

استئومیلیت غیر باکتریال مزمن CRMO

نسخه 2016

2. تشخیص و درمان

2.1 این بیماری چگونه تشخیص داده می شود؟

تشخیص CRMO /CNO با رد تشخیصهای دیگر است. نه پارامترهای آزمایشگاهی نه روشهای دیگر در CRMO /CNO تشخیصی نیستند. رادیوگرافی اولیه از ضایعات تغییرات مشخصی را نشان نمی دهد ولی رادیوگرافی در مراحل بعدی تغییرات استئوکلاستیک و اسکلروتیک استخوانهای بلند اندامها و کلاویکولا (ترقوه) را نشان می دهد که می تواند مطرح کننده CNO باشد. کاهش ارتفاع مهره ها هم از علایمی هست که در مراحل پیشرفته تر در رادیوگرافی دیده می شود ولی تشخیصهای افتراقی دیگر مانند بدخیمی و استئوپروز هم باید مورد توجه قرار گیرد. درتشخیص CNO علاوه بر مطالعات تصویر برداری باید بر علایم بالینی نیز تکیه شود.

دربررسی توسط MRI (با ماده حاجب) فعالیت ضایعات التهابی مشخص تر است. اسکن استخوان با تکنسیوم می تواند برای تشخیص اولیه مفید باشد زیرا اغلب در مراحل اولیه ضایعات بدون علامت وجود دارد که اسکن به تشخیص آنها کمک می کند. اگرچه MRI کل بدن برای تشخیص ضایعات دقیق تر است.

در تعداد قابل توجهی از بیماران، تصویربرداری تشخیصی به تنهایی نمی تواند بدخیمی را رد کند و بیوپسی مخصوصا زمانی که افتراق بین ضایعات استخوانی ناشی از بدخیمی و ضایعات ناشی از CNO باشد مشکل خواهد بود. در انتخاب ناحیه ای که برای انجام بیوپسی در نظر گرفته میشود باید شرایط عدم اختلال در عملکرد آن ناحیه و نیز زیبایی مورد توجه قرار گیرد. بیوپسی تنها به هدف تشخیص انجام می گیرد و نباید ضایعه به طور کامل خارج شود، چراکه امکان دارد باعث اختلال در عملکرد و یا یک اسکار وسیع غیر ضروری گردد. نیاز برای بیوپسی در تشخیص CNO هنوز هم مورد صورت سوال باقی مانده است. اگر ضایعات استخوانی برای 6 ماه یا بیشتر باقی بمانند و بیمار همچنان ضایعات پوستی مشخص و تبیک راداشته باشد احتمال تشخیص CNO خیلی زیاد است. در این موارد می توان از بیوپسی صرفنظر کرد، با این وجود پیگیری با فواصل کوتاه و تصویر برداری مکرر لازم است. ضایعاتی که مونو فوکال هستند و تنها یک ضایعه منفرد استئولیتیک با درگیری بافت اطراف را دارند باید جهت رد بدخیمی بیوپسی شوند.

2.2 انجام آزمایشات چه اهمیتی دارد؟

الف) آزمایش خون: همانطوریکه در بالا گفته شد، تستهای آزمایشگاهی در تشخیص این بیماری اختصاصی نیستند. تستهای ALK, CK, CBC, CRP, ESR در زمان شدت درد یک ضایعه برای ارزیابی وسعت التهاب و درگیری بافتی انجام میشود. ولی این آزمایشات غالباً نتیجه بخش نیستند. ب) آزمایش ادرار: نتیجه بخش نمی باشد. ج) انجام بیوپسی از استخوان: در ضایعات منفرد استخوانی و زمانی که تشخیص قطعی نیست لازم است.

3.2 آیا میشود این ضایعات را درمان کرد یا بطور قطعی یا معالجه نمود؟ درمانها چگونه هستند؟

اطلاعات طولانی مدت در درمان نشان می دهد که مصرف مداوم داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (مانند ایبوپروفن، ناپروکسن و ایندومتاسین) برای سالهای متمادی می تواند 70% از بیماران را در فاز خاموشی نگه دارد. اگرچه، تعداد قابل توجهی از بیماران به درمان با شدت بیشتری نیاز دارند که شامل استروئید و سولفاسالازین می باشد. اخیراً از درمان با بیسفوسفوناتها نتایج مثبتی گرفته شده است. موارد مزمن مقاوم به درمان هم گزارش شده اند.

4.2 عوارض جانبی دارودرمانی چیست؟

برای والدین پذیرش اینکه فرزند آنها باید برای مدت طولانی دارو مصرف کنند آسان نیست. آنها معمولاً نگران عوارض جانبی داروهای ضد درد و ضد التهابی هستند. NSAID ها غالباً در کودکان داروهای بدون عارضه ای هستند و عوارض گوارشی کمی دارند. برای اطلاعات بیشتر به بخش دارو درمانی مراجعه کنید.

5.2 طول مدت درمان چقدر است؟

طول مدت درمان به محلی که ضایعه در آنجا قرار گرفته و نیز به تعداد و شدت این ضایعات بستگی دارد. معمولاً درمان برای ماهها و سالها لازم است.

6.2 درمانهای جایگزین و مکمل چگونه است؟

میتوان درمورد آرتريت این بیماران از فیزیکیال تراپی استفاده کرد. اگرچه اطلاعاتی در مورد استفاده از این درمانهای مکمل در اینگونه بیماران وجود ندارد.

7.2 چه نوع بررسیها و ارزیابیهای دوره ای لازم است؟

کودکانی که تحت درمان هستند باید حداقل دو بار در سال آزمایش خون و ادرار انجام دهند.

8.2 طول مدت بیماری چقدر است؟

در خیلی از بیماران، بیماری تا چندین سال طول میکشد، اگرچه عده ای هم در تمام طول عمر به آن مبتلا هستند.

9.2 پروگنوز طولانی مدت این بیماری (پیش بینی پی آمد بیماری و دوره بیماری) چگونه است؟

در صورتی که بیماری به طور مناسب درمان شود پروگنوز خوبی خواهد داشت.