

ESETISMERTETÉS

Differenciáldiagnosztikai problémát képező vállízületi haemarthros

Ormos Gábor dr., Csauth Klára dr., Kaposi N. Pál dr., Korda Judit dr.
és Sevcics Krisztina dr.

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

Összefoglalás: A szerzők 82 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél a képalkotó diagnosztikai eljárások „nagy valószínűséggel” támasztották alá a klinikai kép alapján típusosnak tartott Milwaukee váll-térd szindróma diagnózist. A képalkotó eljárások igazolták a nagyfokú, recidiváló vállízületi haemarthros etiológiáját, nevezetesen, hogy azt az ízületi komplex destrukció okozta habituális ficam tartja fenn.

HAEMARTHROS OF THE HUMEROSCAPULAR JOINT CAUSING A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC PROBLEM

The authors present the case of a 82-years-old female patient, in whom the tentative diagnosis of Milwaukee shoulder/knee syndrome – considered typical in view of the clinical manifestations – was confirmed as “highly probable” by diagnostic imaging. The latter identified the aetiology of extensive and recurrent haemarthros of the humeroscapular joint by demonstrating that it is maintained by habitual dislocation resulting from complex joint destruction.

A kristály depozícióval járó megbetegedések legutóbbi hazai reumatológiai tankönyvünkben igen részletesen ismertetésre kerültek (6), és a nemzetközi legrangosabb szakkönyv releváns fejezetét is hazai szerzők jegyzik (7). A „Milwaukee váll-térd szindróma” fogalmát, Mc Carty határozta meg (5), amely alapja a kristály kimutatott jelenléte. Az esetek felében a váll mellett a térdízületek is érintettek (3), s gyakori tünet a haemarthros. A saját gyakorlatunkban néha azt tapasztaltuk, hogy a klinikai kép és a képalkotó eljárások olyan típusosak, hogy megkérdőjelezhető a biztos kritériumokat képező kristályok meglétének kötelezettsége. Egy esetünkben is ez volt a helyzet, s emellett a nagymértékű haemarthros okozott differenciáldiagnosztikai problémát, amelyet a képalkotó vizsgálatok oldottak meg.

ESETISMERTETÉS

A 82 éves nőbetegét 2010. januárban az ORFI III. RR osztályon, közvetlen megelőzőleg az ORFI III. R osztályán kezeltük. Anamnéziséből több mint 30 éve generali-

zált degeneratív mozgásszervi elváltozások miatti rendszeres reumatológiai kezelés emelhető ki, 1989-ben genu varum I.d miatt korrekciós tibia osteotomia történt, a súlyos gonarthrosis miatt már 2004-től ismételtén javasolták az arthroplastica végzését, amelyet a beteg nem vállalt. Mk válla évek óta fájdalmas, pár hónapja jobb válla nagyfokban megduzzadt, a heves fájdalom miatt alig tudja emelni. Reumatológiai osztályon punkció történt, amely során kb. 120 ml véres synoviát nyertek, amely vizsgálata kristályt nem mutatott ki. A punkció után a felkarra kiterjedő haematoma jelentkezett, emiatt traumatológiai konzílium is történt, amely vállízületi, mozgásra reponálódó ficamot véleményezett, a bevérzés 1-2 hét alatt szűnt, viszont a vállízületi duzzanata recidivált. Emiatt került osztályunkra, státuszában dominált a jobb váll extrém fluktuáló duzzadtsága. A bal váll is fájdalmas, mozgása beszűkült. Mko-i térdízület deformált, varus állásban, nagyfokú instabilitás, a beteg két támbotra támaszkodva 10-20 lépést képes megtenni

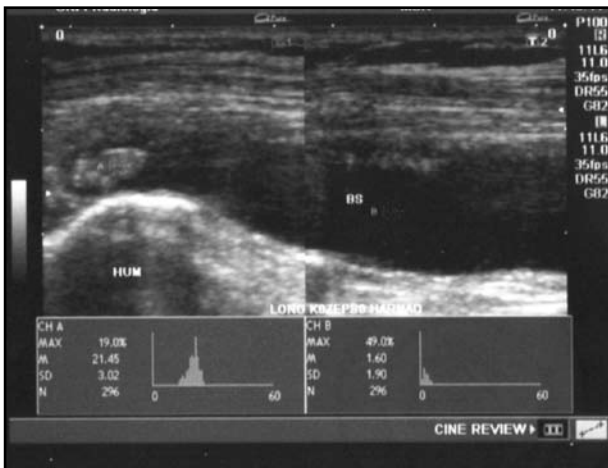
A beteg kivizsgálása során alapbetegségként felmerülő kórképet – sarcoidosis, hipo/hiperparathyreosis, kötőszö-



Rtg 1.) A humerusfej előre, lefelé luxált, és kifejezett destrukció, valamint a sebési nyaknak megfelelően horgas jellegű csontos felrakódás figyelhető meg. Az acromion is részben destruált. A vállízület körüli lágyrész szövetűnően kiszélesedett, alsó határa mentén finom vonalszerű, míg a humerusfej mellett oldalt felhőszerű meszesedés figyelhető meg. Mindezek – a leírt eltérések – nagy valószínűséggel felvetik a rotátorköpeny teljes szakadását is.



Rtg 2.) Mozgáshelyzettől függően az egyébként laza vállízületben a humerusfej helyzete könnyen változik. A jelen képen a korábbi teljes luxatio elülső felső subluxációban látható. Ez is megerősíti a már Rtg 1. képen felvetett rotátorköpeny elváltozás lehetőségét. Az említettek mellett előtűnik a clavicula distális végének kifejezett pusztulása is.



UH 1.) A humerusfej közepső harmadában készült hosszirányú képen jól feltűnik a bursa subdeltoide valamint az ízületi üreg közös tere, ami újfent megerősíti a már rtg. képeken felvetett teljes köpenyszakadás tényét. A rtg. képen látható felhőszerű meszesedés ténye UH-val is egyértelműen megmutatkozik, amelyet a hisztogram is megerősít.

(Rövidítések: HUM=humusfej, BS=bursa subdeltoidea és a közös ízületi üreg, „A” hisztogram=meszesedés, „B” hisztogram=folyadék)



UH 2.) Az elülső transversalis metszeti képen még kifejezettebben megítélhető a közös ízületi üreg, ami egyértelművé teszi a teljes, kiterjedt rotátorköpeny szakadás tényét. Jól látszik a humerusfej destrukció ténye is. A közös ízületi üregben finom csillámlás mellett finom rétegződés is látszik a folyadéktartalmon belül, ami a bevezésre utal.

LABORATÓRIUMI LELETEK

A laboratóriumi leletei normál rutin és szerológiai értékeket mutattak (We: 2mm/ó, CRP: 3), csupán a vizelet üledék mutatott eltérést („elvétve 1-1 vvt. urát szemcse, Ca-oxalát kristály”).

Synoviális folyadék vizsgálat: Sejtszám:<0,2 sejt/nl, Granulocita: 10%, Mucin: +++, vvt: sok 8+++): Kristály vizsgálat: negatív. Baktérium vizsgálat: aerob és anaerob

veti rendszerbetegség, krónikus veseelégtelenség, D hipervitaminosis, tej-alkáli szindróma – nem tudtunk igazolni.



MR 1.) A zsírelnyomással készült T2 axiális képen egyértelművé vált a humerusfej teljes, előrefelé irányuló luxációja, a fej destrukciója a ízületi árokkaal egyetemben. A létrejött közös ízületi űrben a finom, pontszerű jelszegény fátyolozottság a vér jelenlétére utal. Feltűnő a deltaizom sorvadása.



MR 2.) A T2 ugyancsak axiális azonos magasságban készült gradiens képen még szembetűnőbbek a destrukciók, valamint a vér jelenlétére utaló jel, a jelszegény fátyolozottság.



MR 3.) Ferde coronális T2 hátsó harmadban készült képen egyértelműn ítelhető meg a már említett mértékű rotátorköpeny szakadás a rostok visszahúzódásával. Emellett látható, hogy a közös űr felül mediálisan, hátul kis szakaszon megszakad, itt a folyadék a bőr alatti zsírszövetbe jutott. Mindezek mellett feltűnik ezen metszetben is a humerusfej helyzetváltozása, destrukciója, valamint az ízületen belüli vérrre utaló jelmenet, és nem utolsó sorban a deltaizom sorvadtsága.



MR 4.) A T2 ferde sagittális képen még jobban látható a közös űr szakadási helye hátul, illetve elöl és hátul alul a synovium szaporulat, valamint elöl a vérrrel kevert folyadék ténye.



MR 5.) Kontrasztanyag adása után (Gadolinium) a kivonásos ferde coronális T1 képen jól elötűnik a halmozás a közös ízületi űr alsó részében – kifejezettebben az axilláris recessusban –, valamint a destruált humerusfejben.

baktérium nem tenyésztett ki. A synovia polarizációs (ismételt) kristályanalízise és a röntgen diffrakációs technikával végzett vizsgálata során sem sikerült kristályt kimutatni.

KÉPALKOTÓ VIZSGÁLATOK

A vállakról hagyományos röntgenfelvételeket készítettünk, ultrahang és MRI vizsgálatokat végeztünk. A talált elváltozásokat a képaláírásokban foglaljuk össze.

KÖRLEFOLYÁS

Kórházi bent fekvése alatt a gyógytorna kifejezetten rossz hatású volt, így attól eltekintettünk, elektroterápiát és hűtő pakolást, a fájdalmai miatt Fentanyl Hexal 25ug/h TTS tapasz medikációt alkalmaztunk. Mivel a beteg perspektivikusan is elzárkózott műtéti megoldástól, illetve azt mi sem tartottuk aktuálisan indikálnak, otthonába bocsátottuk.

MEGBESZÉLÉS

A beteg három (jobb váll és mk térd) nagyízületét érintő súlyos destrukció megoldása elvileg az endoprotetizálás lenne (1), amelyet részben a beteg sem vállalt, részben kora és általános állapota miatt objektíve sem tartottunk kivitelezhetőnek. Az irodalomban (4) közölt arthroscopos átöblítést betegünknel nem tartottuk megfelelőnek. Sajnos várhatóan a térd tehermentesítése miatt mk vállát igénybe fogja venni járóképessége céljából. A jobb váll haemarthros progressziója vitális indikáció lehet egy kiterjesztett vállműtetre, azonban a postoperatív immobilitás is végzetes lehet számára.

A kristály okozta artropathiákra jellemző polyartikularis érintettség és a gyakori hisztokompatibilis antigének jelenléte, bizonyos szisztémás megbetegedésekkel asszociáltság a kórkép metabolikus eredetére utal (6,7). Közismert viszont kristályok gyakori jelenléte destruktív arthrózisos ízületekben, amely háttérben mechanikus eredetet feltételeznek (2). Kérdéses, és lehet, hogy a legújabb immunológiai kutatások alapján, már „megfelelt kérdés” a primer degeneratív kórképek „nem mechanikus” patomechanizmusa. A tankönyvben szereplő biztos és valószínű diagnózisok kritériuma a kristályok jelenlétének kimutatása, míg az ízületi klinikai tünetek csak a lehetséges kategóriára elegendőek (6). Esetünkben csupán polarizációs és röntgendiffrakciós kristálydiagnosztikát végeztük, lehet, hogy egyéb módszerekkel

sikerült volna a kristály kimutatás. Ha a röntgen, vagy MRI vizsgálattal csupán nagyfokú ízületi destrukciót találunk, akár csak egy, például a váll ízületben, akár rotátor sérüléssel kombinálva, számos differenciáldiagnosztikai lehetőség merülhetne fel (neuropathiás arthropathiától az amyloidózisig), hasonlóan ahhoz, hogyha csupán az ízületi kalcifikációról, vagy, csupán a csillámló particulumok Uh leletéről lett volna szó. Esetünkben a különböző képalkotó eljárások egymást kiegészítő összessége, a klinikummal együtt, „nagy valószínűséggel” támasztották alá a klinikai kép alapján felállított diagnózist. Az esetünkben a képalkotó eljárások további érdeme, hogy igazolták a nagyfokú, recidiváló vállízületi haemarthros etiológiáját, azaz az ízületi komplex destrukció okozta habituális ficamot.

IRODALOM

1. *Epis O, Viola E, Bruschi E és mtsai.*: Milwaukee shoulder syndrome (apatite associated destructive arthritis): therapeutic aspects. *Reumatismo*. 2005. 57.69-77.
2. *Geraldine M. McCarthy*: Basic calcium phosphate crystal deposition disease. In *Rheumatology 4th Edition*, Mosby Elsevier, 2008. p.1863
3. *Halverson PB, Carrera GF, McCarty DJ.*: Milwaukee shoulder syndrome fifteen additional cases and a description of contributing factors *Arch Intern Med*. 1990.150.677-682.
4. *Halverson PB, Ryan LM.*: Tidal lavage in Milwaukee shoulder syndrome: do crystals make the difference. *J Rheumatol*. 2007.34.1446-7.
5. *McCarty DJ, Halverson PB, és mtsai.*: „Milwaukee shoulder”-association of microspheroids containing hydroxyapatite crystals, active collagenase, and neutral protease with rotator cuff defects. I. Clinical aspects. *Arthritis Rheum* 1981.24.464-73.
6. *Poór Gyula*: A reumatológia tankönyve. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2008.261-267.
7. *Poór Gyula, Mituszova Mila*: History, classification and epidemiology of crystal-related arthropathies. In *Rheumatology 4th Edition*, Mosby Elsevier, 2008.1805-11.