

Ультразвукова діагностика кубітального тунельного синдрому при ліктьово-надвиростковому м'язі (Клінічний випадок)

Гайко О.Г.¹, Лучко Р.В.¹✉, Климчук Л.І.¹

Резюме. Представлено випадок діагностики додаткового ліктьово-надвиросткового м'яза, який спричиняв компресію ліктьового нерва і був причиною кубітального тунельного синдрому. Ультразвукове обстеження є важливим діагностичним методом, який дозволяє запобігти непотрібним медичним маніпуляціям та обрати правильний алгоритм лікування.

Ключові слова: кубітальний тунельний синдром; ліктьовий нерв; ліктьово-надвиростковий м'яз; ультразвукова діагностика.

Вступ

Тунельні нейропатії верхніх кінцівок становлять до 80% компресійно-ішемічних нейропатій. Кубітальний тунельний синдром (КТС), спричинений компресією ліктьового нерва, є другою за поширеністю компресійною нейропатією, що виникає у верхній кінцівці внаслідок синдрому зап'ясткового каналу [1]. Вважається, що більшість випадків КТС є ідіопатичними, але відомо, що вони можуть бути пов'язаними з травмою ліктьового суглоба, осьовою деформацією ліктьового суглоба, артритом, анатомічною нестабільністю ліктьового нерва, пухлиною, метаболічним або системним захворюванням, гіпертрофованою медіальною голівкою триголового м'яза та додатковим ліктьово-надвиростковим м'язом (англ. anconeus epitrochlearis muscle (АЕМ)). Діагностика КТС, зумовленого здавленням АЕМ, є непересічною, тому що додатковий м'яз буває не у всіх пацієнтів, та навіть його наявність не є обов'язковою причиною для виникнення КТС.

Клінічний випадок. Пацієнтка 3-ва., 70 років, яка займається штукатурними роботами, зі скаргами на оніміння 4-5 пп. обох рук, більше зліва. Нічний біль вказаних пальців виник протягом останніх 2 місяців після інтенсивного виконання ремонтних робіт. Виконано ультразвукове обстеження ліктьових суглобів на апараті PHILIPS HD 11XE з мультисистемним датчиком 5-12 МГц. Зліва ліктьовий нерв на вході в кубітальний канал має типову форму та структуру. У каналі при обстеженні по осі нерва спостерігається виражена дуго-

подібна деформація напряму волокон ліктьового нерва допереду з локальним зниженням ехогенності на вершині деформації та втратою чіткості структурного рисунка (рис. 1).

До поверхні заднього краю дугоподібно деформованого нерва прилягає овальне утворення з чітким гіперехогенним контуром. У поперечній проекції на рівні зони деформації нерва наявне лінійне утворення з чіткими рівними стінками, підвищеної ехогенності, гіпоехогенною волокнистою структурою, товщина зліва близько 2,5 мм (рис. 2), справа – біля 1,5-2 мм. Це утворення відповідає додатковому ліктьово-надвиростковому м'язу (АЕМ). У пацієнтки це утворення виявлено з обох боків, проте справа менше виражена деформація нерва при тоншому м'язі АЕМ. При обстеженні у пацієнтів, в яких відсутній описаний додатковий м'яз АЕМ, ліктьовий нерв проходить без описаної деформації та відсутнє це утворення (рис. 3, 4).

При порівняльному аналізі випадків відзначається, що у пацієнтки з АЕМ та клінікою нейропатії в поперечній проекції в кубітальному каналі наявна зміна форми нерва з круглої в нормі до овальної з одночасним збільшенням площі поперечного перерізу, при обстеженні в положенні згинання на 90° в ліктьовому суглобі посилюється деформація нерва (сплощення).

Результат обстеження: УЗ-ознаки відповідають наявності додаткового м'яза (anconeus epitrochlearis muscle) в ліктьових суглобах, нейропатії ліктьового нерва зліва, зумовленої здавленням нерва в проекції АЕМ. Пацієнтка була направлена в спеціалізований відділ для подальшого лікування, де їй було виконано оперативне лікування – міотомія АЕМ зліва. Протягом місяця у пацієнтки наступило відновлення функції нерва, зник больовий синдром.

✉ Лучко Р.В., luchkoroman@ukr.net

¹ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ

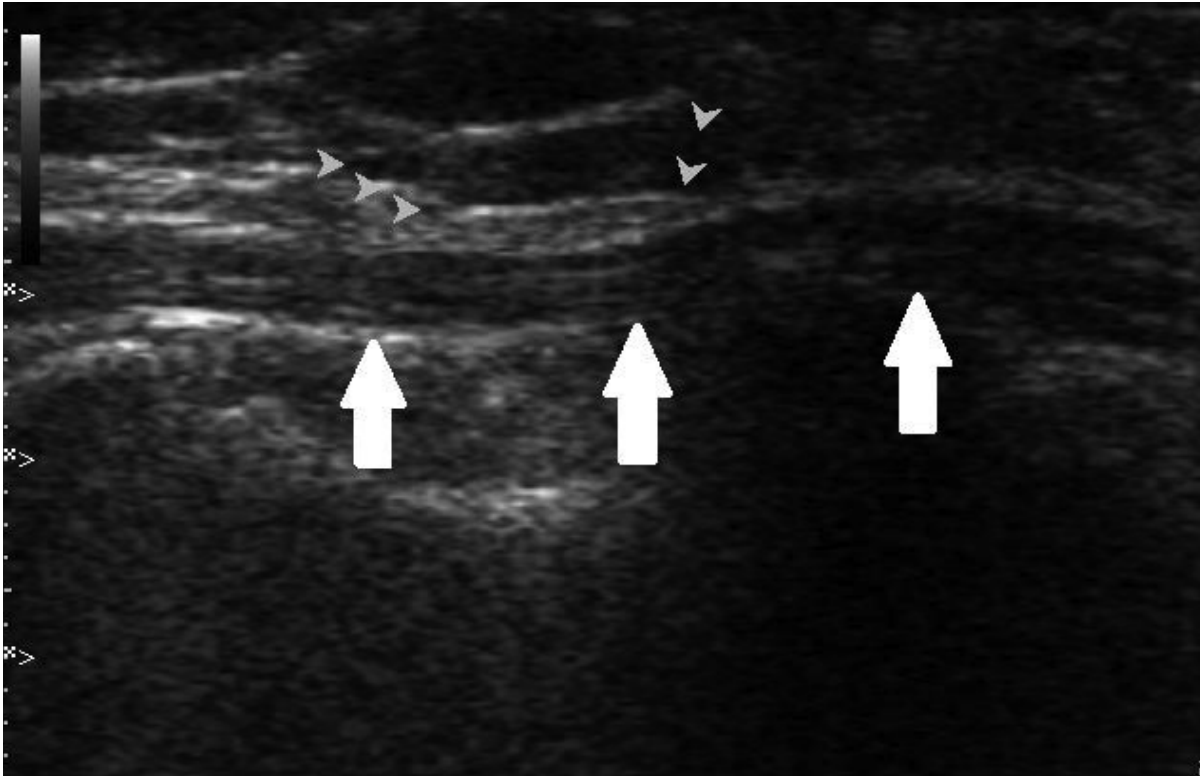


Рис. 1. Поздовжній зріз кубітального каналу: зображення ліктьового нерва, деформоване по осі, вказане білими стрілками знизу догори; додатковий АЕМ розташований між косими короткими стрілками

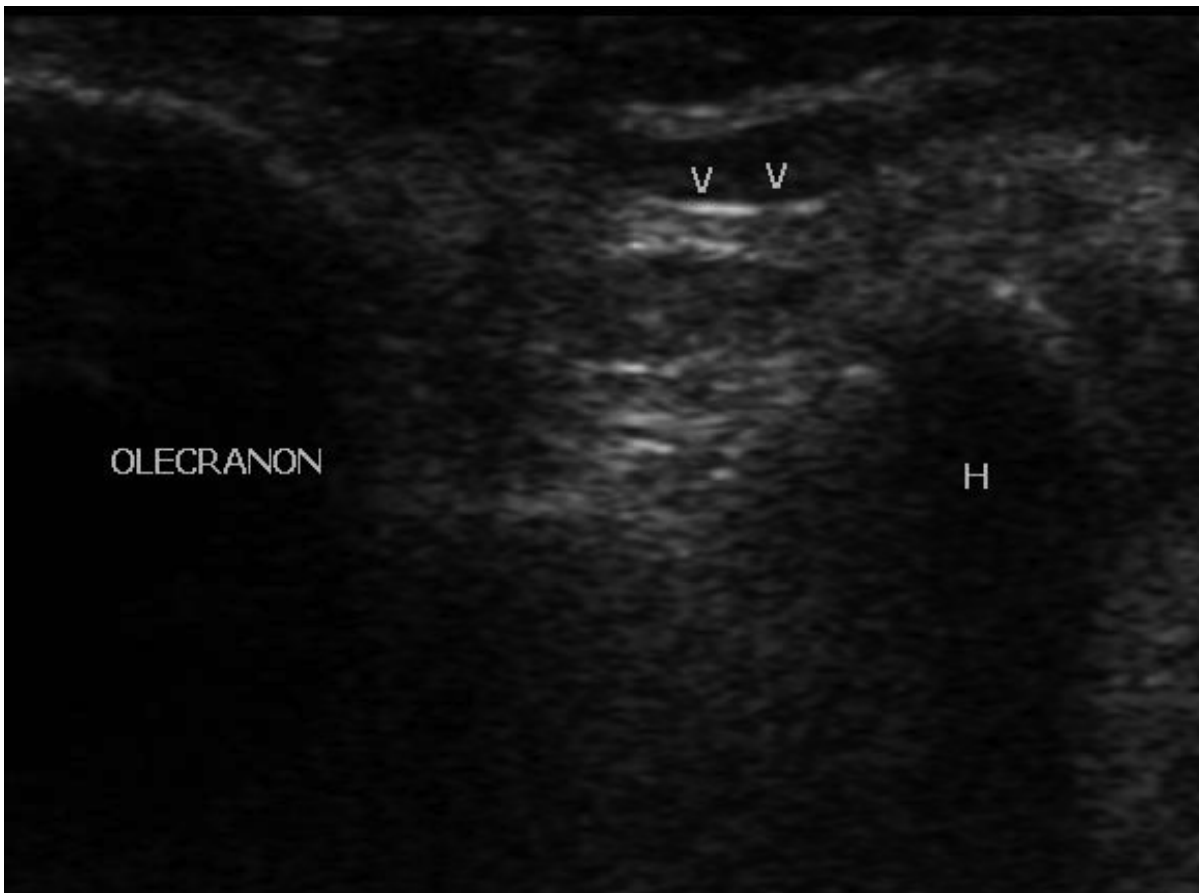


Рис. 2. Поперековий зріз кубітального каналу: зображення ліктьового нерва у вигляді сплющеного овалу темного кольору, над яким розташований АЕМ, виділений V-подібними стрілками



Рис. 3. Поздовжній зріз кубітального каналу: зображення ліктьового нерва (вказаний стрілками) за відсутності АЕМ

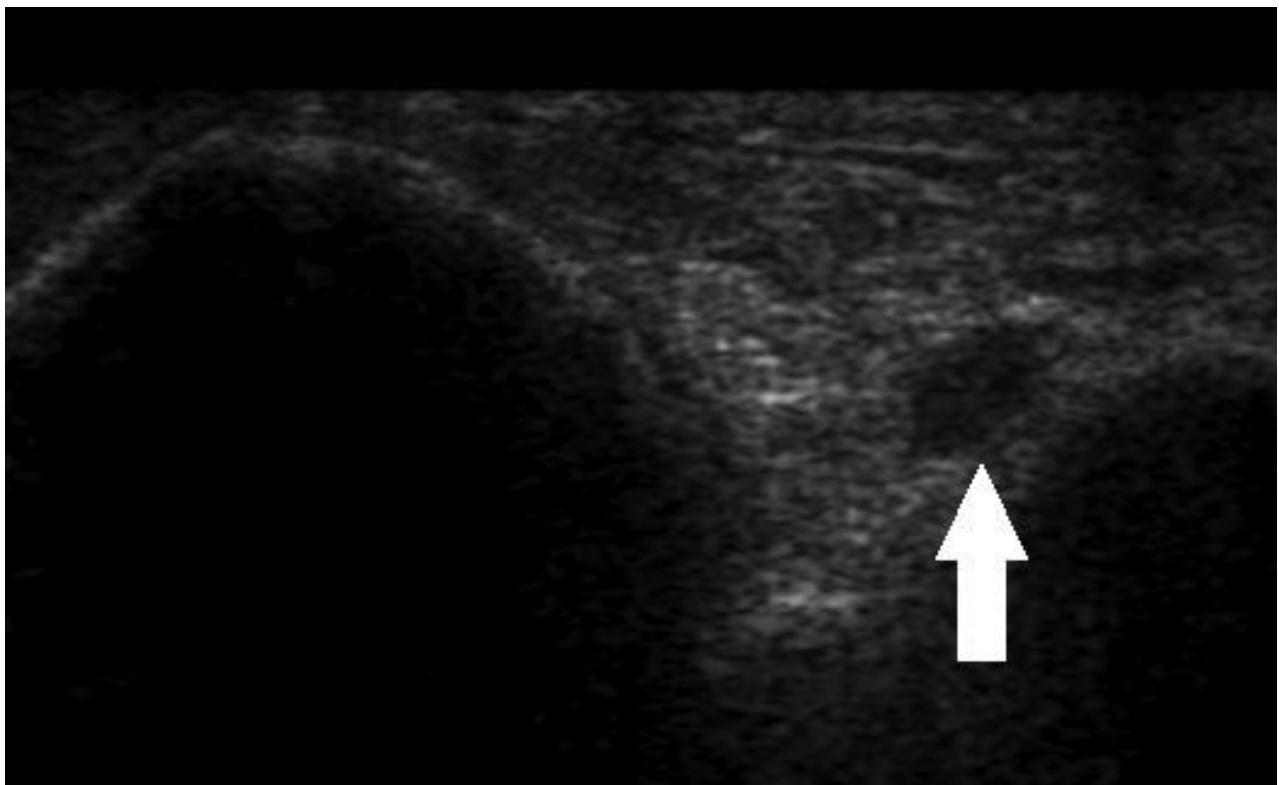


Рис. 4. Поперековий зріз кубітального каналу: зображення ліктьового нерва у вигляді овалу темного кольору (вказаний стрілкою) за відсутності АЕМ

Обговорення

Ліктьово-надвиростковий м'яз (англ. epitrochleoanconeus muscle, або anconeus epitrochlearis muscle, або anconeus-epitrochlearis, або anconeus sextus), який розташований на задній поверхні ліктьового суглоба, відходить від медіального виростка плечової кістки і прикріплюється до ліктьового відростка, становить задню стінку кубітального каналу. Його можна розглядати як потенційну причину стиснення ліктьового нерва. Husarik et al. вказують на наявність цього м'яза (АЕМ) як випадкову знахідку при МРТ-обстеженнях майже у кожного четвертого (у 14 випадках із 60 обстежень) [2], проте опис АЕМ як однієї з причин КТС у реальних клінічних умовах зустрічається дуже рідко, випадково [3]. При аналізі 137 випадків КТС додатковий АЕМ було виявлено у 8,5% [4]. Доскіпливий аналіз виконав Th.J. Wilson et al [5], який порівняв власні результати (9 випадків АЕМ (5,4%) при оперативному лікуванні у 168 пацієнтів із кубітальним синдромом) із даними літератури (у 634 безсимптомних пацієнтів виявили 98 випадків АЕМ). Він пояснював виникнення кубітального синдрому при АЕМ гіпертрофією цього м'яза, частіше в домінантній кінцівці.

Нейропатія ліктьового нерва внаслідок здавлення АЕМ зазвичай має деякі клінічні особливості: молодший вік початку захворювання, більш швидке прогресування з короткою тривалістю симптомів, виразні зміни ЕНМГ із падінням швидкості або блокуванням провідності ліктьового нерва та набряком АЕМ на МРТ. Нейрофізіологічні дані при КТС внаслідок компресії АЕМ вказують на підгострий початок симптомів, а не на хронічний демієлінізувальний процес, що спостерігається при ідіопатичній ліктьовій нейропатії [6].

При візуалізації АЕМ важливою є диференціація між виявленням цього м'яза як анатомічної особливості та його наявністю як причини нейропатії

ліктьового нерва. Вагомою складовою діагностики є виконання функціонального УЗО для визначення динамічної компресії нерва.

Висновки

Це повідомлення має за мету звернути увагу спеціалістів на існування додаткового ліктьово-надвиросткового м'яза, його вагомість у виникненні кубітального тунельного синдрому у випадках стиснення ліктьового нерва та можливість ультразвукової візуалізації вказаної патології.

Конфлікт інтересів. Ця публікація не була і не буде предметом комерційної зацікавленості чи винагороди в жодній формі.

References

1. Bozentka DJ. Cubital tunnel syndrome pathophysiology. Clin Orthop Relat Res. 1998;351:90–94. PMID: 9646751.
2. D.B.Husarik, N.Saupe, Ch.W.A.Pfirschmann, B.Jost, J.Hodler, M.Zan. Elbow nerves: MR findings in 60 asymptomatic subjects-normal anatomy, variants, and pitfalls Radiology. 2009 Jul;252(1):148-56. DOI: 10.1148/radiol.2521081614.
3. N.Kim, R.Stehr, H.S. Matloub, J.R. Sanger Anconeus Epitrochlearis Muscle Associated With Cubital Tunnel Syndrome: A Case Series. Hand (N Y). 2019 Jul;14(4):477-482. DOI: 10.1177/1558944718762566.
4. Il-J.Park, H.-M.Kim, J.-Y. Lee, Ch. Jeong, Y. Kang, S.Hwang, B.-Y. Sung, S.-H. Kang. Cubital Tunnel Syndrome Caused by Anconeus Epitrochlearis Muscle. J Korean Neurosurg Soc. 2018 Sep; 61(5): 618–624. DOI: 10.3340/jkns.2018.0033.
5. Th.J.Wilson, Sh.Tubbs, L.J.S. Yang The anconeus epitrochlearis muscle may protect against the development of cubital tunnel syndrome: a preliminary study. J neurosurg 125:1533–1538, 2016. DOI: 10.3171/2015.10.JNS151668.
6. AE.Bagatur, M. B. Yalcin, U. E. Ozer. Anconeus Epitrochlearis Muscle Causing Ulnar Neuropathy at the Elbow: Clinical and Neurophysiological Differential Diagnosis. Orthopedics; 2016 Sep 1;39(5):e988-91. DOI: 10.3928/01477447-20160623-11.

Ultrasound Diagnosis of Cubital Tunnel Syndrome in the Accessory Anconeus Epitrochlearis Muscle (Case Report)

Haiko O.G.¹, Luchko R.V.¹, Klymchuk L.I.¹

¹SI "Institute of Traumatology and Orthopedics of NAMS of Ukraine", Kyiv

Summary. A case of diagnosing the accessory anconeus epitrochlearis muscle, which caused compression of the ulnar nerve and was the cause of cubital tunnel syndrome, is presented. Ultrasound is an important diagnostic method, which allows preventing unnecessary medical manipulations and choosing the right treatment algorithm.

Key words: cubital tunnel syndrome; ulnar nerve; anconeus epitrochlearis muscle; ultrasound diagnostics.