

616.72-008.61:356.169

HYPERMOBILNÝ SYNDRÓM

Pik. MUDr. Jozef ŠMONDRK, MUDr. Pavol KUNIC
Vojenský kúpeľný ústav, Piešťany
(náčelník: plk. MUDr. Jozef Šmondrk)

V reumatologickej a rehabilitačnej praxi sa často pokladá za dôležitý údaj o rozsahu pohybu v jednotlivých kĺboch. Aj úspechy liečby neraz vyjadrujeme zlepšením pohybových exkurzií. U niektorých pacientov sa stretávame so stavom, kde pohyblivosť v kĺboch prekračuje konvenčne dohodnuté normy. Tieto osoby označujeme ako hypermobilné (2, 12, 13).

Väčšina osôb s laxnými — uvoľnenými kĺbmi netrpí žiadnymi artikulárnymi ťažkosťami. Pre nich je hypermobilita pozitívnou vlastnosťou, ktorá umožňuje väčšiu účasť na širokej škále telesnej aktivity. Avšak nie všetci majú také šťastie, niektorí pociťujú lokomotorické obtiaže ako priamy dôsledok kĺbnej laxity. Pre stavy, pri ktorých nadmerná pohyblivosť kĺbov je jediným vysvetlením spravidla veľmi rôznorodých obtiaží zo strany pohybového aparátu, použili ako prví Kirk a spolupracovníci pomenovanie hypermobilný syndróm (13). Pomenovanie zahŕňa v sebe prítomnosť generalizovanej hypermobility a ťažkosti, ktoré z nej vyplývajú. Nepatria sem stavy podmienené postihnutím nervosvalového systému, napríklad hypermobilita pri neuropatiách, stavy po miestnom poškodení kĺbu alebo pohybového segmentu chrčtice a ďalšie formy získanej laxity (2, 3).

U malej časti osôb s hypermobilným syndrómom môžeme pomerne dobre definovať geneticky determinované ochorenia, ako je Marfanov syndróm, osteogenesis imperfecta, Ehlers-Danlosov syndróm ap. U väčšiny hypermobilných stavov však takáto syndromologická diagnostika nie je možná a doteraz nie je úplne preukázané, či osoby s hyperlaxitou v kĺbe reprezentujú horný koniec normálneho spektra rozsahu pohybu v kĺbe, alebo či ide o separátnu chorobnú entitu, ktorá predstavuje nedostatočne špecifikovanú frustrnú formu poruchy spojiva (2, 5, 6).

Z historického hľadiska prvá zmienka o hypermobilitě je pripisovaná Hippokratovi, ktorý v 4. st. p. n. l. sa zmieňuje o Skýtoch ako národe, ktorého bojovníkom hyperlaxita v lakťových a ramenných kĺboch zabraňuje dostatočne napnúť luk alebo hodiť oštep (2, 9). Od dôb Hippokratových až do konca 19. st. lekári nevenovali artikulárnej hypermobilitě prakticky žiadnu pozornosť. Koncom 19. a začiatkom 20. st. boli popísané syndrómy vrodenej poruchy väziva, ako je Marfanov syndróm, Ehlers-Danlosov syndróm a ďalšie (2). V posledných 50. rokoch nášho storočia lekári, najmä ortopédi, si všimli častú koreláciu hypermobility s kongenitálnou dislokáciou bedrového kĺbu, pately alebo ramena (2, 15). Sutro v r. 1947 pozoroval u niektorých pacientov s kĺbnou hypermobilitou bolesti a opuchy v kolenách a členkoch (11, 16). Podobné klinické pozorovania udávajú Kirk a spolupracovníci, ktorí definovali syndróm kĺbnej hypermobility ako ochorenie, kde artikulárna hyperlaxita je asociovaná muskuloskeletálnymi príznakmi, pri chýbaní iných známkov zápalového ochorenia. Zároveň navrholi testy pre zisťovanie hypermobility, ktoré v modifikácii Beightona a Horana používame doteraz (13).

Skutočná prevalencia hypermobilného syndrómu v našej populácii nie je známa. Údaje v literatúre sú v rozmedzí 2—20 %. Ženy sú postihnuté častejšie (1, 7, 8, 11). Niektoré práce popisujú rasovú variabilitu kĺbnej mobility. Napríklad u Indiánov bola zistená väčšia hyperextenzia palca ako u Afričanov, ktorí zasa majú väčšiu hyperextenziu ako Európania (2, 16).

Najčastejší symptóm u pacientov s celkovou laxitou kĺbov sú artralgie. Pacienti ich dávajú do súvislosti s fyzickou námahou. Pretože bolesti sú bez viditeľnej klinickej abnormality kĺbov, je im často nesprávne prisudzovaný neurotický pôvod (2, 16).

Z reumatologického hľadiska je dôležité, že hypermobilný syndróm sa často prezentuje artikulárnymi alebo periartikulárnymi léziami. Tieto sa prejavujú traumatickou synovitiídou kĺbov rúk, zápästí, členkov, kolien. Ďalej je udávaný zvýšený výskyt poškodenia väzov, najmä kolenného kĺbu, entezopatií lakťa alebo ramenného kĺbu. Taktiež adhezívna kapsulitída a útlakové nervové syndrómy, ako je syndróm karpálneho tunelu, sú časté komplikácie celkovej laxity kĺbov [2, 14, 15, 18].

Hypermobilný syndróm sa môže prejavovať aj chronickou monoartritídou alebo polyartritídou [2, 14]. V klinickom obraze je opuch mäkkého tkaniva s výpotkom, ale bez viditeľných patologických röntgenových a laboratórnych príznakov zápalovej aktivity. Artritída u dospelých môže imitovať obraz reumatoidnej artritídy [2, 6, 8]. Prítomnosť výpotku v kolene môže viesť k vytvoreniu Bakerovej cysty [2, 8, 9].

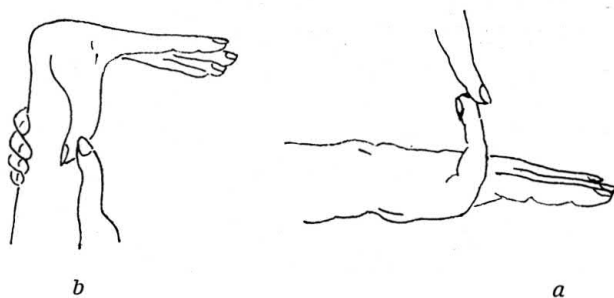
Strata stability v kĺboch podmienená zvýšenou laxitou ligament bývá príčinou opakovanej dislokácie pately alebo ramena, a to i následkom malého traumatu [2, 10, 14, 15]. Našla sa tiež pozitívna korelácia medzi hypermobilitou a kongenitálnou dislokáciou bedrového kĺbu. Niektorí autori pripisujú hypermobilitu vznik predčasnej artrózy najmä váhonosných zhybov [10, 18]. Za významný patogenetický faktor chondromalácie pately je pokladaná hyperextenzibilita pately.

U hypermobilných stavov si pomerne veľké percento pacientov sťažuje na bolesti v chrbtici. Zvýšená laxita najmä interspinálnych ligament dovoľuje nadmerný rozsah pohybu v jednotlivých segmentoch, čo vytvára podmienky pre poškodenie stavcov, ich intervertebrálnych kĺbov, diskov, najmä v krčnej a bedrovej oblasti chrbtice. Podobne ako u artralgií je aj u vertebrogenných obtiaží vo väčšine prípadov zo začiatku absencia štrukturálnych abnormalít [2, 3, 4].

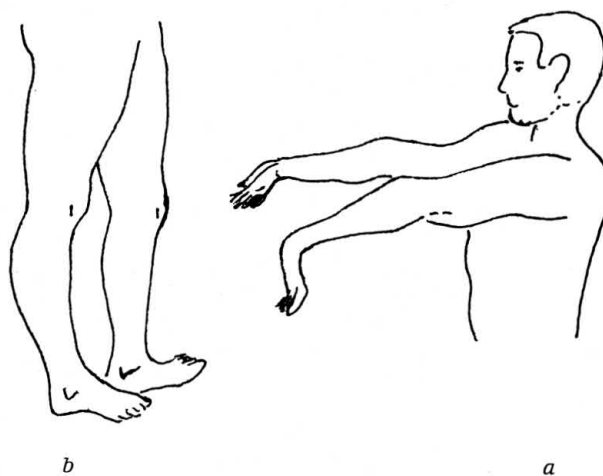
Od hypermobilného syndrómu je potreba odlíšiť tzv. sekundárny syndróm. Táto získaná laxita kĺbov môže byť lokalizovaná alebo generalizovaná ako dôsledok patologického procesu. Napríklad získanú hypermobilitu vidíme u neuropatickej artropatie, u akromegalie v oblasti chrbtice [2, 7], u hyperparatyreodizmu [2, 9], chronickom alkoholizme [9] ap.

Z extraartikulárnych prejavov hypermobilného syndrómu bol popísaný zvýšený výskyt prolapsu mitrálnej chlopne [2, 17], častý výskyt hernií a varikózných syndrómov na dolných končatinách [2, 16].

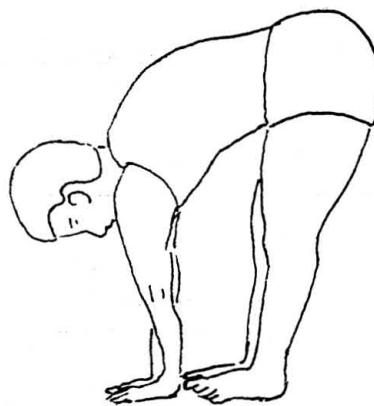
Na základe údajov z literatúry sme sa rozhodli zistiť kĺbnu laxitu u vybranej skupiny príslušníkov ČSLA, u ktorých pohybový aparát je profesionálne preťažovaný. Súbor sme zostavili z pacientov PR I, ktorí prevádzajú parašutizmus ako šport, alebo súčasť zamestnania. Výber sme previedli tak, že boli vyšetrení všetci „výsadkáři“, ktorí sa v určenom časovom rozmedzí v roku 1986 u nás liečili.



Obr. 1. Schematické znázornenie skúšok k určaniu hypermobility podľa Beightona a Horana



Obr. 2



Obr. 3

Hypermobilitu sme určovali postupom podľa Beightona a Horana [2, 9]. Ide o systém skúšok, kde sa hodnotí nadmerný rozsah pohybu v štyroch párových kĺboch a jednom nepárovom — predklon. Za každý pozitívny hypermobilný kĺb sa započíta jeden bod. Ide o tieto skúšky:

- pasívna dorzálna flexia piateho prstu ruky položenej na pevnej podložke za 90 st. (1 bod za každý pozitívny kĺb, najviac 2 body), obr. 1a
- pasívne priloženie palca k predlaktiu, pri palmárnej flexii ruky (najviac 2 body), obr. 1b

- hyperextenzia v lakťovom zhybe viac ako 10 st. (najviac 2 body), obr. 2a
- hyperextenzia v kolene viac ako 10 st. (najviac 2 body), obr. 2b
- predklon pri vystretých kolenách tak, že sa dlane voľne položia na podložku (1 bod), obr. 3.

Bodové skóre od 3 do 4 sme hodnotili ako ľahký stupeň kĺbnej hypermobility, od 5 do 9 ako výraznejšiu hypermobilitu.

Výsledky

Prevalencia kĺbnej hypermobility u nami vyšetrovanej skupiny mužov vo veku od 20 do 52 rokov života je 17,4 %. Z toho ľahký stupeň hypermobility (skóre 3–4) malo 12,2 % vyšetrených. Výraznejšia hypermobilita (skóre 5–9) bola zistená u 5,2 % členov súboru (tab. 1). Vzhľadom na čiste mužskú populáciu sa výskyt kĺbnej hypermobility v našom súbore zdá na prvý pohľad dosť vysoký. Vysvetlením je, že časť súboru, v mladšej vekovej kategórii, bola zložená z aktívnych športovcov, kde predpokladáme prítomnosť ľahšej formy kĺbnej hypermobility (skóre 3–4) ako dôsledok pravidelného intenzívneho cvičenia. Okrem toho určité skreslenie môže byť spôsobené aj nízkym počtom vyšetrených pacientov. Z tých istých dôvodov tiež neuvádzame klinické prejavy sprevádzajúce hypermobilitu v sledovanej skupine.

Súhrn

Autori podávajú stručný prehľad poznatkov o hypermobilnom syndróme a predkladajú predbežné výsledky epidemiologickej štúdie zameranej na prevalenciu kĺbnej hypermobility u výsadkárov. Pri hodnotení kĺbnej hypermobility použili štandardné testy podľa Beigh-tona a Horana. Hypermobilný stav bol zistený u 17,4 % vyšetrených členov súboru.

Literatúra

1. ANSELL, B. M.: Hypermobility of joints. *Mod. Trends Orthop.*, 6, 1972, s. 419–425.
2. BEIGHTON, P. - GRAHAME, R. - BIRD, H.: *Hypermobility of joints*. Berlin—Heidelberg—New York, Springer Verlag 1983.
3. BIRD, H. A. - EASTMOND, C. J. - HUDSON, A. - WRIGHT, V.: Is generalized joint laxity a factor in spondylolisthesis? *Scand. J. Rheumatol.*, 1980, č. 9, s. 203–205.
4. BRODIE, D. A. - BIRD, H. A. - WRIGHT, V.: Joint laxity in selected athletic population. *Med. Sci Sports Exerc.*, 1982, č. 3, s. 190–193.
5. CHILD, A. et al.: Collagen deficiency in joint hypermobility syndrome. *Brit. J. Rheumatol.*, 1984, č. 23, s. 113–151.
6. FAIRBANK, J. C. T. - PYNSET, P. B. - PHILIPS, H.: Quantitative measurements of joint mobility in adolescents. *Ann. rheum. Dis.*, 43, 1984, s. 288–294.
7. GRAHAME, R. et al.: A clinical and echocardiographic study of patients with the hypermobility syndrome. *Ann. rheum. Dis.*, 40, 1981, s. 541–546.

Tab. 1

Rozdelenie súboru podľa vekových skupín a stupňa hypermobility

		Susp. hypermobilita		Hypermobilita	
		počet	%	počet	%
vyšetrených		14	100	6	100
bolesti	v kĺboch končatín	5	35	2	33
	v chrbtici	7	50	2	33
ústup bolesti pri pohybe		4	28	1	16

Zistenie hypermobility a jej vzťah ku klinickým prejavom na pohybovom aparáte nám umožní mnohokrát samo vysvetliť obťaženie pacienta a upresniť diagnózu. I keď kauzálnu liečbu hypermobilného syndrómu nepoznáme, úpravou životosprávy, cieľenou LTV a fyzikálnou terapiou môžeme znížiť obťaženie pacienta a obmedziť často zvýšené používanie analgetík a antireumatík. Ak sú klinické prejavy minimálne, alebo chýbajú, vtedy zistenie hypermobility môže upozorniť na zníženú statickú stabilitu osového aparátu alebo periférnych kĺbov a prispieť posudkovému hľadisku pre určovanie záťaže a zaradenie do jednotlivých profesií.

8. HAJZOK, O.: Niektoré praktické aspekty syndrómu kĺbnej hypermobility. *Rehabilitácia*, 14, 1981, č. 2, s. 67–73.
9. HAJZOK, O.: Hypermobilný syndróm. *Prakt. Lék.*, 66, 1986, č. 6, s. 216–219.
10. HAJZOK, O. - TAUCHMANN, M. - HAJZOKOVÁ, M.: Somatometric characteristic of hypermobile with coxarthrosis. *Clin. Rheumatol.*, v tlači.
11. HOWES, R. G. - ISDALE, I. C.: The loose back: an unrecognised syndrome. *Rheum. phys. Med.*, 1971, č. 11, s. 72–77.
12. JANDA, V.: *Vyšetřování hybnosti*. 2. vyd., Praha, Avicenum 1974.
13. KIRK, J. A. - ANSELL, B. M. - BYWATERS, E. G. L.: The hypermobility syndrome. *Muskuloskeletal com-*

- plaints associated with generalised joint hypermobility. *Ann. rheum. Dis.*, 26, 1967, s. 419—425.
14. LOBEL, W. Y.: The assessment of mobility of metacarpophalangeal joints. *Rheumatol. phys. Med.*, 1972, č. 8, s. 365—379.
15. LORDKIPANIDZE, E. F.: Die erhöhte Gelenkbeweglichkeit bei der angeborenen Hüftluxation. *Beitr. Orthop. Traum.*, 20, 1973, č. 2, s. 91—97.
16. ONDRAŠÍK, M. - SÍTAJ, Š. - BURAN, I.: Príspevok k epidemiologii klbovej hypermobility. *Vnitř. Lék.*, 30, 1984, č. 7, s. 688—692.
17. PITCHER, G. - GRAHAME, R.: Mitral valve prolapse and joint hypermobility: evidence for a systemic connective tissue abnormality? *Ann. rheum. Dis.*, 41, 1982, s. 352—354.
18. SCOTT, D. - BIRD, H. - WRIGHT, V.: Joint hypermobility in osteoarthritis. *Rheumatol. Rehabil.*, 18, 1979, s. 167—169.
19. WYNNE-DAVIES, R.: Acetabular dysplasia and familial joint laxity: two etiological factors in congenital dislocation of the hip. *J. Bone Joint Surg.*, 52B, 1970, č. 4, s. 704—716.

Klíčové slová: Hypermobilný syndróm; Vysadkáři.