Nieleczone zniekształcenia narządu ruchu w przebiegu chorób systemowych – analiza przypadku

Untreated deformities of motor system in systemic diseases – a case study

Jacek Lorkowski^{1,2}, Oliwia Grzegorowska², Ireneusz Kotela¹

¹ Klinika Ortopedii i Traumatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie
ul. Wotoska 137, 02-507 Warszawa
Kierownik: prof. nadzw. dr hab. n. med. Ireneusz Kotela

² Centrum Rehabilitacji „Zdrowie”
ul. Św. Gertrudy 28, 31-048 Kraków
Kierownik: dr n. med. Tadeusz Mazur

SUMMARY

The synergy of two arthritides coexistence is very rare. In this paper we describe a 46-year-old patient with psoriatic and gouty arthritis. The pathologies had been developing for a dozen or so

years in the ulnar area of both upper limbs. The patient elected to undergo surgical treatment in a very advanced stage of the disease due to increasing psychological discomfort.

Key words: gout, psoriatic arthritis, tophi, quality of life.

STRESZCZENIE

Synergizm występowania łuszczycowego zapalenia stawów oraz zapalenia stawów w przebiegu dny moczanowej jest rzadkim zjawiskiem. W pracy przedstawiono przypadek 46-letniego pacjenta, u którego zdiagnozowano obydwie jednostki chorobowe. U chorego w ciągu kilkunastu lat rozwinęły się kilkucentymetrowe

guzki dnawe w okolicach łokciowych obu kończyn górnych. Pacjent zgłosił się celem leczenia w bardzo zaawansowanym stadium choroby z powodu narastającego dyskomfortu psychicznego.

Słowa kluczowe: dna moczanowa, łuszczycowe zapalenie stawów, guzki dnawe, jakość życia.

WSTĘP

Synergizm występowania łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS) i dny moczanowej nie jest powszechny, stwierdza się jednak zwiększone ryzyko zachorowania na dnę moczanową u chorych z łuszczycą [1]. Widoczne zewnętrznie znacznego stopnia zniekształcenia w obrębie narządu ruchu, występujące w przebiegu każdego z tych schorzeń, są najczęściej powodem szybkiego zgłaszania się chorych do lekarza.

Przedstawiono przypadek pacjenta, u którego zdiagnozowano zarówno dnę moczanową, jak i ŁZS. Pomimo znacznego stopnia zniekształceń okolicy łokciowej w obu kończynach górnych, spowodowanych guzkami dnawymi, chory przez kilka lat nie decydował się na leczenie operacyjne.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent T.M., lat 46, zgłosił się celem operacyjnego usunięcia obustronnych olbrzymich (7 × 7 cm) guzków dnawych w obrębie powierzchni grzbietowej końca bliższego obu kości łokciowych (ryc. 1), powodujących jego zdaniem dyskomfort psychiczny, który zmniejszał jakość życia. Guzki od kilkunastu lat stopniowo się powiększały. Pacjent dotychczas w pełni

akceptował obraz makroskopowy stwierdzany w obrębie kończyn górnych i nie zdecydował się wcześniej na leczenie operacyjne, mimo iż jest osobą publiczną.

U chorego przed kilku laty zdiagnozowano ŁZS oraz dnę moczanową, jednak nie leczył się on w sposób regularny, pomimo zalecanej farmakoterapii (m.in. allopurinol, miejscowe leczenie zmian łuszczycowych, suplementacja siarczanu chondroityny). Dolegliwości bólowe w subiektywnej ocenie pacjenta nie zmniejszały w sposób znaczny jakości życia (okresowo dolegliwości 1–2/10 wg wizualnej skali analogowej). Fizykalnie w zakresie stawów łokciowych zauważono symetryczny

RYCINA 1. Olbrzymie guzki dnawe w obrębie powierzchni grzbietowej końca bliższego obu kości łokciowych

deficyt wyprostów o 15° oraz ograniczenie nawracania o 20° . Pozostałe ruchy w stawach łokciowych były możliwe w pełnym zakresie i niebolesne. Z odchyień od normy odnotowano również niewielkiego stopnia niestabilność stawów w płaszczyźnie czołowej.

RYCINA 2. Radiogramy obu stawów łokciowych w projekcji bocznej i przednio-tylnej z widocznymi olbrzymimi guzkami dnawymi po stronie tylnej końców bliższych obu przedramion; dodatkowo widoczne obustronne podwichnięcia w stawach ramienno-promieniowych i promieniowo-łokciowych oraz zmiany zwyrodnieniowe

W przedoperacyjnym badaniu radiologicznym stwierdzono, poza masywnymi widocznymi w badaniu fizykalnym guzkami dnawymi i nieznacznego stopnia zmianami zwyrodnieniowymi, obustronne podwichnięcia w stawach ramienno-promieniowych i promieniowo-łokciowych oraz średnio zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe (ryc. 2). W stawach kolanowych ruchy wykonywane były w pełnym zakresie, okresowo bolesne. W zakresie innych stawów nie odnotowano istotnych patologii.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: niedokrwistość mikrocytarną (najprawdopodobniej w przebiegu chorób przewlekłych), nieznaczną hiponatremię, hiperurykemię, wzrost aminotransferazy asparaginianowej, gamma-glutamylotranspeptydazy, fosfatazy alkalicznej i odczynu Biernackiego, nieznacznie obniżony czas kaolinowo-kefalinowy, w rozdziale elektroforetycznym białek w surowicy krwi wzrost odsetka gamma-globulin przy prawidłowej wartości białka całkowitego w surowicy oraz zwiększone wydalenie białka w badaniu ogólnym moczu.

W dniu 28.02.2014 r. u pacjenta wykonano zabieg resekcji guzków dnawych (ryc. 3 i 4). Na korekcję ustawienia głów kości promieniowych i bardziej rozległą plastykę tkanek miękkich chory nie wyraził zgody. Wynik badania histopatologicznego potwierdził obraz kliniczny – guzki dnawe. Uzyskano poprawne wygojenie ran. Po zabiegu stwierdzono poprawę zakresu ruchomości w stawach łokciowych (obustronny deficyt

RYCINA 3. Obraz śródoperacyjny resekcji olbrzymich guzków dnawych

RYCINA 4. Radiogramy obu stawów łokciowych w projekcji bocznej i przednio-tylnej po zabiegu resekcji olbrzymich guzków dnawych występujących po stronie tylnej końców bliższych obu przedramion

wyprostów: 5°). Wyniki w skali Mayo Elbow Performance Score wynosiły odpowiednio: przed zabiegiem 65 pkt, a 3 miesiące po zabiegu 80 pkt.

DYSKUSJA

Najczęściej występującym zapaleniem stawów wśród chorób systemowych jest reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Niewiele natomiast jest udokumentowanych przypadków nakładania się na siebie różnych rodzajów zapaleń stawów [2]. Wśród opublikowanych artykułów tylko nieliczne prace opisują pacjentów z dwoma reumatycznymi jednostkami chorobowymi pierwotnie dotyczącymi stawów – zazwyczaj opisywane są przypadki współistnienia RZS oraz zapalenia stawów w przebiegu dny moczanowej. Do tej pory ukazał się jeden opis przypadku pacjenta z trzema różnymi zapaleniami stawów: RZS, ŁZS oraz zapaleniem stawów w przebiegu dny moczanowej [3] (dane z wyszukiwarki PubMed na dzień 8.12.2014 r.).

Warto również wspomnieć, iż często objawy dny moczanowej pokrywają się z tymi w przebiegu RZS lub ŁZS. Jednostki te bywają więc trudne do rozróżnienia i diagnostyki, a tym samym rzadko myśli się o ich nakładaniu [4]. Z tego względu przedstawiony przypadek jest ciekawy.

Łuszczycowe zapalenie stawów dotyka ok. 10% chorych na łuszczycę i jest jedną z najcięższych postaci zapalenia stawów. W przypadku dny moczanowej odnotowuje się natomiast wzrost zapadalności [2]. U pacjentów chorych na łuszczycę stwierdza się zwiększone ryzyko wystąpienia dny moczanowej wynikające z podwyższonych wartości kwasu moczowego w surowicy krwi – zwiększenie jego syntezy związane jest bowiem z szybkim obrotem komórek naskórka, który skutkuje zwiększoną syntezą puryn w organizmie [5]. Ten proces sprzyja powstawaniu i odkładaniu się kryształów kwasu moczowego w stawach, które z kolei wywołują odpowiedź zapalną obejmującą również struktury okołostawowe [6].

Istotny jest problem standardowo nie poruszany w ortopedii, tj. późny czas zgłaszania się do leczenia pacjentów z widocznymi makroskopowo zaawansowanymi już zmianami. Problem zmian w przebiegu chorób nowotworowych przekracza ramy tej pracy. Pytanie rodzi się jednak również w przypadku tak dużych widocznych zmian w przebiegu chorób nienowotworowych. Wpływają one na obraz fizyczny pacjenta i mogą powodować dyskomfort psychiczny oraz różnego rodzaju dolegliwości. W psychiatrii operuje się pojęciem „dysmorfofobia”, które oznacza poczucie istnienia fizycznego defektu oraz brzydoty, którą według chorego zauważają też inne osoby, oraz związanego z tym silnego dyskomfortu psychicznego. W omawianym przypadku zaistniała odwrotna sytuacja – pacjent nie zauważał defektu fizycznego, być może nawet negował jego istnienie i dopiero w po wielu latach zgłosił się do lekarza. W nazewnictwie medycznym nie istnieje pojęcie „adysmorfofobia”, które wydawałby się, *per analogiam*, odpowiednim określeniem w takiej sytuacji. Nie jest to pierwszy taki przypadek – istnienie

olbrzymich guzków dnawych oraz późne zgłoszenie się pacjentów do lekarza niejednokrotnie zostało opisane w piśmiennictwie [7, 8]. Choroby przewlekłe, jak również choroby narządu ruchu, mają wpływ na powstawanie zaburzeń afektywnych, w tym choroby afektywnej dwubiegunowej, oraz pogorszenie jakości życia [9, 10].

W pracy przedstawiono trudny przypadek, który jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, dotyczącym psychiatrii i innych dziedzin medycyny, dlatego wymaga bardziej wnikliwych badań.

PIŚMIENNICTWO

1. Merola J.F., Wu S., Han J., Choi H.K., Qureshi A.A.: Psoriasis, psoriatic arthritis and risk of gout in US men and women. *Ann Rheum Dis.* 2015, 74 (8), 1495–1500.
2. Gabriel S.E., Michaud K.: Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther.* 2009, 11 (3), 229–245.
3. Henriques C.C., Lourenço F., Lopéz B., Panarra A., Riso N.: Multiple arthritis: three in one. *BMJ Case Rep.* 2012, 8–11.
4. Tausche A.K., Manger B., Müller-Ladner U., Schmidt B.: Gout as a systemic disease. Manifestations, complications and comorbidities of hyperuricaemia. *Z Rheumatol.* 2012, 71 (3), 224–230.
5. Khondker L., Khan S.I.: Association of rheumatoid factor and uric acid with psoriatic arthritis: a review. *Mymensingh Med J.* 2014, 23 (3), 609–613.
6. Montero-Melendez T., Patel H.B., Perretti M.: Role of melanocortin receptors in the regulation of gouty inflammation. *Curr Rheumatol Rep.* 2011, 13 (2), 138–145.
7. Mittag F., Wuenschel M.: Giant gouty tophi of the hand and wrist. *Orthopedics.* 2011, 34 (11), e790–792.
8. Kao J.L., Hung J.J., Huang C.H., Shiao C.C.: Giant tophi in the calf. *Intern Med.* 2012, 51 (3), 335–356.
9. Mavaddat N., Valderas J.M., van der Linde R., Khaw K.T., Kinmonth A.L.: Association self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2014, 15 (1), 185–196.
10. Hsu C.C., Chen S.C., Liu C.J., Lu T., Shen C.C., Hu Y.W. et al.: Rheumatoid arthritis and the risk of bipolar disorder: a nationwide population-based study. *PLoS One.* 2014, 9 (9), e107512.