

## قدرت عضلانی، کاهش ویتامین D و استئوآرتیریت زانو

\*<sup>۱</sup>(MD) بهزاد حیدری

۱- مرکز تحقیقات اسکلتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دربافت: ۹۱/۲/۱۳، اصلاح: ۹۰/۱۱/۱۹، پذیرش: ۹۰/۹/۲۵

### خلاصه

استئوآرتیریت زانو یک بیماری شایع و یکی از مهم ترین عامل بروز درد و ناتوانی در سالمندان می باشد که ضعف عضلانی و کاهش ویتامین D در بروز آن دخالت دارد. هر کدام از این دو عامل با درد زانو نیز ارتباط دارد. اما نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه یکسان نیست از یک طرف ضعف عضلانی میتواند بعلت درد زانو و اختلال حرکتی بوجود آید که در استئوآرتیریت زانو شایع است، از طرف دیگر استئوآرتیریت زانو بعلت درد و ناتوانی میتواند سبب کاهش ویتامین D شود. در تعدادی از مطالعات ضعف عضلانی عنوان یک عامل اتیولوژیک استئوآرتیریت زانو معرفی شده است. کاهش ویتامین D نیز مانند استئوآرتیریت زانو در سالمندان شایع است. بر اساس اطلاعات موجود نمیتوان شخص کرد که ضعف عضلانی یک عامل اتیولوژیک استئوآرتیریت زانو است یا از عوارض آن بشمار می آید. این مطالعه ضمن مرور مطالعات قبلی بر ضرورت انجام مطالعات بیشتر تاکید دارد و توصیه می کند که در مطالعات بعدی ارتباط بین ضعف عضلانی و استئوآرتیریت زانو باید با در نظر گرفتن سطح ویتامین D سرم انجام شود.

**واژه های کلیدی:** استئوآرتیریت زانو، کاهش ویتامین D، ضعف عضلانی، ارتباط.

### مقدمه

درد زانو میتواند قدرت عضلات را کاهش دهد (۱۰) در عین حال ضعف عضلانی نیز میتواند سبب درد زانو در این بیماران گردد که با تقویت قدرت عضلات ممکن است کاهش یابد (۱۱-۱۴ و ۶). علاوه بر این ارتباطی نیز بین سطح ویتامین D سرم و استئوآرتیریت زانو مشاهده شده است. کاهش ویتامین D در سالمندان میتواند قدرت عضلانی و حجم عضلات را کاهش دهد. این پدیده با توجه به شیوع بالای استئوآرتیریت در سالمندان میتواند توجیه کننده نقش ویتامین D در بروز یا پیشروع استئوآرتیریت زانو در این سنین باشد (۱۵).

**شیوع ضعف عضلانی در استئوآرتیریت زانو:** در استئوآرتیریت زانو قدرت عضلانی اطراف مفاصل مبتلا کاهش می یابد. در مقایسه با شاهدان بدون استئوآرتیریت زانو قدرت عضلانی در بیماران مبتلا به استئوآرتیریت زانو کمتر است. این یافته در تعدادی از مطالعات گزارش شده است (۱۱-۱۷ و ۸ و ۶ و ۳). در بیمارانی که استئوآرتیریت زانو داشتند حتی در عضلات اطراف مفاصل هیپ نیز قدرت عضلات کاهش نشان داد (۱). در یک مطالعه که ۸۹ بیمار مبتلا به آستئوآرتیریت زانو بررسی شده بودند، قدرت عضلانی در تمام عضلات اطراف مفصل هیپ در حد ۱۶ تا ۲۷ درصد کاهش نشان داد (۱). در بیماران استئوآرتیریت قدرت عضلات متناسب با شدت استئوآرتیریت کاهش می یابد (۱۷ و ۷ و ۳). این تغییرات در هر دو گروه عضلات اکستنسور و فلکسور قابل کشف است و عضلاتی که طول زیادتری دارند شدیدتر از از عضلات کوتاه دچار ضعف میشوند (۱۶). در یک مطالعه از ۷۰ مرد و ۸۹ زن با میانگین سنی به ترتیب ۷۲/۷ سال و ۶۸/۱

استئوآرتیریت زانو یک بیماری شایع و یکی از مهمترین علت ناتوانی در سالمندان است. شناسائی علت بیماری و اصلاح عوامل خطر در این بیماران میتواند از بروز بیماری پیشگیری کند و یا پیشروی آن را به تأخیر اندازد. در میان عوامل متعددی که در شروع و یا پیشروی استئوآرتیریت زانو دخالت دارند ضعف عضلانی اهمیت زیادی دارد، زیرا در اکثر بیماران مبتلا به استئوآرتیریت زانو ضعف عضلانی خصوصاً ضعف عضله چهار سر، حتی در شروع بیماری مشاهده میشود (۵-۱۵) بطوريکه تعدادی از محققین ضعف عضله چهار سر را یک شاخص مهم در بروز درد زانو و با ناتوانی مرتبط دانسته اند (۶). با این حال در تعداد قابل ملاحظه ای از مطالعات ضعف عضله چهار سر ثانویه به ضایعات استخوانی یا غضروفی ناشی از استئوآرتیریت نسبت داده شده است (۶ و ۷) بر اساس اطلاعات موجود نمیتوان شخص کرد که ضعف عضله چهار سر یک عامل اتیولوژیک استئوآرتیریت زانو است یا از عوارض آن بشمار می آید. عضلات نقش مهمی در حرکت، حفظ تعادل بدن و جلوگیری از حرکات غیر طبیعی مفاصل دارند. در این موارد اثر حفاظتی عضله میتواند با علائم و عوارض مختلفی همراه باشد. در این فرایند مراحل مختلفی هستند. در این مراحل عضله میتواند با اعصاب حسی یا حرکتی مربوط به یک آناتومیکی عضله، بروز یک اختلال در اعصاب حسی یا حرکتی مربوط به یک عضله میتواند با علائم و عوارض مختلفی همراه باشد. در این موارد اثر حفاظتی عضلات در مقابل بار اضافی تحمیل شده بر مفصل کاهش می یابد و نتیجتاً فشار اضافی وارد بر مفصل سبب بروز شکستگیهای میکروسکوپیک میگردد و بدنبال آن فرسایش استخوانی و اسکلروز در استخوانهای زیر غضروف بروز میکند. در استئوآرتیریت زانو ارتباطی نیز بین درد زانو و ضعف عضلانی وجود دارد.

\* مسئول مقاله:

برخلاف مطالعات ذکر شده که در آنها ضعف عضلات سبب استئوآرتیت شده بود، Sharma و همکاران، در یک مطالعه نشان دادند که افزایش قدرت عضلات چهارسر نیز خطر بروز استئوآرتیت زانو را خصوصاً در بیماران مبتلا به زانوهای نا هم محور (Malalignment) افزایش میدهد و سبب پیشوای استئوآرتیت میشود (۲۰). علاوه براین در بعضی مطالعات بین ضعف عضلانی و استئوآرتیت زانو ارتباطی مشاهده نشده است (۲۱ و ۲۲). Sharma و همکاران بین ضعف عضله چهار سر که بدنبال عمل جراحی لیگامان قدامی متقطع زانو پیش می آید و استئوآرتیت زانو که در سالهای بعد بوجود آمد، ارتباط مشاهده نکردند (۳). در بیماران چاق که استئوآرتیت شایع است ضعف عضلانی با استئوآرتیت ارتباط ندارد. قدرت عضلانی در افراد چاق با افرادی که چاقی نداشتند تفاوتی نداشت (۲۱). در یک مطالعه دیگر از Segal و همکاران که ۱۲۰۰ زن و ۱۰۰۶ مرد بدون علامت استئوآرتیت زانو از نظر ارتباط بین ضعف عضلات اکستانسور و عدم هماهنگی بین عضله چهار سر و Hamstring با بروز استئوآرتیت زانو پس از ۱۵ تا ۳۰ ماه پیگیری، بررسی شدند در ۵۰٪ مردان و ۵۹٪ زنان میانگین حداکثر قدرت عضلات اکستانسور کاهش داشت و بین دو عضله نیز عدم هماهنگی وجود داشت. در مدت مطالعه ۳۰۷ زانو دچار علائم استئوآرتیت شدند. در بین قدرت عضله چهار سر و هماهنگی بین دو عضله با استئوآرتیت زانو ارتباطی مشاهده نشد (۲۲).

**قدرت عضلانی و درد استئوآرتیت زانو: درد زانو یک عامل مهم**  
ناتوانی در بیماران استئوآرتیت است. به هر حال همه بیمارانی که استئوآرتیت زانو دارند، درد زانو ندارند (۲۳) و اغلب بیمارانی که استئوآرتیت رادیوگرافیک دو طرفه زانو دارند فقط درد یک زانو دارند. لذا بنظر میرسد که برای بروز درد، دخالت یک فاکتور خطر مانند افزایش فعالیت مفصل، بروز التهاب، ترومای ارتباطی یا ضعف عضلانی نیز لازم باشد (۲۳). درد میتواند بر قدرت عضله تاثیر بگذارد و سبب کاهش قدرت عضلانی گردد. در یک بررسی از ۳۰۰ بیمار مبتلا به درد استئوآرتیت زانو که شدت آن با تست WOMAC ارزیابی شده بود و ۳۰۰ بیمار بدون درد زانو قدرت عضله چهار سر ارتباط داشت. در بیمارانی که درد داشتند یک ارتباط مستقل بین عضله چهار سر ارتباط داشت. در بیمارانی که درد داشتند (Disability) (۱۱) نیز مشاهده شد.

Henriksen و همکاران در ۱۸ داوطلب سالم ارتباط درد و قدرت عضلانی را بررسی کردند، به یگ گروه از داوطلبان با تزربیق سالین هیپرتوونیک در ناحیه انفرا پاتلر درد زانو ایجاد کردند و در گروه دیگر بعنوان شاهد نرمال سالین تزربیق نمودند و دو گروه را از نظر قدرت عضلانی بررسی کردند. ایجاد درد با سالین هیپرتوونیک قدرت عضلانی را در حد ۱۵ تا ۱۵٪ در مقایسه با شاهدان کاهش داد (۱۰).

**اثر تقویت قدرت عضلانی بر درد زانو: شواهد نشان میدهد که در افراد مبتلا به استئوآرتیت زانو تمرينات تقویت عضلانی سبب بهبود ناتوانی حسی حرکتی و تسکین درد میگردد و تمرينات ورزشی بدون اینکه سبب تشدید ضایعه مفصلي شود درد را کاهش میدهد (۱۳ و ۲۴). اثر تقویت عضلانی بر درد زانو در ۶۴ بیمار توسط Liu و همکاران نشان داده شده است. در این بررسی بیمارانی که فقط از داروهای خصلت‌هایی استفاده کردند و بیمارانی که علاوه بر داروهای ضد التهابی از تمرينات تقویت عضلانی نیز استفاده کرده بودند، مقایسه شدند. پس از چهار هفته درمان اثرات ضد درد در گروهی که تقویت عضلانی داشتند بطور معنی داری بیشتر بود. در این گروه بهبودی نیز به مدت طولاتی تری تداوم یافت (۲۵).**

سال، همیستگی معنی داری بین شدت تغییرات رادیوگرافیک، درد و ضعف عضلات چهار سر مشاهده شد (۹). در یک مطالعه دیگر از ۳۴۸ بیمار که در آنها تشخیص استئوآرتیت زانو و شدت بیماری با انجام رادیوگرافی و MRI تایید شده بود بین ضعف عضلانی و تغییرات رادیوگرافیک ارتباط مثبت دیده شد. در بیماران دارای تغییرات رادیوگرافیک قدرت عضله چهار سر ۲۲٪ کمتر از بیماران بدون تغییرات رادیوگرافیک بود. بین شدت تغییرات رادیوگرافیک و قدرت عضلانی ارتباط معکوس وجود داشت (۷).

Slemenda و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که حتی در افراد بدون درد زانو و بدون آتروفی عضله چهار سر نیز از قدرت عضلانی کاسته می شود. در این مطالعه در بیمارانی که تغییرات رادیوگرافیک وجود داشت نسبت قدرت عضلات اکستانسور به وزن بدن ۲۰٪ کمتر از بیمارانی بود که تغییرات رادیوگرافیک نداشتند و در زنان مبتلا به استئوآرتیت تیبیو فمورال حتی بدون درد مفصلی و بدون آتروفی عضلانی نیز ضعف عضله اکستانسور وجود داشته است (۸). در مطالعه ای دیگر از ۳۷ بیمار زن مبتلا به استئوآرتیت زانو و ۳۷ شاهد سالم، کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی بیماران بیش از شاهدان بود. در این مطالعه ضعف عضله به کاهش فونکسیون عضله نسبت داده شد و ارتباط بین آتروفی عضلانی و قدرت عضلانی مشاهده نشده بود (۴). با این حال در همه بیماران مبتلا به استئوآرتیت زانو قدرت عضلانی کاهش نمی یابد. در بعضی از مطالعات تفاوتی در قدرت عضلانی بین بیماران با و بدون استئوآرتیت مشاهده نشد (۷).

**ارتباط بین ضعف عضلانی و استئوآرتیت زانو: ارتباط بین قدرت عضلانی و استئوآرتیت زانو پیچیده است و بسته به محل ابتلا تفاوت دارد. تاکنون ضعف و آتروفی عضلانی در بیماران استئوآرتیت به عدم کاربرد عضلات نسبت داده شده بود و تصور میشود که بیماران به علت درد مفصلی تحرک کمتری دارند و عضلات مفاصل مبتلا کمتر مورد استفاده قرار می گیرند و لذا آتروفی و ضعف عضلانی بوجود می آید اما این مسئله در همه موارد صدق نمیکند زیرا اغلب ضعف عضلانی قبل از شروع استئوآرتیت وجود دارد و قابل تشخیص است (۸ و ۱۹) و لذا نمیتواند ناشی از درد مفصل باشد. ارتباط بین ضعف عضلانی و استئوآرتیت زانو در تعدادی از مطالعات مشاهده شده است (۲۰ و ۲۱). Segal و همکاران بین ضعف عضلات چهار سر و استئوآرتیت زانو یک ارتباط مثبت مشاهده کردند. در این مطالعه خطر استئوآرتیت زانو در زنان مبتلا به کاهش قدرت عضله چهار سر (بیمارانی که قدرت عضلات چهار سر در ثلث تحتانی جمعیت مطالعه بوده است) ۱/۶۶ مرتبه بیش از زنانی بود که قدرت عضله چهار سر آنان در محدوده ثلث فوقانی بوده است. به هر حال این رابطه در مردان مشاهده نشد (۲). در Mطالعه Baker و همکاران که در ۲۴۷۲ بیمار با و بدون علامت استئوآرتیت زانو، ارتباط ضعف عضله چهارسر با استئوآرتیت بر حسب محل بررسی شد. ارتباط مثبت بین ضعف عضله چهار سر و استئوآرتیت پاتلو فمورال، تیبیو فمورال یا با هر دو دیده شد. علاوه براین ارتباطی نیز بین درد زانو و ضعف عضلانی مشاهده شد (۱۸).**

در مطالعه ای دیگر ۳۲ بیماری که جراحی مینسک زانو یک طرفه شده بودند با افرادی مشابه از نظر وزن و BMI که جراحی نشده بودند (گروه شاهد) از نظر قدرت عضلانی بررسی شدند. بدنبال جراحی یک طرفه مینسک زانو استئوآرتیت زانو و ضعف عضلانی دو طرفه در اندام تحتانی مشاهده شد و ضعف عضلانی قبل از بروز استئوآرتیت بروز نمود (۱۹).

نشان دادند که با درمان ویتامین D و اصلاح سطح سرمی ضعف عضلانی برطرف نمی شود (۳۶).

**ویتامین D و استئوآرتریت:** ارتباط کاهش ویتامین D سرم و استئوآرتریت زانو در مطالعات متعددی نشان داده شده است (۳۷-۴۰). Ding و همکاران در یک مطالعه آینده نگر که به مدت ۲/۹ سال ادامه داشت، نشان دادند که تابش آفتاب شیوع استئوآرتریت زانو را کم میکند و از کاهش حجم غضروف مفصلی جلوگیری میکند (۳۷).

Bergink و همکاران در ۱۲۴۸ بیمار که بمدت ۶/۵ سال پیگیری شده بودند، نشان دادند که در ۲۱/۵٪ بیمارانی که سطح ویتامین D در ثلث تحتانی جمعیت مطالعه قرار داشت تغییرات رادیوگرافیک پیشروی کرد، در حالیکه در افرادیکه سطح سرمی ویتامین D در سطح بالاتر و در ثلث فوقانی قرار داشت سرعت پیشروی تغییرات رادیوگرافیک در ۵/۱٪ دیده شد (۳۸). برخلاف مطالعات اخیر در مطالعه Books و Framingham و Framingham و استئوآرتریت زانو ارتباطی دیده نشد. در این مطالعات ۲۱۵ بیمار ۲۷۷ بیمار که با میانگین ویتامین D در حد ۲۰ نانوگرم در میلی لیتر به مدت ۹ سال پیگیری شده بودند.

با وجودی که اکثر این بیماران در شروع مطالعه استئوآرتریت نداشتند اما پس از مدت متوسط ۹ سال در ۲۰/۳٪ بیماران Framingham و ۲۳/۶٪ مطالعه Books علائم رادیوگرافیک استئوآرتریت ظاهر شد یا چار تغییرات پیشروی رادیوگرافیک بصورت کاهش حجم غضروف مفصلی و تشید کاهش فاصله مفصلی شدند. در هر دو مطالعه بین سطح ویتامین پایه و تشید کاهش رادیوگرافیک ارتباطی مشاهده نشد. حتی بر خلاف انتظار در بیمارانی که سطح ویتامین D کمتری داشتند پیشروی رادیوگرافیک کمتر بود. بطور کلی یافته های این دو مطالعه نشان داد که سطح ویتامین D با کاهش فاصله مفصلی و از بین رفتن غضروف مفصلی ارتباط ندارد (۳۹). Muraki و همکاران نیز بین ویتامین D و استئوآرتریت ارتباطی مشاهده نکردند اما یک ارتباط ضعیف و غیر معنی داری بین درد و کاهش ویتامین D مشاهده کردند (۴۰).

با وجودیکه مطالعات متعددی ارتباط کاهش ویتامین D را از یک طرف با دردهای اسکلتی استخوانی و ضعف عضلات و از طرف دیگر با استئوآرتریت نشان داده اند (۴۱-۴۳) و (۳۰) با این حال براساس اطلاعات موجود نمیتوان ارتباط بین ضعف عضلانی، کاهش سطح ویتامین D سرم و بروز یا پیشروی استئوآرتریت زانو را قطعی دانست. از آنجا که ارتباط ضعف عضلات با درد زانو یا استئوآرتریت زانو نشان داده است و کاهش ویتامین D نیز با استئوآرتریت زانو و درد زانو ارتباط دارد (۴۴) لذا نمیتوان دخالت کاهش ویتامین D یا ضعف عضلانی را در بروز استئوآرتریت زانو نادیده گرفت. بلکه باید با مطالعات بیشتر نقش هرکدام از این عوامل را بطور واضح تری روشن ساخت.

نتایج متناقض موجود در ارتباط بین کاهش ویتامین D و استئوآرتریت زانو ممکن است به اینصورت تفسیر شود که کاهش ویتامین D ممکن است در شروع استئوآرتریت یا در سنین پائین تری در بروز استئوآرتریت دخالت داشته باشد و ممکن است نشان دادن دخالت آن در یک گروه از بیماران ناهمگون مقصود نباشد. این فرضیه با نتایج یک مطالعه از ۱۴۸ بیمار استئوآرتریت و ۱۵۰ شاهد بدون استئوآرتریت مطابقت دارد. در این مطالعه کاهش ویتامین در بیماران کمتر از ۶۰ سال ارتباط معنی داری با استئوآرتریت داشته است، اما در سنین بالاتر این ارتباط به سطح معنی دار نرسید (۴۵). بطور کلی یافته های موجود در زمینه استئوآرتریت

Slivar و همکاران ۳۰۰ بیمار ۶۱ تا ۸۰ ساله مبتلا به استئوآرتریت زانو همراه با تغییرات رادیوگرافیک که با معیار Klegren-Lawrence درجه بندی شده بودند و در گرید ۲ یا ۳ رادیوگرافیک قرار داشتند را تحت تقویت عضله چهار سر قرار دادند و مشاهده نمودند که تقویت قدرت عضلانی بطور معنی داری در حد ۳۳٪ سبب کاهش درد شد (۲۶). تمرینات عضلانی حتی بدون افزایش قدرت عضلانی نیز سبب کاهش درد میشوند McQuade و همکاران که بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو علامت دار یک طرفه را تحت درمان حرکات تمرینات اکستنسیون و فلکسیون زانو در برابر مقاومت به مدت سه جلسه در هفته برای ۸ هفته قرار دادند، درد، کیفیت زندگی، سفتی و فونکسیون مفصل بطور معنی داری بهبودی نشان داد در حالیکه در قدرت انقباضی عضلات چهار سر و Hamstring تغییراتی مشاهده شد (۲۷).

Jenkinson و همکاران نشان دادند که تقویت عضلات بتهائی نیز میتواند سبب بهبودی فونکسیون زانو شود. از ۳۸۹ بیمار، افرادی که تمرینات تقویت عضله چهارسر داشتند با افرادی که این تمرینات را نداشتند از نظر کاهش درد زانو مقایسه شدند. تقویت عضلانی در مدت دو سال بطور معنی داری درد را که با تست WOMAC اندازه گیری شده بود تسکین داد و فونکسیون زانو را بهبود بخشد (۲۸). مرور سیستماتیک مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داد که تقویت قدرت عضلات بر درد و فونکسیون مفصلی موثر است. این روش درمانی در ۵۰ تا ۷۵ درصد بیماران اثر بخشی دارد و در ۵۰-۱۰۰ درصد مطالعات سبب بهبود فونکسیون مفصلی و کاهش درد شده است (۲۸).

تقویت عضلات حتی قبل از جراحی نیز در بهبودی پس از عمل تاثیر میگذارد. در بیمارانی که تحت عمل جراحی تعویض یکطره مفصل هیپ قرار گرفته بودند، تقویت ایزومنتریک عضلات فلکسور، اکستانسور، ابduktور و ادکوتور هیپ، فلکسور و اکستانسور زانو ها قبل از انجام جراحی سبب شد که در هفته دوازدهم پس از جراحی بهبودی بیشتری در فونکسیون فیزیکی بروز نماید (۲۹).

**ویتامین D و قدرت عضلانی:** عوامل دیگری غیر از ضایعه مفصلی و درد میتوانند در بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو سبب ضعف عضلانی گردند. ویتامین D فاکتور مهمی در متابولیسم استخوان و نیز در بیماریهای خارج اسکلتی است که در سالماندان کمود آن شایع است و نقش مهمی در بروز ضعف عضلانی، عدم تعادل و زمین خوردگی سالماندان دارد. در بیماران استئوامالاسی که کاهش ویتامین D باعث ضعف عضلانی میشود، با تجویز ویتامین D اصلاح میشود (۳۰). در سالماندان زن بیش از ۶ سال در اندونزی، ۸۲/۳٪ مبتلا به ضعف جنراژه عضلات بودند. در این مطالعه بین قدرت عضلانی چهارسر و ویتامین D همبستگی معنی داری دیده شد (۳۱).

Dretakisis و همکاران در مردان و زنان بیش از ۶۵ سال کاهش ویتامین D را بترتیب در ۱۵٪ و ۶۰٪ مشاهده کردند همبستگی مثبت و معنی داری نیز بین سطح ویتامین D سرم و قدرت عضله چهار سر مشاهده کردند (۳۲). از ۵۴ زن یائسه بیش از ۶۵ سال همبستگی مثبت بین سطح ویتامین D و قدرت عضلانی چهار سر و عضلات ابduktور و فلکسور هیپ مشاهده شد (۳۳). در بیماران مزمن کلیوی بین کاهش سطح ۲۵ هیدروکسی ویتامین D سرم و قدرت عضلانی همبستگی معنی داری دیده شد اما این رابطه بین قدرت عضلانی و کالسی تربول سرم مشاهده نشد (۳۴). با این حال Annweiler و همکاران در ۴۰ زن سالماندان ۷۵ سال و بالاتر بین کاهش ویتامین D و ضعف عضلانی ارتباطی مشاهده نکردند (۳۵) و حتی با وجود ارتباط مثبت، Janssen و همکاران

بررسی ارتباط کاهش ویتامین D و ضعف عضلانی در استئوآرتربیت زانو باید یک گروه از بیماران استئوآرتربیت زانو مبتلا به کاهش ویتامین D با یک گروه دیگر از این بیماران که کاهش ویتامین D ندارند او نظر ضعف عضلانی بررسی و مقایسه شوند. علاوه بر این مقایسه قدرت عضلانی در افراد با و بدون استئوآرتربیت زانو نیز میتواند نقش ضعف عضلانی را در استئوآرتربیت زانو نشان دهد.

زانو و ضعف عضلانی با وجود پیشرفت‌های زیاد، خد و تقیض است و با تکیه بر مطالعات انجام شده نمیتوان ضعف عضلانی را علت استئوآرتربیت دانست یا بر عکس آنرا معلول ضایعات مفصلی یا درد دانست. همینطور نمیتوان نقش کاهش ویتامین D در بروز ضعف عضلانی یا پیشروی استئوآرتربیت زانو را نادیده گرفت. بنظر میرسد که در این زمینه بررسی های بیشتری لازم باشد. بعنوان مثال برای

## Muscle Strength, Vitamin D Deficiency and Knee Osteoarthritis

B. Heidari (MD)<sup>1\*</sup>

1. Skeletal Research Center, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci; 14(5); Sep 2012; pp: 84-91.

Received: Dec 16<sup>th</sup> 2011, Revised: Feb 8<sup>th</sup> 2012, Accepted: May 2<sup>nd</sup> 2012.

### ABSTRACT

Knee osteoarthritis (KOA) is a common and an important cause of disability in the elderly population. Muscle weakness and vitamin D deficiency are responsible factors of KOA. Both factors are also associated with knee pain. However, the results of previous studies are not consistent. Muscle weakness may develop in KOA due to pain and limitation of motion. Conversely, muscle weakness was introduced as an etiologic factor of KOA. Similarly, vitamin D deficiency is also common in elderly population. At present it is not possible to conclude whether muscle weakness is as a cause or a consequence of KOA. This study by reviewing available data recommends further studies in context of muscle strength and KOA. Future studies should address the relationship between KOA and muscle strength regarding serum vitamin D status.

**KEY WORDS:** *Knee osteoarthritis, Vitamin D deficiency, Muscle weakness, Relationship.*

\*Corresponding Author;

Address: Skeletal Research Center, Ayatollah Roohani Hospital of Babol University of Medical Science, Babol, Iran

Tel: +98 2238301-3

E-mail: heidaribeh@yahoo.com

## References

- Hinman RS, Hunt MA, Creaby MW, Wrigley TV, McManus FJ, Bennell KL. Hip muscle weakness in individuals with medial knee osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62(8):1190-3.
- Segal NA, Glass NA, Torner J, et al. Quadriceps weakness predicts risk for knee joint space narrowing in women in the MOST cohort. *Osteoarthritis Cartilage* 2010;18(6):769-75.
- Oiestad BE, Holm I, Gunderson R, Myklebust G, Risberg MA. Quadriceps muscle weakness after anterior cruciate ligament reconstruction: a risk factor for knee osteoarthritis? *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62(12):1706-14.
- Brandt KD, Heilman DK, Slemenda C, et al. Quadriceps strength in women with radiographically progressive osteoarthritis of the knee and those with stable radiographic changes. *J Rheumatol* 1999;26(11):2431-7.
- Pang J, Cao YL, Shi YY, Zhou JW, Wang X, Shi Y. Control study for muscle force and component of body of female patients with knee osteoarthritis. *Zhongguo Gu Shang* 2008;21(11):828-30.
- Rice DA, McNair PJ, Lewis GN. Mechanisms of quadriceps muscle weakness in knee joint osteoarthritis: the effects of prolonged vibration on torque and muscle activation in osteoarthritic and healthy control subjects. *Arthritis Res Ther* 2011;13(5):R151.
- Palmieri-Smith RM, Thomas AC, Karvonen-Gutierrez C, Sowers MF. Isometric quadriceps strength in women with mild, moderate, and severe knee osteoarthritis. *Am J Phys Med Rehabil* 2010;89(7):541-8.
- Slemenda C, Brandt KD, Heilman DK, et al. Quadriceps weakness and osteoarthritis of the knee. *Ann Intern Med* 1997;127(2):97-104.
- McAlindon TE, Cooper C, Kirwan JR, Dieppe PA. Determinants of disability in osteoarthritis of the knee. *Ann Rheum Dis* 1993;52(4):258-67.
- Henriksen M, Rosager S, Aaboe J, Graven-Nielsen T, Bliddal H. Experimental knee pain reduces muscle strength. *J Pain* 2011;12(4):460-7.
- O'Reilly SC, Jones A, Muir KR, Doherty M. Quadriceps weakness in knee osteoarthritis: the effect on pain and disability. *Ann Rheum Dis* 1998;57(10):588-94.
- Shakoor MA, Rahman MS, Azad AK, Islam MS. Effects of isometric quadriceps muscle strengthening exercise on chronic osteoarthritis of the knee. *Bangladesh Med Res Coun Bull* 2010;36(1):20-2.
- Hurley MV. Muscle dysfunction and effective rehabilitation of knee osteoarthritis: what we know and what we need to find out. *Arthritis Rheum* 2003;49(3):444-52.
- Hurley MV. The role of muscle weakness in the pathogenesis of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1999;25(2):283-98.
- Katz JD, Agrawal S, Velasquez M. Getting to the heart of matter, osteoarthritis takes its place as part of the metabolic syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 2010;22(5):512-9.
- Fisher NM, Pendergast DR. Reduced muscle function in patients with osteoarthritis. *Scand J Rehabil Med* 1997;29(4):213-21.
- Diracoglu D, Baskent A, Yagci I, Ozcakar L, Aydin R. Isokinetic strength measurements in early knee osteoarthritis. *Acta Reumatol Port* 2009;34(1):72-7.
- Baker KR, Xu L, Zhang Y, et al. Quadriceps weakness and its relationship to tibiofemoral and patellofemoral knee osteoarthritis in Chinese: the Beijing osteoarthritis study. *Arthritis Rheum* 2004;50(6):1815-21.
- Becker R, Berth A, Nehring M, Awiszus F. Neuromuscular quadriceps dysfunction prior to osteoarthritis of the knee. *J Orthop Res* 2004;22(4):768-73.
- Sharma L, Dunlop DD, Cahue S, Song J, Hayes KW. Quadriceps strength and osteoarthritis progression in malaligned and lax knees. *Ann Intern Med* 2003;138(8):613-9.
- Segal NA, Zimmerman MB, Brubaker M, Torner JC. Obesity and knee osteoarthritis are not associated with impaired quadriceps specific strength in adults. *PM R* 2011;3(4):314-23.

22. Segal NA, Torner JC, Felson DT, et al. Knee extensor strength does not protect against incident knee symptoms at 30 months in the multicenter knee osteoarthritis (MOST) cohort. *PM R* 2009;1(5):459-65.
23. Heidari B. Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. *Caspian J Intern Med* 2011; 2(2): 205-212.
24. Heidari B. Knee osteoarthritis diagnosis, treatment and associated factors of progression: Part II. *Caspian J Intern Med* 2011;2(2):249-55.
25. Liu CJ, Latham NK Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD002759.
26. Slivar SR, Peri D, Jukic I. The relevance of muscle strength--extensors of the knee on pain relief in elderly people with knee osteoarthritis. *Reumatizam* 2011;58(1):21-6.
27. McQuade KJ, de Oliveira AS. Effects of progressive resistance strength training on knee biomechanics during single leg step-up in persons with mild knee osteoarthritis. *Clinical biomechanics (Bristol, Avon)* 2011;26(7):741-8.
28. Jenkinson CM, Doherty M, Avery AJ, et al. Effects of dietary intervention and quadriceps strengthening exercises on pain and function in overweight people with knee pain: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;339:b3170.
29. Holstege MS, Lindeboom R, Lucas C. Preoperative quadriceps strength as a predictor for short-term functional outcome after total hip replacement. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92(2):236-41.
30. Al-Said YA, Al-Rached HS, Al-Qahtani HA, Jan MM. Severe proximal myopathy with remarkable recovery after vitamin D treatment. *Can J Neurol Sci* 2009;36(3):336-9.
31. Rinaldi I, Setiati S, Oemardi M, Aries W, Tamin TZ. Correlation between serum vitamin D (25(OH)D) concentration and quadriceps femoris muscle strength in Indonesian elderly women living in three nursing homes. *Acta Med Indones* 2007;39(3):107-11.
32. Dretakis OE, Tsatsanis C, Fyrgidis A, Drakopoulos CG, Steriopoulos K, Margioris AN. Correlation between serum 25-hydroxyvitamin D levels and quadriceps muscle strength in elderly cretans. *J Int Med Res* 2010;38(5):1824-34.
33. Mastaglia SR, Seijo M, Muzio D, Somoza J, Nunez M, Oliveri B. Effect of vitamin D nutritional status on muscle function and strength in healthy women aged over sixty-five years. *J Nutr Health Aging* 2011;15(5):349-54.
34. Boudville N, Inderjeeth C, Elder GJ, Glendenning P. Association between 25-hydroxyvitamin D, somatic muscle weakness and falls risk in end-stage renal failure. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2010;73(3):299-304.
35. Annweiler C, Schott-Petelaz AM, Berrut G, et al. Vitamin D deficiency-related quadriceps weakness: results of the Epidemiologie De l'Osteoporose cohort. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(2):368-9.
36. Janssen HC, Samson MM, Verhaar HJ. Muscle strength and mobility in vitamin D-insufficient female geriatric patients: a randomized controlled trial on vitamin D and calcium supplementation. *Aging Clin Exp Res* 2010;22(1):78-84.
37. Ding C, Cicuttini F, Parameswaran V, Burgess J, Quinn S, Jones G. Serum levels of vitamin D, sunlight exposure, and knee cartilage loss in older adults: the Tasmanian older adult cohort study. *Arthritis Rheum* 2009;60(5):1381-9.
38. Bergink AP, Uitterlinden AG, Van Leeuwen JP, et al. Vitamin D status, bone mineral density, and the development of radiographic osteoarthritis of the knee: The Rotterdam Study. *J Clin Rheumatol* 2009;15(5):230-7.
39. Felson DT, Niu J, Clancy M, et al. Low levels of vitamin D and worsening of knee osteoarthritis: results of two longitudinal studies. *Arthritis Rheum* 2007;56(1):129-36.
40. Muraki S, Dennison E, Jameson K, et al. Association of vitamin D status with knee pain and radiographic knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2011;19(11):1301-6.
41. Heidari B, Shokri Shirvani J, Firouzjahi AR, Heidari P, Hajian Tilaki KO. Association between nonspecific skeletal pain and vitamin D deficiency. *Int J Rheum Dis* 2010;13(4):340-6.

42. Annweiler C, Beauchet O, Berrut G, et al. Is there an association between serum 25-hydroxyvitamin D concentration and muscle strength among older women? Results from baseline assessment of the EPIDOS study. *J Nutr Health Aging* 2009;13(2):90-5.
43. Konstari S, Paaninen M, Heliovaara M, et al. Association of 25-hydroxyvitamin D with the incidence of knee and hip osteoarthritis: a 22-year follow-up study. *Scand J Rheumatol* 2011;41(2):124-31.
44. Thomas AC, Sowers M, Karvonen-Gutierrez C, Palmieri-Smith RM. Lack of quadriceps dysfunction in women with early knee osteoarthritis. *J Orthop Res* 2010;28(5):595-9.
45. Heidari B, Heidari P, Hajian-Tilaki K. Association between serum vitamin D deficiency and knee osteoarthritis. *Int Orthop* 2011;35(11):1627-31.