
Radiologinės diagnostikos ypatumai esant reumatoidiniam kaklui

R. Gleiznienė*
E. Padvelskienė**
R. Bielinskienė*

**KMUK Radiologijos klinika*

***VĮ Ukmergės ligoninė*

Satruaka. Pristatomas klinikinis atvejis ligonio, kuriam, sergant reumatoidiniu artritu (RA), buvo pažeista kaklinė stuburo dalis. Pateikiami reumatoidinio artrito pagrindiniai klinikiniai požymiai ir radiologinė diagnostika. Atkreipiamas dėmesys į reumatoidinį kaklą, panirimų tipus, diferencinę diagnostiką.

Raktažodžiai: Reumatoidinis artritas, reumatoidinis kaklas, rentgenografija, ultragarsinis tyrimas (UG), kompiuterinė tomografija (KT), magnetinio rezonanso tomografija (MRT).

Neurologijos seminarai 2006; 10(30): 253–256

ĮVADAS

RA – sisteminė uždegiminė jungiamojo audinio liga, pasiėškianti lėtiniu progresuojančiu eroziniu-destrukciniu poliartritu. Uždegimas labiausiai žaloja sąnario sinovinį dangalą, kremzlę, kitas struktūrines sąnario dalis bei jį supančius audinius. Liga paliečia ir širdį, plaučius, akis, gali vystytis vaskulitai, amiloidozė.

RA serga apie 1% gyventojų, moterys serga kelis kartus dažniau negu vyrai.

Etiologija nenustatyta. Apie 30% ligonių nustatomas genetinis polinkis RA, įrodytas jo ryšys su HLA-DR4 haplotipu. Svarbus vaidmuo tenka imuninės sistemos pažeidimui. Autoimuninio proceso paleidžiamuoju stimulu galėtų būti ir kai kurios bakterijos. Taigi RA yra polietiloginė liga [2].

KLINIKINIS ATVEJIS

Ligonė L. B. iš Ukmergės skundėsi stipriu skausmu pakaušyje ir kairėje kaklo pusėje, kairės rankos ir kairės veido pusės nutirpimu, dešinės rankos nutirpimu apie 2 savaites, sutrikusia kalba. Daug metų serga RA, padidinto kraujospūdžio liga.

Objektyviai stebima ryški sąnarių deformacija, sunkiai vaikšto (tik su lazdele), liežuvis patrauktas į kairę pusę. Palpuojant kakle paravertebralius taškus, jaučia nedidelį skausmą.

Preliminari diagnozė – vertebrogeninė cervikokranialgija.

Adresas:

*Rymantė Gleiznienė
KMUK Radiologijos klinika
Eivenių g. 2, LT-5009 Kaunas
El. paštas: rymangl@takas.lt*

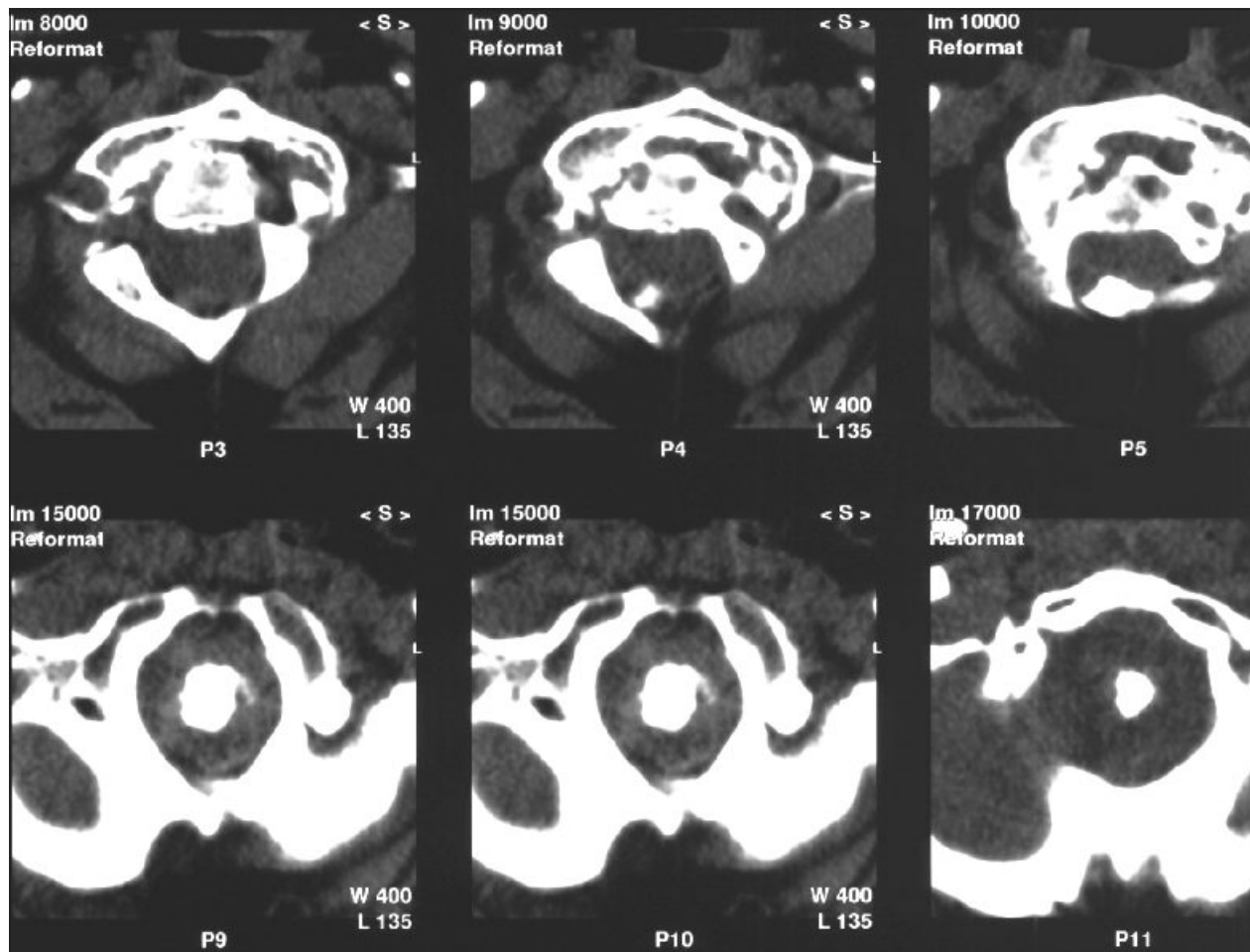
Buvo atliktas kaklo rentgenologinis tyrimas, kurio metu buvo rasta: kaklas iškrypęs į šoną, hiperlordozė, ryškiai susiaurėjęs C5-C6 tarpslankstelinis diskas, C5 slankstelis pasislinkęs į priekį, nesidiferencijuoją C1-C2 tarpslankstelinis tarpas.

Kadangi rasti pakitimai buvo neaiškūs, nuspręsta atlikti stuburo kaklinės dalies kompiuterinės tomografijos tyrimą. Atlikus KT, rasta stuburo nedidelė skoliozė į dešinę, išlyginta fiziologinė lordozė, C1 ir C2 slankstelių kaulinė struktūra deformuota, su įtariamais destrukciniais pokyčiais, C2 slankstelis asimetriškos padėties, stebima posterolistezė, C5-C6 intervertebrinė osteochondrozė, lėtinio discito požymiai, C5 anterospindilolistezė su įtarta lankų osteolize. Nugaros smegenų kanalą siaurina viršutinėje dalyje esantys C2 slankstelio ir apatinėje dalyje esantys C6 slankstelio poslinkiai. Destrukcija C1-C6 slanksteliuose nėra aiški. Įtartas neaiškios kilmės spondilitas (1, 2, 3, 4 pav.).

Ligonė buvo konsultuota KMUK Radiologijos klinikoje. Nuspręsta, kad KT pakitimai būdingi RA.

KLINIKINIO ATVEJO APTARIMAS

RA būdingiausias simetrinis, progresuojantis, erozinis smulkiųjų sąnarių artritas. Dažniausiai jis vystosi pirštų proksimalinių, II-III delnakaulių-pirštakaulių bei padikaulių-pirštakaulių, rečiau riešų ir kelių sąnariuose. Galima ir kita artrito lokalizacija, tačiau beveik niekada nepažeidžiami pirštų distaliniai ir nykščio sąnariai. Stuburo krūtininę ar juosmeninę dalį bei kryžmeninius klubo sąnarius RA pažeidžia labai retai, dažniausiai toks pažeidimas būna vėlyvose ligos stadijose. Vienintelis dažnas pažeidimas, kuris gali sukelti didelių diagnostikos ir gydymo sunkumų, yra stuburo kaklinės dalies 1–2 slankstelių panirimas. Stuburo antrojo slankstelio (ašies) dantinė atauga jungiasi prie pirmo slankstelio (atlanto) priekinio lanko. Taip susidaro vidurinis ašinis atlanto sąnarys. Ilgai trunkantis sąnario už-

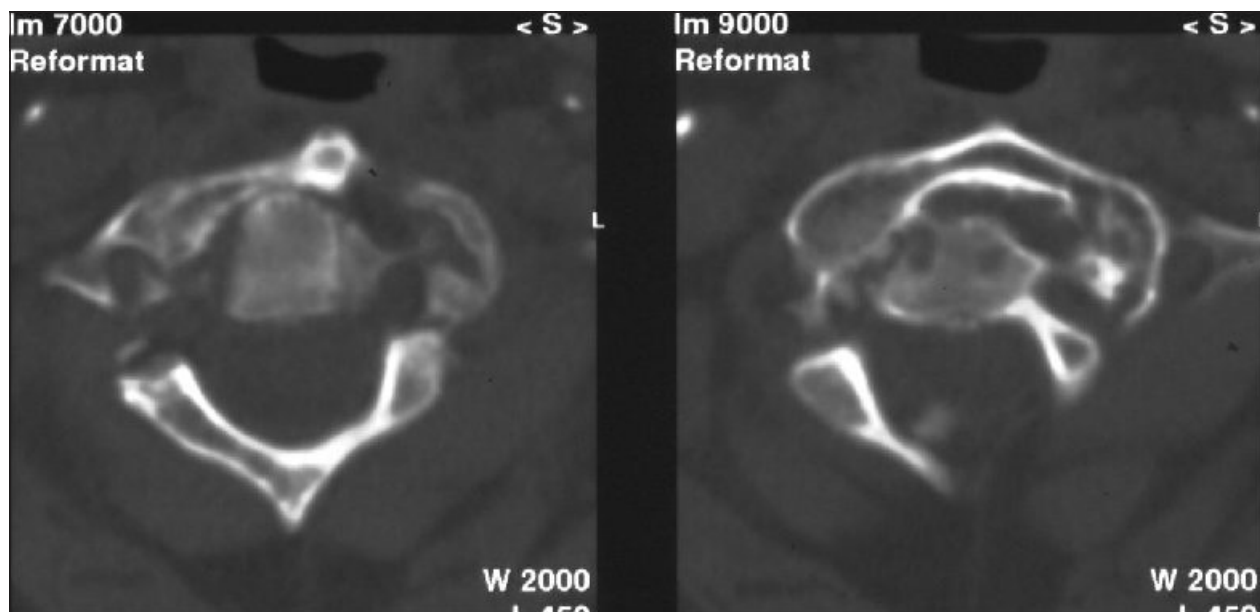


1 pav. Ligonės L. B. kompiuterinės tomografijos tyrimas – aksialiniai pjūviai (minkštųjų audinių režimas).

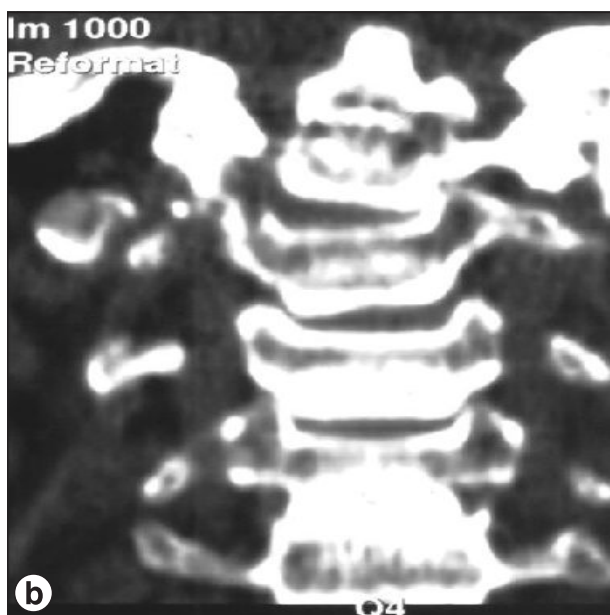
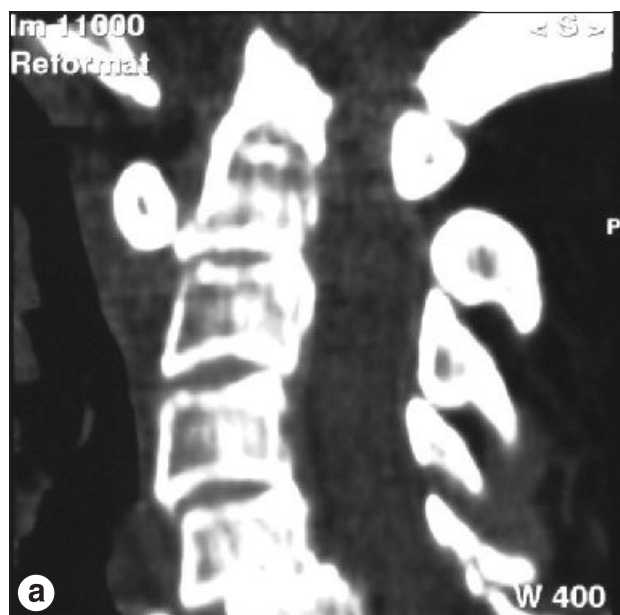
degimas sumažina jo stabilumą, gali sukelti sąnario panirimą. Tada ašis dislokuojasi į nugarinę pusę, pradeda spausti nervų šakneles, o sunkesniais atvejais ir stuburo smegenis. Prasideda smarkūs skausmai sprando viršutinėje dalyje, plintantys į pakaušį. Esant labai didelei dislokacijai, ašies

dantinė atauga gali atsidurti ties kaukolės didžiaja anga ir pažeisti gyvybiškai svarbius pailgųjų smegenų centrus. Tai gali būti mirtina RA komplikacija [1, 2, 4].

Erozinis reumatoidinis sinovitas atlantoaksialiniame, atlantoodontoidiniame ir atlantookcipitaliniame sąnariuo-



2 pav. Ligonės L. B. kompiuterinės tomografijos tyrimas – aksialiniai pjūviai (kaulinis režimas).



3 pav. Ligonės L. B. kompiuterinės tomografijos tyrimas (minkštųjų audinių režimas)

a) sagitalinė rekonstrukcija, b) koronarinė rekonstrukcija.

se dažniausiai pasireiškia panirimu. Yra keli panirimų tipai:

1. Priekinis panirimas. Dažniausiai pasitaikantis, būna apie 65% atvejų, tačiau tik 50% pasireiškia simptomaiškai. Šiuo atveju yra svarbus atstumas tarp atlanto priekinio lanko užpakalinės dalies ir ašies dantinės ataugos priekinės dalies. Jis neturi viršyti 2,5 mm.

2. Užpakalinis panirimas. Sudaro 7% visų reumatoidinių panirimų.

3. Šoninis panirimas. Nusakomas kaip šoninių atlanto masių pasislinkimas ašies atžvilgiu daugiau nei 2 mm.

Dažniausia tai susiję su slankstelių deformacija. 10% atvejų stebima netaisyklinga galvos padėtis.

4. Vertikalus panirimas. Sudaro 22% visų panirimų, dažnai būna kartu su priekiniu panirimu. Jei panirimas didelis, gali būti mirtinas [3].

RADIOLOGINĖ DIAGNOSTIKA

Kaip ir visas kitas sąnarių ligas RA padeda nustatyti **rentgenologinis tyrimas**. Praėjus kelioms savaitėms nuo ligos pradžios, galima matyti sustorėjusius minkštuosius sąnario audinius, dėl eksudacijos kiek praplatėjusį sąnario plyšį. Per kelis mėnesius išsivysto epifizijų osteoporozė, mikrocistiniai jų pakitimai, plonėja pokremzlinės plokštelės, sąnario plyšys ima siaurėti. Ilgainiui atsiranda būdingiausias požymis – nepadengtų kremzle sąnario kraštų, o vėliau ir jo paviršių erozijos. Anksčiausiai jas galima pastebėti pėdose, ypač V padikaulio galvutės išoriniame krašte. Ligai progresuojant, atsiranda dalinis arba visiškas sąnario išnirimas, ankilozė.

Pagal rentgenologinius pakitimus nustatomos RA stadijos. Pirmajai stadijai būdinga osteoporozė. Antroji stadija nustatoma, radus mikrocistinių pakitimų, kiek susiaurėjusį sąnario plyšį ir pavienes erozijas. Trečiajai stadijai būdingas siauras sąnario plyšys, gausios erozijos, dalinis išnirimas. Ketvirtoji stadija yra tada, kai sąnarys būna ankilozavęs [2].

Ultragarsinis tyrimas yra ypač vertingas identifikuojant periartikulinių minkštųjų audinių patologiją (bursitus, tendovaginitus, sausgyslių plyšimus). Jis gali padėti tiksliai nustatyti, ar yra sinovijos skysčio sąnario ertmėje ar kitose struktūrose, Beikerio cistos dydį, jos plyšimą. Šiuo tyrimu galima įvertinti sinovijos dangalą (gaurelius, proliferaciją, mazgus), kremzlės pokyčius, kaulų erozijas [1].



4 pav. Ligonės L. B. kompiuterinės tomografijos tyrimas – sagitalinė rekonstrukcija (kaulinis režimas).

Kompiuterinė tomografija padeda apžiūrėti rentgenologiškai neaiškiai matomas ir viena kitą dengiančias anatomines struktūras, periartikulinių struktūrų įtraukimą į procesą. Gerai matoma kaulų destrukcija, erozijos, cistos, panirimai. KT dažnai naudojama stuburo pažeidimams ar smulkiems kauliukams tirti [1].

Magnetinio rezonanso tyrimas padeda nustatyti daugelį kitų požymių, kurių neparodo nei rentgenologinis, nei ultragarsinis tyrimai: dehidratacija, fragmentacija, „sąnarių pelių“ buvimą, nedidelius kelio meniskų defektus, taip pat pokremzlinių kaulo zonų trabekulines mikrofraktūras, nedideles kaulų erozijas. Joks kitas tyrimas negali taip aiškiai kiekybiškai įvertinti atlanto ašies panirimo, stuburo slankstelių, tarpslankstelinio disko ir sąnarių patologijos. Šis tyrimas labai naudingas atskiriant judėjimo-atramos sistemos reumatinę patologiją nuo auglių, infekcinių bei trauminių būklių [1].

DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA

Reumatoidinį kaklą svarbu atskirti nuo:

1. *Ankilozuojančio spondiloartito*. Jam būdingas simetrinis sakroiliitas, o stubure pakitimai kyla nuo juosmeninės dalies į viršų ir apima visą stuburą (bambuko lazda). Stebimos kraštinės viršutinių ir apatinių slankstelių kampų erozijos, sindesmofitai, slanksteliai įgauna kvadrato formą.

2. *Infekcinio nespecifinio spondilito*, kuriam būdinga tarpslankstelinio disko sužemėjimas, gretimų slankstelių kūnų bei jų dengiamųjų plokštelių destrukcija, paravertebrinio absceso šešėlis. Kūnų destrukcija paprastai paviršutinė, sekvestracija smulki, ankstyva ir gana ryški osteosklerozė bei sindesmofitozė.

3. *Juvenilinio reumatoidinio artrito*, kuriam būdingas jaunas paciento amžius, stambiųjų sąnarių, ypač kelių, pažeidimas, be to, net 30–40% sergančiųjų jau pradinėje ligos stadijoje pažeidžiama stuburo kaklinė dalis C2-C3 slankstelių lygyje, kai reumatoidinio artrito atveju pažeidi-

mas būna tik vėlyvose stadijose. Taip pat dažniau pažeidžiamas žandikaulio sąnarys.

4. *Degeneracinės kilmės stuburo pažeidimo*, kuriam būdinga netolygiai siaurėjantis tarpslankstelinis tarpas, osteofitų formavimasis, subchondrinė sklerozė. Pažeidimas gali būti bet kurioje stuburo dalyje [1, 2].

IŠVADA

RA sergantiems pacientams, atsiradus skausmams kaklinėje stuburo dalyje ar išryškėjus neurologinėi simptomatikai, reikia visada pagalvoti apie pažeidimą atlantoaksialiniuose sąnariuose.

Gauta:
2006 05 14

Primta spaudai:
2006 09 06

Literatūra

1. Venalis A. Reumatoidinis artritas. 2000; 61–2, 67–8.
2. Baranauskaitė A, Misiūnienė N, Pileckytė M, ir kt. Reumatologijos paskaitos. 1997; 8–13.
3. Calleja M, Hide G. Rheumatoid Arthritis, Spine. eMedicine Journal (serial online). 2006.
4. Tsou I, Peh W. Rheumatoid Arthritis, Hands. eMedicine Journal (serial online). 2005.

R. Gleiznienė, E. Padvelskienė, R. Bielinskienė

FEATURES OF RADIOLOGICAL DIAGNOSTICS IN RHEUMATOID SPINE

Summary

Clinical case of a patient with rheumatoid arthritis who had lesions in cervical spine is presented. Main clinical symptoms and features of radiological diagnostics in rheumatoid arthritis are described with focus on rheumatoid spine, types of subluxations, and differential diagnosis.

Keywords: rheumatoid arthritis, rheumatoid spine, radiography, ultrasound, computed tomography, magnetic resonance imaging.