

ESETISMERTETÉS

A könyök neuropathiás arthropathiája rheumatoid arthritiszben

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

Összefoglalás: A szerzők 58 éves nő bal könyökének neuroarthropathiás arthropathiáját mutatják be. A beteg 9 év óta rheumatoid arthritiszben szenvedett. A neuroarthropathiát a nervus radialis és ulnaris kompressziójára vezetik vissza, melyet az ízületi és ízület körüli lágyrészek gyulladása és duzzanata okozott. Nem zárható ki egyéni adottságok patogenetikai szerepe sem.

NEUROARTHROPATHY OF ELBOW IN RHEUMATOID ARTHRITIS

A case of neurotrophic arthropathy of left elbow in 58 years old female patient is reviewed. She endured rheumatoid arthritis from 9 years. We had neuroarthropathy attributed to rheumatoid inflammation and swelling of articular and paraarticular soft parts resulted a compression of radial and ulnar nerves. No excluded pathogenetic role of a subjective disposition.

A térdízület tabes dorsalis által okozott trofikus károsodásait Charcot (3) írta le 1868-ban. Katz és mtsai (9) a neuropathiás arthropathia korai tünetének a hydrarthrost, a subluxatiót, az arthrosishoz hasonló degeneratív elváltozásokat és abortív mikrofracturákat tekintették. Az arthropathia hypotrofiás-lytikus, hypertrofiás-proliferatív, vagy kevert típusa ezen elváltozások viszonyától függ (12).

A rheumatoid arthritiszben ritkán kifejlődő betegség főként nagy ízületeket érint és az alapbetegség miatt osteoarthritisz károsodásokat, eróziókat, usurákat, destrukciókat és mutilációkat is látunk (2, 13).

ESETISMERTETÉS

58 éves, szeropozitív rheumatoid arthritis miatt 9 év óta gondozott nő az utóbbi 4 hónapban bal könyökének fájdalmatlan duzzanatát, fokozódó gyengeségét és rendelle-

nes mozgathatóságát tapasztalta. Háziorvosa bal könyökének kerületét 29 cm-nek, az ellenoldaliét 24 cm-nek találta és az előbbi helyen kevésbé mobilis, kemény, bőr-alatti képletet tapintott. Az elváltozások tisztázására a beteget röntgenvizsgálatra küldte.

A bal könyök anteroposterior felvételén azt láttuk, hogy a trochlea humeri az incisura semilunaris ulnae-ba nyomul, az olecranon magas helyzetű, a humeroulnaris ízület keskeny és erodált, a capitulum radii collapsusa következtében a humeroradialis ízület aszimmetrikus és tátong, a capitulum humerin 5 mm-nyi átmérőjű usura és a radialis oldali lágyrészekben 3,2 x 2,4 cm nagyságú, szabálytalan alakú mélyedés van (1.kép). Oldalirányú beállításban a vezetőléc eltűnését, az art.radioulnaris proximalis felbomlását, az orsócsont volaris subluxatióját és a parossealis mészképlet volaris helyzetét láttuk. Disszekciós-mutilációs szabad ízületi testek a humeroulnaris és radialis, továbbá a proximális radioulnaris ízületekben egyaránt megjelentek. A trochlea humeri ulnodistalis migrációja kifejezett (2.kép).

A látottakat kevert típusú, arthroosteitiszes tüneteket tartalmazó neuropathiás arthropathiának tartottuk.

Arthroszonográfiával mindkét könyökízületben kis mennyiségű folyadékgyülemet észleltünk. A kétoldali hydrops különbsége nem volt szignifikáns.

A neurológiai konzílium lötyögő baloldali könyökízületet, disszociált érzészavart, tactilis, thermo-, és aki-naesthesiát, valamint algodiaphoriát és hyperextenziót írt le, s ezáltal megerősítette a neuropathiás arthropathia kórismét.

A kis ízületek károsodása (Larsen) III., duzzanata (Camp) és fájdalomassága (Ritchie-Boyle-Mc Innes) II. súlyossági fokozatú. Az alapbetegség a jobb térdet is érintette.

MEGBESZÉLÉS

A rheumatoid arthritisben előforduló neuropathiát Ferguson és Slocumb (5) 1961-ben elektromiográfia és a n.suralis biopszia alapján írta le.

Conn és mtsai (4) tisztázták, hogy a rheumatoid mononeuritis simplex és multiplex a generalizált vasculitis epineuralis előfordulása, amely többnyire 30–70 éves, 8–10 év óta szeropozitív polyarthritisben szenvedő férfiak betegsége. Az esetek háromnegyed részében akut, vagy szubakut szenzoros, egynegyed hányadában motoros neuropathia jelentkezik. Betegünkön nem fordultak elő a károsodások.

Észlelésünk megfelel Savage és Horner (14) tapasztalatának, akik a vasa nervorum és más kiserek vasculitisze által okozott neuroarthropathiával nem találkoztak.

1965-ben Good és mtsai (7) 70 eset, 1967-ben Barnes és Currey (1) 30 kórtörténet elemzése alapján ismertettek ízületi folyadékgyülem, gyulladt és duzzadt ízületi tok, ín, inhvél és bursa, valamint atlantoaxiális subluxatio által okozott kompressziós neuropathiákat. A szövetközi nyomást alkalmanként a lágyrészek hegesedése és zsugorodása is emelte (13).

Leggyakoribb az volt, hogy a könyök rheumatoid arthritisze a n.ulnarist és/vagy radialist, a csuklóé a n.medianust, a térdé a n.peroneust és/vagy tibialist károsította, és alagút szindrómát okozott. A felső végtag kompressziós neuropathiája az alsó végtagénál rosszabb körjóslatú.

Az előbbi megfigyelések, valamint Leriche és mtsai (11) klasszikus vizsgálata alapján arra gondoltunk, hogy a perineuralis szöveti tereket alkotó lágyrészek duzzanata miatt a bal n.radialis és ulnaris tartósan fokozott nyomás alá került, mely kezdetben a fájdalomérző receptorok számának csökkenését okozta. A könyök kerületének megnagyobbodását elsősorban a lágyrészek tömegének növekedése és nem az ízületi folyadékgyülem megszorodása eredményezte. A következmény az időskori analgesia visceralissal analóg (8).

A motoros innervatio zavara később alakult ki, vagy a szenzoros beidegzésénél enyhébb volt, ezért a beteg könyökét túlterhelte, s a trophikus hypotrófiával párhuz-



1. kép. Kevert típusú neuropathiás arthropathia a bal könyök anteroposterior felvételén. A capitulum radii collabalt, a capitulum humeri usura, a humero-ulnaris ízület erodált, rése keskeny, a radialis oldal lágyrészeiben mérszdepó.



2. kép. A trochlea humeri az incisura ulnaris humeribe nyomul, az art.radioulnaris proximalis dezorganizálódott, az orsócsont volarisán subluxálódott, az ízületekben szabad, disszekciós testek. A mérszdepó volaris helyzetű. A bal könyök laterolateralis felvétele.

mosan hypertrófiás-proliferatív elváltozások is megjelennek. Ezeket arthroosteitisz tünetek, eróziók, usurák, destrukciók és mutilációk színezték. Bár jelentősége esetünkben csekély, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a hydrarthros patogenetikai szerepét sem. A lágyrészek gyulladásos duzzanata kisebb a feltételezhetőnél, mivel a könyök kerületét a radiovolaris mészdepo növeli.

A lágyrész károsodás jelentőségét Keitel (10) vizsgálatai is megerősítik, aki azt figyelte meg, hogy a rheumatoid arthritis kezdete után 1 évvel a nagyízületek 15-16%-a, 3-10 évvel 31-60%-a, 10-12 évvel 58-60%-a érintett. A neuropathiás arthropathia előfordulása nem emelkedik ezzel párhuzamban.

Úgy gondoljuk, hogy a kisebb, vagy rövidebb ideig tartó szöveti nyomásnövekedés alagút-szindrómát, a nagyobb és prolongált neuropathiás arthropathiát okozhat. Nem zárhatjuk ki egyéni adottságok jelentőségét sem.

Atlantoaxialis subluxatio által okozott para-, és quadriplégiában csonthypotrófia kialakul ugyan, de az akinesia megvédi az ízületeket a neuropathiás arthropathiától.

Miller és Hunt (13), valamint Thornhill és mtsai (16) arra hívják fel a figyelmet, hogy az elkülönítésben gyógyszer indukált neuropathiára, diabeteszre, amyloidosisra, és szisztémás lupus erithematosusra is gondolkunk kell.

A leggyakoribb neuropathiás arthropathia diabeteszes és a lábon fordul elő (6). A ritka syringomyelia többnyire a felső végtagot károsítja és extrém hypertrofiás-proliferatív ízületi elváltozásokat okoz (15).

IRODALOM

1. Barnes, G. G., Currey, H. L.: Carpal tunnel syndrome in rheumatoid arthritis. A clinical and electrodiagnostic survey. *Ann. rheum. dis.* 1967. 26. 226–230.

2. Brower, A. C., Robert, G. M. C., Altmann, M.: Pathogenesis of the neurotrophic joint: neurotraumatic vs. neurovascular. *Radiology* 1981. 139. 349–359.

3. Charcot, J. M.: La arthrite tabétique. *Arch. Phys. Norm. Path.* 1986. 1. 161 – 172.

4. Conn, D. L., McDuffie, F. C., Dyck, P. J.: Immunopathology study of sural nerves in rheumatoid arthritis. *Arthr. And rheum.* 1972. 15. 135–140.

5. Ferguson, R. H., Slocumb C. H.: Peripheral neuropathy in rheumatoid arthritis. *Bull. Rheum. Dis.* 1961. 29. 153–157.

6. Forgács, S.: A diabeteses osteoarthropathia klinikai és röntgenképe. *Magy. Radiol.* 1976. 28. 79–85.

7. Good, A. E., Cristopher, R. P., Koepke, G. H., Bender, L. F., Tarter, M. E.: Peripheral neuropathy associated with rheumatoid arthritis. A clinical and electrodiagnostic study of 70 consecutive rheumatoid arthritis patients. *Ann. Intern. Med.* 1965. 63. 87–96.

8. Johnson, L. C.: Circulation and bone (Charcot's disease an trophic change.) In: Frost, M. M. (ed): *Bone brodynamics.* Little Brown and Co. Boston, 1994.

9. Katz, J., Rabinowitz, J. G., Dziadiw, R.: Early changes in Charcot's disease. *AJR* 1961. 86. 965–974.

10. Keitel, W.: *Differencialdiagnostik der Gelenkerkrankungen.* G.Fischer Verlag, 2. Aufl. Jena, 1988.

11. Leriche, R., Mainescu, J., Delano, P. J.: The pathogenesis of Charcot's joint. *AJR* 1946. 56. 189–200.

12. Lüning, M. A., Félix, R.: *Komplexe bildgebende Diagnostik. Knochengelenk.* G. Thieme Verlag, Leipzig, 1999.

13. Miller, R.M., Hunt, J.A.: The radiological features of ulcero-osteolytic neuroarthropathy in blacks. *Afr. Med. J.* 1989. 54. 159–161.

14. Savage, C. D. S., Horger, L.: Alphabet of the vasculitis. *BMJ.* 2000. 320. 1325–1328.

15. Szántó, D.: Adatok az arthropathia syringomyelica pathogenesiséhez. *Rheum. Baln. All.* 1968. 9. 224–230.

16. Thornhill, H. L., Richter, R. W., Shelton, C. A.: Neurotrophic arthropathy (Charcot' forefeet). *Orthrop. Clin. North. Amer.* 1993. 4. 7–20.