GERONTOLOGIA POLSKA 2025; 33; 240-248 OPIS PRZYPADKU / CASE REPORT
zgłoszono 20.08.2025 – zaakceptowano 17.09.2025

Nieprzyjemne doznania ze strony kończyn dolnych na podstawie przypadków klinicznych

Unpleasant sensations in the lower limbs based on clinical cases

Olga Chorąży[1], Julia Młyńska[1], Natalia Mazek[1], Małgorzata Stompór[2]

[1] Studenckie Koło Naukowe Geriatrii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

[2] Katedra Medycyny Rodzinnej i Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Streszczenie

Nieprzyjemne doznania czuciowe ze strony kończyn dolnych, jak uczucie ciężkości nóg, mrowienie, drętwienie, kłucie, odczuwanie gorąca lub zimna, skurcze mięśni, konieczność poruszania kończynami są częstą przyczyną wizyty u lekarza osób po 60 r.ż. Celem pracy jest przybliżenie tego zjawiska oraz jego powiązań z innymi chorobami wieku podeszłego, aby skuteczniej dopasowywać leczenie do potrzeb pacjentów. Na podstawie przypadków czterech pacjentek z poradni geriatrycznej omówiono możliwe przyczyny powstawania dolegliwości, zarówno bardzo częstych, jak niedobór witaminy B12, neuropatia cukrzycowa czy zespół niespokojnych nóg, ale także rzadkich, lecz mogących zagrażać życiu pacjentów, jak nadczynność tarczycy. Niezmiernie często objaw dyskomfortu ze strony kończyn dolnych spowodowane są skutkami ubocznymi stosowanych leków. W podsumowaniu przedstawiono większość możliwych przyczyn prowadzących do nieprzyjemnych doznań ze strony kończyn dolnych. Wnioski. Nieprzyjemne wrażenia czuciowe ze strony kończyn dolnych mogą być przyczyną pogorszenia jakości życia, nastroju, snu u osób starszych. Znalezienie ich przyczyny może ułatwić skuteczne leczenie i ulgę w dolegliwościach. (Gerontol Pol 2025; 33; 240-248) doi: 10.53139/GP.20253329

Słowa kluczowe: *zespół niespokojnych nóg, kurcze, neuropatia, parestezje, niedobór żelaza*

Abstract

Unpleasant sensory symptoms in the lower limbs—such as heaviness, tingling, numbness, prickling, temperature changes, cramps, and the urge to move—are a frequent reason for medical consultations in people over 60. This study aims to explore these sensations and their links to age-related conditions to improve patient care. Drawing on four clinical cases from a geriatric outpatient clinic, the article examines common causes like vitamin B12 deficiency, diabetic neuropathy, and restless legs syndrome, as well as less frequent but serious conditions such as hyperthyroidism. Medication side effects are also a frequent culprit. The summary outlines the wide range of possible causes behind these symptoms. Conclusions: Sensory discomfort in the lower limbs can severely affect quality of life, mood, and sleep in older adults. Proper diagnosis of underlying causes is key to effective treatment and symptom relief. (Gerontol Pol 2025; 33; 240-248) doi: 10.53139/GP.20253329

Keywords: *restless leg syndrome, cramps, neuropathy, paresthesia, iron deficiency*

Wstęp

Nieprzyjemne doznania czuciowe ze strony kończyn dolnych są częstą przyczyną wizyty u lekarza osób po 60 r.ż. Pacjenci zgłaszają wiele dolegliwości: uczucie ciężkości nóg, mrowienie, drętwienie, kłucie, odczuwanie gorąca lub zimna, skurcze mięśni, konieczność poruszania kończynami i wiele innych [1]. Występują one pojedynczo lub jako zespoły objawów, z towarzyszącymi zaburzeniami ruchowymi, odczuwaniem bólu, pogorszeniem funkcjonowania, chodu, nastroju, snu i jakości życia. Rozpowszechnienie problemu jest trudne do oszacowania, najczęściej podawane dla pojedynczych chorób, jak np. zespół niespokojnych nóg (ponad 10% osób

Adres do korespondencji / Correspondence address: Olga Chorąży, Katedra Medycyny Rodzinnej i Chorób Zakaźnych Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, ul. Warszawska 30, 10-082 Olsztyn (+48 89) 524 53 16 olgachorazy1@gmail.com
ORCID: Olga Chorąży 0009-0001-3094-2299, Julia Młyńska 0009-0005-6247-5911, Natalia Mazek 0009-0002-8173-6791, Małgorzata Stompór 0000-0001-7746-4506

© Akademia Medycyny

po 60 r.ż.), nocne kurcze mięśni nóg (nawet ponad 30% populacji po 55 rż.), przewlekła niewydolność żylna (nawet 1/3 osób w populacji dorosłej) [2]. Tymczasem wśród osób starszych z uwagi na wielochorobowość i wielolekowość objawy kilku chorób, a także działania niepożądane leków mogą się na siebie nakładać [3].

Aby zilustrować to zjawisko, poniżej przedstawiono serię przypadków pacjentek poradni geriatrycznej.

Przypadek 1

73-letnia pacjentka zgłosiła się do poradni geriatrycznej z powodu uczucia mrowienia w okolicy dłoni i stóp oraz łydek, obniżonego nastroju oraz uczucia braku energii. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze, kamica nerkowa lewostronna, przebyte niskoenergetyczne złamanie kompresyjne kręgu L4. Na stałe przyjmowała hydrochlorotiazyd 12,5 mg 1x1 tabl. (tabletka), amlodypinę 10 mg 1x1 tabl., rozuwastatynę 20 mg 1x1 tabl. oraz kwas alendronowy 70 mg 1 x 1 tabl. co tydzień.

Badanie fizykalne: z odchyleń od normy otyłość, niewielkiego stopnia obrzęki w okolicy kostek, ból w okolicy lędźwiowej grzbietu przy zmianie pozycji ciała. Sprawna, samodzielna, bez zaburzeń funkcji poznawczych. Wyniki badań przedstawiono w tabeli Ia.

Omówienie

Na podstawie objawów i wyników badań rozpoznano pierwotną nadczynność przytarczyc (osteoporoza, kamica nerkowa). Hiperkalcemia może być przyczyną drżeń mięśniowych i skurczu mięśni odczuwanych przez chorych jako nieprzyjemne doznania. W ultrasonografii tarczycy i przytarczyc oraz scyntygrafii stwierdzono gruczolaka przytarczycy górnej lewej (10x16 mm) i zakwalifikowano pacjentkę do paratyreoidektomii lewostronnej. Po zabiegu wapń i parathormon uległy normalizacji, objawy w postaci parestezji, zaburzeń nastroju i zmęczenia ustąpiły.

Gruczolaki przytarczyc występują najczęściej u pacjentów starszych, 2-3 razy częściej u kobiet. Szczyt zachorowalności w 6 dekadzie życia. Pacjenci często ze względu na wiek i choroby współistniejące nie są kwalifikowani do zabiegu chirurgicznego. Tymczasem dzięki

Tabela Ia. Przypadek 1. Wybrane badania laboratoryjne i obrazowe
Table Ia. Case 1. Selected laboratory and imaging studies

Parametry	Wyniki pacjentki	Normy
Wapń	**12,9 mg/dl**	**8,8-10,2**
Potas	4,2 mmol/l	3,5-5,1
Sód	140 mmol/l	135-145
eGFR	56 ml/min/1,73 m^2	
Parathormon	**152,4 pg/ml**	**14,9-56,9**
Wit B12	240 pg/ml	197 – 771
Wit. D	45 ng/ml	30–50
Fosfor	2,9 mg/dl	2,5-4,5
Morfologia	w granicach normy	
Fosfataza alkaliczna	160 IU/L	44-147
Przeciwciała Borelioza	IgG IgM negatywny	
Densytometria: kość udowa	**T-Score - 2,8**	**>-2,5**
Opis badania ultrasonograficznego (USG) układu moczowego:	Prawa nerka powiększona 13,5 cm z poszerzeniem układu kielichowo – miedniczkowego, w dolnych i środkowych kielichach złogi o śr. 23, 20 i 9 mm. Lewa nerka o długości 12,2 cm, bez poszerzenia UKM, bez złogów, w dolnym biegunie torbiel 18 mm.	

eGFR – szacunkowy wskaźnik filtracji kłębuszkowej (ang. estimated Glomerular Filtration Rate)

Tabela Ib. Przypadek 1. Działania niepożądane leków jako możliwe przyczyny dolegliwości u chorej [8,17]
Table Ib. Case 1. Side effects of medications as possible causes of the patient's symptoms [8,17]

Lek	Działanie niepożądane
Hydrochlorotiazyd	Dyselektrolitemia: hipokaliemia, hiponatremia, hipomagnezemia, hiperkalcemia
Amlodypina	Obrzęki i drętwienia kończyn - efekt rozszerzenia tętniczek obwodowych
Rozuwastatyna	Miopatia: bóle mięśni, osłabienie siły mięśniowej lub skurcze mięśni
Kwas alendronowy	Zmniejszenie poziomu wapnia w surowicy może być przyczyną skurczów mięśniowych i drętwienia

małoinwazyjnej paratyreoidektomii skrócił się czas operacji oraz możliwa jest szybsza rekonwalescencja [4].

Wnioski

Mimo innych czynników mogących być wytłumaczeniem nieprzyjemnych doznań ze strony kończyn dolnych, m.in. działań niepożądanych stosowanych leków (tabela Ib), rzeczywistą przyczyną dolegliwości była nadczynność przytarczyc, której nierozpoznanie mogłoby doprowadzić do zagrażających życiu konsekwencji.

Przypadek 2

80-letnia pacjentka skarżyła się na wielomiesięczne, bolesne kurcze mięśni podudzi i stóp, w ciągu dnia i w nocy, powodujące konieczność częstej zmiany pozycji w łóżku i bezsenność. Przewlekle leczona z powodu cukrzycy, przewlekłej niewydolności serca, przewlekłej niewydolności żylnej. Leki na stałe: metformina 850 mg 3x1 tabl., furosemid 40 mg 1x1 tabl., spironolakton 25 mg 1x1 tabl., bisoprolol 5 mg 1x1 tabl., perindopril 5 mg 1x1 tabl., amlodypina 10 mg 1x1 tabl., atorwastatyna 10 mg 1x1 tabl. i diosmina 1000 mg 1x1 tabl. Z powodu nawracających dolegliwości dyzurycznych przyjmowała często furazydynę bez recepty (zwykle 5 dni leczenia ok. 1-2 razy w miesiącu).

Badanie fizykalne: Z odchyleń od normy obrzęki stóp i podudzi do 1/3 wysokości. Pacjentka sprawna, samodzielna, bez zaburzeń funkcji poznawczych. Wyniki badań w tabeli IIa.

Omówienie

Przewlekła niewydolność serca i cukrzyca zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu niespokojnych nóg, jednak u pacjentki objawy czuciowe mogły być także konsekwencją przewlekłej niewydolności żylnej, polineuropatii cukrzycowej, niewydolności nerek oraz działań niepożądanych stosowanych przez nią leków (tabela IIb) [5]. Metformina upośledza wchłanianie witaminy B12, prowadząc do jej niedoboru. Pomimo, że stężenie witaminy B12 w surowicy pacjentki było w granicach normy, nie wyklucza to niedoboru – do do-

Tabela IIa. Przypadek 2. Wybrane badania laboratoryjne i obrazowe
Table IIa. Case 2. Selected laboratory and imaging studies

Parametr	Wyniki pacjentki	Normy
Wapń	9,0 mg/dl	8,8-10,2
Potas	3,8 mmol/l	3,5-5,1
Sód	138 mmol/l	135-145
eGFR	46 ml/min/1,73 m^2	
Wit B12	220 pg/ml	197 – 771
Wit. D	48 ng/ml	30–50
Morfologia	Wynik w granicach normy	
Badanie ogólne moczu	Liczne bakterii i 4-5 leukocytów w polu widzenia	
Opis USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	Wątroba jednorodna bez zmian ogniskowych. Pęcherzyk żółciowy bez złogów. Nerki, trzustka, aorta, śledziona, pęcherz moczowy w normie.	

eGFR – szacunkowy wskaźnik filtracji kłębuszkowej (ang. estimated Glomerular Filtration Rate)

Tabela IIb. Przypadek 2. Działania niepożądane stosowanych przez pacjentkę leków jako możliwa przyczyna dolegliwości [6-8,17]
Table IIb. Case 2. Side effects of medications used by the patient as a possible cause of symptoms [6-8,17]

Lek	Działanie niepożądane
Metformina	możliwe zaburzenia wchłaniania i metabolizmu witaminy B12
Furosemid	zaburzenia elektrolitowe – hipokalcemia, hipomagnezemia, hipokalemia
Spironolakton	możliwa hiponatremia, hiperkalemia, parestezje, skurcze mięśni
Amlodypina	obrzęk tkanki podskórnej podudzi jako przyczyna drętwienia i bólu kończyn
Furazydyna	możliwe wystąpienie neuropatii obwodowej, także o ostrym i nieodwracalnym przebiegu (do jej wystąpienia szczególnie predysponują: niewydolność nerek, niedokrwistość, cukrzyca, zaburzenia elektrolitowe, niedobór wit. B12)
Atorwastatyna	miopatia: niewyjaśnione bóle mięśni, osłabienie siły mięśniowej lub skurcze mięśni

kładniejszej oceny powinno się wykorzystywać równoczesne oznaczenie poziomu kwasu metylomalonowego i homocysteiny w surowicy (podwyższone) lub holotranskobalaminy (obniżone). Stosowanie furazydyny, może prowadzić do neuropatii obwodowej, z objawami drętwienia kończyn, kurczów i bólu mięśni, szczególnie u osób z zaburzeniami elektrolitowymi lub niedoborami witamin z grupy B [6]. Neuropatia nie jest najczęściej występującym działaniem niepożądanym furazydyny, jednak u pacjentów w podeszłym wieku to powikłanie występuje częściej niż w przypadku młodszych grup wiekowych [7]. Nitrofurany znajdują się na liście kryteriów Beersa (kryteria poprawności farmakoterapii geriatrycznej) z rekomendacją: nie stosować [8]. Konsekwencją leczenia amlodypiną u chorej mogą być obrzęki i związany z tym dyskomfort ze strony podudzi.

Ostatecznie u chorej zakończono leczenie metforminą, rozpoczęto doustną suplementację witamin B1, B6 i B12 oraz z uwagi na przewlekłą chorobę nerek i niewydolność serca włączono dapagliflozynę. Z uwagi na możliwe obrzęki po amlodypinie zastąpiono ją lerkarnidypiną. Po zastosowaniu miejscowo globulek z estriolem wyeliminowano nawracające zakażenia dróg moczowych. Po około 2 miesiącach leczenia uciążliwe dolegliwości w kończynach dolnych i obrzęki znacznie zmniejszyły się [9,10].

Wnioski

Polineuropatia jest częstą przyczyną nieprzyjemnych doznań ze strony kończyn dolnych. Możliwą przyczyną są działania niepożądane leków.

U osób z cukrzycą, zwłaszcza leczonych metforminą należy zwracać uwagę na możliwy niedobór witaminy B12 i innych witamin z grupy B, jako potencjalnej przyczyny uszkodzenia nerwów obwodowych.

Nie zaleca się stosowania nitrofuranów/furazydyny wśród osób w wieku starszym szczególnie z ryzykiem polineuropatii w przebiegu innych chorób lub niedoborów witamin.

Przypadek 3

78 letnia kobieta, leczona przewlekle z powodu nadciśnienia walsartanem 80 mg 1 x 1 tabl. od kilku miesięcy skarżyła się na uciążliwe dolegliwości, które opisywała jako ból obu stóp i uczucie „gorąca" i „mrowienia" w stopach i łydkach. Objawy nasilały się w nocy i zmuszały chorą do ciągłej zmiany pozycji w łóżku, a ostatecznie do wstania z łóżka. Po ponownym położeniu się dolegliwości nawracały. Z tego powodu przyjmowała przez 3 miesiące preparat magnezu i potasu bez recepty oraz lek złożony z witamin B12, B1 i B6, bez istotnej poprawy. Wówczas konsultujący lekarz neurolog zalecił pacjentce pregabalinę w dawce 75 mg wieczorem, ale z powodu zawrotów głowy i senności w ciągu dnia pacjentka zaprzestała przyjmowania leku.

Pacjentka sprawna, samodzielna, bez zaburzeń funkcji poznawczych i nastroju. W badaniu fizykalnym i podstawowym badaniu neurologicznym bez patologii. Wyniki badań w tabeli III.

Tabela III. Przypadek 3. Wybrane badania laboratoryjne i obrazowe
Table III. Case 3. Selected laboratory and imaging tests

Parametry	Wyniki pacjentki	Normy
Wapń	9,1 mg/dl	8,8-10,2
Potas	4,5 mmol/l	3,5-5,1
Sód	139 mmol/l	135-145
Magnez	0,8	0,65-1,2 mmol/l
eGFR	59 ml/min/1,73 m2	
Hemoglobina A1C	5,5 %	<5,7 %
Wit B12	543 pg/ml	197 – 771
Morfologia	Wynik w granicach normy	
Żelazo	65 ug/dl	55-180 ug/dl
TIBC	380 ug/dL	240-450 ug/dL
Ferrytyna	50 ug/l	10-200 ug/l

TIBC (całkowita zdolność wiązania żelaza, ang: Total Iron Binding Capacity)

Omówienie

U pacjentki rozpoznano idiopatyczny zespół niespokojnych nóg i włączono do leczenia pramipeksol w początkowej dawce 0,26 mg 1x1 tabl., z zaleceniem zwiększania dawki co 7 dni, do całkowitej 1,05 mg 1 x dziennie. Dodatkowo zalecono doustną suplementację diglicynianem żelaza 300 mg 1 x dziennie przez 3 miesiące oraz zalecono regularny wysiłek fizyczny z oporem. Po 2 miesiącach leczenia uzyskano niemal całkowite ustąpienie dolegliwości. Utrzymano leczenie pramipeksolem.

Zespół niespokojnych nóg (RLS, Restless Legs Syndrome, choroba Willisa-Ekboma), to powszechnie występujące zaburzenie neurologiczne, szczególnie u osób po 60 r.ż. (nawet 10% populacji w tym wieku), wpływa negatywnie na jakość życia i snu [3]. Rozpoznanie opiera się na występowaniu następujących objawów: dolegliwości występują w spoczynku, a wykonanie ruchu łagodzi je, istnieje przymus poruszania kończynami dolnymi, zwykle związany z nieprzyjemnymi parestezjami, objawy występują/nasilają się wieczorem i w nocy, i nie można ich wytłumaczyć obecnością innych chorób [1].

W prawie 50% przypadków występuje wtórna postać RLS - przyczyną objawów jest inna choroba np. zaburzenia elektrolitowe, niedobory witamin. Często są to inne schorzenia neurologiczne jak polineuropatia i akatyzja - dla pierwszej z nich niepokój ruchowy występujący w RLS jest rzadki, a druga zwykle nie ogranicza się jedynie do kończyn dolnych. Akatyzja najczęściej występuje wtórnie do chorób otępiennych, szczególnie podczas leczenia neuroleptykami lub innymi lekami (tabela IV). Szczególnie częstą przyczyną wtórnej postaci RLS jest niedobór żelaza i związana z tym niedokrwistość, ale RLS może być pierwszym objawem niedoboru żelaza także u pacjentów bez anemii. U wszystkich pacjentów należy rozważyć leczenie żelazem na bazie oznaczeń w surowicy stężenia żelaza, ferrytyny, TIBC (całkowita zdolność wiązania żelaza, ang. total iron binding capacity) i %TSAT (% wysycenia transferyny żelazem, ang. transferrin saturation). W przypadku ferrytyny

Tabela IV. Przyczyny nieprzyjemnych doznań ze strony kończyn dolnych w wieku starszym [3,6-8,13,17]
Table IV. Causes of unpleasant sensations in the lower limbs in older age [3,6-8,13,17]

Grupa zaburzeń	Choroba	Objawy, dodatkowe kryteria różnicujące
neurologiczne	Idiopatyczny zespół niespokojnych nóg (RLS)	Przymus poruszania nogami nasilający się w okresie odpoczynku, braku aktywności (głównie w nocy), mogą mu towarzyszyć nieprzyjemne odczucia w nogach; objawy łagodzone przez wysiłek
	Choroba Parkinsona lub inne choroby neurodegeneracyjne Udar mózgu Stwardnienie rozsiane	Niepokój ruchowy
	Nocne kurcze mięśni nóg (NLC)	Występują najczęściej po 60 r.ż. Bolesne skurcze pojedynczych mięśni, głównie łydek
	Akatyzja	Niepokój ruchowy; często polekowa: neuroleptyki, metoklopramid, trój- i czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne, lit, blokery receptora H2, niektóre leki z grupy antagonistów kanału wapniowego (cynaryzyna, flunaryzyna).
	Neuropatie: cukrzycowa, mocznicowa Bóle korzeniowe	Cechy bólu neuropatycznego: pieczenie, ból jak po porażeniu prądem, bolesne zimno, mrowienie, kłucie, drętwienie, swędzenie
	Zespół bolesnych nóg i ruszających się palców	Bóle kończyn, którym towarzyszą nierytmiczne ruchy palców nieprzynoszące ulgi – zwykle towarzyszą im neuropatia obwodowa lub radikulopatia
	Stenoza kanału kręgowego	Chromanie neurogenne: ból, osłabienie lub uczucie ciężkości w nogach, pojawiające się podczas chodzenia lub stania, bóle w odcinku lędźwiowym które ustępują po odpoczynku lub pochyleniu tułowia do przodu; drętwienie i mrowienie kończyn dolnych
	Okresowe ruchy kończyn (PLMD)	Powtarzające się ruchy nóg, a czasem rąk, podczas snu; trudności z zasypianiem lub utrzymaniem snu - nadmierna senność w ciągu dnia, zmęczenie i brak energii. Etiologia prawdopodobnie złożona: Neurologiczna/ naczyniowa/ związana z fizjologicznym starzeniem się organizmu
Psychiczne	np. Zespół Ekboma	Uczucie pełzania robaków po skórze
Endokrynologiczne/ metaboliczne	Choroby przytarczyc, tarczycy Zaburzenia elektrolitowe Niedobór witamin z grupy B Cukrzyca	Mrowienie i drętwienie, parestezje, pieczenie, bolesne zimno, kłucie

Naczyniowe	Miażdżyca tętnic Przewlekła niewydolność żylna Choroba zakrzepowo – zatorowa Przewlekła niewydolność serca	Możliwe objawy: chromanie przestankowe, uczucie zimnych nóg, drętwienie i mrowienie w stopach, bladość skóry, utrata owłosienia zmiany troficzne; uczucie ciężkości nóg, przymus poruszania nogami, kurczowe bóle łydek, świąd, parestezje; objawy nasilają się pod koniec dnia, po długim przebywaniu w pozycji stojącej, siedzącej; obrzęki, teleangiektazje, żylaki
Polekowe	Metformina	Niedobór witaminy B12 w trakcie stosowania leku (zwykle po 4 tygodniach)
	Inhibitory pompy protonowej	Niedobór witaminy B12 i innych witamin z grupy B oraz żelaza w trakcie stosowania leku (niedobór wit. B12 leczenia zwykle po 12 tygodniach)
	Leki indukujące objawy zespołu niespokojnych nóg, akatyzja polekowa	Leki przeciwdepresyjne (mianseryna, mirtazapina, fluoksetyna, fluwoksamina) Leki przeciwpsychotyczne (szczególnie klasyczne neuroleptyki), lewodopa, benzodiazepiny metoklopramid
	Leki indukujące dystonie i mioklonie	Leki antycholinergiczne, benzodiazepiny, karbamazepina, cynaryzyna, flunaryzuna, fluoksetyna, metoklopramid, lewodopa, rywastygmina, donepezil
	Inhibitory acetylocholinesterazy (donepezil, rywastygmina)	Niepokój ruchowy, zaburzenia ruchowe, takie jak parkinsonizm, dystonie czy dyskinezy, bolesne kurcze mięśni
	Chemioterapia	Obwodowa polineuropatia indukowana chemioterapią
	Inne leki mogące indukować obwodową neuropatię	Fluorochinolony, metronidazol, nitrofurantoina i furazydyna, sulfasalazyna, amiodaron, statyny, allopurinol
	Leki mogące indukować nocne kurcze nóg (NLC) i skurcze mięśni	skoniugowane estrogeny, raloksyfen, teryparatyd, naproksen, agoniści receptorów ß2 adrenergicznych, diuretyki (głównie tiazydy), statyny.
	Leki moczopędne	Hipomagnezemia, hipo- i hiperkalemia, hipo- i hiperkalcemia, hiperurykemia
Inne	Inne	Anemia z niedoboru żelaza, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, fibromialgia, zespół paraneoplastyczny,

RLS - Restless Legs Syndrome, NLC - nocturnal leg cramps, PLMD - periodic limb movement disorder

≤75 μg/l należy rozważyć leczenie żelazem, w pierwszej kolejności doustnie. Wtórny RLS często opisywany jest w czasie stosowania niektórych leków, zwłaszcza neuroleptyków, mianseryny i mirtazapiny.

W leczeniu idiopatycznego RLS wg wytycznych zaleca się stosowanie ligandów podjednostki alfa-2-delta kanału wapniowego – gabapentynę i pregabalinę.

Zalecane wcześniej stosowanie małych dawek lewodopy lub agonistów receptorów dopaminergicznych (ropirinol, pramipeksol, rotygotyna) wiąże się z wysokim ryzykiem augmentacji, czyli nasilenia objawów choroby w trakcie leczenia. Mogą być one jednak lepszym wyborem w przypadku często występujących u osób starszych skutków ubocznych leczenia pregabaliną czy gabapentyną, takich jak senność, zaburzenia równowagi, upadki, zawroty głowy. Wykazano także zmniejszenie objawów u pacjentów ćwiczących aerobowo oraz jednocześnie wykonujących ćwiczenia dolnych części ciała z oporem 3 x w tygodniu po 30 min.

Wnioski

Zespół niespokojnych nóg, zarówno idiopatyczny jak i wtórny do innych schorzeń jest częsty osób starszych. Ustalenie dokładnego rozpoznania i etiologii pozwala na wdrożenie skutecznego leczenia i poprawę jakości życia pacjentów.

Przypadek 4

75-letnia pacjentka od kilku tygodni skarżyła się na bóle w nadbrzuszu oraz uczucie pieczenia języka, nasilające się podczas przyjmowania posiłków. W wywiadzie leczenie przewlekłe pantoprazolem 40 mg 1x1 tabl. z powodu objawów refluksu żołądkowo – przełykowego (zgaga). Ponadto, z powodu mrowienia, drętwienia i bolesnych skurczów kończyn dolnych, nasilających się w godzinach wieczornych leczona w poradni naczyniowej z powodu przewlekłej niewydolności żylnej preparatem hesperydyny. Otrzymała też zalecenie noszenia pończoch o zmiennym stopniu ucisku, czego nie realizowała. Z powodu uciążliwych dolegliwości bólowych kończyn dolnych otrzymała od lekarza rodzinnego preparat łączony paracetamolu (325 mg) z tramadolem (37,5 mg) 3x1 tabl. i zalecenie suplementacji magnezu, co nieco złagodziło dolegliwości.

Tabela V. Przypadek 4. Wybrane badania laboratoryjne i endoskopowe
Table V. Case 4. Selected laboratory and endoscopic studies

Parametry	Wyniki pacjentki	Normy
Wapń	9,8 mg/dl	8,8-10,2
Potas	4,9 mmol/l	3,5-5,1
Sód	141 mmol/l	135-145
eGFR	54 ml/min/1,73 m^2	
Wit B12	146 pg/ml	197 – 771
Morfologia		
Leukocyty	4,91 10^3/ul	4,1-10,9
Płytki krwi	187 10^3/ul	150-400
Erytrocyty	4,11 10^6/ul	3,8-5,2
Hematokryt	40,7%	36-46
Hemoglobina	13,8 g/dl	12-16
MCV	95 fl	80-97
MCH	30 pg	26-32
MCHC	34 g/dl	31-36
Gastroskopia	W części przedodźwiernikowej żołądka zmiany rumieniowe, test ureazowy dodatni. Rozpoznanie: przewlekłe zapalenie żołądka Helicobacter pylori (+)	

eGFR – szacunkowy wskaźnik filtracji kłębuszkowej (ang. estimated Glomerular Filtration Rate); MCV – średnia objętość krwinki czerwonej (ang. Mean Corpuscular Volume); MCH średnia masa hemoglobiny w krwince czerwonej (ang. Mean Corpuscular Hemoglobin); MCHC średnie stężenie hemoglobiny w krwince czerwonej (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration)

W badaniu fizykalnym z odchyleń od normy obrzęki podudzi do 1/3 wysokości. Pacjentka sprawna, samodzielna, bez upośledzenia funkcji poznawczych. Wyniki badań przedstawiono w tabeli V.

Omówienie

Po uzyskaniu wyniku badania gastroskopii dokonano eradykacji H. pylori wg schematu terapii poczwórnej z bizmutem oraz włączono witaminą B12 doustnie w dawce 1000 µg. Ponownie zalecono terapię pończochami o zmiennym stopniu ucisku. Na kontrolnej wizycie po 3 miesiącach pacjentka zgłosiła znaczne złagodzenie objawów, jednak nie całkowite ich ustąpienie.

W tym przypadku objawy były najpewniej spowodowane niedoborem witaminy B12 jako konsekwencji zaburzeń wchłaniania wskutek zakażenia Helicobacter pylori i przewlekłego leczenia inhibitorem pompy protonowej. Niedobór cyjanokobalaminy spotykamy często w populacji osób starszych [11,12]. Blisko 1/3 chorych z niedoborem witaminy B12 nie ma objawów anemii makrocytarnej, a mimo to występują u nich objawy neurologiczne, które mogą być nieodwracalne. Zastosowanie tramadolu może być skuteczne w objawowym leczeniu neuropatii, jednak najważniejsze jest rozpoznanie przyczyny zaburzeń.

Drugim prawdopodobnym czynnikiem etiologicznym dolegliwości takich jak: mrowienie i drętwienie oraz skurcze mięśni łydek jest niewydolność żylna. Stosowanie leków o działaniu flebotropowym (hesperydyna, diosmina) może wspomóc leczenie zabiegowe [13]. Ich działanie na mikrokrążenie powoduje zapobieganie lub zmniejszenie powstawania obrzęków, odczynów zapalnych, bólu, parestezji, może być również częściej przestrzegane niż noszenie pończoch uciskowych przez osoby starsze.

Trzecie możliwe rozpoznanie u pacjentki to nocne kurcze nóg (ang. NLC - nocturnal leg cramps) i/lub skurcze mięśni szkieletowych (ang. skeletal muscle cramps) [14]. Powyższe jednostki chorobowe mogą mieć związek ze starzeniem się i degeneracją układu nerwowego i mięśniowego u osób starszych. Wystąpieniu objawów sprzyjają intensywne ćwiczenia fizyczne lub długotrwałe przebywanie w pozycji stojącej, nie odnotowano natomiast, pomimo ogólnego przeświadczenia lekarzy i pacjentów, jednoznacznego związku z zaburzeniami elektrolitowymi.

Niemniej zaburzenia elektrolitowe, szczególnie hipokalcemię, hipomagnezemię, hiper- i hipokaliemię oraz hiponatremię, a także niedoczynność i nadczynność tarczycy, cukrzycę i chorobę Addisona, dializoterapię, marskość wątroby zalicza się do czynników predysponujących. Wtórnie bolesne skurcze wywołują też choroby neurologiczne (ucisk korzeni nerwów rdzeniowych, neuropatie, choroby neuronu ruchowego, stwardnienie rozsiane, dystonia i choroba Parkinsona), naczyniowe (w tym miażdżyca tętnic obwodowych i zespół Raynauda) oraz niektóre leki (Tabela IV).

Poza eliminacją przyczyn w leczeniu stosowano witaminy z grupy B, blokery kanału wapniowego, witaminę

K2 (180 ug 1x dziennie przez 8 tygodni) – jednak na tą chwilę brak jednoznacznych rekomendacji co do skutecznego leczenia idiopatycznych nocnych skurczów nóg [15,16].

Wnioski

Przewlekła niewydolność żylna jest jedną z najczęstszych przyczyn nieprzyjemnych doznań ze strony kończyn dolnych pod postacią mrowienia, drętwienia i bolesnych skurczów. Zawsze jednak trzeba pamiętać o możliwości nakładania się objawów innych chorób, zwłaszcza częstego w populacji geriatrycznej niedoboru witaminy B12. Prowadzić mogą do niego źle zbilansowana dieta, przyjmowane leki (m.in. metformina, inhibitory pompy protonowej), przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy będące przyczyną braku kwaśnego środowiska niezbędnego do wchłaniania witamin z grupy B. U osób starszych często występują też zespół niespokojnych nóg jak i nocne kurcze nóg.

Podsumowanie

Nieprzyjemne doznania uczuciowe w kończynach dolnych, opisywane jako skurcze, drętwienie, mrowienie, uczucie ciężkości, rwący ból, konieczność poruszania kończynami (niepokój ruchowy) są częstą przyczyną dyskomfortu, zwłaszcza u pacjentów geriatrycznych. Często objawy nie spełniają wszystkich kryteriów rozpoznania konkretnych zaburzeń takich jaki ból neuropatyczny, zespół niespokojnych nóg, nocne kurcze nóg. Możliwe są też zespoły nakładania związane z wielochorobowością, zaburzeniami elektrolitowymi, niedoborami witamin, czy nierozpoznanym działaniem leków, które zaciemniają obraz kliniczny. Dlatego, aby uniknąć zbędnego i nieskutecznego leczenia, ważna jest uważność diagnostyczna i przede wszystkim dokładne zebranie wywiadu i zwrócenie uwagi na wszystkie objawy, porę ich występowania i czynniki je wywołujące. Nie wolno pominąć badania fizykalnego – dokładnej oceny obecności zaburzeń czucia, wykonanie badania neurologicznego, ocena obecności żylaków, obrzęków i tętna na obwodzie. Zawsze należy zebrać wyczerpujący wywiad dotyczący przyjmowanych przez pacjenta leków, także bez recepty. Warto zwrócić uwagę na poszerzenie diagnostyki o badania laboratoryjne, takie jak ocena stężenia żelaza, glukozy, witaminy B12, elektrolitów (w tym wapnia) w surowicy krwi i ogólnych badań podstawowych. W Tabeli IV zebrano zarówno omówione wcześniej, jak i inne możliwe przyczyny nieprzyjemnych dolegliwości ze strony kończyn dolnych u osób starszych.

Konflikt interesów/ Conflict of interest
Brak/ None

Piśmiennictwo/References

1. Allen RP, Picchietti DL, Garcia-Borreguero D, et al. Restless legs syndrome/Willis–Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria – history, rationale, description, and significance. Sleep Medicine. 2014; 15(8): 860-73.
2. Janczak D, Krach A, Janczak S. Pacjent z przewlekłą niewydolnością żylną w gabinecie POZ – praktyczne wskazówki. Lekarz POZ. 2023;9(3):135-42.
3. Nowośnicka-Pawlitko S. Problemy farmakoterapii w populacji osób starszych. W: Gorzkowska A, Klimkowicz-Mrowiec A. (red.). Neurologia wieku podeszłego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2023:437-53.
4. Pruhs ZM, Starling JR, Mack E, Chen H. Changing trends for surgery in elderly patients with hyperparathyroidism at a single institution. J Surg Res. 2005;127(1):58-62.
5. Gossard TR, Trotti LM, Videnovic A, St Louis EK. Restless Legs Syndrome: Contemporary Diagnosis and Treatment. Neurotherapeutics. 2021;18(1):140-55.
6. Antczak J, Araszkiewicz A, Babicki Mi wsp. Zasady diagnostyki i leczenia neuropatii. zalecenia interdyscyplinarnej grupy ekspertów. Lekarz POZ. 2024;4.
7. Korzeniowska K. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe po furazydynie – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. Geriatria. 2023;17: 39-42.
8. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052-81.

9. Sobczyńska-Malefora A, Delvin E, McCaddon A, et al. Vitamin B12 status in health and disease: a critical review. Diagnosis of deficiency and insufficiency – clinical and laboratory pitfalls. Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences. 2021;58(6):399-429.
10. Krewson C. Dopochwowe stosowanie estrogenów w zapobieganiu nawracającym zakażeniom dróg moczowych. Contemporary OB/GYN. 2024;68(9):23.
11. Geng C, Yang Z, Xu P, Zhang H. Possible association between vitamin B12 deficiency and restless legs syndrome. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2022;223.
12. Rezvani F, Sayadnasiri M, Rezaei O. Restless legs syndrome in patients infected with Helicobacter pylori. Neurological Research. 2018; 40(7): 583-7.
13. Jawień A, Filipiak KJ, Doroszko A, i wsp. Kompleksowa opieka nad pacjentem z chorobą naczyń obwodowych tętnic i żył - rekomendacje zespołu ekspertów 2023. Acta Angiologica, 2023;29(2):1-60.
14. Garrison SR, Korownyk CS, Kolber MR, et al. Magnesium for skeletal muscle cramps. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020. 2020, 9.
15. Tan J, Zhu R, Li Y, et al. Vitamin K2 in Managing Nocturnal Leg Cramps: a Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine. 2024; 184(12): 1443-8.
16. Tipton P, Wszolek Z. Restless legs syndrome and nocturnal leg cramps: a review and guide to diagnosis and treatment. Polish Archives of Internal Medicine. 2017;127(12):865-72.
17. Szlanta A. Interakcje leków w praktyce lekarza specjalisty i lekarza POZ. W: Woroń J., Siwek M. (red.). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2024.