



Ενδιαφέρον Περιστατικό

Νεαρή γυναίκα με χαμηλή οσφυαλγία

Ελευθέριος Πέλεχας
Ειδικευόμενος Ρευματολογίας
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

www.rheumatology.gr



Scan me

www.rheumatology.gr

“Καμία σύγκρουση
συμφερόντων”



Παρουσίαση περιστατικού

- Γυναίκα **23 ετών** με αναφερόμενη χαμηλή οσφυαλγία και επέκταση του άλγους στους γλουτούς
- Έναρξη συμπτωμάτων: Φεβρουάριος 2017

- Επίσκεψη σε ορθοπαιδικό → διάγνωση: θλάση των μυών της οσφυϊκής χώρας → **συνταγογράφηση ΜΣΑΦ**
- **Μερική ύφεση του άλγους**, αλλά επιδείνωση κυρίως μετά από βάρδιση
- Επίσκεψη εκ νέου στον ιατρό της → σύσταση για CT ΟΜΣΣ
- **Πόρισμα CT**: ήπιες εκφυλιστικές αλλοιώσεις σε σπονδυλικά σώματα $O_3-O_4-O_5$ καθώς και ήπια στένωση στο επίπεδο O_5-I_1 . Χωρίς άλλα αξιόλογα ευρήματα από την εξέταση

- Μετά την 2^η επίσκεψη στον ορθοπαιδικό: **2^η σειρά ΜΣΑΦ** για 14 ημέρες
- **Χωρίς βελτίωση** του άλγους ή αλλαγή χαρακτήρα του. Σταθερή επιδείνωση μετά από βάρδια
- Ιούνιος 2017: εισαγωγή στο νοσοκομείο και διενέργεια MRI ιερολαγονίων
- **Αρνητική** εξέταση για παρουσία **ιερολαγονίτιδας**
- **Εργαστηριακός έλεγχος:** χωρίς παθολογικές τιμές (TKE 10mm/h, CRP 2mg/dl – ΦΤ <5)
- **HLA B27:** Αρνητικό

CT ΟΜΣΣ

“ήπιες εκφυλιστικές αλλοιώσεις σε σπονδυλικά σώματα O₃-O₄-O₅ καθώς και ήπια στένωση στο επίπεδο O₅-I₁”

1 μήνα αργότερα

Επίσκεψη σε Ρευματολόγο

Εκ νέου διενέργεια MRI ιερολαγονίων



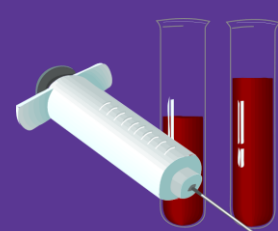
1^η επίσκεψη:
χαμηλή
οσφυαλγία



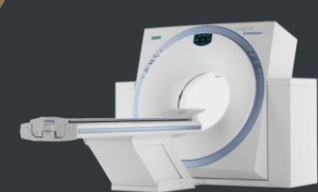
Συνταγογράφηση
ΜΣΑΦ για 14
ημέρες



Εισαγωγή σε
νοσοκομείο για
περαιτέρω
διερεύνηση



Χωρίς δείκτες
φλεγμονής
HLA-B27
αρνητικό



εκφυλιστικές αλλοιώσεις
σε O₃-O₄-O₅ και στένωση
O₅-I₁



2^η επίσκεψη: CT
ΟΜΣΣ



Πόρισμα MRI

Ετερόπλευρη
ιερολαγονίτιδα



Diagnosis

Διάγνωση

Αγκυλοποιητική
Σπονδυλίτιδα



**Φαρμακευτική
αγωγή**

Infliximab
5mg/kg σε 0, 2,
6 εβδομάδες και
κάθε 8 μετά τη
δόση φόρτισης

Συνολικά, έλαβε 5 εγχύσεις Infliximab...

“5 εγχύσεις
Infliximab
Χωρίς βελτίωση”

...Χωρίς βελτίωση.

Εμμένον άλγος σε οσφυϊκή χώρα με επέκταση στους γλουτούς, ιδιαίτερα αριστερά.

Επίσκεψη σε Ρευματολογικό εξωτερικό ιατρείο ΠΓΝΙ

Θερμοκρασία: 36,7°C – ΒΣ: 52Kg – ΑΠ:
115/70mmHg

Σφύξεις: 75/λεπτό – καρδιακοί τόνοι: ευκρινείς,
χωρίς φυσήματα

Αναπνευστικό: φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα

Κοιλία: μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη

Δεν ανέφερε/παρουσίασε: εξανθήματα
(ψωρίαση), στοματικά έλκη, διάρροια, ουρηθρίτιδα,
επιπεφυκίτιδα, πρωινή δυσκαμψία

**Αναφέρει ότι το άλγος που την ταλαιπωρεί
υφίεται κατά την ανάπαυση.**



Κλινική εξέταση

Μυοσκελετικό

- Schober test: αμφίβολο λόγω του άλγους
- Έντονη έκλυση άλγους στην οσφύ και τους γλουτούς (ιδιαίτερα αριστερά) κατά την πρόσθια κάμψη του κορμού
- Περιφερικές αρθρώσεις: χωρίς εικόνα αρθρίτιδας

Χωρίς ευρήματα από δέρμα, νευρολογική εξέταση κατά φύση. Λοιπή κλινική εξέταση χωρίς περαιτέρω ευρήματα

Σύνοψη περιστατικού

Κλινικοεργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος

+Κλινική εξέταση



Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα πέραν της έκλυσης άλγους στην ΟΜΣΣ κατά την πρόσθια κάμψη του κορμού. Χωρίς πρωινή δυσκαμψία. Βελτίωση κατά την ανάπαυση. Επιδείνωση κατά τη βάδιση

+Απεικονιστικά ευρήματα



Εκφυλιστικές αλλοιώσεις μάλλον ήσσονος σημασίας από CT ΟΜΣΣ. Ετερόπλευρη ιερολαγονίτιδα από MRI ιερολαγονίων (αρνητική τον Ιούνιο 2017, θετική τον Ιούλιο 2017)

+Εργαστηριακός έλεγχος



Χωρίς δείκτες φλεγμονής. Λοιπός έλεγχος εντός φυσιολογικών ορίων. HLA-B27 αρνητικό



Διαφορική διάγνωση χαμηλής οσφυαλγίας

Μη-ειδική ή ιδιοπαθής (70%)

Θλάση οσφύος

Μηχανική (27%)

Εκφύλιση δίσκων ή αποφυσσιακών αρθρώσεων

Κήλη δίσκου

Οστεοπορωτικό κάταγμα

Σπονδυλική στένωση

Τραυματικό κάταγμα

Σπονδύλωση

Δισκογενές άλγος

Συγγενής

Σοβαρή κύφωση

Σοβαρή σκολίωση

Μεταβατικός σπόνδυλος

Ακτινοβολούν άλγος (2%)

Αορτικό ανεύρυσμα

Νοσήματα της πυέλου

προστατίτιδα

ενδομητρίωση

χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα της πυέλου

Γαστρεντερικά νοσήματα

παγκρεατίτιδα

χολοκυστίτιδα

διατιτραίνον έλκος

Νεφρικά νοσήματα

νεφρολιθίαση

πυελονεφρίτιδα

περινεφρικό απόστημα

Μη-μηχανική σπονδυλική νόσος (1%)

Νεόπλασμα

πολλαπλούν μυέλωμα

μεταστατικός καρκίνος

λέμφωμα ή λευχαιμία

όγκοι νωτιαίου μυελού

οπισθοπεριτοναϊκοί όγκοι

Φλεγμονώδης αρθρίτιδα (συχνά B27 +)

Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα

Ψωριασική αρθρίτιδα

Αντιδραστική αρθρίτιδα

Εντεροπαθητική αρθρίτιδα

Λοιμώδη αίτια

οστεομυελίτιδα

σηπτική δισκίτιδα

παρασπονδυλικό/επισκληρίδιο απόστημα

Νόσος Scheuermann

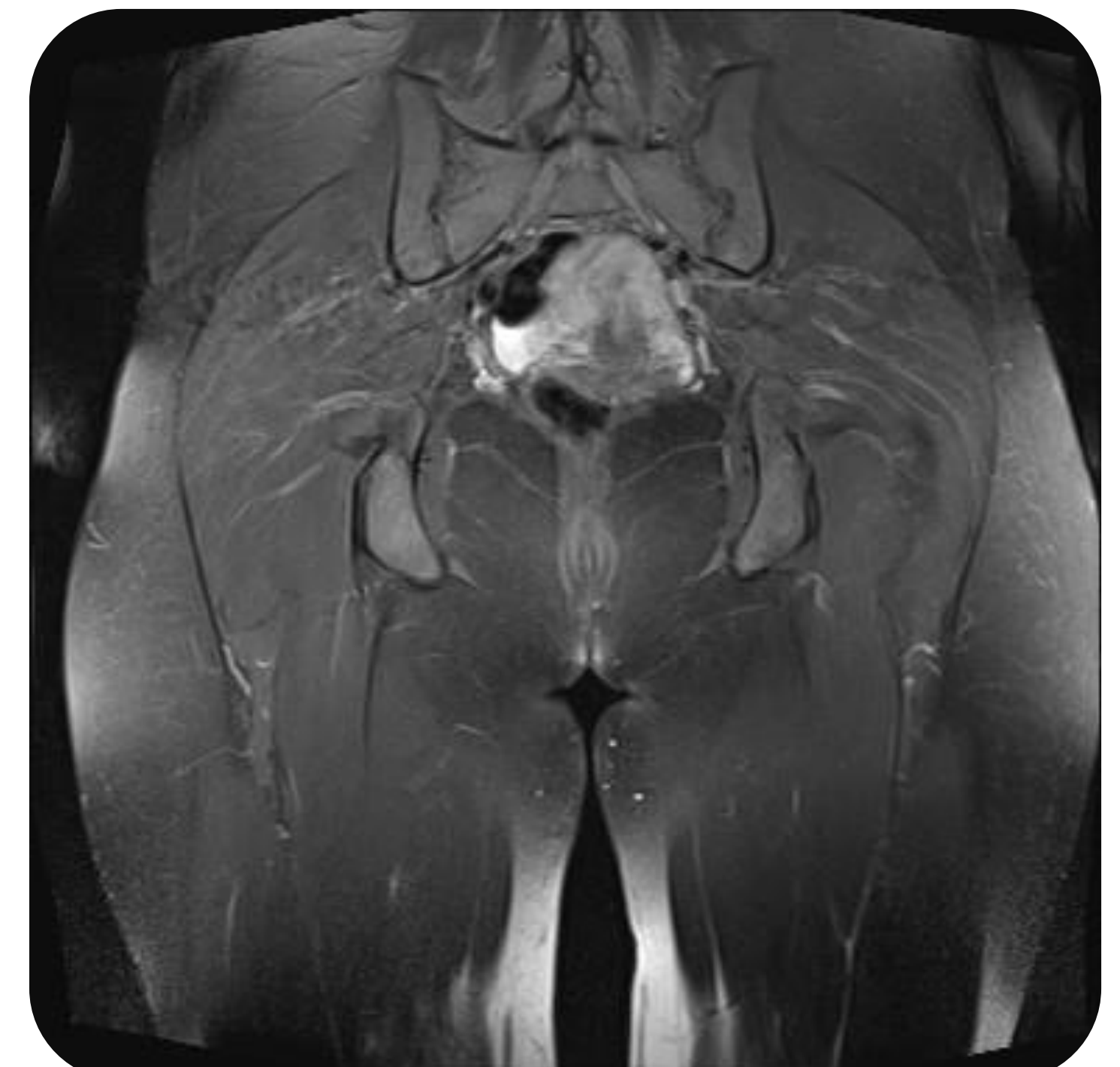
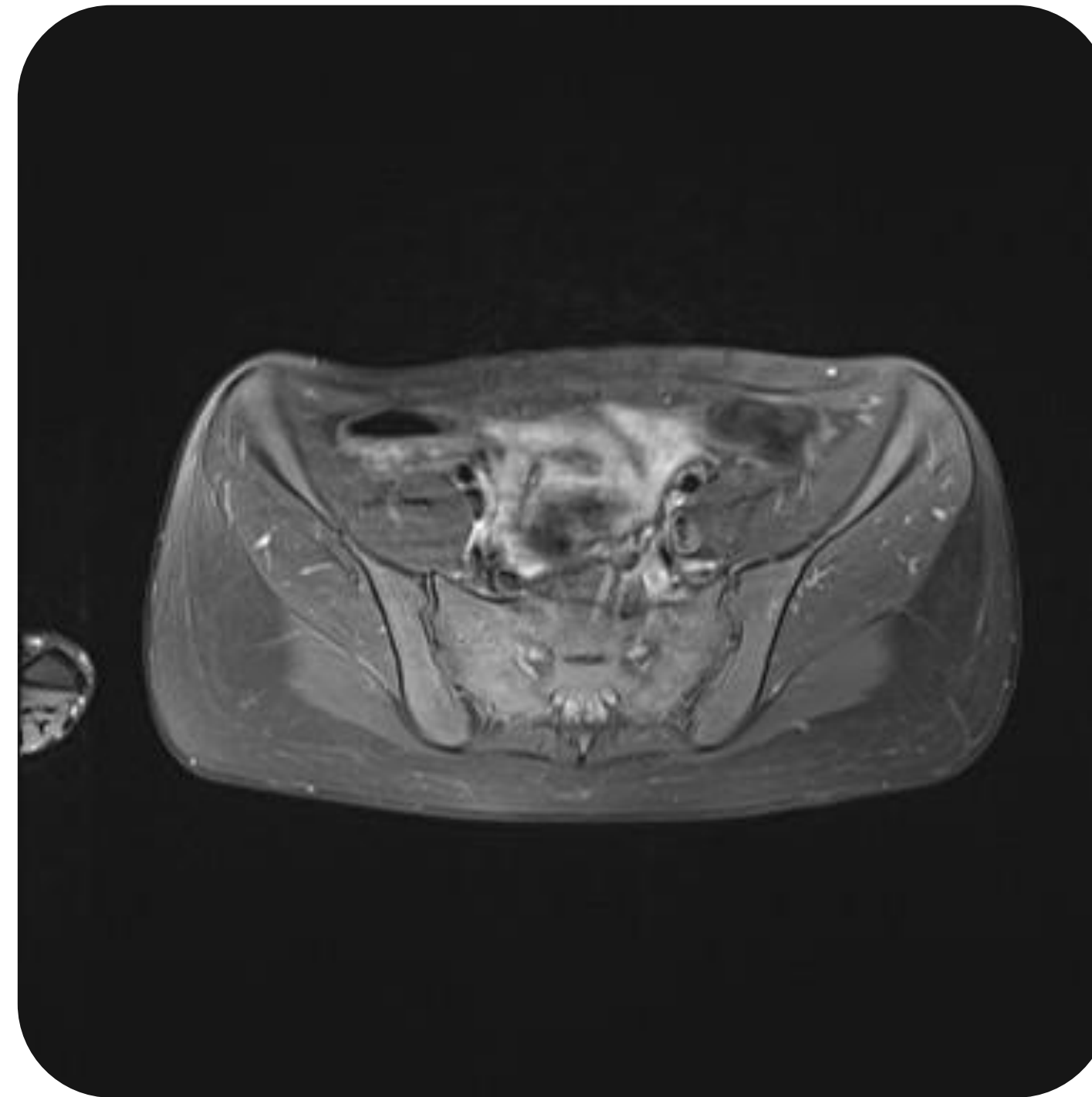
Νόσος Paget

Επόμενα βήματα;

Επανελέγχος MRI και CT

1^η MRI λεκάνης – ιερολαγονίων (Ιούνιος 2017)

- Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα πέραν ήπιων εκφυλιστικών στοιχείων σε ΟΜΣΣ, στένωσης στο επίπεδο $O_5 - I_1$ και ήπιας αφυδάτωσης μεσοσπονδύλιων δίσκων
- Χωρίς στοιχεία υπέρ ιερολαγονίτιδας
- Χωρίς άλλα ευρήματα από την πύελο

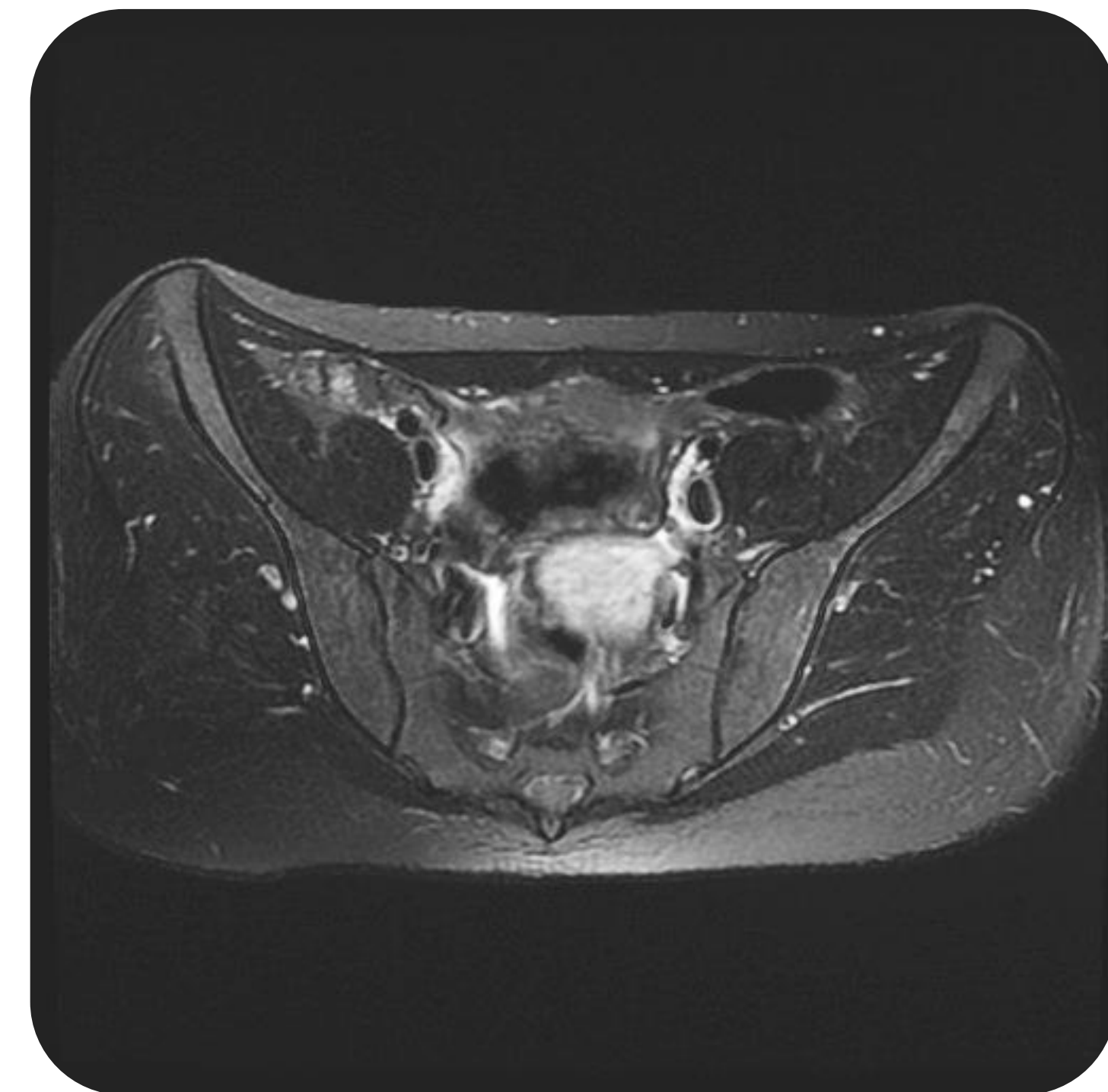


Επόμενα βήματα;

Επανελέγχος MRI και CT

2^η MRI λεκάνης – ιερολαγονίων (Ιούλιος 2017)

- Αποκάλυψη οστικού οιδήματος σε μία τομή και μία ακολουθία μόνον
- Χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα
- Ειδικότερα: παρατηρήσαμε υψηλό σήμα σε μία τομή T2 με καταστολή λίπους σε στεφανιαίο επίπεδο αλλά όχι και στο εγκάρσιο.



Οστικό οίδημα σε MRI

Σημαίνει πάντα ιερολαγονίτιδα;

ASAS – ένταση σήματος

Υψηλό σήμα ως μία εστία



Εάν υπάρχει παρουσία σήματος (βλάβη) ως μόνον μία εστία, τότε αυτό το σήμα θα πρέπει να είναι ορατό σε τουλάχιστον 2 τομές.

Εάν υπάρχει παρουσία σήματος σε τουλάχιστον 2 εστίες, τότε αυτό το σήμα ενδέχεται να είναι αρκετό για τη διάγνωση ιερολαγονίτιδας.

Δομικές αλλοιώσεις του οστού μπορεί να παρουσιάζουν αύξηση σήματος αλλά και τα αγγεία εμφανίζουν το ίδιο αυξημένο σήμα με τη φλεγμονή

Η ασθενής μας: partial volume effect ή partial volume artifact. Υψηλό σήμα από τα λαγόνια αγγεία. Για αποφυγή του χρειάζεται επιβεβαίωση σε τουλάχιστον δύο επίπεδα (εγκάρσιο και στεφανιαίο)

Υψηλό σήμα σε >1 εστία

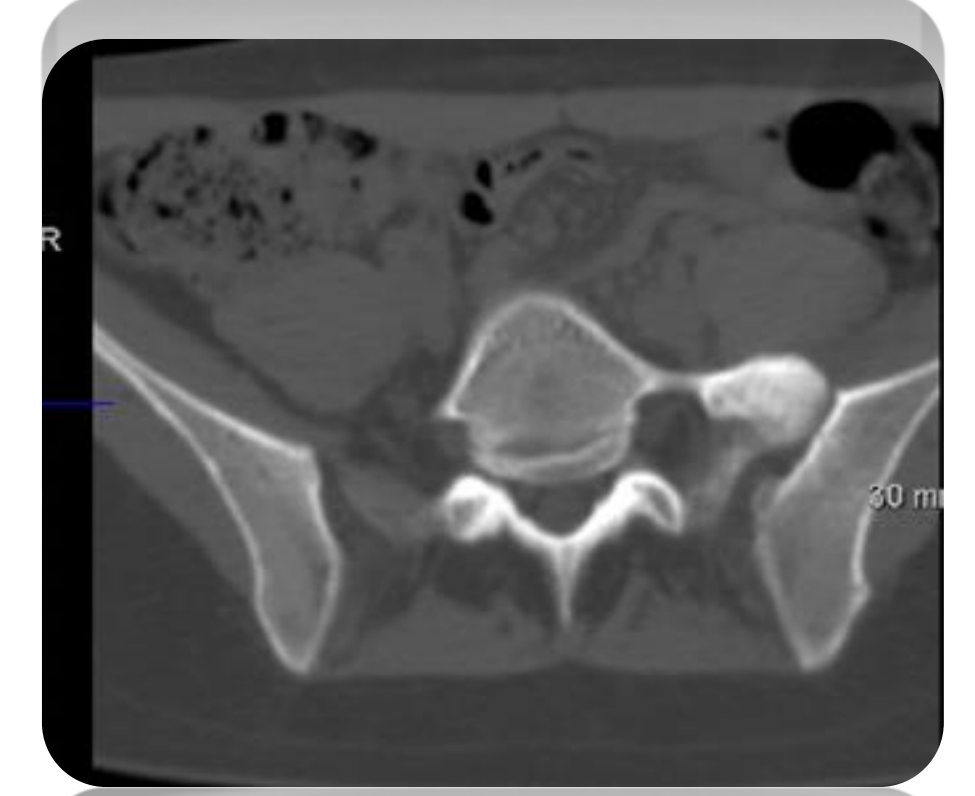
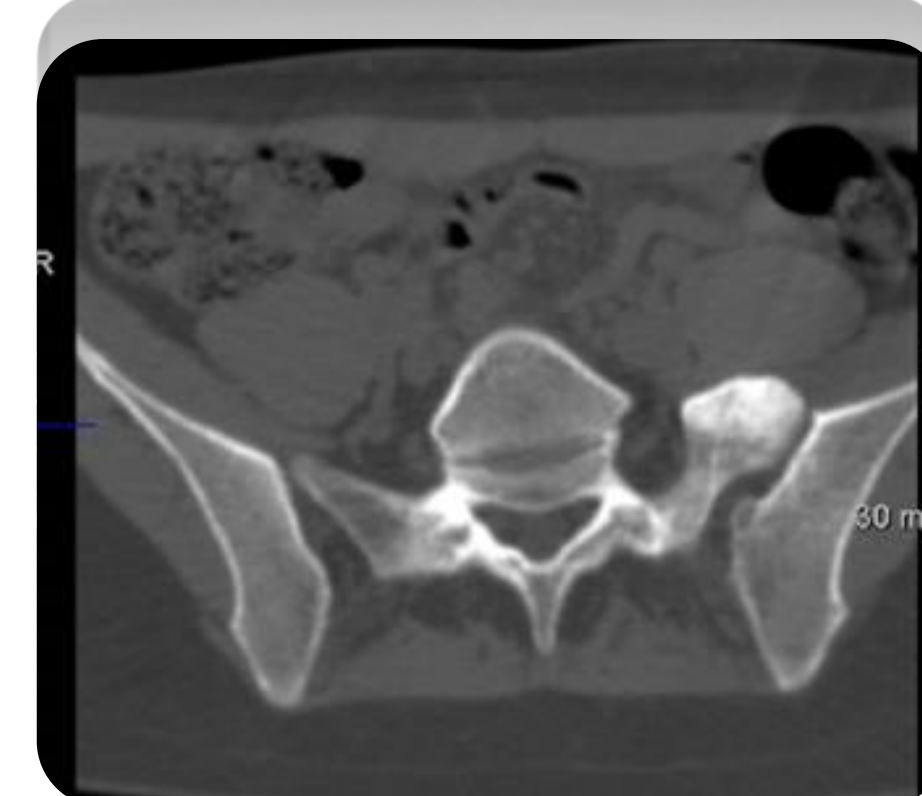
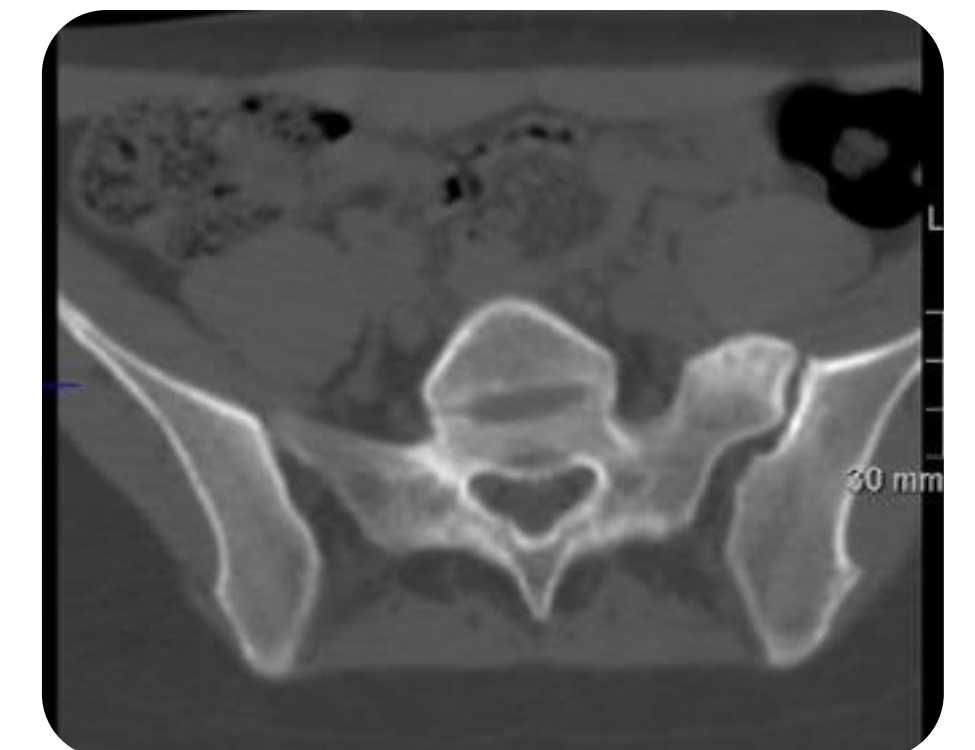
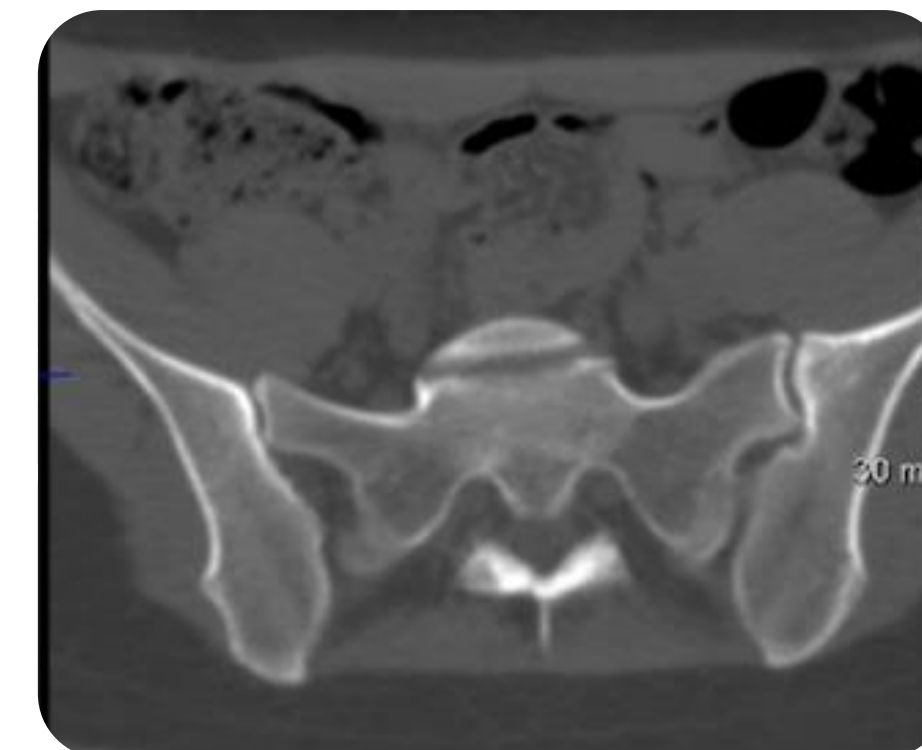


Επόμενα βήματα;

Επανελέγχος MRI και CT

Επανελέγχος της CT ΟΜΣΣ

- Παρατηρήσαμε ότι η ήπια στένωση που είχε περιγραφεί προηγουμένως ήταν σοβαρού βαθμού με μία ευμεγέθη εγκάρσια απόφυση του Ο₅ σπονδυλικού σώματος στην αριστερή πλευρά
- Προχωρήσαμε σε τρισδιάστατη πολυεπίπεδη ανακατασκευή (multiple projection reconstruction) η οποία ανέδειξε ιεροποίηση της αριστερής εγκάρσιας απόφυσης του Ο₅ σπονδυλικού σώματος



Τί μάθαμε από αυτό το περιστατικό;



Ιατρικό ιστορικό

Ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό μπορεί να οδηγήσει στη σωστή διάγνωση ή να αποκλείσει διάφορες καταστάσεις

Κλινική εξέταση

Μετά από ένα λεπτομερές ιστορικό θα πρέπει πάντα να εξετάζεται ο ασθενής με προσοχή προσαρμόζοντας την κλινική εξέταση σύμφωνα με το ιστορικό

Διαφορική διάγνωση

Όταν έχουμε μπροστά μας έναν ασθενή με χαμηλή οσφυαλγία, θα πρέπει να σκεφτόμαστε διάφορες πιθανές διαγνώσεις και όχι απαραίτητα διαγνώσεις που αφορούν την ειδικότητά μας!

Ευρήματα σε MRI

Εικόνα οστικού οιδήματος σε MRI των ιερολαγονίων δεν συναπάγεται ιερολαγονίτιδα. Θα πρέπει πάντοτε να αποκλείονται διάφορα artifacts, διαβρώσεις, μηχανικές βλάβες κλπ. Οστικό οίδημα φλεγμονώδους τύπου θα πρέπει να απεικονίζεται σε τουλάχιστον δύο τομές κάθετες μεταξύ τους καθώς και τα ευρήματα να είναι σύμφωνα με τις οδηγίες κατά ASAS

Τελική Διάγνωση – σύνδρομο Bertolotti



Παρουσία ευμεγέθους εγκάρσιας απόφυσης του Ο₅ σπονδυλικού σώματος με αποτέλεσμα την ιεροποίηση της.

01

- Όχι ακριβή επιδημιολογικά στοιχεία
- 4-8% των ασθενών με χαμηλή οσφυαλγία

02

Πρώτη περιγραφή από τον Ιταλό ιατρό Mario Bertolotti το 1917

03

- Χωρίς συμπτωματολογία συνήθως
- Αν συμπτωματολογία θετική: ΜΣΑΦ, φυσικοθεραπεία, χειρουργική αποκατάσταση

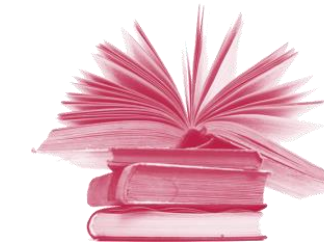
04



01. Εισαγωγή



02. Επιδημιολογία



03. Ιστορικά στοιχεία



Treatment

04. Θεραπεία



Ευχαριστώ

Για την προσοχή σας