

Dolegliwości mięśniowo-stawowe jako pierwszy objaw kliniczny niedoczynności tarczycy

WSTĘP

Niedoczynność tarczycy często przebiega pod maską dolegliwości z układu ruchu. Według niektórych autorów aż u 79% chorych z niedoczynnością tarczycy występują objawy ze strony mięśni, stawów i tkanek okołostawowych (tab. 1) [1]. Rozpoznanie jest szczególnie trudne, gdy pacjent od wielu lat leczy się z powodu dolegliwości bólowych w układzie ruchu, w przebiegu choroby zwyrodnieniowej. Wówczas podejrzenie powinno wzbudzić narastanie sztywności i bólu mięśni obręczy biodrowej i barkowej

oraz pogorszenie ogólnej sprawności fizycznej. Bóle i/lub zapalenie stawów także należą do obrazu niedoczynności tarczycy. Lokalizacja zmian jest podobna jak w przypadku choroby zwyrodnieniowej i dotyczy stawów kolanowych i skokowych. Niekiedy obrazu klinicznego nie można odróżnić od reumatoidalnego zapalenia stawów [2].

OPIS PRZYPADKU

Chora w wieku 68 lat z nadwagą, leczona od wielu lat z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów, zgłosiła się do lekarza rodzinnego w związku z narastającymi od 2 miesięcy dolegliwościami bólowymi stawów kolanowych i biodrowych oraz znaczną sztywnością mięśni proksymalnych. Miała kłopoty z wstaniem z łóżka, była płacziwa i jej nastrój był obniżony. Klinicznie uwagę zwracał obrzęk i wysięk oraz szpotawe ustawienie stawów kolanowych. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: stężenie hemoglobiny — 11,8 g/dl, leukocyty — $8,0 \times 10^9/l$, płytki krwi — $350 \times 10^9/l$, OB — 20 mm/h, stężenie aminotransferazy alaninowej (ALT, *alanine aminotransferase*) — 58 j./l, stężenie aminotransferazy asparaginianowej (AST, *aspartate aminotransferase*) — 54 j./l, stężenie kinazy kre-

Tabela 1

Objawy ze strony układu ruchu w niedoczynności tarczycy

- Bóle mięśni proksymalnych, głównie obręczy biodrowej
- Osłabienie siły mięśniowej
- Kurcze mięśniowe
- Ataksja
- Zwiększone stężenie kinazy kreatynowej
- Zespół cieśni nadgarstka
- Bóle i obrzęki stawów, głównie kolanowych i skokowych
- Złepne zapalenie torebki stawu barkowego
- Chondrocalcynoza, głównie stawów kolanowych

Zenobia Czuszyńska

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej w Akademii Medycznej w Gdańsku

Adres do korespondencji:
dr med. Zenobia Czuszyńska
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM w Gdańsku
ul. Dębinki 2
tel.: (058) 349 15 75
faks: (058) 349 15 76
e-mail: zczusz@amg.gda.pl

Copyright © 2007 Via Medica
ISSN 1897-3590

Tabela 2

Kryteria diagnostyczne zapalenia wielo-mięśniowego [4]

- Postępujące symetryczne osłabienie mięśni pasa barkowego i biodrowego
- Typowe dla zapalenia mięśni zmiany histologiczne
- Zwiększona w surowicy aktywność CK i/lub aldolazy
- Zmiany w EMG o cechach pierwotnego uszkodzenia mięśni

CK (*creatine kinase*) — kinaza kreatynowa; EMG (*elektromyography*) — elektromiografia

atynowej (CK, *creatine kinase*) — 620 j./l, odczyn Waalera-Rose — 1:320, odczyn lateksowy dodatni (+ +), czynnik reumatoidalny — 34 (norma: do 20 jm./l). Wobec podwyższonych wartości CK i dodatniego odczynu Waalera-Rose chorą skierowano do reumatologa z podejrzeniem zapalenia wielomięśniowego (PM, *polymyositis*) i reumatoidalnego zapalenia stawów.

W pierwszej kolejności reumatolog zalecił badanie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH, *thyroid stimulating hormone*), którego wartość okazała się wysoka i wynosiła 15 mj./l (norma: 0,3–4,0 mj./l). Rozpoznano niedoczynność tarczycy i włączono leczenie l-tyroksyną. Po 3 miesiącach terapii dolegliwości mięśniowe oraz wysięk w stawach kolanowych stopniowo ustąpiły. Poprawiła się także ogólna sprawność chorej.

Bóle mięśni i osłabienie z towarzyszącym wzrostem CK mogą sugerować zapalenie wielomięśniowe [3]. Warto zwrócić uwagę na fakt, że w PM dominuje osłabienie siły mięśni, a stężenie CK stopniowo wzrasta i osiąga wartość kilku tysięcy jednostek. Wraz ze wzrostem CK często rosną także wartości AST i dehydrogenazy mleczanowej (LDH, *lactate dehydrogenase*). Ponadto pacjent dość często, choć nie zawsze, prezentuje kliniczne objawy choroby zapalnej, takie jak gorączka, utrata masy ciała, a także zapalenie stawów. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się wysokie wartości OB, białka C-reaktywnego (CRP, *C-reactive protein*) i niedokrwistość. Rozpoznanie PM leży w kompetencjach reumatologa i opiera się na wykonaniu badania histopatologicznego wycinka mięśnia oraz badania przewodnictwa nerwo-

Tabela 3

Leki mogące wywołać uszkodzenie mięśni szkieletowych i wzrost stężenia kinazy kreatyninowej

- Lowastatyna i pochodne
- Bezafibrat, klofibrat, fenofibrat
- Cymetydyna
- Cyklosporyna
- Penicylamina
- Prokainamid
- Sulfonamidy
- Zydowudyna
- Fenytoina
- Hydralazyna
- I inne

wo-mięśniowego (tab. 2). Jeśli pacjent nie spełnia kryteriów upoważniających do rozpoznania choroby zapalnej mięśni, należy wykluczyć inne przyczyny podwyższonych wartości CPK, w tym najczęściej polekowe (tab. 3).

Bóle i sztywność mięśni obręczy barkowej i biodrowej należy także różnicować z polimialgią reumatyczną. Choroba ta występuje u osób po 65. roku życia; u kobiet dwa razy częściej. W klasyfikacji chorób reumatycznych należy do grupy układowych chorób tkanki łącznej [3]. Kryteria obejmują między innymi wysokie wartości OB (> 45 mm). Jednak wartość CK nie odbiega od normy, a rozpoznanie i włączenie leczenia glikokortykosteroidami przynosi szybką poprawę.

W przedstawionym przypadku uwagę zwraca również dodatni wynik odczynu Waalera-Rose. Poniżej przedstawiono niektóre schorzenia przebiegające zazwyczaj z dodatnim czynnikiem reumatoidalnym (tab. 4). Należy pamiętać, że u osób zdrowych po 65.

Tabela 4

Schorzenia przebiegające z dodatnim czynnikiem reumatoidalnym

- Reumatoidalne zapalenie stawów
- Zespół Sjögrena
- Toczeń rumieniowaty układowy
- Krioglobulinemia
- Wirusowe zapalenie wątroby
- Gruźlica
- Sarkoidoza
- Marskość wątroby
- HIV

roku życia wynik ten także może być dodatni. U przedstawionej pacjentki na początku diagnostyki nie można było jednoznacznie wykluczyć zespołu nakładania choroby zwyrodnieniowej i reumatoidalnego zapalenia stawów, ze względu na dodatni czynnik reumatoidalny oraz wysięki w stawach kolanowych. Jednak po włączeniu leczenia l-tyroksyną wysięk ustąpił, co świadczy raczej o etiologii hormonalnej.

W diagnostyce różnicowej ważne jest zwrócenie uwagi na częstość występowania poszczególnych jednostek chorobowych.

Niedoczynność tarczycy występuje u około 5% populacji po 60. roku życia, natomiast reumatoidalne zapalenie stawów — u około 1,0% populacji. Zachorowalność na zapalenie wielomięśniowe wynosi 1–6 nowych przypadków na milion mieszkańców. Wobec tych danych powinno się zlecać badania TSH u wszystkich chorych z utrzymującymi się dolegliwościami mięśniowo-stawowymi o niejasnej etiologii.

PIŚMIENNICTWO

1. Przygocka M.: Zespół przypominający zapalenie wielomięśniowe (*polymyositis-like syndrom*) oraz inne objawy ze strony układu ruchu w przebiegu chorób tarczycy. *Reumatologia* 2006; 6: 349–352.
2. Roberts C., Ladenson P.: Hypothyroidism. *Lancet* 2004; 363: 793–803.
3. Chwalińska-Sadowska H., Mielnik P.: Zapalenie skórno-mięśniowe i wielomięśniowe. *Reumatologia* 2004; 42: 1:46–53.
4. Bohan A., Peter J.B. Polymyositis and dermatomyositis. *N. Engl. J. Med.* 1975; 292: 344–347, 403–407.
5. Małyk H., Fiedorowicz-Fabrycy I.: Układowe zapalenia naczyń. *Reumatologia* 2004; 42: 77–88.



Powinno się zlecać badania TSH u wszystkich chorych z utrzymującymi się dolegliwościami mięśniowo-stawowymi o niejasnej etiologii