



PTE ÁOK CSALÁDORVOSTANI INTÉZET ÉS III. SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA, KO-MEDERG BT., PÉCS

A KORAI DIAGNÓZIS JELENTŐSÉGE A MOZGÁSSZERVI BETEGSÉGEK PREVENCIÓJÁBAN: EGY SPONDYLITIS ANKYLOPOETICA-BAN SZENVEDŐ BETEG KÁLVÁRIÁJA

DR. HEIM SZILVIA

Megbeszélés

Esetismertetés

M. ZS-né 37 éves nőbeteg, akinek a szerző 3 éve a háziorvosa, de baráti kapcsolatok révén régebbi az ismeretségük.

Gyermekkorában komolyabb betegsége, műtéte nem volt. Aktív sportoló, tehetséges atléta volt középiskolás korában. Családjában komolyabb mozgásszervi betegsége senkinek nem volt.

1983: 17 évesen vette észre először, hogy jobb oldalon a farizomban és a farkcsont környékén fájdalmat érez. Ülő helyzetből, ha felállt nehezen tudott elindulni. Háziorvosánál jelentkezett, aki sportorvoshoz irányította. Itt gyulladáscsökkentő kenőcsöt kapott.

1984: Derékfájdalommal jelentkezett *háziorvosánál*. Dg: Lumbago ac. NSAID kezelésben részesült. Egyre nehezebben tudta felhúzni cipőjét, harisnyáját. Kitapasztalta azt a testtartást és mozdulatsort, ahogy kevésbé fáj a dereka.

1985: Ismételten háziorvosánál jelentkezik egyre gyakoribb derékfájások miatt.

Gerinc rtg: Eltérést nem írtak le.

1986: *Ideggyógyászati vizsgálat:* Porckorong sérv gyanú (!) miatt műtétet ajánlottak, amit a beteg nem fogadott el.

Orthopédiai vizsgálat: Lúdtalp betét viselését javasolták.

1987: Ismételt *orthopédiai vizsgálat* alkalmával köztölték a beteggel, hogy panaszának pszichés oka van!!

1989: Derékfájdalmi változatlanul fennállnak, sz.e. gyulladáscsökkentőt szed. A fájdalmak egyre gyakoribbak, sokszor az alhasba sugárzik, főként a jobb oldalon.

Nőgyógyászati vizsgálatokra kerül sor több alkalommal, mindannyiszor negatív eredménnyel.

1990: A nőgyógyász *sebészeti vizsgálatot* javasol. Itt vérvétel történik, ahol magas süllyedést és kissé emelkedett fehérvérsejt számot találnak. Ez alapján appendectomiára kerül sor. A műtét után a sebész közölte

beteggel, hogy a beavatkozás nem volt egyértelműen indokolt, de legalább ezután appendicitis már nem fog gondot okozni.

1991: Az appendectomia után ismételten jelentkeztek a deréktájából induló, időnként alhasba sugárzó fájdalmak. *Sebészeti kontroll* történt, ahol azt mondták, hogy nem szivódott föl még a varrat.

1992–1993: A beteg ebben az időszakban nem ment orvoshoz, elhatározta, hogy pozitív szemlélettel áll a dolgokhoz és le fogja győzni fájdalmait.

1993: Gyermekszülésre vállalkozik. Terhessége alatt mozgásszervi panaszai nagyon nagy mértékben csökkentek. Derékfájása elmúlt, még a cipőjét is be tudta kötni előrehajolva. 37. héten spontán, hüvelyi úton egészséges fiúgyermeknek adott életet. 8 hónapig szoptatott.

1994: Jobb vállízületében nagy fájdalom jelentkezett, karját alig bírta felemelni. Dereka továbbra is fáj. Háziorvosa reumatológushoz küldte.

Rheumatológia: Injeccións kezelést kapott vállába, és azt az utasítást adták, hogy ne emelgesse gyermekét.

Ekkor kezdődött a szegycsont és elülső bordaporcok körüli mellkasi fájdalom.

EKG vizsgálat: eltérés nélkül

Callanetics tornára kezdett járni, ahol a legegyszerűbb végtag emelés is problémát okozott, feltűnő volt a különbség csoporttársaihoz képest. Az edző javasolta, hogy vizsgálta ki magát. Ekkor a beteg már nagyon el volt keseredve, hiszen számtalan helyen vizsgálták. Ebben az időszakban olyan fájdalmi voltak, hogy az öltözködés is komoly problémát jelentett.

1995. február: *Újabb reumatológiai vizsgálatra* került sor a pécsi Honvéd Kórházban. Itt szeretném a beteg szavait idézni: „Ott találkoztam először egy olyan orvossal, aki Engem nézett, mint embert.”

Fizikális státusz: Fokozott háti kyphosis, kiegyensúlyozott lumbalis lordosis. Jobbra convex thoracalis scoliosis. A lumbalis gerinc gyakorlatilag merev, az előrehajlás csípőből történik. A nyakmozgások kivehetőek. A jobb váll mozgásterjedelme kb. 1/3-ával, bal

oldalon kb. felével korlátozott és fájdalmas. Egyéb perifériás ízületeken gyulladáshoz vezető aktivitási jel nincs.

Labor: We: 47 mm/h, CRP: +++++, Rheuma faktor: neg., Fvs: 9.9 10^3 G/L, Htc: 0.33 L/L, Se Fe: 13 μ mol/l
DEXA: Súlyos fokban csökkent ásványi anyag tartalom.

Gerinc rtg: A sacroiliacalis rések mindkét oldalon csaknem teljesen elcsontosodtak.

Dg: M. Bechterew

Miacalcic orrspray, Inj. Calcimusc, Tabl. Cataflam kezelésben részesült.

1995. május: HLA-B 27 antigén pozitivitása bebizonyosodik.

1995. június–augusztus: Alpha D3 kezelésre térnek át. Harkányba jár fizioterápiás kezelésre, mely panaszait nemhogy nem csökkentette, hanem nagymértékben fokozta. Izmaiban olyan erős görcsök jelentkeztek, hogy fél éjszaka nem tudott megmozdulni.

1995. szeptember: Metypred kezelést indítottak, mely egy csapásra megszüntette betegem panaszait. Kb. fél évig szedte a gyógyszert, amikor észrevette, hogy teljesen függővé vált tőle. Ekkor fokozatos terápia csökkentést indítottak.

1996–1999: Ebben az időszakban a beteg teljes mértékben megtanult együtt élni betegségével. Úszni járt, melyet sokkal hatékonyabbnak érzett, mint a száraz gyógytornát. Autodidakta módon az orvosi szakirodalomból megismerte betegségét. 1996 óta III. csoportú rokkant, de emellett is dolgozik üzletkötői munkakörben. Fájdalom csillapítók szedését az életmódjához és a szükségletekhez igazította. Időszakos reumatológiai és szemészeti ellenőrzésekre jár.

1999: Második gyermek vállalását tervezik férjével. A háziorvosa támogatta, reumatológus és orthopédus nem ellenezte döntését, de ebben az esetben minél előbbi gyermekvállalást javasoltak. Genetikai tanácsadásra jelentkeztek, ahol a családfa alapján betegsége öröklődését 8%-ra valószínűsítették.

2000: Terhessége 10. hetében enyhe hyperthyreosis észlelték (TSH: 0.39 mU/l, T4: 211 nmol/l), Propycil terápiát indítottak. Emiatt és mozgásszervi betegsége miatt nőgyógyásza a terhesség megszakítását javasolta.

Betegem a gyermek vállalása mellett döntött, és másik szülészorvost keresett. Második terhességét is nagyon jól viselte, mozgásszervi panaszai sokat csökkentek. 38. héten hüvelyi úton egészséges leánygyermeknek adott életet.

2001. január: Hyperthyreosisa terhessége után rendeződött jelenleg gyógyszert nem szed.

Fizikális státusza: Mentum-jugulum távolság: 2–16 cm, fal-occiput távolság: 13 cm, mellkas légzési kitérése 3 cm. Föld-kéz távolság: 72 cm, előrehajolva 54 cm. Lumb.Schober jel 1 cm. Vállakban az elevatio 25 fok mindkét oldalon. Csípőkben az abductio mindkét oldalon 1/3-al beszűkült.

2001. június: Szemészeten iridocyclitis miatt kezelik első alkalommal.

2002–2003: Szükség esetén ritkán gyulladáscsökkentőt szed. Ismét úszni jár. Életszemlélete pozitív.

A betegség jellemzői

A spondylitis ancylopoetica olyan ismeretlen eredetű gyulladáshoz vezető betegség, ami rendszerint a gerincet támadja meg, de érinthet egyéb ízületeket, sőt extracartilagialis szerveket is. Seronegatív spondylarthropathiának is hívják, mivel a rheuma-faktor rendszerint negatív.

Leggyakrabban 20–40 év között jelentkezik, a férfiakat gyakrabban betegíti meg, mint a nőket (5:1 az arány a fehér népességre vonatkozólag). Nőknél a betegség enyhébb lefolyású is lehet és gyakoribb a perifériás ízületek érintettsége. Valamennyi reumatológiai kórkép közül a SPA mutat leginkább családi halmozódást, az öröklésmenet poligenikus. 1973-ban fedezték fel a HLA-B27 antigén magas prevalenciáját a SPA-ban szenvedő betegek között. A HLA-B27 egészséges emberekben is előfordul, a többségüknek nincs ilyen betegségük, viszont kimutatták, hogy a SPA-ban szenvedő betegek „egészséges” HLA-B27 pozitív rokonai között a SPA prevalenciája 10–15% (az átlag-népességben ez csak 2%).

Klinikai kép

A betegek 60%-ánál az alattomosan fejlődő derék-keresztcsonti fájdalom az első tünet. Gyakran ezt trauma, terhesség váltja ki. A mechanikus tényezők okozta hátfájdalomtól több jellegzetesség különbözteti meg:

- SPA esetén a pihenés nem csökkenti a fájdalmat, inkább a mérsékelt fizikai aktivitás hatására enyhül.
- A betegek reggelként gerincmerevséget éreznek, alig tudnak kikelni az ágyból.
- A fájdalom akár az egész éjszaka ébren tarthatja a beteget, vagy éjjel fel kell kelniük, hogy „kijárják magukból a fájdalmat”.

További jellemző korai tünetek a következők:

- Kétoldali vagy váltakozó oldali ischialgia.
- Gyakran ismétlődő, néhány napig tartó csípőfájdalom.
- Általános tünetek: étvágytalanság, fáradékony-ság, fokozott izzadákonyság, hőemelkedés, potenciázavar.
- Páncélszerű, szorító érzés a mellkasban.
- Az ülőgumók állandósult nyomásérzékenysége.
- A sarok fájdalma az Achilles-in tapadásánál, járásnehezítettséggel.
- Iritis, iridocyclitis, akár más mozgásszervi tünetet megelőzően.

Csont-izom rendszeri elváltozások:

A betegség elsősorban az intervertebrális kisízületek ankylosisa, a gerinc szalagjainak elcsontosodása következtében a gerinc elmerevedéséhez vezet. Elsősorban olyan struktúrákat támad meg, amelyek rostos porcot tartalmaznak (pl. sacroiliacalis ízület).

A SPA progressziója során a beteg megtanulja, hogy a hátfájdalmat és a paraspinalis izmok spazmusát görnyedt testtartással mérsékelni tudja, ezért hajlott csípővel és térdel, ágyéki gerincét is meggömbítve jár. A folyamat előrehaladtával, ahogy a gerincoszlop össze-csontosodik, ez a tartás rögzül és ez súlyos torzulásokhoz vezethet.

Gyakran érintettek a costo-vertebrális ízületek is, ami a mellkaskiterés csökkenéséhez vezet. A betegek jelentős részénél észlelhető perifériás ízületi érintettség is, ez azonban rendszerint nem szimmetrikus és főleg a nagyízületeket érinti. Ritkán osteitis pubis, temporomandibuláris, sternoclaviculáris arthritis is felléphet.

A SPA hajlamos arra, hogy a szalagok és az ínak tapadását (az ún. enthesiseket) is megtámadja, ami enthesopathiákhoz vezet, ez a szalag tapadásának elmeszesedését okozza. Gyakran Achilles tendinitis vagy plantaris fasciitis képében manifesztálódik.

Előrehaladott stádiumban a gerinc különböző szakaszain az inaktivitás (és az általában gyakori gyulladás-csökkentő gyógyszeres kezelések) miatt amúgy is hamarabb kifejlődő osteoporosis következtében már kisebb traumák hatására is fracturák léphetnek fel.

Csont-izom rendszeren kívüli elváltozások:Iritis (iridocyclitis, uveitis anterior)

Az esetek csaknem egyharmadában jelentkeznek. Helyesen cselekednek a háziorvosok és szemészek, amikor iritis esetén reumatológiai vizsgálatot és megfigyelést javasolnak. Az esetek kb. 50%-a HLA-B27 hordozó. Az SPA-sok 20%-a előbb-utóbb szembetegséggel érintett. Tünetei vérbőség, fénykerülés és jelentős fájdalom.

Szívmanifesztációk

Az esetek mintegy 10%-ában szívbillentyű rendellenességek észlelhetők, amelyek általában az aorta-billentyűre vonatkoznak. Peri- és myocarditis is előfordulhat.

Tüdőelváltozások

A mellkas kyphoticus elváltozása és a costosternalis és vertebrális ízületek elcsontosodása, mozgásbeszűkülése a respirációs funkció csökkenését eredményezi, a rekeszi légzést fokozva. Ennek következtében cor pulmonale és szívelégtelenség előszeretettel alakul ki. Egy különleges megjelenési forma a tüdő felső lebenyében jelentkező üregképződéssel járó fibrosis. Ezen jelenségek kialakulását az időben elkezdett és napi rendszerességgel végzett légzőtorna képes hátráltatni.

Neurológiai szövődmények

Cauda-equina szindróma előfordulhat.

Gastrointestinális tünetek

SPA-val gyulladáscsökkentő bélbetegségek is társulhatnak.

Amyloidosis

Az SPA-sok kb. 15%-ában fejlődik ki. Nephrosisszindrómához és veseelégtelenséghez vezethet. A halálozások mintegy egyharmadát okozhatja.

Diagnózis

A diagnózis kulcsa a fizikális vizsgálat alapján felmerülő alapos gyanú! Gyakori és visszatérő hát és derékfájdalomnál, különösen fiatalok esetén mindig gondolni kell spondylitis ankylopoetica lehetőségére.

Nagyon fontos a pontos *egyéni és családi anamnézis* felvétel. *Fizikális vizsgálatokkal* a gerinc mozgásterjedelmét is mérjük fel. A leggyakrabban használt módszerek a Schober-féle flexiós teszt, a Moll-féle laterálflexiós teszt és az ujjbegy-talaj közti távolság mérése (ez normálisan min. 20 cm). A mellkaskiterés mérése is fontos (norm. min. 5 cm), ez a costovertebrális ízületek érintettségére utal.

Laborparaméterek közül fontos a vörösvérsejt süllyedés vizsgálata, mely segít elkülöníteni a mechanikai eredetű és a gyulladás okozta hátfájdalmakat. Emellett leukocytosis, CRP-emelkedés, gamma-globulin szaporulat lehetséges. Kifejezett gyulladáscsökkentő fázisban a szérum vas szint csökken. A HLA-B27 asszociáció diagnosztikai jelként nem használható.

A *képalkotó eljárások* közül a SPA végleges diagnózisához a röntgen vizsgálattal kimutatott sacroileitis jelenlétét kívánják meg. Ha egyszerű röntgen vizsgálattal a sacroileitis nem igazolható végezzünk CT vizsgálatot. A betegség jellegzetes elváltozásai a gerinc magasabb szakaszain is megfigyelhetők. Kezdetben a csigolyatestek kocka alakúvá válnak, és elvesz a lumbális gerinc normális lordosisa. Később a szomszédos csigolyatesteket syndesmophyták hidalják át, ami a késői stádiumban a gerinc jellegzetes bambusz alakját eredményezi.

Terápia

A kezelés célja a gyulladáscsökkentő tünetek csökkentése és a munkaképesség csökkenés mérséklése azáltal, hogy igyekszünk megőrizni a beteg normális testtartását és funkcionális állapotát.

A gyulladáscsökkentő tünetek enyhítésére elsősorban nem szteroid *gyulladáscsökkentőket* (NSAID) alkalmazunk. A SPA-s gyulladás legjobb csökkentője a phenylbutazon, melyet ma is használnak az exacerbációk megféke-

zésére, rövid ideig (1–3 hét), megfelelő ellenőrzés mellett. A tartós kezelésre leggyakrabban választott NSAID az indometacin, ismeretlen okból az aszpirin és egyéb szalicilátok nem ennyire hatásosak. Szteroid ebben a kórképben ritkábban és kevésbé hatásos. Mivel krónikus betegségről van szó mindig gondolni kell a hosszan tartó gyulladáscsökkentő kezelés mellékhatásaira.

A gyógyszeres terápiát feltétlenül ki kell egészíteni *gyógytornával*, amire az egész betegség lefolyása alatt minden betegnek szüksége van. A gyógytorna a légzőgyakorlatokat, a gerinc mobilitásának fenntartását célozza.

Sebészi beavatkozásra csak súlyos, előrehaladott esetekben van szükség. A vertebrotomia heroikus műtete akkor indokolt, amikor a beteg hajlott testtartása miatt 1 m-nél nem lát előbbre. A gyakorlatban fontosabb helyet foglal el a coxitis miatt tönkrement csípő-ízületek protézis műtete, de sajnos az endoprotézis körül is gyakori a csontosodó gyulladás.

A legértékesebb terápiás beavatkozás a betegek *felvilágosítása* a helyes testtartás fontosságáról. A gerinc elcsontosodása a jelenleg rendelkezésünkre álló gyógyszerekkel nem előzhető meg, a funkció azonban lényegesen jobb, ha az elcsontosodás egyenes, nem pedig görnyedt testtartásban következik be. Egészen egyszerű tanácsok – hogy ne használjanak párnát, vagy aludjanak hason fekve – megóvják a beteget a súlyos torzulástól. Javasolni kell, hogy ne vállaljanak olyan munkát, ami tartósan görnyedt testtartással jár.

Következtetés

A szerző által ismertetett beteg kórtörténete igen tanulságos. Az első tünetek megjelenésétől kezdve 12 év telt el a diagnózis felállításáig. Ez alatt az idő alatt a beteg számtalan orvosnál megfordult és még egy téves sebészeti beavatkozásra is sor került. A diagnózis felállítása után a beteg tudatosan alkalmazkodott ehhez az élethelyzethez. Családjától, férjétől nagyon sok segítséget kap, így betegsége mellett még gyermekszülésre is vállalkozott.

A családorvos szerepét abban látjuk ebben az élethosszig tartó szekunder prevenciós folyamatban, hogy a diagnosztikus vizsgálatok koordinálásával, holisztikus szemlélettel a beteget figyelve gondolni kell a mielőbbi

pontos diagnózis megállapítására. Fontos szerepe van a családorvosnak a felvilágosítás, az életmóddal kapcsolatos tájékoztatás és a genetikai tanácsadás területén is.

A súlyos kórlefolyású esetek szerencsére viszonylag ritkák, a legtöbb beteg élete végéig – mely nem rövidebb, mint a várható élettartam – járó- és mozgóképes, testileg és szellemileg aktív marad. Érdekes megfigyelés – és ez betegünk esetében maximálisan igaz – hogy a SPA-s betegek fájdalomküszöbe magas, általában pozitív érzelmi töltésűek, sokáig megtartják munkaképességüket és csak akkor szednek gyógyszert, amikor az okvetlenül fontos.

Összegzésként megállapítható, hogy az SPA korai diagnózisának nagy szerepe van a további életkilátások alakulásában. Megfelelő életvezetéssel, az orvos és beteg folyamatos, jó együttműködésével a beteg teljes értékű életet tud megvalósítani.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző egy fiatal nőbeteg esetét ismerteti, aki súlyos, rokkantsághoz vezető gyulladós gerincbetegségben spondylitis ankylopoeticában (SPA), régi nevén Bechterew kórban szenved. Bár a SPA a derékfájások 1–2%-áért felelős csak, mégis érdemes feldolgozni az esetet, mivel a kórkép mindig fiatal korban jelentkezik, így alapjaiban befolyásolja a beteg életvitelét és végigkíséri sorsát. A diagnózishoz gyakran – mint jelen esetben is – hosszú és rögös út vezet, sok múlik a családorvoson is, hogyan tartja kézben a kivizsgálási folyamatot. A bemutatott beteg esetében 12 év telt el az első tünetek megjelenése és a pontos diagnózis felállítása között. Ez rendkívül hosszú idő, hiszen a mielőbbi megfelelő testi és pszichés életvezetés alapvető a rokkantság és a fatális szövődmények megelőzésében. Az egész szervezetet érintő betegségről van szó, amit azok a gyulladós jelenségek is bizonyítanak amik a csontrendszeren kívül jelentkeznek. Ezeket a társuló tüneteket ismernie kell a családorvosnak és az élethosszig tartó gondozásnak ezekre is ki kell terjednie. Az esetismertetést követően a szerző röviden összefoglalja a családorvosok számára szükséges és hasznos jellemzőket, diagnosztikus, terápiás és rehabilitációs lehetőségeket.

IRODALOM

1. Escalante A.: Spondylitis ankylopoetika – a derékfájás egyik gyakori oka. Orvostovábbképző Szemle 1995. április, II. évf./2. szám, 145. o. – 2. Dr. Gömör Béla, Dr. Bálint Géza: Reumatológia, Medicina kiadó, 1989. – 3. Medicus Anonymus, Reumatológia különszám, 2000. május.