

ESETISMERTETÉS

Destruktív spondylarthropathia dializált betegben

Turda Éva dr., Forgács Sándor dr., Szalay László dr., Bindics György dr.,
Mester Ádám dr. és Borsi László dr.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház Röntgendiagnosztikai Osztály, Budapest

Összefoglalás. Hosszú ideig hemodializált betegekben a renalis osteodystrophia jól ismert tüneteinek kívül úgynevezett destruktív spondylarthropathia alakulhat ki. A szerzők egy 67 éves férfi esetét ismertetik, hazánkban elsőként hívják fel a figyelmet erre a kórképre. A nyaki gerincben az intervertebrális porckorongok pusztulása,

a zárólemezekben erosiók, cysták észlelhetők, amihez spinális stenosis és a gerinc instabilitása társult. A kiterjedt radiológiai elváltozások ellenére a klinikai tünetek enyhék. A röntgenkép és a CT spondylodiscitisre emlékeztet, MR vizsgálattal biztosítható a differenciál diagnózis.

DESTRUCTIVE SPONDYLOARTHRITIS IN DIALYZED PATIENTS

In addition to the well-known manifestations of renal osteodystrophy, the potential adverse effects of long-term hemodialysis also include destructive spondylarthropathy. In the Hungarian literature, the authors are the first to describe this condition by reporting the case of a 67-years-old male patient. Radiological abnormalities of the cervical segment comprised destruction of intervertebral disks, erosion and cystic degeneration of endplates, accompanied by stenosis of the spinal canal and instability of the cervical spine. Clinical manifestations were mild despite these extensive radiological changes. As the x-ray and CT findings are suggestive of spondylodiscitis, MRI is the imaging modality of choice for differential diagnosis.

Hatvanhét éves férfit beteg chronikus intersticiális pyelonephritise 1978-ban diagnosztizálták. 1999-ben kezdődött dialízis kezelése. Akkori laboratóriumi paramétereiből kiemelendők az elhúzódó hyperuricémia, sec. hyperparathyreosis és az acidózis jelei. 2000-től a Ca-P háztartás, húgysav anyagcsere és az acidózis korrigált volt.

Mozgásszervi panaszok miatt első ízben 1987-ben kezelték. A klinikai képet a lumbalis discopathia uralta, pozitív neurológiai eltéréssel. Akkori nyaki gerinc felvételén eltérés nem igazolódott. 1999-ben a dialízis kezdetén mellkas felvétel, dorsalis és lumbalis gerinc felvétel, medence, kéz és láb felvételek, DEXA vizsgálat történt.

Mérsékelt fokú degeneratív elváltozásokat és csökkent ásványi anyag tartalmat találtunk.

2002 márciusában a beteg már 445 dialízis kezelésen volt túl. Ágyéki panaszai progrediáltak, jobb lábfeje zsibbadt, járásnál jobb lábát csapta. Az ágyéki gerinc felvételét MR vizsgálattal is kiegészítették. Progrediáló discopathia jeleit észleltük. A részletes kivizsgálás során a nyaki gerinc oldalirányú és functionális felvételeit is elkészítettük, bár a nyaki szakaszra lokalizálódó kifejezett panasza nem volt.

A nyaki gerinc felvételen a C.III-VI .intervertebrális rések egyenetlenül beszűkültek. Az egymás felé néző peremeken kis osteophyták vannak. A zárólemezek sclero-



1. a), b): Nyaki gerinc oldalirányú és funkcionális felvételei scleroticus zárólemezek eróziók, kis cysták a C3-6 csigolyatesteken

tikusak, rajtuk mélyre terjedő eróziók és kis cysták ábrázolódnak. A C.III-V. csigolyák körülbelül 2 mm-t ventrál felé helyezettek a laza szalagok okozta instabilitás miatt. [1. a), b) kép]

A CT vizsgálat hasonlóan a nyaki gerinc felvételhez az egymás felé néző zárólemezekben egyenetlen felmaródásokat, szabálytalan, durva destrukciók igazolt. [2 a), b), c) kép]

A nyaki gerinc szakasz MR vizsgálata során a porckorongok ellapultak. Ez a legkifejezettebb a C.III-IV. segmentumban. Itt a hátsó peremszéli felrakódások az elülső liquorteret, a kisízületi arthrosis a forament szűkíti. A C.V-VI szegmentum szintjében a jelentősebb kisízületi arthrosis a hátsó liquorteret is beszűkíti, ezért a tényleges spinalis stenosis ebben a szegmentumban nagyobb fokú, mint felette. A spinalis stenosis eléri a myelon konturját, de morfológiai eltérés a myelon jelintenzitásában (myelopathia) nem volt kimutatható. A porckorongok közvetlen környezetében több segmentumban is ábrázolódott csontvelő oedéma. [3 a), b) kép] Ez nem a spondylodiscitis jele, mivel a discusok jelintenzitása egyenletes, hanem a porotikus compressiók folyamat következménye.

MEGBESZÉLÉS

A destruktív spondylarthropathia kialakulásának hátterében több okot feltételeznek (1). Ilyenek a vesebetegség megjelenésének ideje, fennállásának időtartama, a dialízis során használt membránokat, a dialízisnél megjelenő szisztémás amyloidózis, melyben béta-2 mikroglobulin

mutatható ki a lerakódott amyloid rostokban, (2,5,6.) valamint egyéb a klinikai változók. Jelenleg nem tudjuk egy okra visszavezetni, nem ismerjük. kialakulásának okát és kezelését sem. Irodalmi adatok alapján a legfontosabb faktor, mellyel a destruktív spondylarthropathia összefüggésbe hozható a hemodialízis időtartama volt. (1,7.) Fokozottan fordul elő hosszú ideje dializált betegeken.

A klinikum változatos lehet, de a betegek túlnyomórészt tünetmentesek vagy csak enyhe, jellegtelen mozgásszervi panaszai vannak. Helyi gyulladás szerepet játszhat a tünetek kialakulásában és a gyulladás hiánya megmagyarázhatja a tünetmentességet.

A destruktív spondylarthropathia leggyakrabban

a nyaki gerinc alsó szakaszán alakul ki, (2.) de a cranio-cervicalis átmenet is lehet érintett. (3,8,9) Esetenként a háti és lumbalis gerincen is leírták. (4)

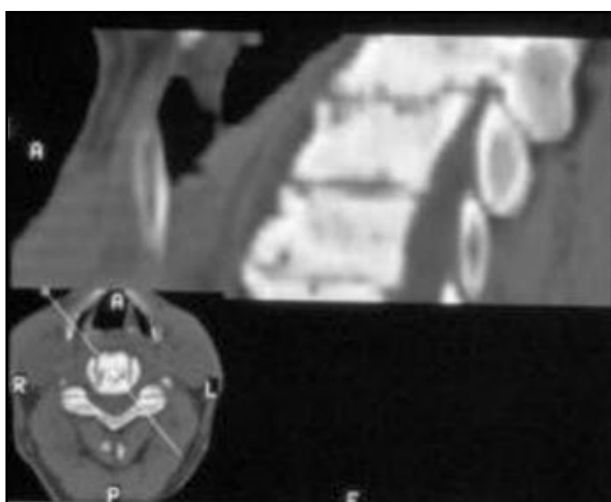
Ha az érintettség generalizált, több csigolyára terjed, gerincvelő kompresszióhoz vezethet, mely sebészi dekompressziós és stabilizációs megoldást igényel. (4,7)

A radiológiai kép jellegzetessége az intervertebrális részek nagyfokú szűkülete, eróziók és cysták a szomszédos zárólemezekben kisméretű osteophytákkal.

A destruktív spondylarthropathia képét elsősorban egyéb eredetű spondylodiscitistől kell elkülöníteni. A differenciál diagnosztika nehéz, mert röntgen és CT vizsgálat során nagyon hasonlít spondylodiscitisre, de ha elvégezzük az MR vizsgálatot a 2 körkép szétválik. Elsősorban fertőzős spondylodiscitistől kell elkülöníteni, mert a dializált betegeknél a fertőzés kockázata magasabb.

A spondylodiscitis MR jellegzetessége T1 súlyozott képen csökkent, T2 képeken fokozott jelintenzitás a korongból és a határoló zárólemezekből, valamint a Gadolinium halmozás. A destruktív spondylarthropathia MR jellegzetessége: Gadolinium halmozás nincs, a T2 súlyozott képeken a discusokban nincs fokozott jelintenzitás.

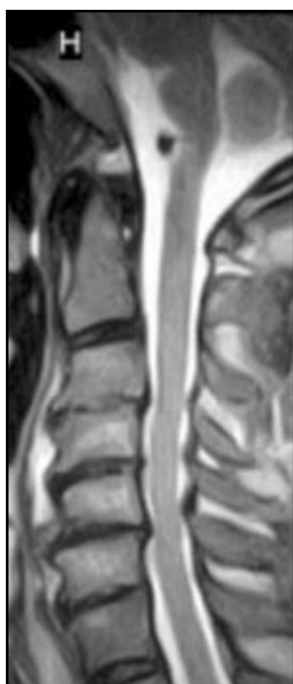
Tanulmányunkkal hazánkban elsőként kívántuk felhívni a figyelmet 2 esetünk ismertetésével a hosszú ideje hemodializált betegeknél kialakuló destruktív spondylarthropathiára, mely lényegesen kevesebb klinikai tünetet okozott, mint azt a súlyos radiológiai kép alapján gondoltuk volna. Klinikailag nem tisztázott a destruktív elváltozások súlyosbodásának oka, de a dializált betegeknél több év alatt lassan progresszív kifejezett destruktív elváltozások figyelhetők meg.



2. a), b), c): Nyaki gerinc CT vizsgálata. Az egymás felé néző zárólemezekben egyenetlen felmaródások durva destrúciók láthatók

IRODALOM

1. Kuntz D, Naveau B, Bardin T. et al: Destructive spondylarthropathy in hemodialysed patients: a new syndrome. *Arthritis Reum.* 1984. 27.:69-74.
2. Ohaski K, Hara M, Kawai R et al: Cervical discs are most susceptible to (2-microglobulin amyloid deposition in the vertebral column *Kidney Int.* 1991; 41:1646-52.
3. Rousselin B, Helenon O, Zingraff J. et al.: Pseudotumor of the craniocervical junction during long-term hemodialysis. *Arthritis Rheum.* 1990; 33:1567-74.
4. Sundaram M. Seeling R, Pohl D.: Vertebral erosions in patients undergoing maintenance hemodialysis for chronic renal failure. *AJR* 1987; 149:323-27.
5. Gejyo F, Yamada T, Odami S et al.: A new form of amyloid protein associated with chronic hemodialysis was identified as (2-microglobulin. *Biochem Biophys Res Commun* 1985; 129:701-6.
6. Linke Rp, Hampl H, Bartel-Schwartz S et al.: (2-microglobulin different fragments and polymers there of in synovial amyloid in long- term hemodialysis *Biol.Chem. Hopp-Seyler* 1987; 368:137-44.
7. Leone A, Sundaram M, Cerase A et al. Destructive spondylarthropathy of the cervical spine in long-term hemodialysed patients. A five year clinical radiological prospective study. *Skeletal Rad.* 2001. 30;431-44.
8. Kakitsubata Y, Boutin RD, Theodoron D et al.: Calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition in and around the atlantoaxial joint: Association with type 2 odontoid fractures in nine patients.. *Radiology*:2000; 216:213-9.
9. Zunketer B, Schelper R, Meneres A.: Periodontoid calcium pyrophosphate dihydrate deposition disease:"pseudogout" mass lesions of the craniocervical junction. *J.Neurosurg.* 1996; 85:803-9.



3. a), b): MR vizsgálat T1, T2 Súlyozott képek: A T2 súlyozott képen a discusokban nincs fokozott jelintenzitás