



# Időskori reumatológiai kórképek



## Szántó Sándor dr.

Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet,  
Sportorvosi Tanszék és Reumatológiai Tanszék, Debrecen

### Levelezési cím:

Dr. Szántó Sándor, Debreceni Egyetem, Sportorvosi Tanszék, 4032, Debrecen, Nagyerdei park 12., telefon: 52-411-717-75930

E-mail: szanto.sandor@med.unideb.hu

A fejlett országokban a népesség egyre növekvő átlagéletkorával párhuzamosan mind nagyobb a jelentősége az időskori kórképeknek. A mozgásszervi betegségek – figyelembe véve az ízületi struktúrák szinte törvényszerű kopását és egyes betegségekre hajlamosító anyagcsere- és immunológiai eltéréseket – ezen belül is még inkább előtérbe kerülnek. Ez az összefoglaló, mely a szerzőnek a legutóbbi Debreceni Reumatológiai Oktatási Programon (DROP) elhangzott előadásán alapul, ezeknek a kórképeknek általános bemutatását szolgálja.

Az idősödő és idős korosztályban jelentkező kórképek egy része fiatalabb korban is kialakulhat, de bizonyos életkoron túl jellegzetes megjelenéssel bír; ezek közé tartozik a köszvény, a reumatoid arthritis (RA) és a szisztémás lupus erythematosus (SLE). Más kórképek patomechanizmusukból eredően típusosan 50 éves kor után alakulnak ki, itt leginkább a degeneratív mozgásszervi kórképek, mint az arthrosis és a spondylosis említendő. Ugyanebbe a csoportba tartoznak azok a betegségek, melyeknél a diagnózishoz használt kritériumrendszer is tartalmazza az életkori határokat, mint a polymyalgia rheumatica (PMR) és a szenilis osteoporosis (OP). Az időskori reumatológiai kórképek kezelésében gyakori probléma a megfelelő gyógyszerválasztás. Többféle készítmény egyidejű szedése miatt az interakciókra, míg az időskori életkori elváltozások miatt potenciális mellékhatásokra kell fokozott figyelemmel lenni.

**Kulcsszavak:** arthrosis, spondylosis, osteoporosis, polymyalgia rheumatica

## Időskori mozgásszervi kórképek

### Arthrosis/osteoarthritis

Az életkor előrehaladtával szinte törvényszerűen kialakuló betegség az osteoarthritis, amely 60 év felett a populáció harmadának-negyedének okoz panaszt. Típusos megjelenési helyei, az alsó végtag teherviselő ízületei, ezen belül is a csípő és térdízületek, ahol a járásból adódó fokozott igénybevétel a patomechanizmus legfontosabb eleme, de bizonyos hajlamosító tényezők – mint az obesitas, a fejlődési rendellenességek (pl. csípőízületi dysplasia), a korábbi vagy aktuálisan is fennálló gyulladás, traumák – szintén hozzájárulhatnak létrejöttéhez. A másik jellegzetes megjelenési hely, a disztális interphalangealis ízületek kialakulásában a genetikai tényezők és a fokozott igénybevétel a legfontosabbak. Talán kevésbé közismert az

első carpometacarpalis ízület degeneratív eltérése, az ún. háziasszony-arthrosis, amely sok panaszt okoz a napi tevékenység során. Az arthrosis, jelentős hajlamosító tényezők hiányában, rendszerint az 50 éves kor után kezdődik, eleinte hullámzó jelleggel okoz panaszt, később jellegzetes deformitásokkal társul, és egyre kisebb terheléskor vagy akár nyugalomban is fájdalommal, mozgáskorlátozottsággal jár. A fájdalom jellegzetesen indítási jellegű, amely az első néhány lépés nehezítettségét okozza hosszabb ülés vagy éjszakai nyugalom után. Az éjszakai fájdalom inkább a degeneratív eltéréshez másodlagosan társuló gyulladás következménye, súlyos, előrehaladott arthrosis esetén jellegzetes. Bár az arthrosis nem életveszélyes kórkép, az általa okozott fájdalommal és mozgáskorlátozottsággal jelentősen megnehezíti a betegek életét.

Olyan egyszerű tevékenységek, mint a zokni és a harisnya felhúzása (csípőízületi arthrosisban) vagy a lépcsőn járás (térdízületi érintettségben), a tárgyak megfogása, tartása, konyhai munkák (kézízületi arthrosisban) rontják az életminőséget.

A tipikus panaszok és a fizikális vizsgálat rendszerint elegendő a diagnózis felvetéséhez, de különösen azokban az esetekben, amelyekben a kórkép súlyosságának pontosabb megítélésére van szükség (pl. műtéti indikáció meghatározása), elengedhetetlen a diagnosztikus továbblépés. Fizikális vizsgálat során az ízfelszínek kopásából származó egyenetlenség az ízület mozgásakor észlelhető finom krepitációban nyilvánul meg, amely a mozgástartomány beszűkülésével társulhat. Felületes, tapintható ízületek esetén (térd-, PIP- és DIP-ízületek) az osteophytákból észlelhető deformitás szintén segítheti a diagnózist (1).

Képkötő eljárások közül a röntgenvizsgálat alkalmas az arthrosis súlyosságának megítélésére. Fontos hangsúlyozni a terheléses felvételek fontosságát, mivel csípő- vagy térdízületi arthrosisnál csak az álló helyzetben készített felvétel ad reális képet az ízületi rés beszűküléséről és a hajlamosító tengelyeltérésekről. Az ízületi rés beszűkülése mellett, a porc alatti csontállomány tömörülése (sclerosis) és a reaktív csontkinövések, az osteophyták a legjellegzetesebb röntgeneltérések (2).

Bár a betegek többsége a gyógyszeres kezeléstől várja a javulást, az ellátás során hangsúlyozni kell a nem gyógyszeres terápia fontosságát már az alapellátásban is. Utóbbiak közül ki kell emelni a testsúlycsökkentés jelentőségét obezitás esetén. Már néhány kg-os fogyás jelentősen képes csökkenteni a panaszokat, különösen az arthrosis korai stádiumában. Az érintett ízület körüli izomzat erősítése, gyógytornász által betanított gyakorlatok rendszeres végzésével lassítja a betegség előrehaladását, fájdalomcsillapító hatással is bír, sőt megfelelő típusú testmozgás esetén hozzájárul a testsúlyredukcióhoz. Az ízületek mozgása jelentős terhelés nélkül (legoptimálisabb e téren a kerékpározás) hozzájárul a mozgásszervi funkciók megőrzéséhez. Gyógyászati segédeszközök közül az esetleges tengelyeltéréseket korrigáló talpbetétek, előrehaladott esetekben a támbot alkalmazása javasolt. A gyógyszeres kezelési formák közül enyhe-középsúlyos betegségben elsőként a kondroprotektív szerek javasoltak. Mivel ezek csak hosszú távú alkalmazás során hatnak, a betegek elsődleges igénye pedig a fájdalomcsillapítás, szájon át szedett egyszerű fájdalomcsillapítók (pl. paracetamol, metamizol) és helyileg alkalmazható NSAID-tapaszok vagy -krémek is megkísérélhetők. Amennyiben az említett eljárások nem elégségesek, és a betegnek napi életvitelét nehezítő panaszai vannak – különösen azokban az esetekben, ha másodlagos gyulladás is társul az arthrosishoz –, akkor a szisztémásan alkalmazható NSAID-ok javalltak. Mivel a dominálónan COX-1-gátlók a gasztrointesztinális, a COX-2-gátlók pedig a kardio- és cerebrovaszkuláris mellékhatások veszélyét növelik, az ezekre hajlamosító tényezők pedig igen gyakoriak időskorban, fontos figyelembe venni a betegek társuló betegségeit is (3). A kezelések ellenére fennálló fájdalom esetén az enyhe opiátok, leggyakrabban a tramadol hasz-

nálható. Mivel hatásmechanizmusa különbözik a paracetamoltól és a NSAID-októl, így azokkal kombináltan is alkalmazható. A fájdalomcsillapítás multimodális szemlélete szerint – melynek megfelelően egyenként kisebb dózissal, de kombinálva adják az egyes szereket – az erősebb hatás mellett csökken a potenciális mellékhatások veszélye és gyakorisága. Erős opiátok (így az oxicondon és a transzdermális fentanyl) csak az ortopédsebészeti beavatkozás ellenjavallata esetén, illetve a műtétre való várakozási időre javasoltak. A helyi, intraartikuláris kezelések közül a hialuronsav-szármaszerek adhatók, amelyekből számos készítmény áll rendelkezésre. Ezek a szerek a mozgást javító „olajozó” funkciójuk mellett mérsékelt fájdalomcsillapító és gyulladáscsökkentő hatással is bírnak, s lassíthatják az arthrosis progresszióját is (4, 5).

### Spondylosis

A spondylosis a gerinc degeneratív betegsége, amely az ágyéki, ritkábban a nyaki szakaszt érintve okoz fájdalmat, következményes mozgásszervi funkciókárosodást. A panaszok általában fokozatosan alakulnak ki, és szemben a gyöki tüneteket okozó discusherniával vagy nem sugároznak ki az alsó végtagba, vagy a bizonytalan lokalizációjú irradiáció nem terjed térd alá. Idős korosztályban a spondylosisra utaló röntgeneltérések (pl. csőrkepződések a csigolyák sarkain) szinte törvényszerűen kimutathatók, de a röntgeneltérések és a szubjektív panaszok között nincs szoros összefüggés (6). Amennyiben a degeneratív eredetű csontelváltozások a gerincoszlopnak szűkítik, kialakulhat a canalis spinális stenosis, melyre az ún. spinális claudicatio a jellemző. Ennek során, adott távolság megtétele után, a betegnek meg kell állnia, a panaszokat az előrehajlás csökkenti, és utána képes újraindulni. Mivel a csontos elváltozások tekinthetők oki tényezőnek, a közhiedelemmel szemben nincs szükség feltétlenül MRI-vizsgálatra, a CT is jól használható. Amennyiben konzervatív kezelés, célzott gyógytorna mellett a panaszok nem csökkennek, sebészeti beavatkozás szükséges (7).

Idősebb életkorban a spondylosis differenciáldiagnosztikájában mindenképpen gondolni kell tumoros elváltozásokra, elsősorban vertebrális metasztázisokra, ritkábban primer tumorra. Daganatos betegségek közül elsősorban a prosztatata, a tüdő, az

emlő, a vese, a nőgyógyászati tumorok vagy a lymphomák okozhatnak csontérintettséget. Különösen akkor kell gondolni daganatos szövödményre, ha az anamnézisben vagy az említett tumorok egyike szerepel, vagy ennek hiányában is, ha a fájdalom nyugalomban, éjszaka is fennáll, vagy típusos tumoros tünettől testsúlycsökkenéssel, étvágytalansággal, gyengeséggel társul (8).

A spondylosis kezelése, hasonlóan az arthrosishoz, nem gyógyszeres és gyógyszeres formákra osztható. Akut panaszok és tünetek esetén néhány napos nagy fokú fizikai kímélet, pihenés mellett spontán is csökkenhet a fájdalom, és javul a mozgásszervi funkció. A rendszeresen végzett gerinctornával, amelyet a beteg korához, általános állapotához a spondylosis súlyosságához kell igazítani, a későbbi panaszok megelőzhetők, vagy legalábbis ritkábbá és enyhébbé tehetők.

### Polymyalgia rheumatica

A polymyalgia rheumatica típusosan az időskor betegsége, 50 éves kor felett kezdődik; jellegzetesen a váll és a medenceöv fájdalmával és gyengeségével jellemezhető. Jelentősen gyorsult vérésejtsülyedéssel jár, mely nemritkán 60-80 mm/h értékű. A betegséghez a kézcsuklókat, a vállakat érintő polyarthritist is társulhat, ebben az esetben nehéz elkülöníteni az időskori reumatoid arthritistől. A polymyalgia rheumatica a temporális artériákat érintő, óriássejtes arteritisszel társulhat, amely halántéktáji fejfájással, súlyosabb esetben látászavarral, ritkán irreverzibilis vaksággal is járhat. Kis dózisu szteroidra a beteg állapotában rendszerint drámai javulás következik be, a vérésejtsülyedés is látványosan csökken, amely megerősíti a diagnózist is. Mivel a myalgia, gyorsult Westergren-paraneopláziás jelenség részeként is kialakulhat, fontos differenciáldiagnosztikai problémát jelent az esetleges daganatos betegség kizárása, különösen azokban az esetekben, ha a vérésejtsülyedés csökkenése csak mérsékelt fokú (9).

### Időskori osteoporosis

Az osteoporosisok többsége a nők hormonális változásaival összefüggő posztmenopauzális eredetű, de a geriátriai gyakorlatban gyakran találkozunk az idő-

skori, 65-70 éves kor felett induló, ún. szenilis formával. A szenilis osteoporosis patomechanizmusában jelentős az osteoblastok csökkent működése, amelyhez relatív kalcium- és D-vitamin-hiány is társul. Idős egyének esetén a szabadban való tartózkodás idejének csökkenése, a zártabb ruhák viselése egyaránt csökkenti a napfény-expozíciót, ráadásul gyakran csökken a per os D-vitamin-bevitel is. Az esetlegesen társuló krónikus vese- és májbetegség is hozzájárul a D-vitamin-hatás csökkenéséhez, hiszen ezekben a szervekben történik az aktív formává történő átalakulás (10).

Az osteoporosis kezdetben nem okoz panaszokat; később a csigolyákon kialakuló micro- vagy macrofracturák okozta fájdalmat gyakran degeneratív eredetűnek gondolják. A háti kyphosis fokozódása, a testmagasság progresszív csökkenése ugyanakkor kompresszió mellett szól. A súlyos osteoporosis a csöves csontok kis trauma hatására bekövetkező töréséhez is vezethet, a combnyaktörés időskorban jelentősen emeli a mortalitást, de tartós panaszt okozhat egy alkartörés is. A D-vitamin-pótlás, a rendszeres, életkorhoz, általános állapothoz adaptált testmozgás fontos szerepet játszik a megfelelő izomerő és egyensúly biztosításában is, így hozzájárul a töréshez vezető esések megelőzéséhez (11).

Az osteoporosis diagnosztikájának alapját a csontdenzitometriás vizsgálat jelenti, de időskorban a gerincen kialakuló spondylophyták esetenként álnegatív eredményt mutathatnak. Fontos a törési rizikó meghatározása a FRAX-rendszer használatával, amely néhány paraméter alapján képes megbecsülni a törési rizikót, amely alapja lehet a megfelelő gyógyszeres kezelés indításának is (12).

A leírtak alapján nyilvánvaló, hogy a megfelelő D-vitamin- és kalciumpótlás elengedhetetlen az időskori osteoporosis megelőzésében és kezelésében. A napi D-vitamin-bevitel 1000-2000 NE legyen, a magasabb egység az ápolási otthonokban élő, gyakran mozgáskorlátozott egyének esetén javasolt. Természetesen fontos a D-vitamin mellett a megfelelő kalciumbevitel is, amely természetes forrásból vagy gyógyszerből egyaránt származhat (13).

Az időskori osteoporosis kezelésében az elsődlegesen választandó szert továbbra is a biszfoszfonátok jelentik, amelyek elsősorban a vertebrális törések megelőzésében bizonyultak hatásosnak. A denosumab, a RANK-ligand elleni monoklonális antitest mindkét töréstípus megelőzése esetén hatásos, és jelenleg már primer prevenció céljából is alkalmazható. A teriparatid anabolikus csonthatásánál fogva időskori osteoporosis kezelésben a patomechanizmust is figyelembe véve érthetően kedvező hatású, de csak súlyos osteoporosis esetén, szekunder törésprevencióra alkalmazható (14).

### Reumatológiai kórképek jellegzetes időskori megjelenéssel

A köszvény, amely tipikus megjelenésén túl, előrehaladott életkorban gyakran mutat polyarticularis jellegűt. A disztális interphalangealis ízületben esetenként kialakuló tophusokat az osteoarthritisre jellemző Heberden-csomóktól kell elkülöníteni. Az időskori veseelégtelenség – csökkentve a húgysav kiválasztását – hajlamosít köszvényre, akárcsak a diuretikum tartós szedése. Mivel a hyperurikaemia a szív- és érrendszeri betegségek független rizikótényezője, fontos az emelkedett húgysavszint kezelése is (15).

A reumatoid arthritis női túlsúlyú betegség, de idős életkorban a nemi különbségek csökkennek, gyakran találkozhatunk férfi betegekkel is. A kéz- és lábujj-ízületi fájdalom és a reggeli ízületi merevség mellett gyakrabban jelentkezik a tőízületek, így a váll érintettsége. Utóbbi esetben differenciáldiagnosztikai problémát jelent a polymyalgia rheumaticától való elkülönítése (16).

A fiatal korban kialakuló SLE-vel szemben az időskorban jelentkező formák esetén ritkábbak a bőrtünetek, a neuropszichiátriai komplikációk és a veseérintettség, gyakoribb a szekunder Sjögren-szindróma, a serositisek és a pulmonális érintettség. Annak ellenére, hogy a súlyos belszervi komplikációk kevésbé gyakoriak, mint a fiatal kori kórformákban, az időskori SLE prognózisa rosszabb, amely a gyakoribb társbetegségekkel magyarázható (17).

### Összefoglalás

Az idős egyének reumatológiai betegségei gyakoriságuknál fogva, az általuk okozott életminőség-romlással együtt, nagy terhet jelentenek az egyénre és az egészségügyi ellátórendszerre is. Degeneratív mozgásszervi betegségek esetén az ellátás minden szintjén hangsúlyozandó a nem gyógyszeres kezelés alkalmazása, illetve a szükségessé váló gyógyszeres terápiánál a polipragmázia kerülése, és a társuló betegségek, az azok miatt szedett gyógyszerek figyelembevétele a potenciális mellékhatások és gyógyszer-interakciók szempontjából is. Mindig gondolni kell a szokatlan panaszok hátterében megbúvó egyéb, súlyos kórokokra is, mivel esetenként belszervi betegségek is okozhatnak reumatológiai panaszokat.

### Irodalom

1. Martel-Pelletier J, Barr AJ, Cicuttini FM, et al. Osteoarthritis. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16072.
2. Hayashi D, Roemer FW, Jarraya M, et al. Imaging in Osteoarthritis. Radiol Clin North Am. 2017;55(5):1085–1102.
3. Klinge SA, Sawyer GA. Effectiveness and safety of topical versus oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a comprehensive review. Phys Sportsmed. 2013;41(2):64–74.
4. Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: a report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). Semin Arthritis Rheum. 2014;44(3):253–63.
5. Kucharz EJ, Kovalenko V, Szántó S, et al. A review of glucosamine for knee osteoarthritis: why patented crystalline glucosamine sulfate should be differentiated from other glucosamines to maximize clinical outcomes. Curr Med Res Opin. 2016;32(6):997–1004.
6. Wong AY, Karppinen J, Samartzis D. Low back pain in older adults: risk factors, management options and future directions. Scoliosis Spinal Disord. 2017;12:14.
7. Lee JY, Whang PG, Lee JY, et al. Lumbar spinal stenosis. Instr Course Lect. 2013;62:383–96.
8. Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, et al. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(2):CD008686
9. Jones O, Birrell F. Diagnosis and management of polymyalgia rheumatica. Practitioner. 2016;260(1799):13–6.

A teljes irodalomjegyzék megtalálható a szerkesztőségben és a mozgasszervtovabkeppo.hu weboldalon.