

Deréktáji fájdalom – sacroiliitis
- képpalkotó eljárással történő korai kimutatás lehetőségének
fontossága fiatal felnőtt- és gyermekkorban

dr. Gion Katalin, dr. Onozó Beáta¹

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport,

¹BAZ Megyei Kórház Gyermekegészségügyi Központ Immunológiai Ambulancia

e-mail: gionk@etszk.u-szeged.hu

A derékfájás, mely a Th. XII. csigolya, XII. bordapár és az ülőgumók által határolt területre lokalizálódó fájdalmat jelenti, egy alapellátási praxisban körülbelül az ötödik leggyakoribb panasz, mellyel a beteg jelentkezik. A felnőtt lakosság döntő többségében, a felnőtt populáció 80 %-nál, előfordul élete során legalább egyszer, egy hétig tartó, az életminőséget jelentősen befolyásoló derékfájásos epizód. Fiatal korban a panasz lényegesen ritkább és sok esetben kórképek részjelenségeként lép fel.

A deréktáji fájdalomnak igen sokszínű oka lehet. A fájdalom kiindulhat a gerinc strukturális elemeiből, így a csigolyák, discussok, intervertebrális ízületek, gerincvelő és burkainak, sacroiliacalis ízület pathológiás elváltozásaiból, de ugyanúgy okozhatják a környező lágyrészek elváltozásai is, úgymint izmok, szalagok és a környező kötőszövet megbetegedései. Erre a régióra más, nem gerinchez kötődő belszervek megbetegedései kapcsán, így nőgyógyászati kórképek, retroperitoneális folyamatok, hasüregi folyamatok, dermatológiai betegségek, psyches kórképek fájdalma sugározhat ki.

A kiváltó okok között szerepel továbbá trauma, gyulladás, mechanikai okok, malignus folyamatok, fejlődési rendellenességek, statikai hibák, generalizált csontbetegségek, reticuloendotheliosisok, és haemangiopathiák. A differenciál diagnosztika a kiváltó okok és kiindulási hely meghatározása szempontjából fizikai vizsgálat, labor vizsgálat és képpalkotó eljárások alkalmazásának összességével történik.

A fent felsorolt kóroki tényezők közül kiemeltük a sacroiliacalis / SI / ízület gyulladását, mely bár százalékos arányban a pathogenesis tekintetében igen alacsony számot mutat, korai felismerése azonban igen fontos, mert fennállása súlyos, szisztémás megbetegedésre utalhat, vagy alapkritériumként szerepelhet megléte egyes szisztémás megbetegedések a szeronegatív spondylarthritiszek (SNSA) diagnózisának felállításához. (4)

A sacroiliacalis ízület gyulladására jellemző az alattomos kezdet. Az első tünetek legtöbbször 40 éves kor előtt jelentkeznek. Jellemző a nyugalomban, éjszaka jelentkező fájdalom, mely mozgásra enyhül. A fájdalom az alsó végtagba sugárzik, de nem kísérik egyéb neurológiai eltérések. Mozgáskorlátozottságot okoz, fizikális vizsgálat során stresszre kiváltott pozitív reakció / Mennel – jel /, valamint az alapbetegségtől függő társuló általános gyulladásos szimptomák színezik a klinikai képet.

Képpalkotó diagnosztikai szempontból a sacroiliacalis ízület gyulladását több modalitás is igazolhatja. Egyrészt táblázatba foglaltuk a szakirodalomban felsorakoztatott képpalkotó eljárások hatékonyságát a kórkép kimutatásában. (1. táblázat) Másrészt,

tekintve, hogy az általunk alkalmazott modalitások: a konvencionális röntgendiagnosztika, computer tomographia, izotópdiaagnostika – csontszcintigráfia, valamint mágneses rezonanciás vizsgálat, megegyeztek a szakirodalmi ajánlással, összevetettük a saját beteganyagunkon végzett vizsgálatok szenzitivitását és specificitását is az irodalomban már közlésre került adatokkal. (2, 3, 6)

A hagyományos röntgenfelvételnek a gyulladás korai felismerésében kicsi a szenzitivitása, ugyanakkor a krónikus elváltozások megítélésére kiválóan alkalmas. A vizsgálat során betekintő sacrum felvétel készítése történik és lehetőség nyílik a két ízület összehasonlítására is. Amennyiben a sacroiliitis a Bechterew-kór része, úgy a röntgenfelvételen detektált elváltozások alapján a megjelenés súlyossága négy stádiumra osztható:

0. normál megjelenés

I. bizonytalan elváltozások

II. apró erosiok

III. kifejezett erosiok sclerosissal, kezdődő ankylosis

IV. teljes ankylosis. (6)

CT vizsgálat során, tekintve, hogy a szummáció kiküszöbölhető, a hagyományos röntgenfelvétellel szemben könnyebben felismerhetők a csontelváltozások / erosio, sclerosis és ankylosis/, illetve a korai csontelváltozások, úgymint a kezdődő erosio és a regionális ankylosis hamarabb felismerhetők. (3)

A csontszcintigráfia igen szenzitív a gyulladás megítélésében, hátránya azonban az, hogy alacsony a specificitása, előnye viszont abban mutatkozik, hogy egy vizsgálat során a teljes csontrendszer leképezhető, így olyan szisztémás betegségek megítélésében igen hasznos, ahol a sacroiliitisen kívül egyéb ízületi érintettség is felmerül.

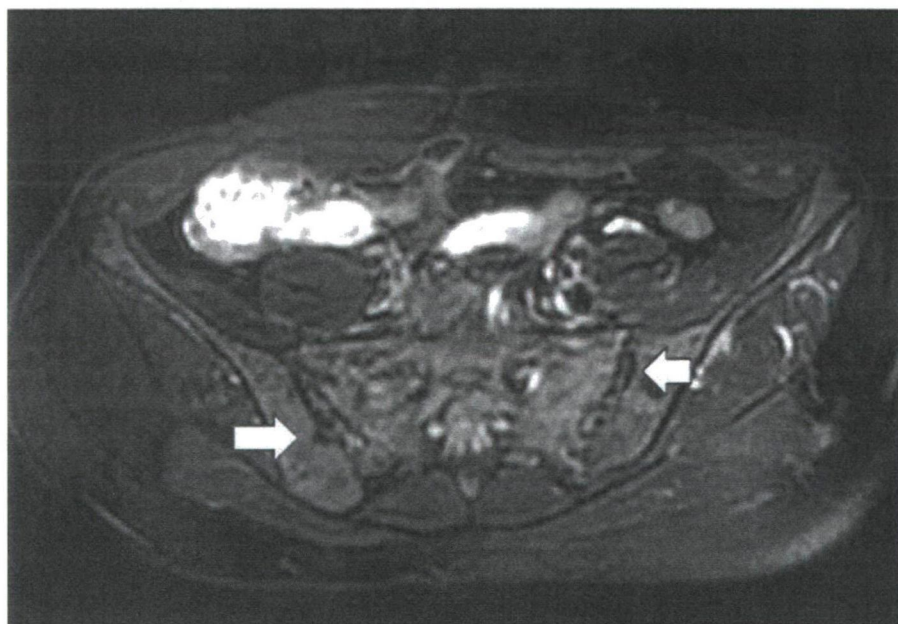
Vizsgáló-módszer	Akut elváltozások /folyadék gyülem, ödéma/	Krónikus elváltozások /erosio, sclerosis, ankylosis/	Gyulladásos jelek	Csontelváltozások
Konvencionális röntgenfelvétel	-	+	(+)	+
CT (computer tomographia)	-	++	(+)	++
csontszcintigráfia	+	-	+	-
MR (mágneses rezonanciás képalkotás)	++ /T2 STIR és T1 postkontrasztos/	+	++ /T2 STIR és T1 postkontrasztos/	+

1. táblázat

Mágneses rezonanciás vizsgálat, mely a szakirodalomban elfogadott protokoll szerinti síkokban készül natív és intravénás kontrasztanyag adása mellett, jól mutatja a korai és a gyulladással elváltozásokat a T2 natív, a STIR, valamint a T1 kontrasztos szekvencián, míg a krónikus gyulladás és a csontelváltozások a natív T1 szekvencián ábrázolódnak jobban. A mágneses rezonanciás vizsgálat általános előnyei közül kiemelkedik, hogy nem ionizáló sugárral működik, így a tudomány jelen állása szerint az emberi szervezetre nem gyakorol káros hatást, tetszőleges leképzési sík választható a vizsgálat során. Általános hátrányát a vizsgálati eljárás kontraindikációja jelenti, a szervezetben lévő mágnesesvezető fém implantátumok (cochleáris implantátum, pacemaker stb.), valamint a klausztrofóbia, illetve a felső súlyhatár. A fiatal betegeknél a vizsgáló módszerelőnyeit kell szem előtt tartani. (2,5)

2000-2006 között 14 fiatalkorú (30 év alatti) beteget vizsgáltunk, akiknél a deréktáji fájdalom sacroiliitis miatt alakult ki. Eseteink közül 6 beteg kórtörténetét kívánjuk kiemelni és bemutatni. Ezeknél a betegeknél a sacroiliitis különböző stádiumait lehetett igazolni, különböző vizsgálómódszerekkel. Közös volt bennük a fiatal koruk és hogy a gyulladás egy súlyos, szisztémás megbetegedés részjelenségeként jelentkezett.

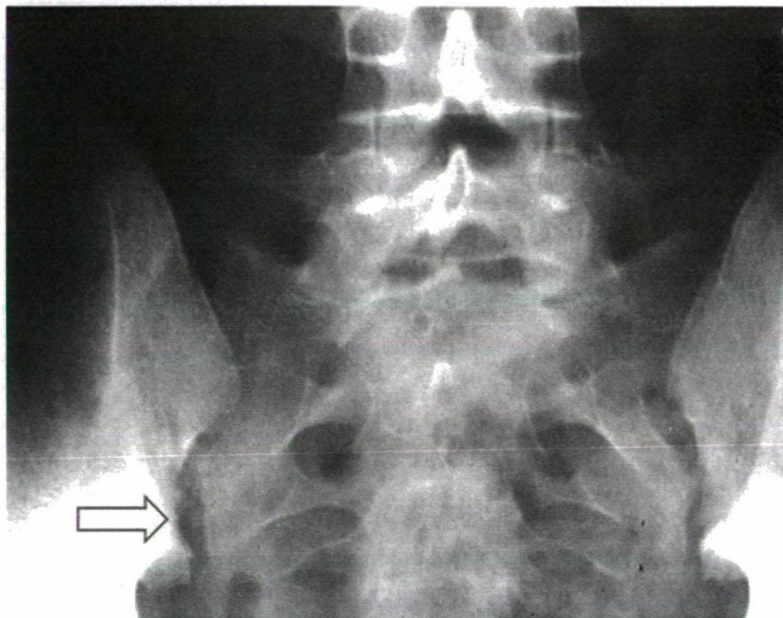
Első betegünk egy 25 éves nőbeteg volt, aki deréktáji panaszokkal került kivizsgálásra. Discus hernia gyanúja miatt a lumbosacralis régióról MR vizsgálat készült, mely korai stádiumú sacroiliitis igazolt. A beteg anamnéziséből kiderült, hogy a vizsgálatot megelőzően influenzaszerű tünetei voltak, valamint az utólagos fizikális vizsgálat során erythema migransra is fényderült. A tünetegyüttes felvetette Lyme-kór gyanúját, mely szerológiai vizsgálattal beigazolódott.(1.kép)



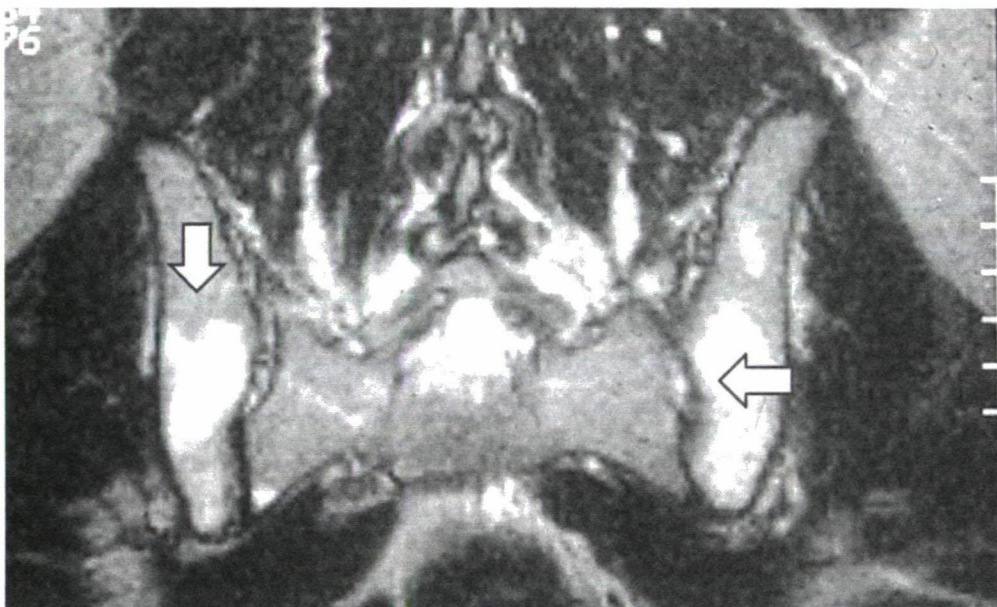
1. kép: T2 jellegű, zsírelnyomósos kép a sacroiliacalis ízületekről, melyen az ízfelszínek egyenetlenek, scleroticusak.

Második betegünk egy 18 éves fiatal férfi mellkasi és háti acne conglobataval jelentkezett bőrgyógyásznál. Beszámolt deréktáji és jobb felkar fájdalomról. A laborparaméterek gyulladásra utaltak. A csont ízület érintettség igazolására a multifokális miatt csontszcintigráfia készült, melyen mindkét sacroiliacalis ízületben és a jobb felkarban dúsulást jelzett. A sacroiliacalis ízületekről MR vizsgálat készült, mely

kétoldali sacroiliitist igazolt. A tünetegyüttes alapján: SAPHO-szindróma / Synovitis, Acne, Pustulosis, Hyperostosis, Osteitis-periostitis/ diagnózisa került felállításra. A megfelelő terápia teljes regressziót eredményezett.(2. és 3. kép)



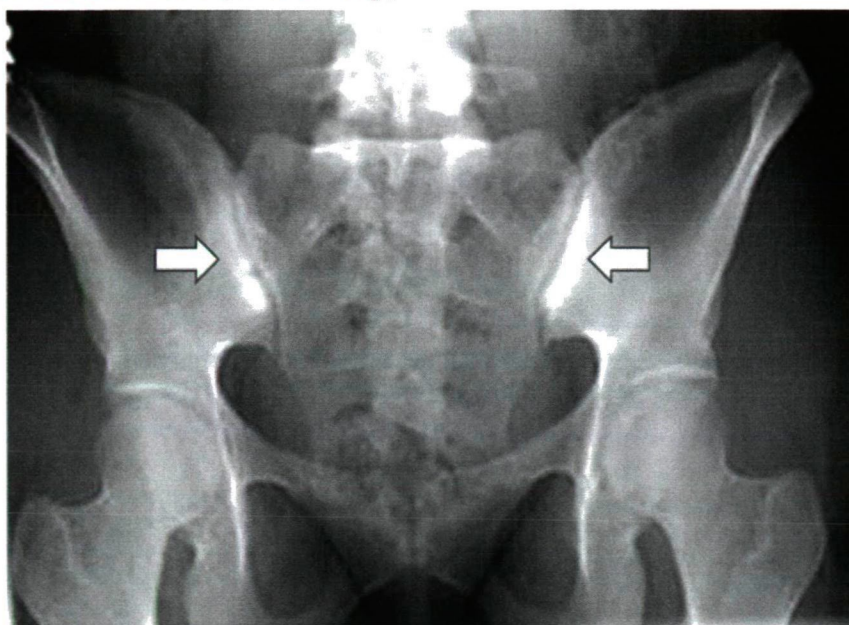
2. kép: hagyományos röntgenfelvételek a sacroiliacalis ízületekről, ahol az ízfelszínek egyenetlen, elmosódott kontúrúak.



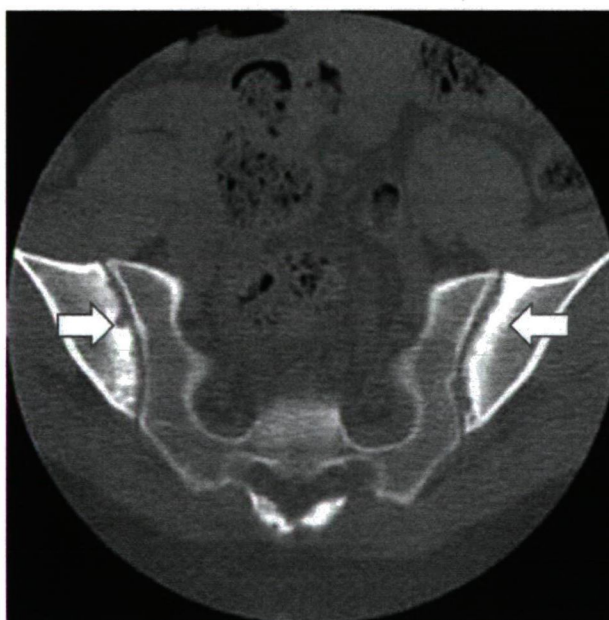
3. kép: Coronális síkú MR felvétel a sacroiliacalis ízületekről, ahol a sacroiliacalis ízület iliacalis ízfelszíne alatt gyulladásra jellemző ödéma látható.

Harmadik betegünk egy 20 éves férfi, akinek deréktáji fájdalma, éjszaka, pihenéskor jelentkezett és mozgásra enyhült. Fizikális vizsgálattal mozgásbeszűkülést tapasztaltak, felmerült sacroiliitis gyanúja. A gyanút a hagyományos röntgenfelvétellel és a CT vizsgálat is igazolta. Laborvizsgálatok során: gyulladáshoz kapcsolódó paraméterek, HLA-B27 pozitívitás, valamint rheuma faktor

negatívítás mutatkozott. Ennek alapján a diagnózis: Spondylitis Ankylopoetica, Morbus Bechterew lett. (4. és 5. kép)



4. kép: Hagyományos röntgenfelvétel a sacroiliacalis ízületekről, ahol elsősorban az iliacalis ízfelszínek scleroticusak, rajtúl erosiók figyelhetők meg.

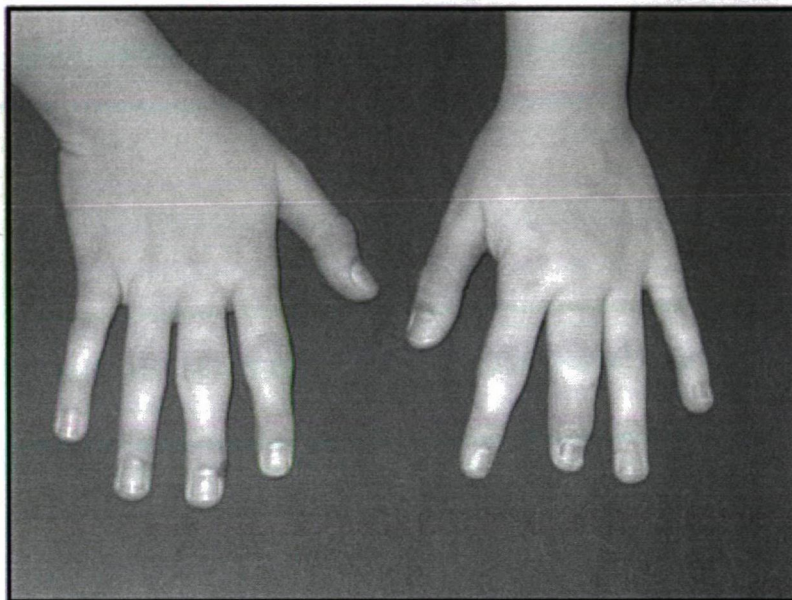


5. kép: CT felvétel a sacroiliacalis ízületekről, ahol a röntgenfelvétel detektált elváltozások –subchondralis sclerosis, valamint erosio - szummáció mentesen, pontosabban megítélhetők.

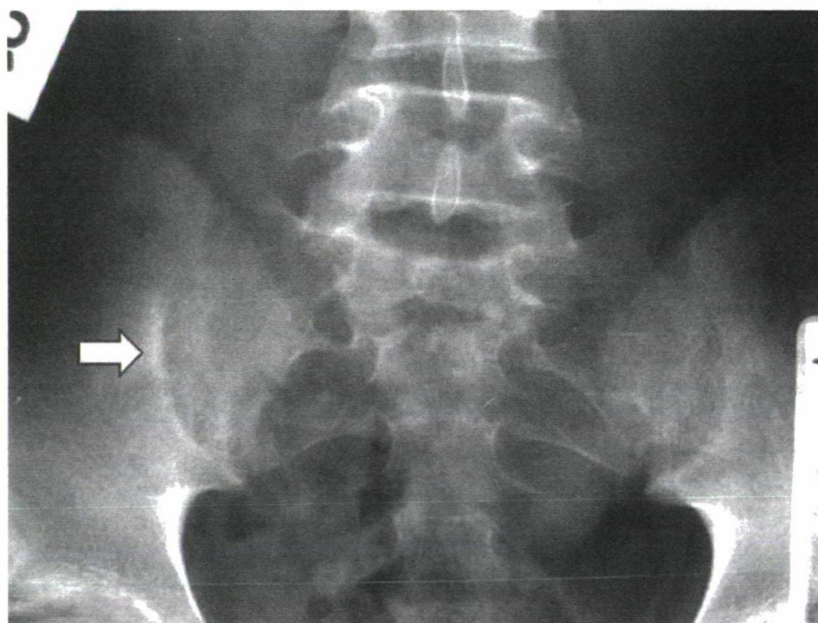
Negyedik betegünk egy 17 éves leány perifériás nagyízületi duzzanattal /csukló, térd, váll, boka/, valamint derékfájdalommal jelentkezett. Beszámolt arról, hogy jelentkezését megelőzően 1 hónappal hasmenéses periódusa volt. Fizikális vizsgálattal sacroiliitis gyanúja merült fel Mennel-jel pozitívítás miatt. A sacroiliacalis ízület gyulladását MR vizsgálattal igazoltuk. Laborvizsgálata során: gyulladós paraméterek, rheuma faktor negatívás, HLA-B27 pozitívítás, valamint Salmonella ellenanyag

pozitivitás mutatkozott. Ennek alapján a diagnózis, fertőzés indukálta seronegativ spondylarthritis lett.

Ötödik betegünk egy 11 éves leány, akinek psoriasisra jellemző bőrtünetei, kisízületi duzzanat /kézen/, a lábon kolbászujj jelentkeztek. Laborvizsgálattal enyhe gyulladásos paraméterek, rheuma faktor negatívás mutatkozott, HLA-B27 vizsgálat nem történt. A diagnózis: arthritis psoriatica. Három év elteltével 14 évesen a leánynál, kezelés ellenére, deréktáji fájdalom jelentkezett. Fizikális vizsgálattal sacroiliitis gyanúja merült fel. A diagnózist a konvencionális röntgenfelvétel alátámasztotta. (6. és 7. kép)



6. kép: Kisízületi duzzanat a kézen.



7. kép: Hagyományos röntgenfelvétel a sacroiliacalis ízületekről, ahol az ízleszínnek egyenetlenek, valamint helyenként subchondralis sclerosis látható.

Utolsó kiemelt betegünk 19 éves fiatal férfi ismeretlen eredetű lázas állapot miatt jelentkezett kezelőorvosánál, mely 2-3 hónapig tartott. Fizikális vizsgálattal erythema nodosumot, I. MTP ízület duzzanatát, valamint deréktáji fájdalmat tapasztaltak. A deréktáji fájdalom alapján felmerült a sacroiliitis, melyet az MR vizsgálat megerősített. Az időközben elvégzett laborvizsgálatok szerint emelkedett We, fvs szám, csökkent Fe érték, HLA-B27 pozitívitás és ASCA/antisacharomyces antitest/ pozitívitás igazolódott. Ennek alapján az elsődleges diagnózis: SNSA /szeronegatív spodylarthritisz/, de az ASCA pozitívitás miatt szoros utánkövetést igényelt a beteg, tekintve hogy ez a szerológiai lelet a Crohn- betegség kialakulására utalhat!

Összefoglalva, esettanulmányaink alapján, elmondható, hogy a sacroiliacalis ízület gyulladásának kimutatása kulcsfontosságú deréktáji fájdalommal jelentkező fiatal korú betegeinknél. A korai diagnózis a biztos kórkép felismerés szempontjából nélkülözhetetlen és erre a legalkalmasabb vizsgálómódszer a mágneses rezonanciás vizsgálóeljárás. Hasonló szenzitivitású a csontszcintigráfia is, de specificitása elmarad az MR mögött. Ez a vizsgálómódszer azonban elengedhetetlen a multilokuláris csontpanaszok diagnosztikájában. A CT és a hagyományos röntgenfelvétel előrehaladottabb folyamatban mutat eredményt, ami szintén fontos, egyrészt az alapbetegség biztos alátámasztásában, másrészt annak előrehaladottságának megítélésében.

Beteganyagunk ismertetéseivel kívántunk rámutatni arra, hogy ez a sokszor banális panasz, a derékfájás, háttérben zajló sacroiliitis szisztémás, krónikus betegségek korai jelző tünete lehet, mely a fiatal korúakat érinti, náluk az életminőséget jelentősen befolyásoló, gyakran az egész élet során fennálló, kezelést igénylő állapotot felismerését segíti a képalkotó eljárásokkal történő igazolása.

A képalkotó eljárások szenzitivitása és specificitása terén tapasztalataink megegyeznek a szakirodalom által közölt adatokkal. Korai felismerésre leginkább az MR vizsgálat alkalmas, míg a csontszcintigráfia hasonló szenzitivitású, de multifokális panaszok esetén elsőként választandó vizsgáló módszer. (4) Az előrehaladottabb stádiumban a konvencionális röntgenfelvétel és a CT vizsgálat is jól mutatja a típusos eltéréseket. (1, 3, 6)