

Zaburzenia neurologiczne i psychiczne w układowych chorobach tkanki łącznej w wieku starszym

*Neurological and mental disorders in systemic diseases
of the connective tissue in the elderly*

ANNA PÓLTORAK-WASIELEWSKA

Z Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu Wielkopolskim

STRESZCZENIE. *Autorka omawia częstość i charakter charakterystycznych dla wieku podeszłego zaburzeń neurologicznych i psychicznych w przebiegu układowego tocznia rumieniowatego, reumatoidalnego zapalenia stawów, polimialgii reumatoidalnej oraz zapalenia tętnicy skroniowej (red.).*

SUMMARY. *Prevalence and nature of neurological and mental disorders typical of old age in the course of lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, rheumatoid polymyalgia, and temporal artery inflammation are discussed in the paper (Ed.).*

Słowa kluczowe: układowe choroby tkanki łącznej / zaburzenia psychiczne
Key words: systemic diseases of connective tissue / mental disorders

Do układowych chorób tkanki łącznej (UCHTŁ) występujących najczęściej w wieku starszym należą: toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów, martwicze zapalenia naczyń, a wśród nich polimialgia reumatyczna i olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnicy skroniowej. Należy podkreślić, że w związku ze starzeniem się aparatu immunologicznego przebieg UCHTŁ u osób starszych różni się zasadniczo od przebiegu tych chorób w wieku średnim i młodszym [1, 8]. Ogólnie rzecz biorąc, przebieg tych schorzeń u osób starszych jest łżejszy, a odczyn zapalny ogólny i miejscowy ma charakter bardziej skąpoobjawowy. W związku z tym kryteria kliniczne UCHTŁ tak bardzo przydatne do rozpoznawania tych schorzeń w wieku średnim i młodszym nie pokrywają się ściśle z obrazem klinicznym tzw. kolagenoz w wieku starszym. Jest to związane ze wspomnianym wyżej starzeniem się aparatu immunologicznego i postępującym osłabieniem odporności zarówno typu komórkowego jak i humoralnego [13, 18].

Występowanie w UCHTŁ zaburzeń neurologicznych i psychicznych jest jedną z cech, które występują w większości schorzeń tej grupy. W obrazie chorobowym tzw. kolagenoz występują bowiem (obok zajęcia innych układów) objawy kliniczne zajęcia układu nerwowego, zarówno ośrodkowego jak i obwodowego. Zajęcie systemu nerwowego, różne w poszczególnych jednostkach chorobowych, jest jedną z głównych cech łączących tę grupę chorób. Do cech łączących kolagenozy poza tym należą: gorączka, chudnięcie, osłabienie, zapalenia stawów i artralgie, zmiany skórne i w tkance podskórnej, zmiany w mięśniach, zapalenie błon surowiczych, zmiany w płucach oraz zmiany w nerkach [2, 14].

W grupie chorób tkanki łącznej charakterystyczne jest powstawanie w organizmie chorego przeciwciał skierowanych przeciw własnym komórkom i tkankom. Świadczy to o autoimmunizacji ustroju, a w konsekwencji doprowadza do powstania, a następnie odkładania się w tkankach kompleksów

immunologicznych (KI). Pociąga to za sobą dalszą sekwencję zjawisk, doprowadzając do procesu zapalnego typu immunologicznego w tkance łącznej naczyń krwionośnych z następowym niszczeniem tkanek i narządów [2, 9, 14]. Oprócz patogennego działania KI w dużej liczbie chorób tkanki łącznej, zwłaszcza przebiegających z objawami *vasculitis*, stwierdzono bezpośrednie niszczące działanie różnych przeciwciał. Przeciwciała te są skierowane przeciw różnym składowym elementom morfotycznych krwi, komórek śródbłonna naczyń, białek układu krzepnięcia krwi, a także komórek o.u.n. i obwodowego układu nerwowego.

Przed szczegółowym opisem objawów neurologicznych i zaburzeń psychicznych w chorobach tkanki łącznej powiązanych patogennie z procesem chorobowym w systemie nerwowym wspomnieć należy, że choroby reumatyczne, w tym UCHTŁ, obok nadciśnienia i choroby niedokrwiennej serca, występują na czele długiej listy chorób somatycznych wywołujących bezsenność, depresję i stany lękowe [5].

Bezsenność jest związana z sytuacją życiową chorego (tzw. bezsenność sytuacyjna), współistniejącymi problemami w trakcie trwania choroby, uzależnieniem od innych osób, trudnościami w wykonywaniu codziennych czynności, co związane jest z niesprawnością chorego.

Życiu tych chorych stale towarzyszy mniej lub bardziej nasilony ból, który powoduje trudności w poruszaniu się chorego, stwarza poczucie zagrożenia i niepewności. Trudności w poruszaniu się i samoobsłudze, w związku z ograniczeniami bólowymi i zniekształceniami w układzie ruchu powodują uczucie bezradności i zniechęcenia oraz poczucie braku perspektyw życiowych. Są to więc problemy natury psychologicznej. Problemy te są przyczyną zaburzeń osobowości oraz wspomnianych wyżej stanów lękowych i depresji [1, 5].

Jednak wiele z chorób tkanki łącznej ma w swym obrazie klinicznym objawy i zespoły psychoneurologiczne związane z organicznym zajęciem systemu nerwowego. Ob-

jawy te omówię wraz z krótką charakterystyką obrazu klinicznego tych chorób w wieku starszym.

TOCZEŃ RUMIENIOWATY UKŁADOWY

Toczeń rumieniowaty układowy (TRU, *lupus erythematosus systemicus*) jest chorobą, która występuje najczęściej u kobiet (9:1) w trzeciej i czwartej dekadzie życia [3, 11]. Stwierdzono jednak, że początek choroby może ujawniać się również powyżej 50 r.ż. [3, 17].

TRU jest chorobą ogólnoustrojową, w jej przebiegu dochodzi do zajęcia różnych narządów wewnętrznych, przy czym o losie chorego decyduje najczęściej zajęcie nerek i o.u.n. [3].

Przebieg kliniczny tocznia rumieniowatego układowego w wieku starszym jest łżejszy niż u osób młodszych [17].

Z objawów klinicznych rzadziej niż w wieku średnim i młodszym stwierdza się nadwrażliwość na światło, rumień krążkowy, zapalenie osierdzia, a zwłaszcza zajęcie przez proces zapalny nerek. Natomiast w wieku starszym w TRU najczęściej stwierdza się występowanie zapalenia opłucnej. U osób starszych w toczniu, rzadziej niż w wieku młodszym, występują zaburzenia hematologiczne i immunologiczne (przeciwciała przeciw natywnemu DNA i przeciw makroglobulinie Sm, obniżona aktywność komplementu w surowicy oraz fałszywie dodatnie odczyny kiłowe), co związane jest z upośledzeniem funkcji aparatu immunologicznego w wieku starszym.

Mimo łżejszego przebiegu klinicznego TRU ok. 30% chorych w wieku starszym wymaga skojarzonego leczenia immunosupresyjnego (sterydy i cytostatyki), a takie skojarzone leczenie chorych w wieku podeszłym prowadzi do rozwoju trudnej do opanowania infekcji [17].

Symptomatologia psychoneurologiczna TRU jest bardzo obszerna. Występować bowiem mogą zarówno zaburzenia psychiczne, jak i neurologiczne. Wchodzą one w skład jedenastu kryteriów klinicznych (wg ARA

z 1987 r.) jako tzw. zaburzenia neuropsychiatryczne [2, 3, 9, 16]. Spełnienie tego kryterium wymaga stwierdzenia:

-
- drgawek,
 - psychozy – po wyłączeniu przyczyn polekowych i metabolicznych (mocznicza, dyselektrolitemie).
-

W TRU mogą się pojawiać różne zespoły psychopatologiczne, w tym psychozy z zaburzeniami świadomości i znacznym pobudzeniem psychoruchowym, a także inne objawy psychotyczne, których różnorodność i nasilenie są bardzo zróżnicowane – od bezsenności z objawami niepokoju, poprzez gonitwę myśli i natręctwa, do stanów depresyjnych, na przemian z okresowymi pobudzeniami. W większości przypadków zaburzeń psychotycznych w przebiegu TRU mamy do czynienia z obrazem choroby afektywnej dwubiegunowej [9] lub depresji z objawami psychotycznymi [7]. Wielu pacjentów wymaga hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych, a po opanowaniu ostrej psychozy, leczenie choroby podstawowej wymaga stałej współpracy reumatologa z psychiatrą.

Z zaburzeń neurologicznych w przebiegu TRU najczęściej obserwowane są napady drgawkowe uogólnione lub ogniskowe. Mogą one pojawiać się nieraz na kilka lat przed właściwymi objawami tocznia [16]. Ponadto, obserwowano uogólnione organiczne uszkodzenie o.u.n. z postępującym ośpieniem, a także ogniskowe uszkodzenie mózgu lub rdzenia kręgowego [1, 3, 7]. Można też obserwować okresowe lub ciągle bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i zdolności kojarzenia, niedowład połowicze, objawy mózdkowe, zaburzenia mowy, niedowład lub porażenia nerwów czaszkowych [3, 15, 16], w tym stosunkowo często występująca neuralgia nerwu trójdzielnego.

Z rzadziej występujących objawów opisywano: poprzeczne zapalenie rdzenia, zespół Guillan-Barré, aseptyczne zapalenie opon

mózgowych i mózgu, płasawicę i objawy miasteniczne [3, 10]. Jednak, jeśli chodzi o objawy miasteniczne w toczniu, to przyjmuje się raczej, że jest to współistnienie tocznia z *myasthenia gravis*, która w przeciwieństwie do innych neurologicznych powikłań tocznia nie jest związana z toczniowym zapaleniem naczyń [10, 12]. Skojarzenie tych dwóch chorób dotyczy zasadniczo osób młodych, bardzo rzadko po 60 r.ż.

REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS, *arthritis rheumatoidea*) jest chorobą występującą częściej u kobiet (3 : 1) w wieku od 25 r.ż. do 60 r.ż., jednak kilkanaście procent wszystkich przypadków zachorowań na tę chorobę rozpoczyna się powyżej 60 r.ż. [3, 8, 11].

Podkreślić należy, że międzynarodowe kryteria kliniczne (wg ARA z 1987 r.) stosowane w diagnostyce tej choroby u osób młodszych nie pokrywają się ściśle z obrazem klinicznym RZS wieku starszego. W wieku średnim i młodszym cechą charakterystyczną, ujętą również w tych kryteriach, jest symetria zmian stawowych, lokalizacja dotycząca stawów rąk, wielostawowość, obecność czynnika reumatoidalnego w surowicy [3, 11].

Natomiast w RZS wieku starszego, wraz z zajęciem drobnych stawów rąk (94%), współistnieje zajęcie dużych stawów (ok. 63%), szczególnie stawów kolanowych, często asymetrycznie [8]. Zajęcie stawów kolanowych wydaje się swoiste dla starszego RZS. U dużej części pacjentów zmiany zapalne w dużych stawach nakładają się na stwierdzone zmiany zwyrodnieniowe, co stanowi duży problem diagnostyczny i terapeutyczny.

Ponadto u osób starszych początek i przebieg choroby charakteryzuje się łagodnym lub niezbyt nasilonym stopniem aktywności zapalenia, co znajduje wyraz w wynikach badań laboratoryjnych, takich jak OB, poziom seromukoidu, CRP, poziom alfa-2 globulin w surowicy [3, 11]. W wieku starszym większa jest też ilość tzw.

postaci seronegatywnych bez obecności czynnika reumatoidalnego w surowicy.

Stwierdzono również wyrównywanie się wraz z wiekiem proporcji płci. W RZS większość zmian narządowych, w tym także w zakresie układu nerwowego, związana jest ze zmianami zapalnymi w naczyniach, podobnie jak w innych UCHTŁ.

Tzw. „złośliwe RZS” z objawami zapalenia naczyń i dużą aktywnością procesu zapalnego, przypominający w przebiegu toczeń lub guzkowe zapalenie naczyń, występuje w ok. 10% przypadków i dotyczy osób młodych. W przypadkach tych mogą występować zaburzenia psychiczne i neurologiczne podobne jak w toczniu.

Jednak zmiany w układzie nerwowym w RZS dotyczą w większości przypadków obwodowego, rzadziej ośrodkowego układu nerwowego [2, 6, 11, 16].

Kliniczne przejawy tych zmian związane są z rodzajem zajętych naczyń. I tak w reumatoidalnym zapaleniu stawów stwierdza się dwa typy zmian naczyniowych.

1. Zmiany zapalne w drobnych naczyniach dłoni i stóp, w tym zmiany dotyczące naczyń odżywczych nerwów, w następstwie czego dochodzi do neuropatii typu *mononeuritis multiplex*, rzadziej jest to neuropatia czuciowa.
2. Zmiany dotyczące małych i średnich tętnic typu mięśniowego, których uszkodzenie jest związane z występowaniem objawów ze strony o.u.n. Symptomatologia tych zaburzeń jest różnorodna i zależna od lokalizacji zmian. Najczęściej są to bóle głowy, zaburzenia świadomości i niedowład połowicze.

Z zespołów psychopatologicznych w RZS obserwuje się objawy depresji: obniżenie nastroju, lęk, zaburzenia snu. Depresja, zależna od zmian organicznych, w RZS nasilana jest także przez poczucie przewlekłości i nieuleczalności samej choroby oraz uzależnieniem chorego od otoczenia.

POLIMIALGIA REUMATYCZNA I ZAPALENIE TĘTNICY SKRONIOWEJ

Polimialgia reumatyczna (PR, *polymyalgia rheumatica*) i zapalenie tętnicy skroniowej (ZTS, *arteritis temporalis*) są układowymi chorobami tkanki łącznej występującymi prawie wyłącznie u osób starszych (przeważnie kobiet powyżej 50 r.ż. – w ZTS, a w przypadku PR – powyżej 70 r.ż. [3, 4].

Fakt rzadkiego ich rozpoznawania u osób poniżej 50 r.ż. sugeruje ich związek z procesem starzenia. Jednak etiopatogeneza tych schorzeń nie jest jasna. Częściej niż w grupie kontrolnej występuje antygenemia HBS [4]. W kilkudziesięciu procentach przypadków te dwie UCHTŁ występują jednocześnie u tego samego chorego.

Wśród martwiczych zapaleń naczyń, PR i ZTS należą do olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic, które dotyczy naczyń dużego kalibru [4]. Poza tętnicą skroniową mogą być zajęte tętnice czaszkowe, a także odchodzące od łuku aorty. W ścianach tętnic sprężystych zajętych procesem zapalnym stwierdza się ziarniniakowe nacieki zapalne (z komórek jednokładowych i olbrzymich) o charakterze ogni-skowym. Nacieki te wraz ze złogami immunoglobulin, zwięzając światło naczynia, stają się przyczyną licznych zaburzeń, przede wszystkim neurologicznych, jak bóle głowy, podwójne widzenie, przemijająca lub trwała, częściowa lub całkowita ślepotą (gdy proces dotyczy tętnicy ocznej). Gdy zmiany zlokalizowane są w tętnicy skroniowej obserwuje się jej pogrubienie, przeczulicę lub obniżenie tętna [3, 4].

W przypadku zajęcia tętnic mogą występować przejściowe objawy niedokrwienia (TIA), a w przypadku zajęcia innych dużych tętnic – chromanie mięśni żwaczy, dysfagia, ból języka, chromanie kończyn. W polimialgii reumatycznej, obok już wymienionych objawów neurologicznych, na czoło wysuwają się silne bóle obręczy biodrowej i barkowej. Podkreślić należy, że we wczesnych stadiach polimialgii reumatycznej często pojawia się depresja, która może przesłaniać prawdziwy obraz choroby [4].

Objawy ogólne tych dwu UCHTŁ – w postaci: stanów podgorączkowych, ogólnego osłabienia, utraty masy ciała, OB przyspieszonego powyżej lub równego 50 mm/h – nasuwają podejrzenie procesu nowotworowego, zakażenia gruźliczego lub bakteryjnego. Schorzenia te należy wykluczyć przed zastosowaniem kortykoterapii.

Oprócz zaburzeń psychicznych i neurologicznych wywołanych samym procesem chorobowym w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym w UCHTŁ należy pamiętać, że w toku długotrwałego zwykle leczenia glikokortykosteroidami mogą także wystąpić objawy zaburzeń psychicznych. Najczęściej mają one postać depresji [1].

Na zakończenie omawiania zespołów psychopatologicznych i objawów neurologicznych w UCHTŁ u osób starszych podkreślić należy, że większość z tych chorób ma w swym obrazie tego typu zaburzenia. Konieczne jest więc stałe współdziałanie lekarzy różnych specjalności, aby uwzględnić wszystkie aspekty postępowania terapeutycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A., Strzyżewski W.: Psychiatria – podręcznik dla studentów kliniczna. PZWL, Warszawa 1992.
2. Brühl W. (red.): Zarys reumatologii. PZWL, Warszawa 1987.
3. Chwalińska-Sadowska H. (red.): Reumatologia kliniczna. PZWL, Warszawa 1995.
4. DiBartolomeo A.G., Brick J.E.: Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic i polimialgia reumatyczna. Medycyna po Dyplomie 1992, 1, 3.
5. Gilin I.H.: Postępowanie w bezsenności sytuacyjnej. Medycyna po Dyplomie 1993, 2, 1.
6. Hausmanowa-Petrusewicz I. (red.): Leczenie chorób układu nerwowego. PZWL, Warszawa 1990.
7. Jajić I.: Age and rheumatic diseases. Materiały z XVI Zjazdu PTR, Rzeszów 1992.
8. Kaplan H.J., Sadock B.J.: Psychiatria kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 1995.
9. Łasisz B., Dul W., Litkowiec J.: Reumatoidalne zapalenie stawów wieku podeszłego. Materiały z XVI Zjazdu PTR, Rzeszów 1992.
10. Małdykowa H.: Postępy w rozpoznawaniu niektórych układowych chorób tkanki łącznej. Post. Nauk Med. 1988, 4.
11. Mkinsi-Slaowi O. i wsp.: L'association lupus erythemateux dissemine-myasthenie. A propos d'un cas avec revue de la literature. Revue internationale de rheumatologie 1989, 19.
12. Moll J.H.M.: Reumatologia 1994.
13. Paprocka-Wall M., Wysocka K.: Myasthenia gravis indukowana D-penicylaminą. Reumatologia 1992, 30, 55–58.
14. Pędich W., Żakowska-Wachelko B.: Podręcznik geriatry dla lekarzy. PZWL, Warszawa 1988.
15. Sadowska-Wróblewska M.: Przewlekłe choroby reumatyczne. PZWL, Warszawa 1988.
16. Singh R.R. i wsp.: Cerebellar ataxia in systemic lupus erythematosus – three case reports. Annals of the rheumatic diseases 1988, 47, 11.
17. Zimmermann-Górska I.: Choroby reumatyczne. PZWL, Warszawa 1993.
18. Zajączek-Grabowska A., Chwalińska-Sadowska H., Jędryka-Góral A., Małdykowa H.: Objawy kliniczne i immunologiczne tocznia rumieniowatego w zależności od wieku zachorowania. Materiały z XVI Zjazdu PTR Rzeszów 1992.
19. Żakowska-Wachelko B., Pędich W.: Pacjenci w starszym wieku. PZWL, Warszawa 1995.

*Adres: Dr Anna Półtorak-Wasielewska, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych,
ul. Poznańska 109, 66-300 Międzyrzecz Wielkopolski*