

# MOZGÁSSZERVI KÓRKÉPEK A GERIÁTRIAI GYAKORLATBAN

## Önálló entitások és időskori jellegzetes kórformák

**Szántó Sándor dr.**

*Debreceni Egyetem AOK,  
Belgyógyászati Intézet,  
Reumatológiai Tanszék,  
Debrecen*



A cikk online változata  
megtalálható a  
[www.olo.hu](http://www.olo.hu) weboldalon.

Hazánkban az elmúlt évtizedekben a várható élettartam növekedése és az alacsony születésszám miatt a társadalom fokozatos elöregedése észlelhető. Bár az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek terjedése miatt az idős emberek jelentős része megfelelő funkcionális állapotban van, a mozgásszervi kórképek, ezen belül is a degeneratív ízületi betegségek és az osteoporosis következtében kialakuló ízületi panaszok egyre nagyobb kihívást jelentenek napjaink egészségügye számára. Ebben az összefoglalóban az időskorban jelentkező népbetegségekkel kapcsolatos gyakorlati ismeretek kerülnek bemutatásra.

### BEVEZETÉS

Az időskori reumatológiai kórképek két nagy csoportba oszthatók aszerint, hogy előfordulásuk csúcsa rendszerint 50-60 éves kor után tehető, illetve azon fiatalokban is megfigyelhető betegségekre, amelyek az előrehaladottabb korúaknál a szokottnál többé-kevésbé eltérő lefolyást mutathatnak. Előbbiek közé tartoznak a degeneratív mozgásszervi kórképek, így az arthrosis és a spondylosis, a szenilis osteoporosis és a polymyalgia rheumatica, míg az utóbbi csoportban a köszvényről, a rheumatoid arthritistről és a szisztémás lupus erythematosusról kell megemlékezni. Fontos hangsúlyozni az idősek mozgásszervi betegségeinek gyógyszeres kezelésével kapcsolatos gyakorlati megfontolásokat is, ezen belül is elsősorban a fájdalomcsillapítók használatának kérdését.

### IDŐSKORI MOZGÁSSZERVI KÓRKÉPEK

#### ARTHROSIS/OSTEOARTHRTIS

A leggyakoribb időskori reumatológiai kórkép, amely az életkor előrehaladtával egyre gyakoribbá válik, a 65 év feletti korosztály

harmadának-negyedének okoz panaszt. A betegség leginkább az alsó végtag teherbíró ízületeiben jelentkezik, a térdet és a csípőket érinti, emellett a kéz kisízületeiben, ezen belül dominálón a distalis interphalangealis ízületekben is megjelenhet, ezeket hívják Heberden-csomóknak. Az arthrosis általában az 50-60-as életévek során alakul ki, s bár kezdetben hullámzó jelleggel okoz panaszokat, a betegség lefolyás progresszív. Legfontosabb etiológiai faktora az életkor, mivel a porcban, időskorban óhatatlanul kialakulnak strukturális elváltozások, ugyanakkor az obesitas és a genetikai háttérre utaló családi halmozódás, a fiatalkori nagy vagy ismétlődő kisebb traumák is hozzájárulhatnak kialakulásához. Az arthrosis legjellegzetesebb tünete a fájdalom, amely eleinte csak alkalomszerűen jelentkezik, később tartóssá válik. Tipikus a betegek indítási jellegű fájdalma, amely miatt az első néhány lépés hosszabb ülés vagy éjszakai nyugalom után jelentősen nehezített. Az éjszakai fájdalom nem jellemző, de előfordulhat súlyos, előrehaladott esetekben, vagy ha másodlagos gyulladás társul hozzá. A betegség korlátozhatja a napi fizikai aktivitást, amely megnyilvánulhat a lépcsőjárás vagy térdelés (térd arthrosis), a járás, zokni vagy harisnyafelhúzás nehezítettségében (csípőízü-



leti arthrosis), a kéz finom mozgásainak károsodásában (Heberden-arthrosis a kéz DIP-ízületeiben). A panaszok típusos jellege mellett a fizikális vizsgálat rendszerint elegendő az arthrosis diagnózisához. Az ízfelszín kopásából származó egyenetlenség az ízület mozgatasakor észlelhető finom ropogásban, a krepitációban nyilvánul meg. Az érintett felületen ízületekben (térd vagy kéz kis ízületek) észlelhető deformitás csak a betegség előrehaladott fázisában észlelhető (1).

Képkalkáló eljárások közül a röntgenvizsgálat alkalmas az arthrosis diagnózisának megerősítésére, ugyanakkor meg kell említeni, hogy a röntgeneltérések és a beteg által jelzett panaszok nem mindig korrelálnak egymással. A porcpusztulás következtében kialakult ízületi rés beszűkülése, a másodlagos csontújdonképződés eredményeképpen kialakult osteophyták és az ízfelszín alatti kompakt sáv, a subchondralis szklerózis a leggyakoribb radiológiai jelek (2).

Az arthrosis terápiája nem gyógyszeres, gyógyszeres és sebészeti eljárásokra osztható, s a betegek túlnyomó többsége megfelelően gondozható az alapellátásban. A nem-gyógyszeres

kezelések közül ki kell emelni a testsúlycsökkentés fontosságát obesitas esetén. Az érintett ízület körüli izomzat erősítése gyógytornász által betanított gyakorlatokkal lassítja a betegség progresszióját és fájdalomcsillapító hatással is bír. Gyógyászati segédeszközök közül a térdrogzító viselése, támbot alkalmazása javasolt előrehaladott esetekben. A gyógyszeres kezelési formák közül enyhe-középsúlyos betegségben egyszerű fájdalomcsillapítók (pl. paracetamol) és a chondroprotektív szerek javasoltak a kezelés első lépcsőjében, de helyileg alkalmazható NSAID vagy capsaicin tartalmú krémek és tapaszok is megkísérélhetők. Amennyiben az említett eljárások ellenére a betegnek panaszai vannak, javasolt a szisztémás NSAID-ok alkalmazása. Mivel a dominánsan COX-1-gátlók a gasztrointesztinális, a COX-2-gátlók pedig a kardio- és cerebrovaszkuláris mellékhatások veszélyét növelik, fontos figyelembe venni a páciensek társuló betegségeit is (3). A készítmények legfeljebb néhány hetes időtartamra, vagy még inkább alkalomszerűen, panasz esetén javasoltak, mivel időskorban a fent említett mellékhatások mellett gyakori a vesekárosító hatásuk is.



A fájdalomcsillapítás következő lépcsőjeként az enyhe opioidreceptor-blokkoló hatással bíró tramadol használható, amely a napjainkban elterjedt multimodális fájdalomcsillapító szemlélet részeként akár paracetamollal, akár NSAID-del kombinálható. Erős opiátok, így az oxycotin és a transzdermális fentanyl csak az ortopédsebészeti beavatkozás (legtöbbször protézisműtét) ellenjavallata esetén indikáltak. A helyi, intra-articularis kezelések közül a hialuronsav-származékok alkalmazása javallt, amelyek 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 elsősorban az ágyéki, ritkábban a nyaki szakaszt érinti és okoz tartós fájdalmat, következményes mozgásszervi funkciókárosodást. Szemben a discushernia okozta gyöki tünetekkel, a spondylosis fokozatosan alakul ki, ritkán sugárzik a fájdalom a térd alá. Röntgenvizsgálattal gyakran mutathatók ki degeneratív eltérések a lumbalis gerincszakaszon, így csőr és kapocsképződésként leírt spondylophyták, kisízületi arthrosis, azonban ezek – hasonlóan az osteoarthritishez – csak laza összefüggést mutatnak a beteg panaszaival (6). Mivel időskorban gyakrabban fordul elő, fontos megemlékezni a canalis spinalis stenosisról is. Ez inkább a 60–70 éves korosztályt és a férfiakat érinti. Az ágyéki gerinc degeneratív eltérései a gerinccsatorna-szűkületét és gyöki kompressziót okozhatnak, elsősorban az LIII-LV szintekben. A betegek általában fokozatosan erősödő deréktáji és alsó végtagokba sugárzó fájdalomra panaszkodnak, a fájdalom azonban csak ritkán sugárzik térd alá. A panaszokat tartós állás és járás fokozza, esetenként spinalis claudicatio észlelhető, amelynek során a betegnek deréktáji fájdalom miatt időnként meg kell állnia, pihenés, előrehajlás után tudja csak folytatni a járását. A csontos elváltozás diagnózisára a CT-vizsgálat a legmegfelelőbb. Amennyiben konzervatív kezelés mellett a panaszok nem csökkennek, sebészeti beavatkozás végzése szükséges (7).

Differenciáldiagnosztikai szempontból különösen időskorban fontos, hogy a derékfájás hátterében esetenként daganatos betegség áll, amely leggyakrabban vertebrealis metasztázis, ritkábban primer tumor. A metasztázist okozó folyamatok általában prosztatata, tüdő, emlő ve-

se, nőgyógyászati vagy lymphoma eredetűek. Az anamnézisben szereplő daganatos betegség, az alattomosan kezdődő, ágyynyugalomban is fennálló fájdalom, különösen, ha testsúlycsökkenéssel, étvágytalansággal, gyengeséggel társul, utalhat daganatos eredetre (8). A spondylosis kezelése hasonlóan az arthrosishoz, gyógyszeres és nem gyógyszeres formákra osztható. Akutan romló panaszok esetén néhány napos nagyfokú fizikai kímélet, pihentetés javasolt. A hatásos fájdalomcsillapítás elősegíti a miharamabbi funkcionális javulást. A rendszeresen végzett gerinctorna, amelyet az érintett korához, általános állapothoz és társbetegségeihez kell adaptálni, biztosítja a későbbi panaszok megelőzését is, vagy legalábbis csökkenti azok előfordulási gyakoriságát és súlyosságát.

### POLYMYALGIA RHEUMATICA

A polymyalgia rheumatica azért említendő külön ebben a közleményben, mivel 50 éves kor felett fordul elő. Típusos tünete a kifejezett váll- és medenceövi fájdalom, gyengeség. Definíció szerint jelentősen gyorsult véresejtsüllyedéssel jár, amely nemritkán 60–80 mm/h értéket is elér. A betegséghez polyarthrit is társulhat, ilyenkor nehéz az elkülönítése az időskori rheumatoid arthritistől. A polymyalgia rheumatica az esetek harmadában-negyedében óriássejtes arteritissel társul, ami leggyakrabban a temporalis artériákat érinti, ilyenkor halántéktáji fejfájás a leggyakoribb tünet, de látászavar, ritkán irreverzibilis vakság is kialakulhat. Kis dózisú szteroidra a beteg állapotában rendszerint drámai javulás következik be, ilyenkor a véresejtsüllyedés is napokon belül gyorsan csökken. Mivel myalgia, gyorsult véresejtsüllyedés időskorban gyakrabban előforduló daganatos betegségekhez is társulhat, fontos a panaszok hátterében esetlegesen megbújó tumoros kórképek kizárása (9).

### IDŐSKORI OSTEOPOROSIS

Az osteoporosis még az orvosi köztudatban is úgy ismert, mint a posztmenopauzális nők betegsége, de a geriátriai gyakorlatban gyakran találkozunk az időskori, 65–70 éves kor felett induló ún. szenilis formával. Az időskori forma patomechanizmusára jellemző az osteoblastok – vagyis a csontépítő sejtek – csökkent működése, amelyhez relatív kalcium- és D-vitamin-hiány is társul. A 70-80-as éveikben já-



ró egyének körében gyakori a súlyos D-vitamin-hiány, amely elsősorban a szabadban való tartózkodás csökkenésével, így a napfény-expozíció hiányával és a csökkent per os D-vitamin-bevitellel magyarázható, de a krónikus vese- és májbetegség is hozzájárul az aktív D-vitamin csökkent szérumszintjéhez (10).

Az osteoporosis kezdetben nem okoz panaszokat, de ha a csigolyákban mikro- vagy makrofraktúrák alakulnak ki, tartós háti vagy deréktáji fájdalom nehezíti a betegek életét. A csigolyák kompressziós törései a háti kyphosis fokozódásához és a testmagasság progresszív csökkenéséhez vezetnek, ezért is érdemes az idős emberek magasságát időnként megmérni és a változásokat rögzíteni. 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 a megfelelő csontsűrűség fenntartása mellett fontos szerepet játszik a megfelelő izomerő biztosításában is, így preventív szerepe van az elesések megelőzésében is (11).

Az osteoporosis diagnosztikájának alapját a csontdenzitometriás vizsgálat jelenti, de időskorban a gerincen kialakuló spondylophyták esetenként álnegatív eredményt okoznak, ezért ebben az életkorban nagyobb jelentősége van a femurnyakon végzett méréseknek. Röntgenvizsgálat csak súlyos osteoporosis esetén utal a betegség jelenlétére, de tartós panasz esetén a jelentős trauma nélkül létrejött kompressziós csigolyatörések diagnosztizálásához elengedhetetlen elvégzése (12).

Fentiek alapján nyilvánvaló, hogy a megfelelő D-vitamin- és kalciumpótlás nélkülözhetetlen az időskori osteoporosis megelőzésében és kezelésében. A napi D-vitamin-bevitelnek legalább 1000 NE-nek kell lennie naponta, de különösen az ápolási otthonokban élő, gyakran mozgáskorlátozott egyének esetén a napi 1500-2000 NE alkalmazása is szükséges lehet a megfelelő D-vitamin-szint eléréséhez. Természetesen fontos a D-vitamin mellett a megfelelő kalciumbevitel is, amely lehetőség szerint inkább természetes forrásból vagy jól felszívódó kalcium-citrátból származzon (13). Az időskori osteoporosis kezelésében az elsődlegesen választandó szert továbbra is a biszfoszfonátok jelentik, amik elsősorban a vertebrealis törések megelőzésében hatásosak, a corticalis csontokon bekövetkező törések prevenciójával kapcsolatosan inkább ellentmondásosak az eredmények. A denosumab, a RANK-ligand elleni monoklonális antitest

mindkét töréstípus megelőzése esetén hatásos, és jelenleg már primer prevenció céljából is finanszírozott. A teriparatid anabolikus csonthatásánál fogva az időskori osteoporosis kezelésében a patomechanizmust is figyelembe véve érthetően kedvező hatású, de csak súlyos osteoporosis esetén szekunder törésprevencióra alkalmazható (14).

## REUMATOLÓGIAI KÓRKÉPEK JELLEGZETES IDŐSKORI MEGJELENÉSEL

A köszvény, amely tipikusan a nagylábujj tőízületénél okoz fájdalmas duzzanatot, időskorban jelentkező formája esetén gyakran mutat polyarticularis jelleget és mivel a körömperc ízületeiben is okozhatja tophusok kialakulását, az osteoarthritisre jellemző Heberden-csomóktól kell elkülöníteni. Mivel a húgysav kiválasztása a vesén keresztül történik, idült veseelégtelenség esetén gyakrabban fordul elő és tartós diuretikumszedés esetén is emelkedhet a húgysavszint. Mivel a hyperurikaemia a szív- és érrendszeri betegségek független rizikótényezője, fontos az emelkedett húgysavszint kezelése (15).

Az időskorban jelentkező rheumatoid arthritisre rendszerint kisebb női túlsúly jellemző, mint a fiatalokban jelentkező formák esetén. A fájdalom és a reggeli ízületi merevség általában akután jelentkezik és gyakoribb a tőízületek, így a váll érintettsége. Utóbbi esetben differenciáldiagnosztikai problémát jelent a polymyalgia rheumaticától való elkülönítése (16).

A fiatalokban kialakuló SLE-vel szemben az időskorban jelentkező formák kevésbé akut kezdetűek, a bőrtünetek, neuropszichiátriai komplikációk és a veseérintettség ritkábban fordul elő. Ezzel szemben a szekunder *Sjögrenszindróma* gyakrabban társul az időskori SLE-hez és a serositisek, a pulmonalis érintettség frekvenciája is nagyobb. A súlyos belszervi komplikációk ritkábbak voltak ellenére az időskori SLE prognózisa rosszabb, ami a társbetegségeknek tudható be. A leggyakoribb halálokat a kardiovaszkuláris manifesztációk és a tumoros betegségek jelentik (17).

## KÖVETKEZTETÉSEK

Az idős egyének reumatológiai betegségei gyakran okoznak krónikus fájdalmat, megromlott mozgásszervi funkciókat és életminőséget, amely nagy terhet jelent az érin-



tett egyén, de a háziiorvosi- és szakorvosi rendelések számára is. Bár ezen kórképek egy része az életkor velejárója, mind gyógyszeres, mind nem gyógyszeres eszközökkel szükséges a beteg panaszait csökkenteni, előbbi esetben figyelembe véve a poli-

pragmázia veszélyét és a gyógyszerek nemkívánatos hatásait is. Gondolni kell a szokatlan panaszok hátterében megbúvó egyéb súlyos kórképekre is, mivel esetenként belszervi betegségek okoznak reumatológiai panaszokat.

## IRODALOM

1. Martel-Pelletier J, Barr AJ, Cicuttini FM, Conaghan PG, Cooper C, et al. Osteoarthritis. *Nat Rev Dis Primers* 2016; 2: 16072.
2. Hayashi D, Roemer FW, Jarraya M, Guermazi A. 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, Branco J, Luisa Brandi M, 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, Bruyère O, Cooper C, Reingster JY. 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, Phillips FM, Patel AA. Lumbar spinal stenosis. *Instr Course Lect* 2013; 62: 383–96.
8. Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, de Vet HC, Macaskill P, Irwig L. 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.
10. Alejandro P, Constantinescu F. A Review of Osteoporosis in the Older Adult. *Clin Geriatr Med* 2017; 33(1): 27–40.
11. Hill TR, Aspray TJ. The role of vitamin D in maintaining bone health in older people. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2017; 9(4): 89–95.
12. Link TM. Radiology of Osteoporosis. *Can Assoc Radiol J* 2016; 67(1): 28–40.
13. Avenell A, Mak JC, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Apr 14; 4: CD000227.
14. Rizzoli R, Branco J, Brandi ML, Boonen S, Bruyère O, et al. Management of osteoporosis of the oldest old. *Osteoporos Int* 2014; 25(11): 2507–29.
15. Bolzetta F, Veronese N, Manzano E, Sergi G. Chronic gout in the elderly. *Aging Clin Exp Res* 2013; 25(2): 129–37.
16. Kerr LD. Inflammatory arthropathy: a review of rheumatoid arthritis in older patients. *Geriatrics*. 2004; 59(10): 32–5.
17. Arnaud L, Mathian A, Boddaert J, Amoura Z. Late-onset systemic lupus erythematosus: epidemiology, diagnosis and treatment. *Drugs Aging* 2012; 29(3): 181–189.