

Pacjentka z bólami odcinka piersiowego kręgosłupa, chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa, diagnozowana w kierunku insulinooporności

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

Rheuma Medicus, Specjalistyczne Centrum Reumatologii i Osteoporozy

KOBIETA

WIEK: 45 lat

ZAWÓD: kasjerka w supermarkecie

WYWIAD:

Pacjentka zgłosiła się z powodu występującego od blisko roku bólu kręgosłupa piersiowego o zmiennym i raczej niewielkim nasileniu. Bóle nie wystąpiły nagle, ale pojawiały się stopniowo i nie były związane z urazem. Sama chora łączyła je raczej z pracą zawodową polegającą na kilkugodzinnym przebywaniu w pozycji siedzącej, ponieważ nasilały się w godzinach popołudniowo-wieczornych. Dolegliwościom nie towarzyszyły utrata masy ciała ani występowanie stanów podgorączkowych. Chora zwróciła natomiast uwagę na występujące od kilku miesięcy uczucie ogólnego osłabienia oraz zauważyła niewielkie pochylenie się swojej sylwetki. Dotychczas nie występowały istotne dolegliwości ze strony stawów. Pacjentka z powodu bólu, który w ostatnim tygodniu oceniła na 3/10 w skali VAS, przyjmowała okazjonalnie ibuprofen 400 mg/24 h. Chora zmobilizowana przez córkę wykonała kontrolne badanie radiologiczne odcinka piersiowego kręgosłupa i podstawowe badania laboratoryjne.

Pacjentka nie zgłaszała chorób współistniejących, nie przyjmowała leków na stałe. Ze względu na utrzymującą się podwyższoną glikemię na czczo rozpoczęła diagnostykę pod kątem insulinooporności. Pacjentka nigdy nie paliła papierosów ani nie piła alkoholu, regularnie miesiączkuje, prowadzi raczej siedzący tryb życia (nie uprawiała sportu). Od ok. 5 lat istotnie ogranicza spożywanie produktów nabiałowych z powodu nietolerancji. Wywiad rodzinny w kierunku osteoporozy i chorób reumatycznych był negatywny.

BADANIE PRZEDMIOTOWE:

W badaniu klinicznym nie stwierdzono bólu ani zapalenia stawów. Ruchomość kręgosłupa nie była istotnie ograniczona. Zwracała uwagę hiperkifoza odcinka piersiowego kręgosłupa. Czynność serca i ciśnienie tętnicze pozostawały w granicach normy. Masa ciała 61 kg, aktualny wzrost 161 cm (BMI 23,5 kg/m²), maksymalny poprzednio zmierzony wzrost 163 cm.

BADANIA DODATKOWE:

- Morfologia i biochemia krwi – L: 7,0 tys./ μ l, E: 4,6 mln/ μ l, Hb: 14,5 g/dl, MCV: 95 fl, Plt: 214 tys./ μ l, glukoza: 112 mg/dl, ALT: 31 U/l, kreatynina: 0,7 mg/dl, sód: 140 mmol/l, potas: 3,4 mmol/l, cholesterol całkowity: 237 mg/dl, CRP: 2,1 mg/l (norma 5,0), TSH: 2,030 mU/l.
- Badanie radiologiczne odcinka piersiowego i szyjnego kręgosłupa wykazało: obecność wczesnych zmian zwyrodnieniowych, hiperkifozę piersiową z obniżeniem wysokości kręgów (powyżej 20% wysokości) w jej części centralnej (ryc. 1).

ROZPOZNANIE: osteoporoza ze złamaniem patologicznym (M80), choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa (M47), nieprawidłowy poziom glikemii na czczo

ZALECENIA:

- leki: kontynuacja dotychczasowego leczenia przeciwbólowego, dołączenie suplementacji wapniem i witaminą D (np. Calperos Osteo), rozważenie farmakoterapii osteoporozy
- dalsza diagnostyka osteoporozy – wykonanie densytometrii, oznaczenie stężenia 25(OH)D, wapnia i fosforu w surowicy, fosfatazy zasadowej, oznaczenie dobowego wydalania wapnia i fosforu w moczu, dodatkowo OB i badanie ogólne moczu jako uzupełnienie dostarczonych przez pacjentkę badań

- dokończenie diagnostyki endokrynologicznej, w tym wykluczenie subklinicznej nadczynności kory nadnerczy
- skierowanie pacjentki na konsultację rehabilitacyjną.

KOMENTARZ:

Pacjentka zgłosiła się z podejrzeniem choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, która została potwierdzona w badaniu radiologicznym. Przeprowadzone badanie radiologiczne wykazało jednocześnie centralne i klinowate obniżenie wysokości trzonów kręgowych. Tego rodzaju patologia zawsze nasuwa podejrzenie zaawansowanej osteoporozy z obecnością kompresyjnego złamania kręgu. Warto zwrócić uwagę na obecność klinicznych objawów mogących nasuwać to rozpoznanie, tj. powiększenia się kifozy piersiowej oraz obniżenia wzrostu [1]. Przyjmuje się, że roczne zmniejszenie wysokości o 2 cm lub całkowite o 4 cm może być spowodowane kompresyjnym złamaniem trzonu kręgowego. Zgłaszane przez pacjentkę bóle miały raczej charakter zwyrodnieniowo-przeciążeniowy, być może jednak wtórnie nasilony wytworzoną hiperkifozą. Ocenia się, że złamania kompresyjne kręgosłupa mogą aż w 60% przebiegać bez bólu, stąd tak ważny jest pomiar aktualnego wzrostu. Bóle kręgosłupa oraz towarzyszący niejasny obraz radiologiczny należy zawsze diagnozować w kierunku przerzutów nowotworowych, szczególnie jeśli dolegliwości dotyczą odcinka piersiowego kręgosłupa (tzw. czerwone flagi). Pomocne w rozpoznaniu bądź wykluczeniu będą wyniki badania OB, morfologii, stężenia wapnia w surowicy [2].

W trakcie zbierania wywiadu u pacjentki stwierdzono ograniczenie spożycia nabiału, które mogło prowadzić do wystąpienia niedoborów wapnia. Dlatego pierwszym działaniem terapeutycznym, jeszcze przed określeniem stopnia tych niedoborów, było rozpoczęcie suplementacji [3]. Nadmierne obniżenie gęstości mineralnej kości u kobiety poniżej 50. r.ż. bez zaburzeń miesiączkowania zwykle świadczy o rozwoju osteoporozy wtórnej. Mogą do niej prowadzić zaburzenia gruczołów wydzielania wewnętrznego, w tym niezwiązane z hipogonadyzmem: nadczynność przytarczyc, nadczynność kory nadnerczy, nadczynność tarczycy, akromegalia, hiperprolaktynemia, choroba Addisona. Ze względu na odchylenia w badaniach laboratoryjnych (hiperglikemia, hipokaliemia, hipercholesterolemia), a także występowanie uczucia ogólnego osłabienia nasza pacjentka wymaga diagnostyki w kierunku subklinicznej nadczynności kory nadnerczy. Taki „beobjawowy zespół Cushinga” może, przebiegając przez dłuższy czas w sposób niezauważony, spowodować obniżenie gęstości mineralnej kręgow, a w konsekwencji złamania

kompresyjne. W planowaniu terapii w tym przypadku, oprócz rozważenia specyficznej farmakoterapii (np. denosumabem), podstawowe znaczenie będzie miało rozpoznanie i leczenie przyczyny wtórnej osteoporozy.

Warto wspomnieć o pozostałych przyczynach wtórnej osteoporozy, do których zalicza się m.in.: przewlekłe stosowanie niektórych leków (glikokortykosteroidy, hormony tarczycy w wysokich dawkach, antagoniści witaminy K, leki immunosupresyjne, inhibitory pompy protonowej), długotrwałe unieruchomienie, zaburzenia trawienia lub wchłaniania (głównie celiakia), stan po resekcji żołądka lub jelit, stan po operacjach bariatrycznych, nieswoiste choroby zapalne jelit, przewlekłe choroby wątroby z cholestazą (np. pierwotne zapalenie dróg żółciowych), zespół nerczycowy i przewlekłą niewydolność nerek, układowe choroby tkanki łącznej (np. reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty układowy) oraz przewlekłą obturacyjną chorobę płuc [4].

Rycina 1.

RTG piersiowego i szyjnego odcinka kręgosłupa (projekcja boczna, archiwum autorów).



PIŚMIENNICTWO

1. Zileli M, Fornari M, Costa F et al. Epidemiology, natural course, and preventive measures of osteoporotic vertebral fractures: WFNS Spine Committee Recommendations. *J Neurosurg Sci.* 2022. <http://doi.org/10.23736/S0390-5616.22.05643-0>.
2. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16.17> (access: 4.05.2022).
3. Lorenc R, Głuszko P, Franek E et al. Guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Poland. Update 2017. *Endokrynol Pol.* 2017; 68(5): 604-9.
4. Kanis JA, Harvey NC, McCloskey E et al. Algorithm for the management of patients at low, high and very high risk of osteoporotic fractures. *Osteoporos Int.* 2020; 31(1): 1-12. <http://doi.org/10.1007/s00198-019-05176-3>. Erratum in: *Osteoporos Int.* 2020; 31(4): 797-8.

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