

Παροδική οστεοπόρωση ισχίου σε άνδρα 64 ετών. Παρουσίαση περίπτωσης

Δ. Τσίντζας
Γ. Γερνάς
Π. Πλυτά

Περίληψη

Παρουσιάζεται η περίπτωση ενός άρρενος ασθενούς ο οποίος έπασχε από Ιδιοπαθή Οστεοπόρωση του Ισχίου, κατάσταση σχετικά σπάνια, η διαφορική διάγνωση της οποίας μπορεί να προβλημάτισει ιδιαίτερα τον Ορθοπαιδικό Χειρουργό. Η αντιμετώπιση του ασθενούς ήταν συντηρητική με ιδιαίτερη έμφαση στη Φυσικοθεραπεία. Στη συνέχεια γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας.

Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής
και Κοινωνικής Αποκατάστασης
(Κ.Α.Φ.Κ.Α.) Αμφιλοχίας.

Λέξεις ευρετηρίου: παροδική οστεοπόρωση ισχίου

Εισαγωγή

Η Παροδική Οστεοπόρωση του ισχίου αποτελεί μια αγνώστου αιτιολογίας, συνήθως αυτοπεριοριζόμενη, ανεξάρτητη νοσολογική οντότητα (Guerra και Steinberg, 1995). Εμφανίζεται κλινικά με έντονο άλγος στην άρθρωση του ισχίου, χωρίς ιστορικό τραύματος στην περιοχή, ενώ χαρακτηριστική είναι η ακτινολογική εικόνα της διάχυτης οστεοπενίας, εντοπισμένης στην άρθρωση του ισχίου.

Περιγραφή περίπτωσης

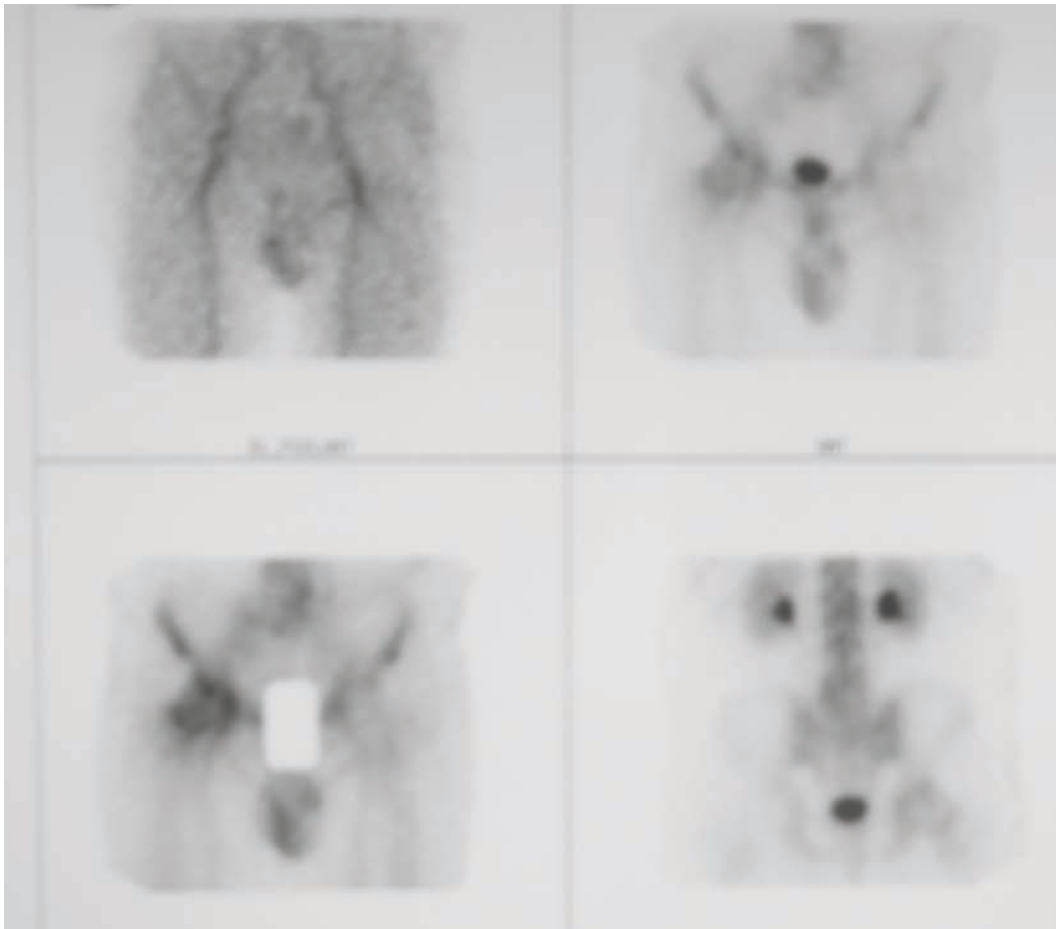
Ο ασθενής της περίπτωσης μας ήταν άνδρας 64 ετών, αγρότης με ιδιαίτερα έντονη σωματική

δραστηριότητα ο οποίος προσήλθε στο Εξωτερικό Ιατρείο με αιφνίδια έναρξη άλγους του δεξιού ισχίου κατά τη φόρτιση, χωλότητα και σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του. Τα συμπτώματα χρονολογούνταν από τριμήνου, η αρχική διάγνωση ήταν αρχόμενη οστεοαρθρίτιδα του ισχίου και η θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη δεν είχε ουσιαστικό αποτέλεσμα. Κατά την προσέλευσή του στο Κέντρο, το Harris Hip Score για το (ΔΕ) ισχίο του ήταν 24.

Η απλή ακτινογραφία είχε στοιχεία διάχυτης οστεοπόρωσης της κεφαλής και του αυχένα του μηριαίου οστού (Εικ. 1). Το σπινθηρογράφημα των οστών και η Μαγνητική Τομογραφία του ισχίου που πραγματοποιήθηκαν στη συνέχεια έθεσαν ως την πλέον πιθανή διάγνωση την Παροδική Οστεοπόρωση (Εικ. 2, 3).



Εικ. 1. Η απλή Ακτινογραφία Λεκάνης του ασθενούς κατά την προσέλευσή του στο Κέντρο.



Εικ. 2. Ολοσωματικό Σπινθηρογράφημα Οστών

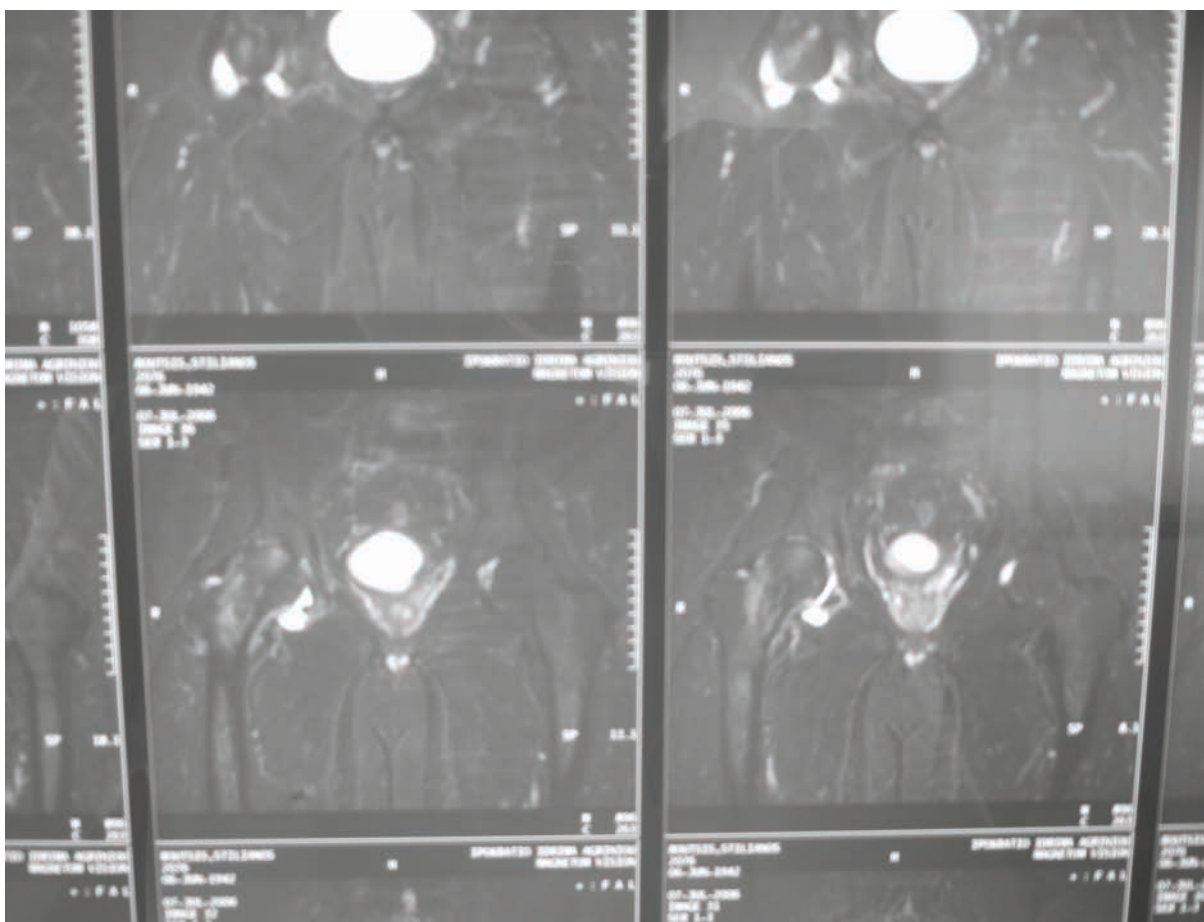
Ο ασθενής, ταυτόχρονα με την έναρξη αντιοστεοπορωτικής αγωγής με διφωσφονικά, ξεκίνησε ένα εντατικό πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Στόχος του προγράμματος ήταν η αύξηση και διατήρηση του εύρους τροχιάς της άρθρωσης του ισχίου με την εφαρμογή θερμότητας για την αποκατάσταση της ελαστικότητας των μαλακών μορίων καθώς και η κινητοποίηση της άρθρωσης στα τρία επίπεδα κίνησης. Επιπλέον, στόχος ήταν η τόνωση των μυών της περιοχής του ισχίου και του γόνατος που είχαν ήδη ατροφήσει εξαιτίας του περιορισμού της λειτουργικότητας του κάτω άκρου (τετρακέφαλος, μεγάλος και μέσος γλουτιαίος, οπίσθιοι μηριαίοι), για τη διατήρηση του επαναποκτηθέντος εύρους κίνησης. Η φόρτιση ήταν μερική, ανάλογα με το άλγος.

Η βελτίωση της κλινικής του εικόνας κατά το

επόμενο χρονικό διάστημα ήταν εντυπωσιακή. Πέντε μήνες αργότερα το Harris Hip Score ήταν πλέον 72 και ο ασθενής είχε επανέλθει σε πλήρη λειτουργικότητα.

Συζήτηση

Η πρώτη βιβλιογραφική αναφορά της συγκεκριμένης πάθησης έγινε το 1959 από τους Curtis και Kincaid, οι οποίοι περιέγραψαν τρεις γυναίκες ασθενείς στο τρίτο τρίμηνο της κύησης με έντονο άλγος στο ισχίο και παροδική οστεοπενία των οστών πέριξ της άρθρωσης. Το 1968 ο Lequesne πρώτος εισήγαγε τον όρο «Ιδιοπαθής Παροδική Οστεοπόρωση του Ισχίου». Έκτοτε, η συγκεκριμένη πάθηση έχει χαρακτηριστεί ως «Σύνδρομο



Εικ. 3. Μαγνητική Τομογραφία Λεκάνης του ασθενούς.

Οιδήματος Μυελού των Οστών (Bone Marrow Oedema Syndrome)», «Αλγοδυστροφία του Ισχίου» ή ακόμα – πιθανόν ανακριβώς – «Αντανακλαστική Συμπαθητική Δυστροφία του Ισχίου». Ο όρος «Μεταναστευτική Παροδική Οστεοπόρωση (Transient Migratory Osteoporosis)» χρησιμοποιείται όταν προσβληθούν περισσότερες των μία αρθρώσεων στον ίδιο ασθενή.

Η κατάσταση αυτή προσβάλλει κατά κύριο λόγο άνδρες μέσης ηλικίας και γυναίκες σχεδόν αποκλειστικά στο τρίτο τρίμηνο της κύησης τους, σε αναλογία περίπου 3 προς 1 (Scharira, 1992, Πετσατώδης καί συν., 2008). Δεν αναφέρεται οποιοσδήποτε προδιαθεσικός παράγοντας πλην της κύησης, ενώ τα παιδιά προσβάλλονται σπάνια. Συνήθως προσβάλλεται μόνο η μία άρθρωση του ισχίου τη φορά, με την πιθανότητα υποτροπής στο σύστοιχο ή αντίστοιχο ισχίο, αλλά και σε άλλες αρθρώσεις (Τοπική Μεταναστευτική Οστε-

οπόρωση), να φθάνει σε αναφορές μέχρι και το 41% (Lakhanpal et al, 1987).

Η αιτιολογία της νόσου είναι ασαφής και οι όποιες μέχρι σήμερα θεωρίες έχουν διατυπωθεί δεν έχουν αποδειχθεί. Η παρατηρούμενη οστεοπενία θεωρείται απίθανο να οφείλεται απλώς σε αχρησία, καθώς εμφανίζεται μόνο πέριξ του ισχίου και όχι σε όλο το κάτω άκρο, ενώ επιπλέον η φυσιολογική οστική πυκνότητα επιστρέφει παρά τον περιορισμό της φόρτισης του άκρου κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής. Η κατάσταση δε φαίνεται να είναι ανάλογο της συμπαθητικής αντανακλαστικής δυστροφίας, καθώς δεν παρατηρούνται αγγειοκινητικές διαταραχές αλλά και τροφικές αλλοιώσεις της περιοχής, ενώ σπάνια οι αλλοιώσεις είναι μόνιμες. Η πλέον παραδεκτή θεωρία αφορά τη μικροαγγειακή βλάβη η οποία προκαλεί ιστική ισχαιμία, οίδημα του μυελού των οστών και περιορισμένη κυττα-

ρική βλάβη (Harrington et al, 2000). Μία επίσης ενδιαφέρουσα θεωρία που έχει διατυπωθεί είναι ότι από κάποιο παράγοντα - πιθανόν ιογενή - , ενεργοποιείται έντονη οστεοκλαστική λειτουργία στην περιοχή με αποτέλεσμα μικροκατάγματα και άλγος κατά τη φόρτιση (Shifrin et al, 1987). Η πλέον πρόσφατη θεωρία σε σχέση με την παθογένεια της νόσου είναι αυτή του «Τοπικού Επιταχυνόμενου Φαινομένου» (Regional Accelerated Phenomenon – RAP), σύμφωνα με την οποία, ο ιδιαίτερα αυξημένος μεταβολισμός με ρυθμό οστικής ανακατασκευής μέχρι και 10 φορές σε σχέση με τον φυσιολογικό που έχει παρατηρηθεί στην πάσχουσα περιοχή, δημιουργεί μικροκατάγματα στο οστικό υπόστρωμα, τα οποία και αποτελούν παράγοντες επανάληψης του φαινομένου (Trevisan et al 2002, Korompilias 2008).

Η συνήθης κλινική εμφάνιση χαρακτηρίζεται από επίμονο, βύθιο άλγος στη βουβωνική χώρα, το γλουτό ή την πρόσθια επιφάνεια του μηρού, συνήθως με αιφνίδια έναρξη αλλά χωρίς ιστορικό οποιασδήποτε κάκωσης. Χαρακτηριστικά, πολλοί ασθενείς μπορούν να θυμηθούν την ακριβή ημέρα ή δραστηριότητα που έκαναν κατά την οποία άρχισαν τα συμπτώματα. Η αντανάκλαση του άλγους περιφερικότερα του γόνατος είναι σπάνια. Τα συμπτώματα επιτείνονται κατά τη φόρτιση, υποχωρούν κατά την ανάπαυση (σε αντίθεση με καταστάσεις όπως φλεγμονή, ισχαιμική νέκρωση ή και κακοήθεια), ενώ σπάνιο είναι το νυχτερινό άλγος. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται ικανοποιητικό εύρος κίνησης του ισχίου με κάποιο περιορισμό της απαγωγής και έξω στροφής, ενώ άλγος διαπιστώνεται στα ακραία όρια του εύρους της κίνησης της άρθρωσης. Η βάδιση είναι ανταλγική με αντιστάθμιση τύπου Trendelenburg και μόνο στις τελευταίες φάσεις της νόσου μπορεί να διαπιστωθεί ατροφία των μυών του μηρού και γλουτού από αχρησία.

Έχουν περιγραφεί τρεις ξεχωριστές φάσεις της νόσου (Schapira, 1992): Η πρώτη χαρακτηρίζεται από την ταχεία έναρξη και εξέλιξη των συμπτωμάτων και των λειτουργικών ενοχλημάτων που διαρκεί περίπου ένα μήνα. Η δεύτερη κατά την οποία τα συμπτώματα έχουν φτάσει σε ένα επίπεδο, διαρκείας ενός ή δύο μηνών και κατά την οποία εί-

ναι πλέον διακριτή ακτινογραφικά η οστεοπενία και τελικά η τρίτη κατά την οποία έχουμε σταδιακή ύφεση των συμπτωμάτων και επαναφορά στο φυσιολογικό της οστικής πυκνότητας των οστών της άρθρωσης του ισχίου. Η φάση αυτή διαρκεί περίπου τέσσερις μήνες.

Στον Πίνακα 1 παρατίθενται οι παθήσεις που υπεισέρχονται στη διαφορική διάγνωση της νόσου.

Όσον αφορά στη διάγνωση, στην απλή ακτινογραφία χαρακτηριστική είναι η καθυστέρηση που διαπιστώνεται ανάμεσα στη διαπίστωση αντικειμενικών παθολογικών ευρημάτων και την πρώτη εμφάνιση της συμπτωματολογίας (περίπου τέσσερις με οκτώ εβδομάδες). Το κύριο ακτινολογικό εύρημα είναι η διάχυτη οστεοπενία της κεφαλής και του αυχένα του μηριαίου οστού, εικόνα η οποία σε βαριές καταστάσεις μπορεί να φτάσει μέχρι και στη σχεδόν πλήρη εξαφάνιση της οστικής αρχιτεκτονικής της κεφαλής του μηριαίου. Το αρθρικό διάστημα παραμένει ανεπηρέαστο. Το σπινθηρογράφημα οστών με Τεχνήτιο έχει μεγάλη ευαισθησία στη διάγνωση από τις πρώτες κιόλας ημέρες της έναρξης της νόσου, με χαρακτηριστική εικόνα τη διάχυτα και ομοιογενώς αυξημένη πρόσληψη ραδιοφαρμάκου σε όλη την κεφαλή και τον αυχένα του μηριαίου οστού. Η μαγνητική τομογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τον αποκλεισμό άλλων παθολογικών καταστάσεων, με τη χαρακτηριστική αλλά όχι παθογνωμονική για τη νόσο εικόνα του διάχυτου και ομοιογενούς οιδήματος του μυελού των οστών ακόμα και στα πολύ πρώιμα στάδια της νόσου.

Η διαφορική διάγνωση της Ιδιοπαθούς Οστεοπόρωσης του ισχίου από την Ισχαιμική νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου μπορεί να είναι δύσκολη, με την τελευταία να έχει τη χαρακτηριστική εικόνα της εντοπισμένης υποχόνδριας βλάβης της μηριαίας κεφαλής (εμφανή τόσο στη Μαγνητική Τομογραφία, όσο και στην απλή ακτινογραφία) περιβαλλόμενη από οίδημα του μυελού των οστών, συχνότερα στο πρόσθιο – άνω τμήμα της, αλλά και το χαρακτηριστικό «μηνοειδές σημείο» στην T2 ακολουθία του Μαγνητικού συντονισμού, σημεία παθογνωμονικά για την ισχαιμική νέκρωση (Harrington et al, 2000).

Πίνακας 1. Η Διαφορική διάγνωση της Παροδικής Οστεοπόρωσης του Ισχίου

ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	Άσηπτη νέκρωση κεφαλής μηριαίου Αρθροπάθεια από κρυστάλλους Κάταγμα κόπωσης μηριαίου οστού Διηθητική εξεργασία μυελού των οστών Πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής κακοήθης όγκος Αυτοάνοση αρθροπάθεια Πολλαπλό μυέλωμα Οστεομυελίτις Σηπτική αρθρίτις Λαχνοοζώδης υμενίτιδα Αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία Κρίση δρεπανοκυτταρικής αναιμίας
ΕΞΩΑΡΘΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	Βουβωνοκήλη Ενδοπυελική εξεργασία Μυϊκή κάκωση Κάταγμα λεκάνης Πάθηση σπονδυλικής στήλης Ριζίτιδα ανώτερων οσφυϊκών ριζών

Η φυσική ιστορία της Ιδιοπαθούς Οστεοπόρωσης του Ισχίου χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή επίταση των συμπτωμάτων μέχρι αυτά να φτάσουν ένα πλατώ, και από μία εν συνεχεία σταδιακή υποχώρησή τους μέχρι την πλήρη ίαση, σε ένα χρονικό διάστημα που συνολικά διαρκεί περί τους 6 με 10 μήνες (Arel et al, 1994). Καμία φαρμακευτική παρέμβαση δε φαίνεται να τροποποιεί την πορεία της, με την κύρια αγωγή να αφορά στην αποφυγή της φόρτισης του σκέλους και στη χορήγηση ήπιων μη στεροειδών αντιφλεγμονω-

δών φαρμάκων. Η χορήγηση διφωσφονικών και καλσιτονίνης έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί, όπως επίσης και η από το στόμα αλλά και ενδαρθρική χορήγηση κορτικοστεροειδών και ο αποκλεισμός του συμπαθητικού, χωρίς όμως οι παραπάνω παρεμβάσεις να έχει αποδειχθεί ότι τροποποιούν την πορεία της νόσου (Guerra και Steinberg, 1995, Πετσατώδης και συν., 2008). Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην εμφάνιση της νόσου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (τρίτο τρίμηνο κατά κύριο λόγο), καθώς οι πλέον σοβαρές επι-

πλοκές της νόσου, όπως το κάταγμα του αυχένα του μηριαίου αλλά και το κάταγμα κόπωσης έχουν σχεδόν αποκλειστικά αναφερθεί σε εγκυμονούσες (Brodell et al, 1989). Θα πρέπει, λοιπόν, να δίδονται σαφείς οδηγίες για πλήρη αποφυγή φόρτισης, μέχρις ότου διαπιστωθεί ακτινογραφικά η αποκατάσταση της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής της κεφαλής του μηριαίου. Η ύφεση των συμπτωμάτων είναι χαρακτηριστικά ταχύτατη αμέσως μετά τον τοκετό.

Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός σε όλα τα στάδια της νόσου. Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης είναι απαραίτητη η εκπαίδευση του ασθενούς στη βάδιση με μερική φόρτιση με τη βοήθεια βακτηρίας. Οι ήπιες ισομετρικές ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυικών ομάδων της περιοχής του πάσχοντος ισχίου καθώς και το συστηματικό πρόγραμμα διατάσεων και πλήρους εύρους κίνησης της άσκησης θα βοηθήσουν στη διατήρηση της φυσικής κατάστασης, ενώ ανάλογα με το πόσο επιτρέπει ο πόνος, μπορεί να προχωρήσει ο ασθενής σε ισοτονικές ασκήσεις και ασκήσεις με μερική φόρτιση του σκέλους. Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να πραγματοποιήσουν ασκήσεις στο νερό, όπως κολύμπι ή και βάδιση σε πισίνα.

Abstract

Transient Hip Osteoporosis in a male, 64 years old, patient. A case report.

D. Tsintzas, G. Gernas, P. Plyta.
Amfilochia Rehabilitation Center

A case of Transient Hip Osteoporosis in a male patient, 64 years old is presented. Transient Hip Osteoporosis is a rare condition, whose differential diagnosis can puzzle the Orthopaedic Surgeon. The patient was treated conservatively, with emphasis to the Rehabilitation program. We are, finally, doing a review to the current literature regarding this condition.

key words: Transient osteoporosis of the Hip.

Βιβλιογραφία

1. **Apel M., Vince G., Kingston S:** Transient osteoporosis of the hip: a role for core decompression? *Orthopedics* 1994;17(7):629-632.
2. **Brodell D., Burns E., Jr.; and Heiple G.:** Transient osteoporosis of the hip of pregnancy. Two cases complicated by pathological fracture. *J. Bone and Joint Surg.* 71 -A: 1252-1257. Sept. 1989
3. **Curtiss H., Kincaid E.:** Transitory demineralization of the hip in pregnancy: a report of three cases. *J Bone and Joint Surg (Am)* 1959;41:1327-1333.
4. **Guerra, J., Steinberg M.** Distinguishing Transient Osteoporosis from Avascular Necrosis of the Hip. *J Bone Joint Surg Am.* 1995;77:616-624. 6. 5. 5.
5. **Harrington S., Smith J., Thompson J., Laskowski E.** Idiopathic Transient Osteoporosis. A Hidden Cause of Hip Pain. *The Physician and Sportsmedicine* - Vol 28 - No. 4 - April 2000.
6. **Korompilias AV, Karantinas AH, Lykissa MG, Beros AE.** Transient Osteoporosis. *JAAOS* 2008, vol. 16(8), 480-489.
7. **Lakhanpal, S., Ginsburg W., Luthra, H., Hunder G.** Transient regional osteoporosis. A study of 56 cases and review of the literature. *Ann. Intern. Med.* 106: 444-450. 1987.
8. **Lequesne M:** Transient osteoporosis of the hip: a nontraumatic variety of Sudeck's atrophy. *Ann Rheum Dis* 1968;27(5):463-471.
9. **Πετσατώδης Γ., Καρατάγλης Δ., Αγαθαγγελίδης Φ.:** Παροδική οστεοπόρωση, ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ, 2008, 4, 17-23
10. **Schapira, D.:** Transient osteoporosis of the hip. *Sem. Arthrit. and Rheumat.* 22: 98-105, 1992.
11. **Shifrin Z., Reis D., Zinman H. Besser I.:** Idiopathic transient osteoporosis of the hip. *J. Bone and Joint Surg.* 69-B(S): 769-773. 1987.
12. **Trevisan C., Ortolani S., Monteleone M., Marinoni C:** Regional Migratory Osteoporosis: A pathogenic hypothesis based on three cases and a review of the literature. *Clin. Rheumatol.* 2002; 21: 418-425