

MÉNĚ ČASTÁ PŘÍČINA MYOPATIE

MUDr. Jitka Petrová

Interní a revmatologická ordinace, Hradec Králové

Kazuistická informace pojednává o méně časté příčině elevace kreatinfosfokinázy.

Popis případu

Třiašedesátiletý pacient byl doporučen do revmatologické ordinace kardiologem pro půl roku přetrvávající zvýšenou hladinu kreatinfosfokinázy po vysazení hypolipidemika.

V anamnéze měl pacient cholecystektomii, operaci katarakty a medikaci benigní hypertrofie prostatyalfuzosivem (Xatral). Vážněji nikdy nestonal. Pro hypertenzní chorobu se léčí od roku 1989. Krevní tlak má dobře korigován diuretiky a ACE inhibitory (Rhefluin + Inhibace).

Pro zjištěnou hyperlipoproteinemii mu bylo kardiologem v lednu 2002 podáno hypolipidemikum – Lipanthyl 200 mg 1 tbl. denně. Medikace hypolipidemikem byla ukončena koncem května 2002 pro bolesti v dolních končetinách při současně zvýšené hladině kreatinfosfokinázy. Preparát byl vysazen, svalové obtíže vymizely, ale elevace kreatinfosfokinázy přetrvávala.

Při objektivním vyšetření v revmatologické ordinaci v květnu 2002 byl jeho krevní tlak korigován (120/80), hmotnost 85 kg, bledší kolorit kožní, pomalá mluva, hypomimie, štítná žláza nezvětšena. Kloubní aparát byl prost zánětlivých změn a deformit. Nebyla hypo- ani hypertrofie svalová, dřep svedl bez problémů. Kůže byla bez eflorescencí.

Po klinickém vyšetření bylo pacientovi ordinováno laboratorní vyšetření: normální čKO, FW 31/hod, CRP 15 mg/l, jaterní soubor v normě, CK 14,89 μ kat/l, CK-MB 0,86 μ kat/l, aldoláza 0,62 μ kat/l, ANF negativní, slabě pozitivní protilátky proti epitelu a koloidu štítné žlázy. Hodnoty TSH 59,87 mIU/l, T4 29,8 nmol/l, T3 0,51 nmol/l.

Pro laboratorní obraz hypotyreózy bylo doplněno ultrazvukové vyšetření štítné žlázy, při kterém byla shledána atrofická, nehomogenní štítná žláza. Šíře laloku do 9 mm, bez patologicky zvýšené vaskularizace.

Byla stanovena diagnóza myopatie při hypotyreóze a byla zahájena substituční terapie. Pacientovi bylo podáno 50 μ g Euthyroxu, po třech týdnech byla dávka zvýšena na 100 μ g denně.

Kontrolní laboratorní vyšetření bylo provedeno v srpnu 2002: FW 15/hod, CK 2,56 μ kat/l, TSH 5,52 mIU/l, T4 144 nmol/l, T3 0,90 nmol/l. Pacient se cítil být čilejší, neměl obtíže. Hmotnost zredukoval na 76 kg. Byla mu ponechána dávka Euthyroxu 100 μ g denně.

Při kontrole v říjnu 2002 elevace TSH na 11,23 mIU/l – dávka Euthyroxu byla upravena – 100 μ g denně, v úterý a ve čtvrtek pouze 50 μ g.

V listopadu 2002 byla při plánovaném kontrolním vyšetření kardiologem zjištěna fibrilace síní. Pacient byl zcela bez obtíží, neměl pocity bušení srdce, nebyl dušný. Byl mu podán Warfarin 5 mg denně a pacient byl objednan ke kardioverzi. Ta byla provedena v prosinci 2002, pacientovi

vi byl podán Rytmonorm 150 mg 3x1 tbl., dávka Euthyroxu byla ponechána.

Při prosincové kontrole na revmatologii bylo kontrolní TSH 12,55 mIU/l – dávka Euthyroxu byla upravena na 150 μ g denně, v úterý a ve čtvrtek 100 μ g.

V lednu 2003 byl pacient hospitalizován na interní klinice pro poruchu nitrokomorového vedení při terapii Rytmonormem. Tato porucha byla opět zjištěna při pravidelné kardiologické prohlídce. Pacient při této poruše udával pouze lehkou tíhu v rukou a nohou, jinak si nestěžoval. Rytmonorm byl vysazen a byl mu podán Cordarone 200 mg denně.

V únoru měl pacient kontrolní TSH 2,42 mIU/l, dávka Euthyroxu byla stanovena na 150 μ g denně. Pacient je dosud bez obtíží.

Příčiny obtíží v oblasti pohybového aparátu u hypotyreózy

Obtíže mohou být u primární hypotyreózy způsobeny neuropatií, artropatií nebo myopatií.

Vedoucím příznakem hypotyreózy je tělesná slabost a rychlá únava, nedostatek iniciativy, snížená schopnost koncentrace, zhoršená paměť, nesnášenlivost chladu a zvýšení tělesné hmotnosti. Příčinou primární hypotyreózy bývá nejčastěji konečné stadium chronické autoimunní tyreoiditidy (Hashimotovy tyreoiditidy), dále tyreostatika, léčba lithiem, stav po tyreoidektomii nebo léčení radiojodem, nedostatek jodu, zevní rentgenové ozařování krční krajiny, zhoubné nádory štítné žlázy nebo metastázy extratyreoidálních nádorů. V řídkých případech je tvorba hormonu ve štítné žláze potlačena při léčení Amiodaronem. U primární hypotyreózy je zvýšená hladina TSH, který stimuluje syntézu kyseliny hyaluronové a jiných mukoproteinů ukládajících se do orgánů a tkání.

Sekundární hypotyreóza ze snížené sekrece TSH je většinou způsobena adenomem hypofýzy, mezi méně obvyklé příčiny patří poporodní nekroza hypofýzy. Protože zde je nízká hladina TSH, syntéza kyseliny hyaluronové není zvýšena a revmatologická symptomatologie je tudíž vzácná.

U pacientů s primární hypotyreózou jsou zpravidla zvýšené hladiny CK. Po substituční terapii hormony štítné žlázy se tyto hladiny normalizují. U pacientů s hypotyreózou sekundární nebývá zvýšená hladina CK a svalové postižení je vzácné. Proto lze připisovat tyreostimulačnímu hormonu patogene- netický význam u myopatie nemocných s hypotyreózou.

Hypolipidemika a svalové obtíže

Mezi nežádoucí účinky hypolipidemik patří myopatie (0,5 %), výjimečně rabdomyolýza a asymptomatické, přesto však významné zvýšení enzymů jaterního souboru.

Myopatie a myositidy jsou přechodné a mizí po vysazení léčby. Proto je nutné v průběhu terapie hypolipidemiky sledovat výskyt myalgií a případně ověřit výskyt myositid hladinou kreatinfosfokinázy.

Diferenciální rozvaha

V našem konkrétním případě byla pro kardiologa v diferenciální diagnostice elevace kreatinfosfokinázy zavádějící skutečnost, že svalové obtíže se u pacienta objevily při terapii hypolipidemiky a jejich vysazení vedlo k vymizení svalových obtíží. Teprve hypolipidemika vedla při současné hypotyreóze k manifestaci svalových obtíží. Ostatní příznaky jako únavu a zapomnětlivost přičítal pacient nastupujícímu stáří.

Závěr

1. Na podkladě výše uvedeného bych doporučovala standardní vyšetřování hladiny TSH u hyperlipoproteinemii i v případě, že není přítomna struma.
2. V průběhu terapie hypolipidemiky sledovat výskyt myalgií a kontrolně vyšetřovat hladinu kreatinfosfokinázy.
3. Dále bych zdůraznila postupné titrování dávky Euthyroxu pro možnost výskytu nežádoucích účinků – tachykardie, arytmie (především FS). Nezapomínat i na monitorování hladiny TSH při terapii Amiodaronem.

Na výše uvedeném případě je vidět, jak důležitá je mezioborová spolupráce.