



www.printo.it/pediatric-rheumatology/CY/intro

Χρόνια Μη Βακτηριακή Οστεομυελίτιδα/Οστεΐτιδα (Crmo)

Έκδοση από 2016

ΧΡΟΝΙΑ ΜΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ/ΟΣΤΕΪΤΙΔΑ (CRMO)

2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1 Πώς διαγιγνώσκεται;

Το CNO/CRMO είναι διάγνωση εξ αποκλεισμού. Οι εργαστηριακές παράμετροι δεν είναι ούτε σταθερές ούτε προγνωστικές για το CRMO/CNO. Η ακτινογραφία των πρώιμων οστικών βλαβών του CNO συχνά δεν αποκαλύπτει χαρακτηριστικές αλλοιώσεις, αν και αργότερα κατά την πορεία της νόσου, ενδεικτική της CNO μπορεί να είναι η ανεύρεση οστεοβλαστικών και σκληρυντικών αλλοιώσεων των μακρών οστών των άκρων και της κλείδας. Η συμπίεση των σπονδύλων είναι επίσης μια μάλλον μεταγενέστερη ακτινολογική ένδειξη, αλλά κατά την εμφάνιση αυτού του ευρήματος πρέπει να γίνεται παραπέρα διαφορική διάγνωση από κακοήθη νοσήματα και από την οστεοπόρωση. Η διάγνωση του CNO, επομένως, στηρίζεται στην κλινική εικόνα και στην απεικονιστική μελέτη.

Το MRI (με χρήση σκιαγραφικού) δίνει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη φλεγμονώδη ενεργότητα των βλαβών. Το σπινθηρογράφημα οστών με τεχνητό μπορεί να βοηθήσει κατά την αρχική διαγνωστική προσέγγιση, δεδομένου ότι συχνά υπάρχουν κλινικά σιωπηλές βλάβες του CNO. Ωστόσο, το ολόσωμο MRI φαίνεται ότι είναι πιο ευαίσθητο για την αποκάλυψη των βλαβών.

Σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών, μόνο η διαγνωστική απεικόνιση δεν αποκλείει τα κακοήθη νοσήματα αλλά πρέπει να γίνεται βιοψία, επειδή ειδικότερα η σαφής διάκριση μεταξύ των κακοήθων οστικών αλλοιώσεων και των βλαβών που συνδέονται με το CNO, είναι συχνά

δύσκολη. Κατά την επιλογή του σημείου της βιοψίας, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα λειτουργικά και αισθητικά θέματα. Βιοψίες πρέπει να γίνονται μόνο για διαγνωστικούς σκοπούς και οι κλινικοί γιατροί δεν πρέπει να επιδιώκουν την αφαίρεση ολόκληρης της βλάβης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε περιττή λειτουργική ανεπάρκεια και στο σχηματισμό ουλών. Η ανάγκη για διαγνωστική βιοψία κατά την αντιμετώπιση του CNO έχει επανειλημμένα αμφισβητηθεί. Η διάγνωση του CNO είναι αρκετά πιθανή, αν οι βλάβες των οστών υπάρχουν επί 6 μήνες ή περισσότερο και ο ασθενής παρουσιάζει επίσης τυπικές βλάβες του δέρματος. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να αποφευχθεί η βιοψία. Ωστόσο, μια βραχυπρόθεσμη κλινική παρακολούθηση, συμπεριλαμβανομένης της επανάληψης των απεικονιστικών μελετών είναι επιβεβλημένη. Μονοεστιακές βλάβες, οι οποίες έχουν αποκλειστικά οστεολυτική εμφάνιση και προσβάλλουν τις πέριξ ιστικές δομές, πρέπει να υποβάλλονται σε βιοψία, ώστε να αποκλεισθούν τα κακοήθη νοσήματα.

2.2 Ποια είναι η σημασία των διαγνωστικών δοκιμασιών;

α) Εξετάσεις αίματος: Όπως προαναφέρθηκε, οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν είναι ειδικές για τη διάγνωση του CNO/CRMO. Εξετάσεις, όπως η ταχύτητα καθίζησης των ερυθροκυττάρων (ΤΚΕ), η CRP, η γενική αίματος, η αλκαλική φωσφατάση και η κινάση της κρεατινίνης είναι τυπικές κατά τη διάρκεια ενός επώδυνου επεισοδίου, προκειμένου να εκτιμηθεί η έκταση της φλεγμονής και ο βαθμός προσβολής των ιστών. Ωστόσο, αυτές οι εξετάσεις συνήθως δεν είναι αποδεικτικές. β) Εξετάσεις ούρων: Δεν είναι αποδεικτική. γ) Βιοψία οστού: Είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις μονοεστιακών βλαβών και σε περιπτώσεις που υπάρχει αμφιβολία.

2.3 Μπορεί να θεραπευθεί ή να ιαθεί; Ποιες είναι οι θεραπείες;

Υπάρχουν μακροχρόνια δεδομένα σχετικά με τη θεραπεία, κυρίως με τη χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ, όπως η ιβουπροφαίνη, η ναπροξένη και η ινδομεθακίνη), που δείχνουν ότι έως και το 70% των ασθενών μπορεί να παραμένει σε ύφεση με συνεχή φαρμακευτική αγωγή που διαρκεί έως και αρκετά χρόνια. Ωστόσο, ένας σημαντικός αριθμός ασθενών χρειάζεται πιο έντονη φαρμακευτική αγωγή, που περιλαμβάνει στεροειδή και σουλφασαλαζίνη. Πρόσφατα, η

θεραπεία με διφωσφονικά έχει δώσει θετικά αποτελέσματα. Ανθεκτική στη θεραπεία, χρόνια πορεία της νόσου έχει επίσης αναφερθεί.

2.4 Ποιες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής θεραπείας;

Δεν είναι εύκολο για τους γονείς να αποδεχτούν ότι το παιδί τους πρέπει να παίρνει φάρμακα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συνήθως, ανησυχούν για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των παυσίπονων και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Τα ΜΣΑΦ στην παιδική ηλικία, γενικά, θεωρούνται ασφαλή φάρμακα με περιορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ο πόνος στο στομάχι. Για περισσότερες πληροφορίες, δείτε το κεφάλαιο σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή.

2.5 Πόσο πρέπει να διαρκέσει η θεραπεία;

Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την τοπική παρουσία αλλοιώσεων, τον αριθμό και τη βαρύτητά τους. Συνήθως, η θεραπεία είναι απαραίτητη για μήνες ή χρόνια.

2.6 Τι ισχύει σχετικά με τις μη συμβατικές ή με τις συμπληρωματικές θεραπείες;

Η φυσιοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη σε περίπτωση αρθρίτιδας. Ωστόσο, δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικών θεραπειών σε τέτοια νοσήματα.

2.7 Τι είδους περιοδικοί έλεγχοι είναι απαραίτητοι;

Τα παιδιά που υποβάλλονται σε θεραπεία πρέπει να κάνουν εξετάσεις αίματος και ούρων τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο.

2.8 Πόσο θα διαρκέσει η νόσος;

Στους περισσότερους ασθενείς, η διάρκεια της νόσου είναι έως και αρκετά χρόνια, αν και σε μερικούς είναι μια ισόβια νόσος.

2.9 Ποια είναι η μακροχρόνια πρόγνωση (προβλεπόμενη

έκβαση και πορεία) της νόσου;

Αν η νόσος αντιμετωπιστεί σωστά, η πρόγνωση είναι καλή.