

Σπονδυλοδισκίτιδα - διενέργεια βιοψίας αποστήματος μεσοσπονδυλίου δίσκου Θ9-Θ10 σε αγόρι 15 ετών.

Δακής Κ., Μπισχινιώτης Ι. Ρόκας Β, Παπαϊωάννου Ν.

Περίληψη

Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς νεαρού άρρενος ηλικίας 15 ετών με αιφνίδια ραχιαλγία και ακτινολογική ένδειξη σπονδυλοδισκίτιδας. Μετά από ανεπάρκεια της πρώτης διάγνωσης και αντιμετώπισης ετέθη προς ολοκλήρωση της διερεύνηση και αιτιολογική θεραπεία με διενέργεια βιοψίας αποστήματος μεσοσπονδυλίου δίσκου Θ9-Θ10. Η βιοψία και η κένωση του παρασπονδυλικού αποστήματος υποβοηθήθηκε με αξονική τομογραφία. Ακολούθησε αιτιολογική θεραπεία για το λοιμώδη παράγοντα που απομονώθηκε, ο οποίος ήταν ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος και η λοιπή υποστηρικτική αγωγή περιλαμβανομένης και της εξωτερικής συγκράτησης στις σπονδυλικής στήλης με θωρακοσφυϊκό κηδεμόνα με άριστα αποτελέσματα.

Όροι ευρετηρίου: Σπονδυλίτιδα – σπονδυλοδισκίτιδα - δισκίτιδα
Λοιμώξεις της σπονδυλικής στήλης
Ραχιαλγία εμπύρετη
Βιοψία σπονδύλου

Spondylodiscitis etiological management after CT Guided Needle Biopsy in a Boy fifteen Years of Age.

Dakis K, Bischiniotis I S, Rokas B, Papaioannou N.

Abstract

The case of a young 13 years of age male patient is presented complaining of severe high back pain and spondylodiscitis findings in plain films. General malaise was added soon after and laboratory control was completed by blood and serum examinations, computerised tomogram, bone scanning and magnetic resonance scan. The etiological diagnosis was made by bone CT guided needle biopsy, the result of which was indicative of *Staphylococcus Aureus*. The proper antibiotic therapy was administered and a thoracolumbar orthosis was prescribed to be worn for several months with excellent results.

Key Words: Spondylitis – spondylodiscitis - discitis
Spinal infections
High back pain
Vertebra biopsy

Σπονδυλοδισκίτιδα. διενέργεια βιοψίας αποστήματος μεσοσπονδυλίου δίσκου Θ9-Θ10 σε αγόρι 15 ετών.

Δακής Κ., Μπισχινιώτης Ι. Ρόκας Β, Παπαϊωάννου Ν.

Εισαγωγή

Η σπονδυλοδισκίτιδα είναι μία αιματογενής λοίμωξη του μεσοσπονδυλίου δίσκου στα παιδιά, αποτελεί όμως συχνότερο αίτιο στα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα σε σχέση άνδρες-γυναίκες 3/1 (Rolf και συν 2008, Gouliouris και συν 2010). Η διασπορά και η εγκατάσταση μικροβίων στα οστά, αλλά και στα παρακείμενα μαλακά μόρια από μικροβιαμία, γίνονται από άλλες εστίες και λοιμώξεις ιστών, με συνηθέστερο μικροβιακό παράγοντα τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο στο 85% των λοιμώξεων, ενώ συχνότερη είναι η εμφάνιση στα αγόρια.

Υλικό- Μέθοδος

Μαθητής 15 ετών με αναφερόμενο ξαφνικό άλγος στη θωρακική μοίρα, χωρίς ιστορικό κάκωσης, γίνεται πιο έντονο με την εισπνοή, το οποίο τις επόμενες ώρες επεκτάθηκε στο μεσοθωράκιο. Εξαιτίας του επίμονου άλγους ο μαθητής εξετάζεται από ορθοπαιδικό της περιοχής, όπου κατόπιν κλινικής εξέτασης, παραπέμπεται για ακτινολογικό έλεγχο Α/α ΘΜΣΣ F+P (εικ. 1).



Εικόνα 1. - Αρχικός απλός ακτινολογικός έλεγχος.

Στην πλαγία απεικόνιση, παρατηρήθηκε αλλοίωση-διάβρωση στην επιφυσιακή πλάκα του Θ9 σπονδύλου και κρίνεται σκόπιμο να υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία (MRI) ΘΜΣΣ για περαιτέρω διερεύνηση (εικ.2).

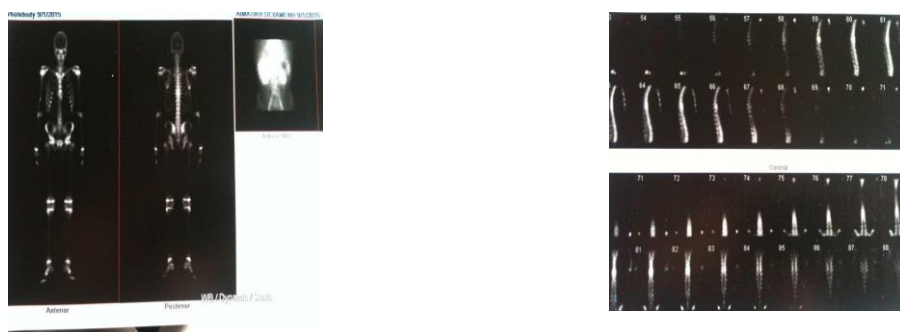


Εικόνα 2. - Ευρήματα από την μαγνητική τομογραφία με απεικόνιση λυτικής βλάβης και αποστήματος.

Το πόρισμα της μαγνητικής τομογραφίας αναφέρει ότι αναγνωρίζεται η ύπαρξη κατάγματος του Θ9 σπονδύλου, χωρίς αξιόλογη απώλεια ύψους ή παραμόρφωση αυτού. Για την προστασία του σπονδύλου από περαιτέρω καθίζηση, συνίσταται θωρακοσφυϊκός κηδεμόνας τριών σημείων και δόθηκε αναλγητική αγωγή.

Αποτελέσματα- Εξέλιξη

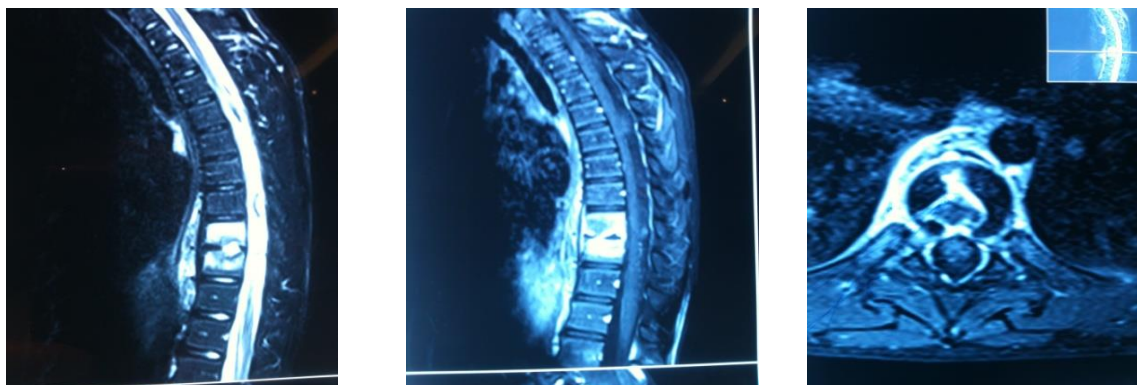
Το επόμενο διάστημα ο μαθητής εμφανίζει ελαφρά ανορεξία, αδυναμία, ήπια αδιαθεσία, καταβολή δυνάμεων που προκαλούν ανησυχία στους γονείς και επισκέπτονται δεύτερο ορθοπαιδικό. Εκείνος εκφράζει επιφυλάξεις για την παραπάνω διάγνωση και ζητά περαιτέρω έλεγχο με αιματολογικές εξετάσεις, (Γενική αίματος, TKE, CRP), όπου και διαπιστώνονται αυξημένα επίπεδα TKE:51mm,CRP:2,6mg/dl. Εξαιτίας της παρουσίας δεικτών φλεγμονής, δίνεται πλήρης βιοχημικός έλεγχος (μελιταίος, βρουκέλλα, Ra-test, ANA, Mantoux, βCox) και προτείνεται Ολόσωμο Σπινθηρογράφημα Οστών τριών φάσεων με γ-camera (εικ. 3), προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα φλεγμονώδους εστίας.



Εικόνα 3. – Σπινθηρογραφικά ευρήματα, από τα οποία ετέθη ένδειξη χρήσης σκιαστικού.

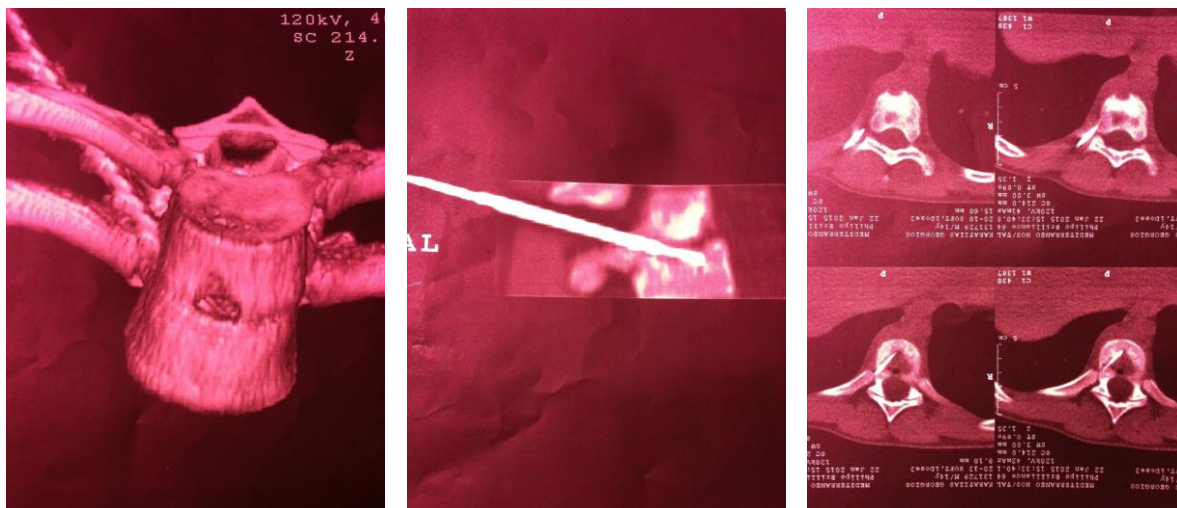
Από τον σπινθηρογραφικό έλεγχο προκύπτουν ευρήματα σπονδυλοδισκίτιδας στο διάστημα Θ9-Θ10 σπονδύλων, με αυξημένη οστεοβλαστική αντίδραση στα σώματα

των παρακείμενων σπονδύλων. Άμεσα προτείνεται μαγνητική τομογραφία (MRI) ΘΜΣΣ με τη χρήση σκιαγραφικού υλικού (Magnevist 20ml) (εικ.4), η οποία διενεργείται και διαπιστώνεται εικόνα σπονδυλοδισκίτιδας, η οποία επιβεβαιώνει την ύπαρξη σπονδυλοδισκίτιδας στο ανώτερο διάστημα με συνοδό απόστημα διαστάσεων 1,1X1,6 cm που προσβάλλει προσθίως και υπεγείρει τον πρόσθιο επιμήκη σύνδεσμο.



Εικόνα 4. – Η απεικόνιση της λυτικής βλάβης και του αποστήματος με χρήση σκιαστικού.

Προκειμένου να ταυτοποιηθεί το μικροβιακό αίτιο της σπονδυλοδισκίτιδας, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί βιοψία με βελόνα, η οποία περατώθηκε με την βοήθεια CT αξονικού τομογράφου (εικ. 5).



Εικόνα 5. – Υποβοηθούμενη με CT λήψη υλικού προς βιοψία από της σπονδυλικές και περισπονδυλικές βλάβες.

Τα αποτελέσματα της καλλιέργειας από τη βιοψία, ήταν ανάπτυξη Staph.aureus. Με βάση το αντιβιογράμμα τέθηκε με τη συμβουλή λοιμωξιολόγου, σε κλινδαμυκίνη (Dalacin) και κεφαλοσπορίνη (Cefuroxime axetil) για διάστημα 6 (έξι) εβδομάδων με αιματολογικό επανέλεγχο κάθε 2η εβδομάδα. Διενεργήθηκε επανάληψη της

μαγνητικής τομογραφίας με σκιαγραφικό μέσο και αξονική τομογραφία σε διάστημα 6 (έξι) εβδομάδων με πολύ καλά αποτελέσματα (εικ. 6).



Εικόνα 6. – Αποτέλεσμα της θεραπείας στη μαγνητική τομογραφία μετά 6 εβδομάδες.

Συμπεράσματα

- Η μαγνητική τομογραφία χωρίς τη χρήση σκιαγραφικού υλικού δεν μπορεί να αναδείξει την σπονδυλοδισκίτιδα.
- Επί κλινικής υποψίας συνίσταται να γίνεται πλήρης έλεγχος με αιματολογικές εξετάσεις, σπινθηρογραφικό έλεγχο και μαγνητική τομογραφία με τη χρήση σκιαγραφικού μέσου.
- Η επιβεβαίωση της διάγνωσης χρειάζεται βιοψία με βελόνα και καλλιέργεια του υλικού. Έτσι θα υπάρξει στοχευμένη θεραπεία με τα κατάλληλα αντιβιοτικά (Hadjipavlou και συν 1998).
- Η θεραπεία με βάση το αντιβιογράμμα, η ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης με κηδεμόνα, ο κλινοστατισμός, επιδρούν κατασταλτικά στην αντιμετώπιση της λοίμωξης, ενώ η χαλαρότητα στην αντιμετώπιση της λοίμωξης, μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενή αποτελέσματα, τόσο για τον ασθενή, όσο και για τον θεράποντα Ιατρό (Chandrasenan και συν 2011).

Βιβλιογραφία

1. Chandrasenan J1, Klezl Z, Bommireddy R, Calthorpe D: Spondylodiscitis in children: a retrospective series. J Bone Joint Surg Br. 2011 Aug; 93(8):1122-5
2. Hadjipavlou, A.G.; Crow, W.N.; Borowski, A.; Mader, J.T.; Adesokan, A.; Jensen, R.E.; Chaljub, G.: Percutaneous Transpedicular Discectomy and Drainage In Pyogenic Spondylodiscitis. American Journal of Orthopaedics. 17(3):188-197, 1998.
3. Hazibullah Waizy, Martina Heckel, Konrad Seller, Horst Schrotten: Remodeling of the spine in spondylodiscitis of children at the age of 3 years or younger: August 2007, Volume 127, Issue 6, pp 403-407.
4. Gouliouris Theodore, Sani H. Aliyu and Nicholas M. Brown: Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. Journal Antimicrob Chemotherapy 2010; 65 Suppl3: iii11–24
5. Rolf Sobottke, Harald Seifert, Gerd Fätkenheuer, Matthias Schmidt, Axel Goßmann, Peer Eysel Deutsches Ärzteblatt International. Current Diagnosis and Treatment of Spondylodiscitis Dtsch Arztebl Int 2008; 105(10): 181–7.