

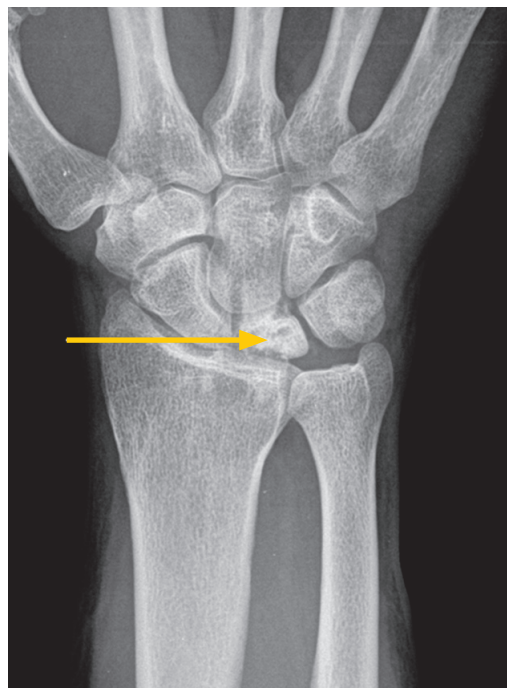
# Kienböcki tõbi

Jaanus Laurik – Põhja-Eesti Regionaalhaigla radioloogiakeskus

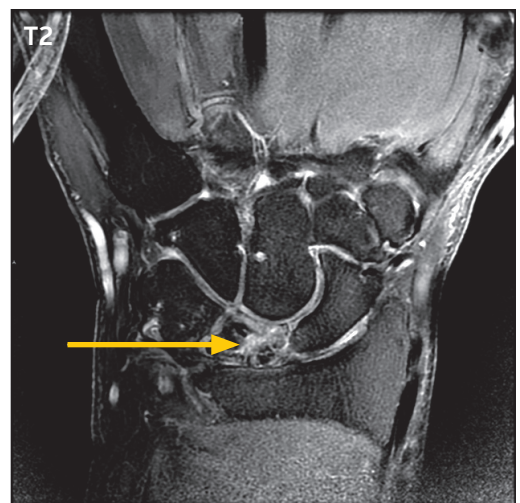
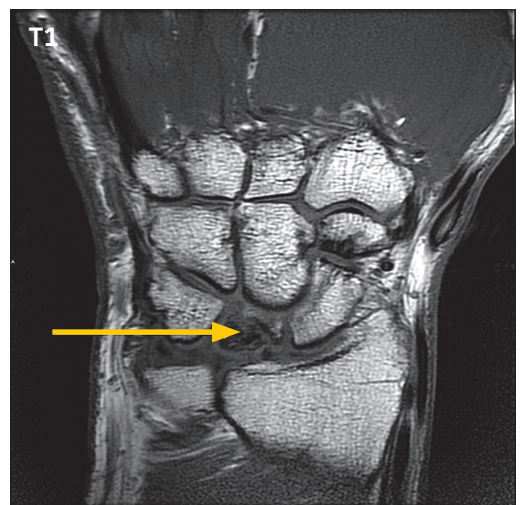
Perearst suunas 35aastase mehe kutsehaiguste arsti vastuvõtule paremas randmes süveneva valu tõttu. Patsient oli 8 aastat töötanud lihakombinaadis lihunikuna, töö oli füüsiliselt raske ning pidevalt käsi koormav. Tellitud röntgeniülesvõttel oli näha parema randme *os. lunatum*'i (kuuluu) sklerooos ja selle mõõtmete vähenemine ning luud läbiv murrujoon (vt pilt 1). Diagnoositi *os. lunatum*'i avaskulaarne nekroos ehk Kienböcki tõbi.

Patsient läks teisele tööle, mis koormas vähem käsi, kuid hoolimata sellest jäid kaebused püsima. Seisundi täpsustamiseks tehti MRT-uuring, milles oli näha sklerootiline ja fragmenteerunud *os. lunatum*, fragmentide vahel turse (vt pilt 2 ja 3). Lisaks ilmnesid sekundaarsed artrootilised muutused *os. lunatum*'i ümber olevates liigestes. Leid vastas Kienböcki tõve IV staadiumile.

Avaskulaarne nekroos ehk osteonekroos on verevarustuse vähenemise või katkemise tõttu tekkiv nekrootiline muutus luukoes. Sageli on haigus idiopaatiline, kuid põhjuseks võib olla ka trauma, kortikosteroidide



**Pilt 1.** Röntgeniülesvõtte randmest: *os. lunatum* on sklerootiline (hele), vähenenud mõõtmetega ja seda läbib murrujoon.



**Pilt 2 ja 3.** MRT-uuring randmest: T1-kujutisel on näha fragmenteerunud *os. lunatum*, selles signaaliintensiivsuse vähenemine (sklerooos). T2 rasvsupressiooniga kujutisel on lisaks eelnevale fragmentide vahel näha tursele iseloomulik signaaliintensiivsuse suurenemine.

kasutamine, alkoholism jm. Osteonekroosi tüüpilisemad tekkekohad on reieluu pea, õlavarreluu pea, põlve piirkond, kandluu ning randmeluukestest *os. scaphoideum* ja *os. lunatum*.

*Os. lunatum*'i avaskulaarne nekroos ehk Kienböcki tõbi tekib sagedamini 20–40aastastel meestel. Haiguse täpne etioloogia ei ole selge. Enamasti on anamneesis töö või hobiga seotult pikka aega kestnud koormus randmele. Haigust soodustavateks teguriteks võivad olla atüüpiline *os. lunatum*'i verevarustus (kui tavalise mitme arteriharu asemel varustab luukest vaid üks veresoon) või negatiivne ulnaarvariant (küünarluu on kodarluuga võrreldes lühem), mispuhul on surve *os. lunatum*'ile tugevam ja ebahütlane. Kienböcki tõbi on algstaadiumis sageli asümptomaatiline. Haiguse süvenedes tekivad valu, liikuvuse piiratus, haardejõu vähenemine ja turse randmepiirkonnas.

Radioloogilise leiu alusel jagatakse Kienböcki tõbi Stahli klassifikatsiooni alusel nelja staadiumisse:

I. Röntgeniülesvõtte on normaalne (varased muutused võivad olla nähtavad MRT-uuringul).

II. Röntgeniülesvõttel näha *os. lunatum*'i tiheduse suurenemine (skleroos), *os. lunatum*'i mõõtmed on säilinud.

III. Lisaks skleroosile on *os. lunatum* kollabeerunud.

IV. Lisaks eelnevale esinevad sekundaarsed degeneratiivsed muutused *os. lunatum*'it ümbritsevates liigestes.

Ravi sõltub haiguse staadiumist. Varases järgus võib olla piisav randme immobilisatsioon ja medikamentoosne valuravi. Kirurgilise ravina tulevad kõne alla revaskularisatsioon, negatiivse ulnaarvariandi korrigeerimine või interkarpaalne fusioon. Hilisemas staadiumis on ravivõimalusteks ka proksimaalne karpektoomia ja artrodees.

#### KIRJANDUS

1. Murphey MD, Foreman KL, Klassen-Fischer MK, et al. Imaging of osteonecrosis: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics* 2014;34:1003–28.
2. Divilbiss BJ, Baratz ME. Kienbock disease. *eMedicine*, 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/1241882-overview>.

## LÜHIDALT

### Karpaalkanali sündroomiga haigetel võivad vaevused ühissõidukites reisi ajal süveneda

Karpaalkanali sündroomi (KKS) korral on vaevused tingitud *n. medianus*'e kompressioonist karpaalkanalis randme nivool. Sündroomile iseloomulikud vaevused on paresteesiad, eriti öösiti, ja hüpesteesia *n. medianus*'e innervatsiooniala labakäes ning valu. KKS on kõige sagedamini esinev kompressioonineuropaatia vorm, mida esineb kuni 9%-l inimestest ja mis on ka üks sagedamaid ajutise töövõimetuse põhjuseid.

Mitmed uurijad on püüdnud leida väliseid põhjusi, mis soodustavad KKS-i kujunemist. Üheks

olulisemaks KKS-i kujunemist soodustavaks teguriks peetakse tööalaseid, kus käed on eksponeeritud vibratsioonile. Loogiline oleks ka järeldada, et KKSiga haigetel võiks sümptomid ägeneda igapäevases elus ettetulevates olukordades, kus on kokkupuude vibratsiooniga.

Brasiilia São Paulo Ülikooli teadlased uurisid, kas reisi ajal ühissõidukis võiks süveneda KKSiga haigete vaevused ja millest see võiks oleneda. Vaatluse all oli 205 haiget, kel oli diagnoositud KKS. Neist 87% olid naised. Haiged täitsid vastava küsimustiku, vastuseid hindasid sõltumatud eksperdid.

Transpordivahendist (buss, tramm või metroorong) sõltumata ägenesid enamikul vaatlusalus-

test KKS-i iseloomulikud sümptomid – esmajoones paresteesiad – esimese 15 minuti jooksul alates sisenemisest sõidukisse. Vaevuste ägenemine ei sõltunud ei reisija käte asendist ega sellest, kas nad sõitsid istudes või seistes. Samuti ei sõltunud vaevuste ägenemine vaatlusaluse soost ega vanusest.

Autorid järeldavad, et KKS-i kahtlusega haigete küsitlemine selle kohta, kas neil paresteesiad kätes süvenevad vibratsiooni tõttu, võiks olla täiendav diagnostiline võimalus kinnitada karpaalkanali sündroomi diagnoosi.

#### REFEREERITUD

De Saboya Lenzi LG, Fernandes CH, Myamoto Meirelles L, Baptista Gomes Dos Santos J, Faloppa F, Raduan Neto J. Triggering of carpal tunnel syndrome symptoms in patients using urban public transportation. *Hand* 2016;11:257–61.