

РАБДОМИОЛИЗА СЛЕД КОНСУМАЦИЯ НА ПЪДПЪДЪЦИ. ОПИСАНИЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ С QUAIL MYOSITIS

И. Петров, Н. Славчев, Н. Николов, Н. Георгиев

Отделение по нервни болести, „МБАЛ – Шумен“ АД

RHABDOMYOLYSIS AFTER QUAIL CONSUMPTION – CLINICAL CASE OF QUAIL MYOSITIS

I. Petrov, N. Slavchev, N. Nikolov, N. Georgiev

Department of Neurology, MHAT – Shumen

ABSTRACT

Rhabdomyolysis is a frequent polyetiological syndrome with common pathogenesis – muscle cells degradation and entrance of its byproducts into the bloodstream. We would like to present a clinical case of a 56-year-old female, treated twice at the Department of Neurology MHAT Shumen, with quail myositis – a toxic myositis after quail consumption or also known as coturnism. It is highlighted in the discussion that it is important to include rare toxic etiological factors in the differential diagnosis of rhabdomyolysis.

KEY WORDS: myositis after quail consumption, rhabdomyolysis

РЕЗЮМЕ

Рабдомиолизата е често срещан полиетиологичен синдром с един патогенетичен резултат – разпад на мускулните клетки и попадане на компонентите им в кръвта. Представен е клиничен случай на Quail myositis – токсичен миозит след консумация на пъдпъдъци (котурнизъм), протичащ с лека рабдомиолиза при пациентка на 56 години, гвукратно лекувана в „МБАЛ – Шумен“. В обсъждането е изтъкната необходимостта в диференциалната диагноза на рабдомиолизата да влизат в съображение и рядко срещаните токсични етиологични фактори.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: миозит след консумация на пъдпъдъци, рабдомиолиза

ВЪВЕДЕНИЕ

Рабдомиолизата (1) е често срещан синдром. Дължи се на разрушаване на клетките на мускулната тъкан и рязко повишаване на нивата на креатинкиназата и миоглобина. Установява се миоглобинурия и развитие на остра бъбречна недостатъчност в тежките случаи. Описани са много етиологични фактори за рабдомиолиза: травма, crush – синдром, електролитни (хипокалиемия и хипокалциемия) и ендокринни аномалии, тежки физически натоварвания, конвулсивен епилептичен статус, мускулна исхемия след артериална недостатъчност и др. Рядко рабдомиолиза се развива при употреба на някои

лекарства като нежелана реакция, при злокачествена хипертермия, при злоупотреба с наркотици и др. Рабдомиолиза може да развие и като токсично въздействие от тежки метали, при консумация на някои риби (болест на Haff) и при консумация на пъдпъдъци (котурнизъм).

Полиетиологичните фактори при рабдомиолиза водят патогенетично до един резултат – интензивен разпад на мускулните клетки и попадане на компонентите им в кръвта. В нормалния миоцит ниското ниво на калция се поддържа от Ca^{++} -АТР-помпа и Na/Ca^{++} обменен йонен канал, захранван от натриевият поток, дръжащ се на градиента, създаден от Na/K АТР-помпа. Всички тези механизми зависят пряко или косвено от наличието на АТР като енергиен източник. Липсата на АТР води до колапс на клетъчната хомеостаза и повишаване на вътреклетъчното ниво на калция. Калциевият инфлукс активира вътреклетъчните протеолитични ензими, които разграждат миоцита. Тъй като мускулната клетка се разгражда, в кръвообращението попадат големи количества калий, алдолаза, миоглобин, креатинкиназа (СК), лактат-деhidрогеназа (LDH) и аспартаттрансфераза (AST). Когато повече от 100 грама мускулна тъкан се разруши, капацитетът на свързване на миоглобина в плазмата е претоварен. В нормални условия миоглобинът се съединява с глобулина на плазмата и практически не попада в урината. При тежка рабдомиолиза миоглобинът попада в бъбреците и се развива бъбречна недостатъчност.

Описани са лека и тежка форма на рабдомиолиза. При леките случаи пациентите се оплакват от мускулна слабост, болка, оточност в областта на травмата, ако я има. Понякога тези признаци отсъстват и заболяването се установява само от изследванията на кръвта. При тежките форми симптомите бързо прогресират, а увреждането на бъбреците може да доведе, обикновено за 12 – 24 часа след мускулното увреждане, до намаляване на отделеното количество урина и анурия. Развива се бъбречна недостатъчност.

Най-надеждният тест за рабдомиолиза е нивото на креатинкиназата (СК) в кръвта. Нива над 1 000 вече говорят за рабдомиолиза. Няма специфични стойности, над които се развива бъбречна недостатъчност. Обикновено се смята, че при стойности до 20 000 е малко вероятно да се развие бъбречна недостатъчност, ако няма други рискови фактори.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ:

Пациентка Т.Г.М., жена на 56 години, живееща в град Шумен, постъпва в Спешно отделение на „МБАЛ –

Шумен” в 18.30 часа на 18.09.2018 година със следните оплаквания – внезапно се „почувствала слаба”, имала „схващане във врата, по-късно в ръцете, а след това и в краката”, „чувствала стягане в гърдите”. Оплакванията в краката и „пречели да ходи добре”. Споделя за болки в мускулите на крайниците „като при мускулна треска”. Не е повишавала температура. В Спешно отделение е консултирана с интернист, инфекционист и невролог. Взето е решение да се хоспитализира в отделение по нервни болести за диагностично уточняване. От по-късни интервюта с пациентката става ясно, че липсват предшестващи заболявания, употреба на лекарства или прекалена употреба на алкохол. Пациентката води активен живот, работи. Спортува редовно като прави три тренировки в седмицата по Шуменското плато с обща генивелация 600 м и дължина между 15 и 20 км. Планинар и ловец. Вечерта на хоспитализацията вечеряла пъдпъдъци, като няколко часа по-късно се наложило да посети Спешно отделение за описаните оплаквания.

При прегледа се установява добро общо състояние, в ясно съзнание и напълно адекватна. Кожа и видими лигавици без особености и без обриви. Дихателна система – чисто везикуларно дишане двустранно. CCC – ритмична, нормофреквентна сърдечна дейност, RR 130/80 mmHg. Корем и крайници б.о. Невропатологично – без прояви на менинго – радикуларно дразнене, без главоболие. ЧМН – б.о. Двигателни функции – добра сила на активните движения, без латентни парези. Проприорефлекси $\Lambda = Д + +$. Липсват патологични рефлексии. Сетивност – без системни отклонения. Оплаква се от болки в гърдите и в мускулите на краката, особено при палпация. Без невропатни спонтанни и провокирани болки. Без вегетативни нарушения. Контролира тазови резервоари.

Параклиничните изследвания в деня на приемането – Hb 134, Ht 0.39, RBC 4.38, WBC 5.81, ДКК – б.о. Ео 1%, Тромбоцити 283, Glu 5.3 mmol/l, TChol 5.8, 3-glic 0.65, Urea 7.5, Crea 70, Na 149, K 4.37, Cl 98, Troponin <0.200, D-dimer 177, Креатинкиназа, CK 4 840, CK - MB 198, ASAT 123, ALAT 37, холинестераза 12 336, AP 110, CRP 8.3. Капилярен АКР – pH 7.48, pCO₂ 34 mmHg, pO₂ 49, BE 2.0, Sat O₂ 87%. Проследени бяха и стойностите на серумния калий, които останаха в стойности около 4 mmol/l. Стойностите на серумния Са в деня на приемането са 1.1 mmol/l, в следващите дни стойности около 2.4 mmol/l.

Динамиката в завишените ензими в следващите дни е в Таблица №1.

Таблица №1

	CK У/л	CK - MB У/л	ASAT У/л	ALAT У/л
18.09.	4 840	198	123	37
19.09.	12 292	328	389	103
20.09.	-	-	410	158
21.09.	4 396	54	224	129

В следващите дни са проведени допълнителни изследвания. На рентгенография на бели дробове не се установяват инфилтративни сенки в белодробния паренхим, а сърцето е с нормални размери. Рентгенография на лумбални прешлени – „Лекостепенна лявоконвексна сколиоза. Уплътнени дискални повърхности, стеснено дискално пространство L5-S1. Начална спондилоза. Начални остеофити по предни и странични повърхности на телата на прешлените. Множество рентгенопозитивни сенки с метална плътност в областта на корема – проекция с чревни бримки”. Уточнено бе, че описаните рентгенопозитивни сенки в червата са сачми от вечерята с ловуваните пъдпъдъци. На 21.09. е проведено ЕМГ – изследване: ЕНГ: Н.перонеус (м.екст. диг. бр. и м.тибиалис ант.) и н.тибиалис двустранно – в норма. F вълни – б.о. Н. суралис в норма. Н. медианус и н.уларис в ляво – двигателни и сетивни влакна – в норма. ЕМГ: М. тибиалис ант. и м. вастус мед. в ляво – в покой не се регистрира спонтанна активност. Нормални параметри на ДЕ. Нормален интерферентен патерн. М. делтоидеус двустранно – в покой не се регистрира спонтанна активност. ДЕ са с нормални параметри, умерено изразена полифазия. При ММК добре насища трасето. Заключение: Не се установяват данни за миогенна увреда.

Започнато е лечение с вливания на електролитни и въгледихидратни разтвори за четири дни, Метилпреднизолон i.v. в доза 1 mg/ kgT/24 h, Carsil 4x1 капс., Vit C 1 000 mg/24 h.

По време на болничния престой, който продължава до 24.09.2018 пациентката се чувства много добре, трайно афебрилна, като още на втория ден не споделя за мускулни болки. Консултирана още два пъти с инфекционист, който изключва остро заразно заболяване с мускулно и чернодробно ангажиране, както и ентеровирусна инфекция или друга вирусоза. Не се установяват данни и за трихинелоза.

Пациентката е изписана в много добро общо състояние.

На 14 декември 2018 година в 19.30 часа пациентката постъпва отново в Спешно отделение на „МБАЛ – Шумен”. Предходният ден и в деня на хоспитализацията на обяд отново консумира пъдпъдъци. Оплакванията и започнали в следобедните часове като имала „схващане и силни болки във всички мускули” до невъзможност за активни движения. Споделя за „силна отпадналост”. Няма гадене и повръщане. Пациентката разказала за предходната си хоспитализация в Отделение по нервни болести, както и за „оловните сачми в ловуваните пъдпъдъци”. Консултирана е с токсиколог, който изказва съмнение за отравяне с олово или оловни соли и с такава приемна диагноза е хоспитализирана в ОАИЛ. При по-късната през деня консултация с невролог отново не се установяват отклонения в неврологичния статус.

Параклинични изследвания при повторната хоспитализация – CUE 40, Hb 143, Ht 0.41, RBC 4.7, WBC 5.99, ДКК б.о., Тромбоцити 269, Glu 7.2 mmol/l, Urea 5.4, Crea 76, Na

141, K 4.7, Cl 98, CRP 0.2. Артериален АКР – pH 7.39, pCO₂ 40.1 mmHg, pO₂ 62.1, BE 0.0, Sat O₂ 92%.

Динамиката в завишените ензими в следващите дни е в **Таблица №2**.

Таблица №2

	CK U/l	CK – MB U/l	ASAT U/l	ALAT U/l	LDH U/l
14.12. CO - 19.30 часа	1 014	-	39	18	
14.12. ОАИЛ - 21.11 часа	13 571	335	266	59	515
15.12.	470	7.0	696	190	1 219
16.12.	15 312	187	712	251	1 945
17.12	8 305	149	493	248	2 199

В ОАИЛ е проследявана урина. **Таблица №3**

Таблица №3

	pH	белтък	Bil	кетомела	Glu	кръв	Уробил.	Сег.
14.12.	6.5	2+	Neg.	Neg.	Neg	3+	Normal	15 erump.
15.12.	5.5	1+	Neg.	Neg.	Neg	3+	Normal	30 erump.

В рамките на три денонощия е провеждано лечение с вливания на електролитни и въглехидратни разтвори, Метилпреднизолон 120 mg/24 h, Квамател, Vit. C 1 000 mg /24 h, нискомолекулярен хепарин, Нера-Merz 2 по 1 амп.

През цялото време на болничния престой пациентката се чувства много добре, спокойна, критична, адекватна, трайно афебрилна. В 19.30 на 17.12.2018 по собствено желание напуска ОАИЛ, след като ѝ е обяснена необходимостта от диагностично уточняване и допълнително лечение.

ОБСЪЖДАНЕ:

В описания клиничен случай се касае за остра рабдомиолиза след консумация на пъдпъдъци, Quail myositis или coturnism, котурнизъм (5). В достъпната ни литература срещнахме случаи на рабдомиолиза при консумация на пъдпъдъци описани в Египет (6), Гърция (2,7) и Турция (3,4). Първият случай на котурнизъм е описан в Библията – при своя път през Синайската пустиня евреите се „моделли за месо и Бог им изпратил пъдпъдъци, които ги разболели и много хора починали” (5). Потвърждение, че в древността проблемът е познат, става ясно и от текст от X век в *Geoponica*: "Пъдпъдъците могат да пасат кукуряк, като поставят онези, които след това ги изяждат в опасност от гърчове и световъртеж" (9). Предполага се, че пъдпъдъците се хранят със семенца на растението бучиниш, съдържащи алкалоида кониин, за който е известно, че причинява рабдомиолиза. Обсъждани са и други вещества, от храната на пъдпъдъците, с вероятна токсичност (8).

В България и Европа е разпространен обикновения пъдпъдък *Coturnix coturnix*. Той е прелетен вид и зимува в Северна Африка. В България долита през април и отлита през септември - октомври, но пасажи се срещат и през ноември. У нас е разрешен за лов от 15 август до 30 ноември като годишният отстрел може да достигне до 300 000 екземпляра.

Клиничните симптоми при котурнизъм, обикновено започват един до десет часа след консумацията на пъдпъдъци. Симптомите на рабдомиолиза преобладават над неврологичните прояви за разлика от други отравяния с хранителни токсини. Методите на готвене не могат да неутрализират токсина. Не е установена връзка между консумираното количество от птицата и възможността да се разболее човек. Установено е, че мускулното натоварване преди или след консумацията, утежнява и ускорява проявите. Така е и при нашата пациентка. При повечето докладвани случаи, въпреки внезапното и драматично начало, както и въпреки високите стойности на креатинкиназата и трансаминазите, протичането е леко. Лечението е симптоматично, необходимо е поддържане на добра диуреза с парентерални вливания. Пациентите се изписват без оплаквания обикновено до 5 дни.

Котурнизъмът е рядка причина за рабдомиолиза, но трябва да се включи в диференциалната диагноза на спешните пациенти с генерализирани мускулни болки, след като се изключат всички други причини за рабдомиолиза. Така че, въпросът в Спешно отделение - „Да не би да сте обядвали пъдпъдъци днес?” съсем не звучи глупава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Giannoglou, G.D., Chatzizisis, Y.S., Misirli, G. The syndrome of rhabdomyolysis - pathophysiology and diagnosis. *Eur J Intern Med*, 2007, 19, 90–100.
2. Giannopoulos, D., Voulioti, S., Skarpelos, A., Arvanitis, A., Chalkiopoulou, C. Quail poisoning in a child. *Rural Remote Health*. 6, 2, 564.
3. Gokhan, S., Cetiner, M.A., Ozhasenekler, A. A rare cause of acute renal failure: Coturnism. *AfJEM*, 2014, 4, 31–33
4. Korkmaz, I., Kukul Güven, F.M., Eren, S.H., Dogan, Z. Quail Consumption Can Be Harmful. *J Emerg Med*. 41, 5, 499–502.
5. Lewis, D.C., Metallinos-Katzaras, E., Grivetti, L.E. Coturnism- Human Poisoning by European Migratory Quail. *Journal of Cultural Geography*. 7, 2, 51–65
6. Ouzounellis, T. Some notes on quail poisoning. *JAMA*. 211, 7, 1186–1187.
7. Tsironi, M., Andriopoulos, P., Xamodrakas, E. et al. The patient with rhabdomyolysis: have you considered quail poisoning? *CMAJ*. 171, 4, 325–326.
8. Uriarte-Pueyo, I., Goicoechea, M., Gil, A.G., López de Cerain, A., López de Munain, A., Calvo, M.I. Negative evidence for stachydrine or Galeopsis ladanum L. seeds as the causal agents of coturnism after quail meat ingestion. *J. Agric. Food Chem*. 57, 22.
9. Andrew Dalby Totnes, *Geoponica farm work a modern translation of the Roman and Byzantine farming handbook*. Prospect. p. 294.

Адрес за кореспонденция:

9700 гр. Шумен, ул. "Васил Априлов" №63
„МБАЛ – Шумен“ АД, Отделение по нервни болести
д-р Ивайло Петров
тел.: +359 0888 332 005
e-mail: dr_i5@yahoo.com

Contact address:

9700, Shumen, Bulgaria 63 Vasil Aprilov St.
MHAT Shumen Department of Neurology
Ivaylo Petrov MD,
tel.: +359 888 332 005
e-mail: dr_i5@yahoo.com

ИЗОЛИРАНА ФОНЕМНА АГНОЗИЯ И РЕЦЕПТИВНА АМУЗИЯ В РЕЗУЛТАТ НА МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Ц. Праматарова, Р. Русева, Р. Калпачки

Клиника по Нервни Болести, МБАЛ „Света Анна“ София

PURE PHONEMIC AGNOSIA AND RECEPTIVE AMUSIA AFTER STROKE

C. Pramatarova, R. Ruseva, R. Kalpachki

Clinic of Neurology, St. Anna Hospital, Sofia

ABSTRACT

We present a rare clinical case of an acquired phonemic agnosia and receptive amusia, without aphasia, with preserved auditory functions and without other gnosis disturbances, as a result of bilateral ischemic stroke in the temporal lobes. Phonemic agnosia (spoken auditory agnosia or pure verbal deafness) in isolated form is too rare and is usually combined with receptive amusia.

KEY WORDS: phonemic agnosia, stroke, bilateral temporal lesions

РЕЗЮМЕ

Представяме рядък клиничен случай на пациент с придобита фонемна агнозия и рецептивна амузия, без наличие на афазия, при запазени слухови функции и без други гнозисни нарушения, като резултат от двустранни исхемични мозъчни инсулти в темпоралните лобове. Фонемната агнозия (речева слухова агнозия или чиста словесна глухота) в изолиран вид е твърде рядко срещана и обикновено се съчетава с рецептивна амузия.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: фонемна агнозия, инсулт, двустранни темпорални лезии

Въведение: Фонемната агнозия (речева слухова агнозия или чиста словесна глухота) в изолиран вид е твърде рядко срещана и обикновено се съчетава с рецептивна амузия. Това е гнозисно, а не афатично нарушение на висшите корови функции. Пациентът не може да идентифицира единствено звуковия състав на гумите, които чува,

тоест фонемите. Елементарните слухови функции са запазени, невербалният слухов гнозис също. Характеристиките на изолираната фонемна агнозия са: запазени спонтанен говор и писане, запазено разбиране и повтаряне на прочетената реч, както и запазено назоваване, при нарушено разбиране и повтаряне на чутата реч.

Цел: Да представим клиничен случай на изолирана фонемна агнозия без афазия при пациент с двустранни исхемични мозъчни инсулти в темпоралните дялове.

Материал и методи: В Клиниката по нервни болести при МБАЛ „Света Анна“ в София постъпи 56-годишен мъж, преживял през 2011 год. криптогенен исхемичен мозъчен инсулт в басейна на лявата средна мозъчна артерия с добро възстановяване и без наличие на остатъчна неврологична симптоматика – NIHSS 0 m, mRs 0. В деня преди постъпването внезапно настъпва невъзможност да разбира какво му се казва. Прегледан по район и бил обявен за „глух“. Самият пациент е критичен към това, което му се случва и продължава да търси помощ. Пристига в София от родното си място с влак, абсолютно самостоятелно и без проблеми в ориентацията. От неврологичния статус е без отклонения по отношение на черепно-мозъчните нерви, сетивността и координацията, с пирамидна симптоматика в ляво, но без парези, без нарушения в походката. Още по време на снемането на анамнезата ни направи впечатление, че не отговаря на зададените му въпроси, сякаш не ги разбира. В същото време обаче се старае да „прочете“ по устните на лекаря и когато това се случи разбрахме, че отговорите му са адекватни, речта е правилна и флуидна. При изследването на висшите корови функции установихме наличието на фонемна агнозия и рецептивна амузия, без афатични или други гнозисни нарушения.

От проведените изследвания: Компютърна томография на глава с данни за нов исхемичен мозъчен инсулт в басейна на дясната средна мозъчна артерия темпороприетално и хиподенсна зона с давност в ляво темпороприетално (фиг.1 и фиг. 2). Екстракраниалната доплерова