

OBJAWY KLINICZNE, DIAGNOSTYKA, ROZPOZNANIE

Mirosław Jarosz

Osteoporoza bardzo często przebiega bez żadnych objawów klinicznych. Ujawnia się dopiero złamaniem kości – częstokroć po niewielkim urazie lub upadku. Ocenia się, że blisko połowa 50-letnich kobiet będzie miała do końca życia przynajmniej jedno złamanie kości. Najczęściej dotyczy ono kości przedramienia, trzonów kręgow oraz bliższego odcinka kości udowej.

U części osób objawy kliniczne, pod postacią uogólnionych bólów kostnych lub zniekształceń kości, ujawniają się po wielu latach trwania choroby w okresie znacznego zmniejszenia masy kostnej. Występujące w przypadku osteoporozy bóle kostne nasilają się w pozycji stojącej oraz w trakcie chodzenia. W przypadku gdy dojdzie do złamania kręgow, mogą pojawiać się objawy neurologiczne (zaburzenia czucia, niedowłady mięśniowe), spowodowane uciskiem na nerwy międzykręgowe lub rdzeń kręgowy.

Uogólnione bóle kostne nie są charakterystyczne dla osteoporozy. Występują one w takich schorzeniach jak osteomala-

cja (rozwija się w wyniku niedostatecznego odkładania się soli wapnia w tkance kostnej) czy też osteodystrofia (w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek).

Rozpoznanie osteoporozy na podstawie badania radiologicznego jest trudne, ponieważ ma ono małą czułość diagnostyczną. Przy zastosowaniu tego badania możemy rozpoznać chorobę wówczas, gdy masa kostna ulegnie zmniejszeniu o co najmniej 30%. O osteoporozie świadczą charakterystyczne zmiany w kręgach pod postacią „rybich” kręgów, zmiany ich kształtów (postać klina), a także wtedy, gdy stwierdzamy kompresyjne złamania trzonów kręgów. Złamania kompresyjne innych elementów układu kostnego (szyjka kości udowej, żeber) również wskazują na osteoporozę.

Bardzo charakterystyczne zmiany typu zwiększonej przejrzystości kości, ścienienia warstwy korowej kości oraz rozrzedzenie warstwy gąbczastej występują dopiero w osteoporozie bardzo zaawansowanej.

Wcześniejsze rozpoznanie osteoporozy, nawet przed wystąpieniem objawów klinicznych i złamań, umożliwia absorpcyjno-metryczne badanie kości (densytometria).

Inne badania dodatkowe mogą być przydatne w rozpoznawaniu osteoporozy wtórnej, występującej znacznie rzadziej (20%) niż osteoporoza pierwotna (tab. 6).

Dla przykładu oznaczenie stężenia wapnia i fosforu we krwi i w dobowej zbiórce moczu, zbadanie stężenia we krwi hormonu wydzielanego przez przytarczyce (parathormon) mogą pozwolić na rozpoznanie nadczynności przytarczyc.

W tabeli 6 przedstawiono przyczyny osteoporozy wtórnej.

Tabela 6

Wybrane przyczyny wtórnej osteoporozy

1. Choroby endokrynologiczne (gruczołów wydzielania wewnętrznego) <ul style="list-style-type: none">• nadczynność przytarczyc• nadczynność kory nadnerczy• nadczynność tarczycy• akromegalia• hiperprolaktynemia• cukrzyca• choroba Addisona• endometrioza• niewydolność gonad
2. Choroby nerek <ul style="list-style-type: none">• zespół nerczycowy• nefropatie (przebiegające z utratą wapnia i fosforu)
3. Choroby układu pokarmowego <ul style="list-style-type: none">• zespół złego wchłaniania (choroba trzewna, przewlekłe zapalenie trzustki)• choroby zapalne jelit (choroba Crohna)• przewlekłe choroby wątroby (przebiegające z cholestazą, np. pierwotna marskość żółciowa wątroby)
4. Choroby reumatyczne <ul style="list-style-type: none">• reumatoidalne zapalenie stawów• zeszywniające zapalenie stawów• tłuszczycowe zapalenie stawów
5. Choroby szpiku <ul style="list-style-type: none">• szpiczak mnogi• białaczka szpikowa• chłoniak• niedokrwistość złośliwa• skrobiawica• sarkoidoza
6. Hiperwitaminoza A

cd. tabeli 6

7. Leki

- glikokortykosteroidy
- leki przeciwpadaczkowe (karbamazepina, fenytoina, fenobarbital)
- metotreksat
- cyklosporyna
- heparyna