna,
- 4) OB. > 50 mm/godz.,
- 5) dodatni wynik hist.-pat. biopsji tętnicy skroniowej.

Stwierdzenie minimum trzech z wyżej wymienionych kryteriów potwierdza rozpoznanie.

Wśród badań obrazowych, które są pomocne w rozpoznaniu olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic wymienić należy USG metodą Dopplera tętnicy skroniowej, angio-CT, angio-MRI.

W leczeniu stosuje się glikokortykoidy w dawce 1 mg/kg masy ciała w przeliczeniu na prednison. Najistotniejsze powikłania to powstawanie tętniaków, a w przypadku zajęcia tętnic rzęskowych lub ocznych nieodwracalna utrata wzroku. Objawy oczne występują u 20% chorych z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic, w przypadku tych chorych szczególnie istotne jest szybkie podjęcie leczenia (12, 13).

Chondrokalcynoza. Choroba nazywana też dną rzekomą. Charakteryzuje się odkładaniem się kryształów dwuwodnego pirofosforanu wapnia w chrząstkach stawowych i w płynie stawowym. Występuje zwykle po 50. r.ż., a jej częstość rośnie z wiekiem. Jej istotą jest nie tylko zapalenie stawów, ale również powstawanie zmian zwyrodnieniowych w obrębie chrząstki i

kości. Choroba najczęściej przebiega bezobjawowo, ale może powodować napady dny rzekomej lub przewlekłe zapalenie stawów. Najczęściej zajęty jest staw kolanowy, a bardzo rzadko drobne stawy rąk i stóp.

Podstawą rozpoznania jest stwierdzenie obecności sfagocytowanych kryształów pirofosforanu wapnia w mleczno-krwistym płynie stawowym pobranym podczas napadu. Chondrokalcynozę przewlekłą rozpoznaje się na podstawie widocznych w rtg złogów kryształów pirofosforanu wapnia w chrząstkach szklistych i włóknistych.

W leczeniu stosuje się kolchicynę i niesterydowe leki przeciwzapalne (1, 11, 14).

Uogólniona hiperostoza szkieletu (choroba Forestiera). Choroba ta charakteryzuje się nadmiernym rozrostem kości, przede wszystkim w miejscach przyczepów ścięgien, więzadeł i torebek stawowych do kości. Dotyczy całego szkieletu. W prawie połowie przypadków dotyczy pacjentów z cukrzycą. W populacji ogólnej chorują osoby po 65. r.ż. Przebiega zwykle bezobjawowo, ale może prowadzić do ograniczenia ruchów w stawach kręgosłupa i obwodowych. Rozpoznanie stawia się na podstawie obrazu radiologicznego, w którym stwierdza się rzekome osteofity przypominające dzioby papuzie. Brak nadżerek stawowych, zwężenia przestrzeni międzykręgowych i radiologicznych cech zapalenia stawów krzyżowobiodrowych pozwala na wykluczenie innych spondyloartropatii.

W leczeniu stosuje się głównie fizjoterapię. W zaawansowanych zmianach może być konieczność leczenia operacyjnego (15).

Ostre nawracające symetryczne seronegatywne zapalenie błony maziowej z obrzękiem obwodowym (*Acute Relapsing Symmetric Seronegative Synovitis and Peripheral Edema – RS₃ PE*). Jest to szczególna postać zapalenia stawów występująca u osób w wieku podeszłym. Przypomina często reumatoidalne zapalenie stawów, ponieważ objawia się występowaniem obrzęków stawowych w obrębie rąk i stóp. Obrzęk ma często charakter „ciastowaty” z powstawaniem dołków po uciśnięciu. Typowy jest nagły początek, sztywność poranna, zajęcie pochewek ścięgniastych zginaczy. Zwykle nie występują objawy ogólne, takie jak: zmęczenie, osłabienie, gorączka. Brak czynnika reumatoidalnego w surowicy krwi. Choroba ma skłonność do samoistnego ustępowania, zwykle zastosowanie małych dawek prednisonu przynosi poprawę. Należy pamiętać, że schorzenie może mieć postać wtórną i wtedy jest związane z występowaniem nowotworu (1).

Schorzenia o przebiegu odmiennym niż w młodszej grupie wiekowej

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Jest to przewlekła immunologicznie zależna, zapalna, układowa choroba tkanki łącznej charakteryzująca się niespecyficznym zapaleniem symetrycznych stawów, występowaniem zmian pozastawowych oraz powikłań narządowych.

Inicjacja i trwanie choroby związane są z zaburzeniem odpowiedzi immunologicznej na nieznaną antygen u osoby predysponowanej genetycznie. Ważną rolę odgrywa sieć cytokin prozapalnych wpływających na metabolizm tkanki kostnej i chrząstki.

Jest to najczęstsza choroba zapalna stawów. Częstość występowania RZS w różnych populacjach wynosi 0,5-2%. Kobiety chorują trzykrotnie częściej niż mężczyźni. Początek choroby może nastąpić w każdym wieku. Szczyt zachorowań przypada około 40. r.ż. (16).

W grupie chorych powyżej 60. roku życia wyróżnia się dwa typy RZS: 1) EORA (*elderly-onset rheumatoid arthritis*) – RZS rozpoznane po 60. r.ż. i 2) YORA (*younger-onset rheumatoid arthritis*) – RZS rozpoznane przed 60. r.ż.

RZS rozpoznane po 60. r.ż. (EORA) charakteryzuje się nagłym i ostrym początkiem, zajęciem głównie dużych stawów (najczęściej staw barkowy) z typową sztywnością poranną, wysiękiem i bólem, rzadszym występowaniem typowych dla RZS (YORA) deformacji rąk i stóp, guzków reumatoidalnych, czynnika reumatoidalnego w surowicy krwi i szybszym postępowaniem zmian radiologicznych w stawach. U pacjentów z EORA i obecnością czynnika reumatoidalnego przebieg choroby jest cięższy i szybciej dochodzi do niepełnosprawności. Chorzy z EORA, ale bez czynnika reumatoidalnego mają łagodniejszy przebieg choroby z cechami polimialgii reumatycznej lub symetrycznego zapalenia błony maziowej stawów rąk z towarzyszącym znacznym obrzękiem.

Skuteczność i tolerancja leków modyfikujących przebieg choroby jest porównywalna w obu grupach wiekowych (1, 11, 17).

Dna moczanowa. Jest to zapalenie stawów spowodowane krystalizacją moczanu sodu w płynie stawowym, fagocytozą kryształów i powstawaniem ich złogów w tkankach stawowych, a także innych tkankach i narządach. Występuje u mężczyzn najczęściej po 40. r.ż., a u kobiet głównie po menopauzie. Po 60. r.ż. zachorowalność jest wyraźnie wyższa wśród kobiet. Jest to jedna z najczęstszych przyczyn zapalenia stawów u osób w wieku podeszłym.

Przyczyny wystąpienia napadu dny moczanowej u ludzi starych są w większości takie same jak u osób w wieku średnim, czyli: przyjmowanie leków moczopędnych, otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, niewydolność nerek, odwodnienie. Podstawą rozpoznania dny moczanowej u osób po 65. r.ż. jest tak samo, jak w młodszej grupie wiekowej stwierdzenie sfagocytowanych kryształów moczanu sodu w płynie stawowym lub w materiale z guzków dnawych. W płynie stawowym osób starszych występują częściej niż u pacjentów w średnim wieku inne kryształy oprócz moczanu sodu.

Typowy napad dny moczanowej u osoby w średnim wieku jest ograniczony do jednego stawu, jest to najczęściej pierwszy staw śródstopno-palczkowy. U osób w wieku podeszłym częściej występuje postać

wielostawowa z zajęciem stawów kończyny górnej, a pierwszym objawem dny moczanowej są zwykle guzki dnawe o nietypowej lokalizacji. W leczeniu dny moczanowej stosujemy, tak jak u osób młodszych niesterydowe leki przeciwzapalne, kolchicynę, allopurinol, glikokortykoidy. Leczenie osób starszych jest jednak często utrudnione w związku z współistnieniem innych chorób (11, 14).

Odczynowe choroby zapalne stawów w przebiegu chorób nowotworowych

Zespoły paranowotworowe. Jest to objaw lub zespół objawów towarzyszących chorobie nowotworowej.

Powszechnie wiadomo, że im starszy pacjent tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia u niego nowotworu. Chorzy z objawami choroby reumatycznej zwłaszcza o nietypowym przebiegu zawsze powinni być diagnozowani pod kątem choroby nowotworowej. Nawet wtedy, gdy rozpoznanie choroby reumatycznej jest pewne, należy zachować czujność onkologiczną. Również występowanie niektórych chorób reumatycznych jest związane z większym ryzykiem rozwoju choroby nowotworowej, a stosowane leczenie może to ryzyko zwiększać.

U chorych z procesem rozrostowym mogą występować objawy charakterystyczne dla chorób reumatycznych. U części pacjentów nowotwór rozpoznaje się dopiero po ponad dwóch latach od pojawienia się pierwszych objawów reumatycznych. Występowanie objawów reumatycznych w chorobach nowotworowych może wynikać z obecności przerzutów w obrębie narządu ruchu i/lub objawów reumatycznych niezwiązanych z przerzutami, a dotyczących stawów, mięśni, skóry, naczyń.

Wśród objawów stawowych chorób nowotworowych wymienić należy: osteoartropatię przerostową, zapalenie stawów w przebiegu raka, zapalenie stawów w przebiegu wtórnej amyloidozы i zapalenie stawów w przebiegu wtórnej dny. Podstawowymi objawami wszystkich wymienionych schorzeń są przede wszystkim różnie nasilone dolegliwości bólowe. Objawy wycofują się po wyleczeniu procesu nowotworowego i nawracają w przypadku wznowy. U wielu chorych dobre efekty terapeutyczne daje stosowanie niesterydowych leków przeciwzapalnych i dostawowe podawanie glikokortykoidów. Jednak najlepsze wyniki uzyskuje się lecząc chorobę podstawową (18).

PODSUMOWANIE

Dolegliwości bólowe w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego są jednymi z najczęstszych, na które skarżą się pacjenci w podeszłym wieku zgłaszający się do gabinetu lekarza rodzinnego. Chorzy opisują je w różny sposób, a zadaniem lekarza pierwszego kontaktu jest ich obiektywna ocena i ustalenie początkowo na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego ich potencjalnych przyczyn i podjęcie decyzji o konieczności wykonania dalszej diagnostyki, bądź skierowania chorego do właściwego specjalisty, np.

reumatologa lub ortopedy. Najczęstszą chorobą będącą przyczyną bólów w obrębie narządu ruchu w tej grupie wiekowej jest choroba zwyrodnieniowa stawów, ale pamiętać należy, że nie jest to jedyna przyczyna zgłaszanych dolegliwości. Lekarz rodzin-

ny powinien wiedzieć i pamiętać o wymienionych w tym artykule innych rzadszych przyczynach bólów stawów u osób w wieku podeszłym, ponieważ często od jego wstępnego rozpoznania zależy dalszy los chorego.

PIŚMIENNICTWO

- Zimmerman-Górska I: Choroby reumatyczne w wieku podeszłym. [W:] Zimmerman-Górska I, red. Reumatologia kliniczna. Wyd. I. Warszawa: PZWL 2008; 1117-1125.
- Lavry GV: Anatomia stawów, uwagi ogólne i zasady badania stawów. [W:] Fam AG, Lavry GV, Kreder HJ: Badanie układu kostno-stawowego i technika wstrzyknięć odstawowych. Wyd. I. Wrocław: Elsevier Urban & Partner 2008; 1-6.
- Zimmerman-Górska I: Badanie podmiotowe i przedmiotowe. [W:] Zimmerman-Górska I, red. Reumatologia kliniczna. Wyd. I. Warszawa: PZWL 2008; 162-183.
- Klimiuk P, Kurliszyn-Moskal A: Choroba zwyrodnieniowa stawów. [W:] Puszczewicz M, red. Reumatologia. Wyd. I. Warszawa: Medical Tribune Polska 2010; 273-290.
- Szczepański L: Choroba zwyrodnieniowa stawów. [W:] Szczeklik A, red. Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010. Wyd. I. Kraków: Medycyna Praktyczna 2010; 1773-1780.
- Pendleton A, Arden N, Dougados M et al.: EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis report of task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2000; 59: 936-944.
- Pendleton A, Arden N, Pavelka K et al.: EULAR recommendations for the management of hip osteoarthritis report of task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 669-681.
- Samborski W: Choroby z grupy reumatyzmu tkanek miękkich-diagnostyka i leczenie. *Medycyna po Dyplomie*, wydanie specjalne nr 18/06.
- Samborski W: Reumatyzm tkanek miękkich. [W:] Zimmerman-Górska I, red. Reumatologia kliniczna. Wyd. I. Warszawa: PZWL; 2008; 957-968.
- Szczepański L, Szczepańska-Szerej A: Zwodnicze maski kliniczne zespołów bólowych układu ruchu. *Reumatologia* 2006; 44: 315-319.
- Brzosko M: Choroby zapalne stawów u osób starszych – aspekty epidemiologiczne. *Medycyna po Dyplomie*, wydanie specjalne nr 18/06.
- Kwiatkowska B: Polimialgia reumatyczna i olbrzymiokomórkowe zapalenie naczyń – diagnostyka i leczenie. *Terapia* 2006; 175: 50-56.
- Tłustochowicz W, Swarowska-Knap J: Zapalenia dużych naczyń. [W:] Puszczewicz M, red. Reumatologia. Wyd. I. Warszawa: Medical Tribune Polska 2010; 178-183.
- Zimmerman-Górska I: Choroby związane z obecnością kryształów. W: Szczeklik A, red. Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010. Wyd. I. Kraków: Medycyna Praktyczna 2010; 1784-1789.
- Kończewska A, Puszczewicz M: Uogólniona samoistna hiperostoza szkieletu. [W:] Puszczewicz M, red. Reumatologia. Wyd. I. Warszawa: Medical Tribune Polska 2010; 441-446.
- Tłustochowicz W, Brzosko M et al.: Stanowisko Zespołu Ekspertów Konsultanta Krajowego ds. Reumatologii w sprawie diagnostyki i terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia* 2008; 46: 111-114.
- Taylor P: Reumatoidalne zapalenie stawów w praktyce lekarskiej. *Medycyna po Dyplomie*, zeszyt edukacyjny nr 4 (7) 2008.
- Ociepa-Zawal M, Puszczewicz M: Objawy reumatologiczne w przebiegu chorób nowotworowych. [W:] Puszczewicz M, red. Reumatologia. Wyd. I. Warszawa: Medical Tribune Polska 2010; 502-515.

otrzymano/received: 31.03.2011
zaakceptowano/accepted: 20.04.2011

Adres/address:
*Agnieszka Jasik
Klinika Medycyny Rodzinnej,
Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
SPSK im. Prof. W. Orłowskiego
ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa
tel.: (22) 628-69-50, fax: (22) 622-79-81
e-mail: jasik@mp.pl