

DOI:10.3724/SP.J.1008.2014.00232

足舟骨、副舟骨痛风性关节炎误诊 1 例报告

解冰[△], 孙蕊[△], 殷生良, 田竞*, 周大鹏

沈阳军区总医院骨科, 沈阳 110015

[关键词] 足舟骨; 副舟骨; 痛风性关节炎; 误诊

[中图分类号] R 684.3

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2014)02-0232-02

Misdiagnosis of gouty arthritis of primary and accessory navicular bone: a case report

XIE Bing[△], SUN Rui[△], YIN Sheng-liang, TIAN Jing*, ZHOU Da-peng

Department of Orthopedics, General Hospital, PLA Shenyang Military Area Command, Shenyang 110015, Liaoning, China

[Key words] foot navicular bone; accessory navicular bone; gouty arthritis; sdiagnostic errors

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2014, 35(2): 232-Inside back cover]

1 临床资料 患者,男,50岁,因“左足反复疼痛3个月,外伤后加重3周余”于2013年5月入院。患者3个月前左脚不慎踩到不平路面处,感左足底内侧疼痛难忍,仍可站立并行走,但负重后疼痛加剧,未行诊治。休息1周后,左足疼痛完全缓解,后左足偶有轻微扭伤或磕碰后疼痛,症状同前,休息数日可完全缓解。3周前患者不慎再次磕碰到左足底,即感足部疼痛剧烈,行走受限,休息无好转。5月3日门诊就诊,行左足X线检查示:左足副舟骨,足部诸骨骨质未见明显异常(图1A),以“左足副舟骨疼痛综合征”收入院。既往史:2型糖尿病6年,未正规治疗,血糖控制不详。查体:生命体征平稳,左足内侧纵弓轻度塌陷,负重后内侧足弓消失,局部皮肤未见明显红肿及破损,足舟骨结节处可触及骨性突起,局部压痛(+),左足对抗阻力主动内翻可引起足舟骨结节处明显疼痛,余未见异常。辅助检查:血常规、肝肾功能、凝血功能、血尿酸及传染病指标均未异常,糖化血红蛋白:6.5%(正常值4%~6%)。心电图、胸部X线片均未见异常。足部X线检查示:双足可见副舟骨。入院前当日患者曾于门诊行患足CT检查,CT影像片及结果未回。入院后诊断为“成人II型痛性左足副舟骨”,给予对症止痛、降糖等治疗后,拟行左足副舟骨融合术。术中探查发现副舟骨与舟骨纤维连接处大量豆腐渣样物质粘连,舟骨和副舟骨部分关节面已被侵蚀,副舟骨内亦存在大量豆腐渣样物质,骨质较差(图1B)。清创后副舟骨骨质缺损较多,考虑螺钉无法牢固

固定,遂决定行副舟骨切除、胫后肌腱止点重建术。术中彻底清除副舟骨、纤维连接、舟骨关节面及周围受累软组织,以2枚锚定(购于施乐辉公司)将胫后肌腱锚定于舟骨内侧近端(图1C),逐层缝合至皮肤。患足跖曲、内翻位石膏托固定。切除组织送病理。病理诊断:痛风石。借阅患者术前CT影像片及报告提示:左足舟骨、副舟骨关节间隙基本正常,关节面毛糙,部分关节面呈囊样骨质缺损,周围软组织无明显肿胀。根据病理结果及术前患足CT改变,更正诊断为“左足舟骨、副舟骨痛风性关节炎”,给予患者别嘌醇片(0.1g每日1次)、碳酸氢钠片(0.5g每日3次)口服降尿酸治疗,6周后拆除石膏,3个月复查时患者已能正常行走,患足无疼痛症状。

2 讨论 正常人群中有大约10%~20%的人存在足副舟骨,其中大多数人并无临床不适症状,只有极少一部分(不足1%)的患者存在明显疼痛症状,即临床所谓的痛性足副舟骨^[1]。痛性足副舟骨最多见于以舟骨-副舟骨间纤维软骨连接为表现的II型足副舟骨,以青少年和成人发病率最高^[2]。虽然都表现为足内侧疼痛,但青少年和成人起病特点却不相同,前者常主诉为“活动时鞋对足内侧摩擦或挤压引起疼痛”,而后者常主诉为“足内侧疼痛多由足部创伤引起”,后者与创伤引起舟骨与副舟骨间纤维软骨连接损伤有关^[3]。对于成人痛性足副舟骨患者,临床术前只常规行X线检查(包括正位和45°外斜位)评估副舟骨分型,并根据是否合并扁平足采用不同手术治疗方式(如副舟骨切除或

[收稿日期] 2013-08-10 [接受日期] 2013-12-12

[作者简介] 解冰,主治医师. E-mail: 3022004011@163.com; 孙蕊,主管护师, E-mail: 328645422@qq.com

[△]共同第一作者(Co-first authors).

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 024-28851282, E-mail: bone@medmail.com.cn

融合等)。本例患者术前足部 X 线提示双足副舟骨,结合患者年龄、诱因及副舟骨形态,诊断为成人 II 型痛性左足副舟骨,治疗上选择了副舟骨融合术^[4]。但术中病理证实舟骨、副舟骨痛风性关节炎,副舟骨已被痛风石侵蚀,无法融合,最终选择改良 Kidner 手术。

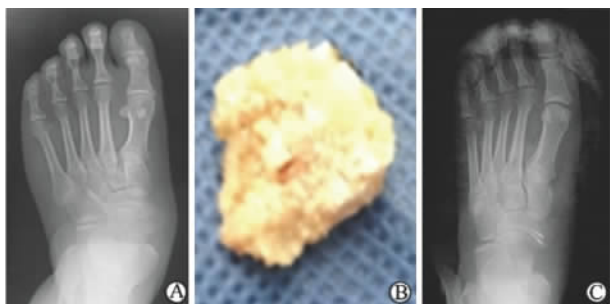


图1 患者术前、术后左足正位 X 线检查及术中切除的副舟骨

A: 术前左足正位 X 线检查示左足副舟骨; B: 副舟骨骨质已被侵蚀; C: 术后左足正位 X 线检查提示副舟骨已切除,锚钉位置良好

痛风是一种由机体尿酸代谢障碍而引起的全身性代谢性疾病,典型临床症状为反复发作的急性或慢性关节炎以及高尿酸血症,常伴有肥胖、2 型糖尿病等代谢异常。痛风性关节炎是成年患者关节炎最常见的病因,约占 1.4%,远高于类风湿关节炎,尤其以 40~50 岁男性发病率最高,约为女性的 4~9 倍^[5-6]。痛风性关节炎最常累及第一跖趾关节,急性发病时表现为关节“红、肿、热、痛、功能障碍”,其他关节如指指(趾趾)关节、掌指关节、踝关节、腕关节、膝关节及肩关节等亦可发病^[7]。本例患者有糖尿病史,但无急性痛风发作病史,查体时患足未见典型“红、肿、热、痛”症状,血尿酸结果正常。因此,我们并未考虑痛风性关节炎诊断。本例误诊主要有两个原因:(1)根据患者症状及尿酸的阴性结果就轻易地排除了痛风的可能性。Leiszler 等^[8]指出急性痛风发作期间血尿酸常处于正常或偏低水平,不能仅以此作为诊断痛风的依据,建议行关节穿刺液和尿酸结晶检查;(2)尽管大多数情况下标准 X 线平片可以诊断和分型足副舟骨,但对于 X 线显示不清或高度怀疑中足疼痛确实由某一病因引起时,建议行 CT 或 MRI 检查^[9]。对于本例患者,我们没有在诊治时考虑术前 CT 检查,仅以术前 X 线检查结果作为依据,尽管本例患者入院前曾行患足 CT 检查,但责任医师并没有参照患者的 CT 结果,而是按“习惯性”诊治思维进行诊治,没有警惕痛风性关节炎的可能。对于副舟骨与舟骨关节、距舟关节等部位,因为极少发生痛风性关节炎,故我们往往忽略了相关检查。

从本病例中,我们发现影像学检查对于诊断至关

重要。就本病例来分析,若常规行 CT 检查,提示“虫噬样”骨质缺损或关节周围骨囊性改变等,我们会警惕是否需要鉴别痛风性关节炎,再结合既往病史:如患者有 2 型糖尿病、长期饮酒、长期摄入高嘌呤食物等病史,将立即给患者血尿酸测定及尿酸结晶检查来助于诊断,必要时还可行病灶穿刺液镜检,以便最终明确诊断,在手术治疗的同时尽早给予正规降尿酸治疗,使患者的愈后更加好^[10]。

3 利益冲突 所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] Huang J, Zhang Y, Ma X, Wang X, Zhang C, Chen L. Accessory navicular bone incidence in Chinese patients: a retrospective analysis of X-rays following trauma or progressive pain onset [J]. *Surg Radiol Anat*, 2013. [Epub ahead of print]
- [2] Garras D N, Hansen P L, Miller A G, Raikin S M. Outcome of modified Kidner procedure with subtalar arthroereisis for painful accessory navicular associated with planovalgus deformity [J]. *Foot Ankle Int*, 2012, 33: 934-939.
- [3] Ugolini P A, Raikin S M. The accessory navicular [J]. *Foot Ankle Clin*, 2004, 9: 165-180.
- [4] Chung J W, Chu I T. Outcome of fusion of a painful accessory navicular to the primary navicular [J]. *Foot Ankle Int*, 2009, 30: 106-109.
- [5] Annemans L, Spaepen E, Gaskin M, Bonnemaire M, Malier V, Gilbert T, et al. Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000-2005 [J]. *Ann Rheum Dis*, 2008, 67: 960-966.
- [6] Alamanos Y, Voulgari P V, Drosos A A. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review [J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2006, 36: 182-188.
- [7] Doherty M, Jansen T L, Nuki G, Pascual E, Perez-Ruiz F, Punzi L, et al. Gout: why is this curable disease so seldom cured? [J]. *Ann Rheum Dis*, 2012, 71: 1765-1770.
- [8] Leiszler M, Poddar S, Fletcher A. Clinical inquiry. Are serum uric acid levels always elevated in acute gout? [J]. *J Fam Pract*, 2011, 60: 618-620.
- [9] Johnson T R, Steinbach L S. Accessory navicular [M] // Johnson T R, Steinbach L S. *Essentials of musculoskeletal imaging*. Rosemont: AAOS, 2004: 574-576.
- [10] Frykberg R G, Noe B, Michael S, Tierney E. Intra-osseous gout in a diabetic patient [J]. *J Foot Ankle Surg*, 2009, 48: 70-73.

[本文编辑] 徐佳,尹茶