

ESETISMERTETÉS

Kezeletlen proximális femurtörés után kialakult csípő osteolysis és ankylosis capsularis

Szántó Dezső dr., Szűcs Gabriella dr. és Ditrói Edit dr.
Szent Ferenc Kórház, Miskolc

Összefoglalás: A szerzők 83 éves nő jobb csípőjének osteolysisét és ankylosis capsularisát mutatják be, melyet a femur kezeletlen proximális törése okozott. Az ízületi tok ankylosisa korlátozott aktív és passzív mozgást tett lehetővé és megtévesztő klinikai tüneteket eredményezett.

OSTEOLYSIS AND CAPSULAR ANKYLOSIS OF THE HIP CONSECUTIVE TO AN UNTREATED PROXIMAL FRACTURE OF THE FEMUR

The authors present the case of an 83-years-old female patient with osteolysis and capsular ankylosis of the right hip joint, resulting from an untreated proximal fracture of the femur. Ankylosis of the articular capsule afforded a restricted range of active and passive motion and thereby produced misleading clinical manifestations.

Adhezív, vagy fibrotizáló capsulitis ízületi mozgásokat korlátozó fájdalmat okoz, leggyakrabban a vállon (8,10,11,12), ritkábban a csípőben (7,9) és elvéve a tibiotalaris ízületben (7,13).

A posttraumás adhezív capsulitist Goldman és mtsai (6), az ízületi tok ritka, kiterjedt meszesedését és elcsontosodását Freyberger és mtsai (5) írták le, akik a korai szakaszban artrográfiával az intrakapszuláris nyomás emelkedését, az ízületi térfogat csökkenését, továbbá az ízülettel közlekedő recessusok és bursák obliterációját mutatták ki. Megállapításaikat a korszerű képalkotás megerősítette (3).

A merev, dermedt és egy tömegben elmozdítható ízületet van Mappes és mtsai (13) fagyottnak nevezték és ez a szókép napjainkban is általános használatú.

ESETISMERTETÉS

83 éves, járókerettel 4 esztendő óta korlátozottan mozgó nő jobb alsó végtagját családorvosa 3 cm-rel rövidebbnek találta az ellenoldalinál és a tompor területében kemény, el nem mozdítható terimét tapintott, melyet a medencefél malignus daganatának vélt. Az elváltozás tisztázására a beteget radiológiai és klinikai laboratóriumi vizsgálatokra küldte.

A hozzátartozók tájékoztatása szerint az idős nő kb. 4 éve otthonában elesett, és a baleset erős jobb oldali csípőfájdalmat, továbbá átmeneti mozgásképtelenséget okozott. Panaszati ágynyugalommal, borogatással és fájdalomcsillapítással, később antikoagulálással és nem szteroid gyulla-



A medence Clark-beállítású anteroposterior felvétele. A jobb csípő osteolysise és ankylosis capsularisa.

dáscsökkentő szerrel kezelték. Kb. 2 hónapos fekvés után a fájdalom jelentősen mérséklődött és a beteg járókerettel óvatosan mozogni kezdett. Panaszai teljesen nem szűntek meg, de ezt megszokta. A baleset idején külföldön élő betegről jelentkezéséig nem készült csípőfelvétellel!

Klinikai laboratóriumi leletei alapján 2-es típusú diabeteszt, mikroalbuminuriát és vashiányos anaemiát diagnosztizáltak.

A medencéről Clark-pozícióban (hátonfekvő testhelyzetben, 30 fokban behajlított és alátámasztott térdekkel) készítettünk felvételt, mivel békáláb tartás kivitelezhetetlen volt.

A képen azt láttuk, hogy a jobb femur szupra-trochanterikus vége hiányzik, a csontvég vésőalakú, kiszélesedett, a femur lateroproximálisan migrálódott és dorsomedialisan rotálódott, emiatt a kistompor nem ábrázolódott. A tátongó, aszimmetrikus ízületben multiplex osteochondronekroidok vannak. A femur proximális végét az ízületi tok tapadását és a zona orbicularis vonalát követő, vas-kos, csontos burok veszi körül, mely a csöves csonttal és az acetabulum felett os iliummal összenőtt. A csontmasszában belül a trochanter major nem különíthető el. A medencegyűrű osteoporotikus, a bal csípőn nem látszik eltérés. A kétoldali iliogluteális és a jobb oldali pubofemorális lágyrészekben szabálytalan alakú, nagyobb részben a medencegyűrűre vetülő mézsdépők (kép).

A jobb csípő elváltozását a femur kezeletlen proximális törése után kialakult, nagy kiterjedésű ischaemiás csontnekrózisnak és kapszuláris ankylosisnak tartottuk.

A csípőfél artroszonogramja mézsképletekre jellemző echoszerkezetet mutatott.

MEGBESZÉLÉS

Fibrotizáló, vagy ankylotizáló capsulitist makro-, és mikrotraumák, monoton ízületi terheléssel járó foglalkozások (2, 6), műtétek, hosszú immobilitás, tartósan viselt bandázsok és rögzítők (7, 9), gyógyszerek és érbetegségek (11, 13) okoznak.

Szövetteni vizsgálat alkalmával az ízületi tok synovialis rétegének és nyáktömlőinek mononukleocytás infiltrációját, a külső, rostos réteg, valamint a beleszőtt szalagok és a belső ligamentumok fibroplasiáját, ritkábban osteocartilaginaer metaplasiáját észlelték (2,7,13). Megfigyelések szerint osteoblastikus tevékenységet bármely mesenchyma sejt kifejthet és ezért nincs arra szükség, hogy a heterotop csontképződés helyére a véráram útján osteoblastok kerüljenek (8). Ezek a tapasztalatok betegünk jobboldali ankylotizáló capsulitisére nézve megfelelő pathogenetikai magyarázatot nyújtanak.

Nem tekinthetünk el azonban attól a hyperostotikus hajlamtól sem, melyet Forgács (4) adatai szerint a diabetes okoz.

Burgener és Kormano (1) az adhezív, fibrotizáló capsulitis síkfilmén látható jeleinek az ízületi tok tapadási helyein kialakuló osteoenthesophytákat, a csontállomány hipodisztofiját és egy, vagy néhány szabad ízületi test megjelenését tekintik. Azonnali definitív kórismét MRI biztosít (3). Esetünk azt szemlélteti, hogy capsulitis ankylosans ábrázolására a síkfilm teljesítőképessége elegendő.

Harris és Harris (8) észlelései alapján arra gondolunk, hogy a jobb femur proximális osteolysist hajlító és torziós erőhatás által kiváltott, Pauwels II. típusba tartozó combnyak törés traumatológiai ellátatlansága eredményezte, amely ischaemiát, necrosist, majd collapsust és osteolysist okozott. A biomechanikai terheléssel járó in-gerek végül korlátozott mozgásokat megengedő, reaktív ankylosis capsularist indítottak meg.

A traumatológiai szakellátás hiányára vonatkozóan nincs releváns magyarázatunk.

IRODALOM

- Burgener, F.A., Kormano, M.: Bone and joint disorders: conventional radiologic differential diagnosis. G. Thieme, Stuttgart, 1996.
- Bruchner, F., Nye, C.S.: A prospective study of adhesive capsulitis of the shoulder (frozen shoulder) in a high risk population. Q.J.Med. 1981. 50. 191–204.
- El Khoury, G.Y.: Essentials of musculoskeletal imaging. Churchill Livingstone, New York, 2002.
- Forgács, S.: Bones and joints in diabetes mellitus. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1982.
- Freyberger, R.H., Kaye, J.J., Spiller, J.: Arthrography. Appleton Century Fox, New York, 1979.
- Goldman, A.B., Katz, M.C., Freyberger, R.H.: Posttraumatic adhesive capsulitis of the ankle: arthrographic disease. AJR. 1976. 127. 585 — 588.
- Giffiths, H.J., Utz, R., Bruke, J., Bonfiglio, Th.: Adhesive capsulitis of the hip and ankle. AJR. 1985. 144. 101–105.
- Harris, J.H., Harris, W.H.: The radiology of emergency medicine. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2000.
- Lequesne, M., Bercker, J., Bard, M., Witvoet, J., Postel, M.: Capsular constriction of the hip: arthrographic and clinical considerations. Skeletal. Radiol. 1982. 6. 1–10.
- Neviaser, R.j.: Painful conditions affecting the shoulder. Clin. Orthop. 1983. 173. 63–69.
- Neviaser, R.J.: Adhesive capsulitis and the stiff and painful shoulder. Orthop. Clin. North.Am. 1980. 11. 327–331.
- Rizk, T.E., Pinals, R.S.: Frozen shoulder. Semin. Arthr. Rheum. 1982. 11. 440–452.
- van Mappes, F.L., van den Hogenband, C.R., Greep, J.M.: Adhesive capsulitis of the ankle (frozen ankle). Acta Orthop. Traumat. Surg. 1979. 94. 313–315.