

# *Pacjentka z bólami stawu biodrowego lewego oraz licznymi chorobami współistniejącymi*

dr n. med. Maria Rell-Bakalarska, dr n. med. Robert Rupiński

Rheuma Medicus, Specjalistyczne Centrum Reumatologii i Osteoporozy

KOBIETA

WIEK: 54 lata

ZAWÓD: urzędniczka

WSTĘP

54-letnia kobieta zgłosiła się z powodu trwającego od blisko pół roku bólu stawu biodrowego lewego. Dolegliwości wystąpiły kilka tygodni po przebyciu COVID-19 i stopniowo się nasilały, ale nie były związane z urazem lub przeciążeniem. Bóle pojawiały się zwłaszcza w godzinach popołudniowych i wieczornych, po dłuższym chodzeniu bądź przebywaniu w pozycji stojącej. Nasilenie bólu pacjentka oceniała średnio na 4/10 w skali VAS; z jego powodu stosowała systematycznie paracetamol 500 mg/24 h (po kolacji). Chora nie przyjmowała NLPZ ze względu na nadciśnienie (zalecenie prowadzącego kardiologa). Pacjentka zgłaszała ponadto okresowe bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa o niewielkim nasileniu, jednak z tego powodu nie przyjmowała obecnie żadnych leków.

Pacjentka podała równocześnie występowanie chorób współistniejących, z których powodu stosowała od wielu lat leczenie farmakologiczne:

- nadciśnienie tętnicze leczone od ok. 10 lat, obecnie prawidłowo kontrolowane – połączenie peryndoprylu, indapamidu i amlodypiny (10/2,5/5 mg) 1 tabl. dziennie

- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) leczona od 15 lat, w okresie ostatniego półrocza bez zaostrzeń – połączenie budezonidu i formoterolu (320/9 µg, proszek do inhalacji) 2 × 1 dawka dziennie
- hipercholesterolemia leczona od ok. 5 lat – rosuwastatyna 20 mg/24 h.

Pacjentka pali papierosy od 30 lat (20 sztuk dziennie), nie nadużywa alkoholu, prowadzi siedzący tryb życia, dotychczas bez złamań kości. Chora od roku miesiączkująca nieregularnie – ostatnio ok. 4 miesiące temu. Pacjentka nie stosuje żadnych ograniczeń dietetycznych, przyjmuje witaminę D 2000 IU/24 h (suplement diety), nie stosuje preparatów wapnia (po konsultacji z kardiologiem). Wywiad rodzinny – złamanie szyjki kości udowej u matki (68. r.ż.).

#### BADANIE PRZEDMIOTOWE:

W badaniu klinicznym stwierdzono ból związany z ruchami biernymi oraz ograniczenie rotacji wewnętrznej stawu biodrowego lewego. Zakres ruchu pozostałych stawów i kręgosłupa nie był istotnie ograniczony, nie występowała bolesność stawów. Dokonano pomiaru parametrów życiowych – ciśnienie tętnicze 135/85 mmHg, czynność serca 88/min, masa ciała 92 kg, aktualny (i maksymalny) wzrost 171 cm (BMI 31,5 kg/m<sup>2</sup>).

#### BADANIA DODATKOWE:

- Morfologia i biochemia krwi – L: 9,2 tys./µl, E: 4,0 mln/µl, Hb: 13,5 g/dl, MCV: 88 fl, Plt: 334 tys./µl, glukoza: 100 mg/dl, ALT: 23 U/l, kreatynina: 1,1 mg/dl, wapń: 8,8 mg/dl, cholesterol całkowity: 207 mg/dl, OB: 12, CRP: 4,2 mg/l (norma 5,0), stężenie witaminy D: 25,0 ng/ml. Pacjentka nie wykonywała dotychczas żadnych badań radiologicznych. Dostarczyła natomiast wynik badania densytometrycznego (DXA), które sama wykonała w ramach diagnostyki bólów biodra lewego (ryc. 1). Gęstość mineralna szyjki kości udowej lewej wynosiła -1,6 (T-score).
- Indywidualne ryzyko złamania wyliczone dla naszej pacjentki za pomocą kalkulatora FRAX™ (w wersji dla Polski) wyniosło 10,0 (ryc. 2).

**ROZPOZNANIE:** podejrzenie choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego lewego (koksartroza), osteoporoza u pacjentki przewlekłe leczonej glikokortykosteroidami, nadciśnienie tętnicze, POChP, hipercholesterolemia

## ZALECENIA:

- leki: paracetamol 500–1000 mg/24 h w razie bólu; rozpoczęcie suplementacji wapniem i witaminą D (Calperos Osteo); wdrożenie farmakoterapii osteoporozy (bisfosfonian); dołączenie tzw. objawowego wolno działającego leku w chorobie zwyrodnieniowej stawów (SYSADOA, *symptomatic slow-acting drugs in osteoarthritis*) w przypadku potwierdzenia koksartrozy (siarczan chondroityny, siarczan glukozaminy, piaskledyna)
- skierowanie pacjentki na badanie radiologiczne stawów biodrowych w celu potwierdzenia rozpoznania choroby zwyrodnieniowej oraz wykluczenia innych stanów patologicznych stawów biodrowych
- skierowanie pacjentki na rehabilitację (kinezyterapia)
- uzupełnienie badań laboratoryjnych rutynowo wykonywanych w diagnostyce niskiej gęstości mineralnej kości (wapń, fosfor, fosfataza zasadowa w surowicy, wapń, fosfor w dobowej zbiórce moczu)
- wykonanie kontrolnych badań densytometrycznych – DXA biodra i kręgosłupa za 12 miesięcy (optymalnie przy użyciu tego samego aparatu DXA).

## KOMENTARZ:

Kliniczne cechy zgłaszanego bólu lewego biodra współistniejące z otyłością wskazują na rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego (koksartroza). Wstępna diagnoza zostanie prawdopodobnie potwierdzona po wykonaniu badania radiologicznego stawów biodrowych. Badanie to jest również ważne, żeby móc wykluczyć aseptyczną martwicę głowy kości udowej, która może imitować podobne dolegliwości bólowe, a która bywa powikłaniem leczenia glikokortykosteroidami. Ze względu na obciążenia kardiologiczne oraz gastrologiczne utrzymano leczenie paracetamolem (nie NLPZ) oraz zaplanowano terapię SYSADOA. Leki z tej grupy w perspektywie 3–6 miesięcy przynoszą zwykle ograniczenie bólu, zmniejszenie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe oraz poprawę funkcji stawu.

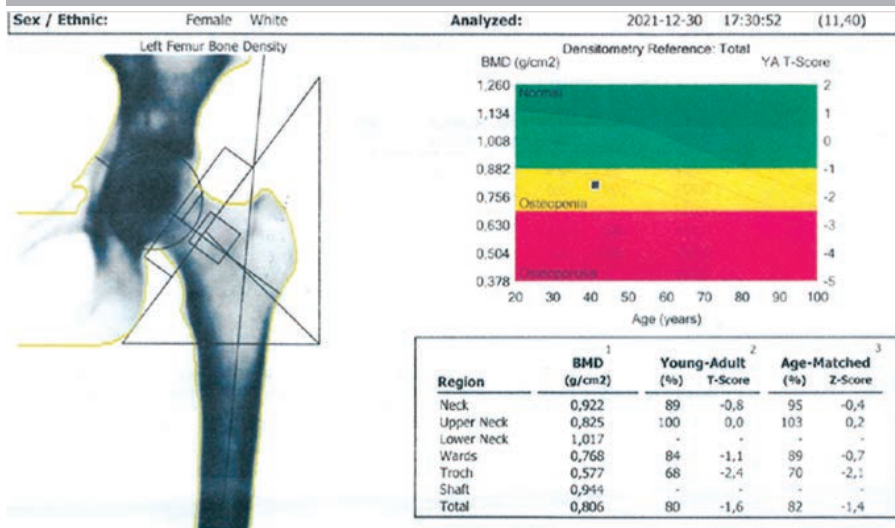
Przypadkowo wykonane badanie densytometryczne wykazało natomiast obecność osteopenii (T-score -1,6). Wyliczone na podstawie wyniku badania DXA za pomocą kalkulatora FRAX™ (Fracture Risk Assessment Tool) ryzyko złamania głównego pozwoliło na rozpoznanie osteoporozy [1]. Związane jest to w przypadku naszej pacjentki przede wszystkim z obecnością czynników ryzyka – nikotynizmu, przewlekłej wieloletniej glikokortykosteroidoterapii oraz złamania szyjki kości udowej u matki [2]. Wydaje się również, że mimo negatywnej opinii kardiologa istnieją wskazania do wdrożenia terapii preparatem wapniowym oraz

dodatkowej suplementacji witaminą D z powodu otyłości pacjentki. Ze względu na łatwość przyjmowania (tabletki do rozgryzania i żucia) oraz połączanie w jednej tabletkie (poprawa *compliance*, zmniejszenie liczby przyjmowanych tabletek) optymalnym rozwiązaniem byłby w tym przypadku lek Calperos Osteo. U naszej pacjentki (koksartroza, osteoporoza, hipercholesterolemia i otyłość) istotne znaczenie będzie miała wyuczona pod okiem terapeuty i systematycznie powtarzana w domu gimnastyka [3].

Pacjentce oprócz suplementacji wapniem i witaminą D zaproponowano terapię doustnym bisfosfonianem oraz wyznaczono termin kontrolnego badania DXA (kręgosłup i biodro) [4]. Podsumowując, należy zauważyć, że przypadkowo wykonane badanie diagnostyczne (densytometria) stało się elementem całkowicie zmieniającym postępowanie terapeutyczne (leczenie osteoporozy), a więc początkiem terapii zapobiegającej złamaniom w przyszłości. Warto również podkreślić, że u kobiet z wielochorobowością stosujących farmakoterapię wielolekową konieczne jest wcześniejsze niż standardowo wykonanie pierwszego badania densytometrycznego.

Rycina 1.

Densytometria szyki kości udowej (archiwum autorów).



Rycina 2.

Ryzyko złamania wyliczone za pomocą kalkulatora FRAX™ (archiwum autorów).

**FRAX<sup>®</sup> Fracture Risk Assessment Tool**

Home Calculation Tool Paper Charts FAQ References CE Mark English

### Calculation Tool

Please answer the questions below to calculate the ten year probability of fracture with BMD.

Country: **Poland** Name/ID: **Pacjentka 3** About the risk factors

**Questionnaire:**

1. Age (between 40 and 90 years) or Date of Birth  
 Age: 54 Date of Birth: M: D:  
 Y: M: D:

2. Sex  Male  Female

3. Weight (kg) **92**

4. Height (cm) **171**

5. Previous Fracture  No  Yes

6. Parent Fractured Hip  No  Yes

7. Current Smoking  No  Yes

8. Glucocorticoids  No  Yes

9. Rheumatoid arthritis  No  Yes

10. Secondary osteoporosis  No  Yes

11. Alcohol 3 or more units/day  No  Yes

12. Femoral neck BMD (g/cm<sup>2</sup>)  
 T-Score **-1.6**

**Results:**

Major osteoporotic **1.0**

Hip Fracture **1.7**

00245993  
 Individuals with fracture risk assessed since 1st June 2011

#### PIŚMIENICTWO

1. <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?country=40> (access: 4.05.2022).
2. Eastell R, Rosen CJ, Black DM et al. Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2019; 104(5): 1595-622. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00221>.
3. Ilias I, Milionis C, Zoumakis E. An Overview of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. 2022 Mar 19. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A et al (ed). Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc. 2000.
4. Ng JY, Hilal A, Maini I. What traditional, complementary, and integrative medicine recommendations exist across osteoporosis clinical practice guidelines? A systematic review and quality assessment. Integr Med Res. 2022; 11(2): 100803. <http://doi.org/10.1016/j.imr.2021.100803>.

Adres do korespondencji:

**dr n. med. Maria Rell-Bakalarska, dr n. med. Robert Rupiński**  
 Rheuma Medicus, Specjalistyczne Centrum Reumatologii i Osteoporozy  
 ul. Pruszkowska 6, 02-118 Warszawa