



www.printo.it/pediatric-rheumatology/NO/intro

Kronisk Residiverende Multifokal Osteomyelitt (CRMO)

Versjon av 2016

2. DIAGNOSE OG BEHANDLING

2.1 Hvordan stilles diagnosen?

CRMO er en eksklusjonsdiagnose. Laboratorieprøver er hverken entydige eller diagnostiske. Billeddiagnostikk av tidlige CRMO-lesjoner i bein er ikke karakteristiske, selv om osteolytiske og sklerotiske forandringer i lange rørknokler i ekstremitetene og i kragebeinet kan bli mer typiske under det seinere forløpet av sykdommen. Kompresjoner i ryggraden kan også være et seint radiologisk tegn, men da må også differensialdiagnoser som kreft og beinskjørhet utelukkes. Diagnosen CRMO må derfor stilles både ut fra det kliniske bildet og relevant billeddiagnostikk.

MR-undersøkelser (med kontrastmiddel) gir ytterligere informasjon om betennelsesaktiviteten i beinlesjonene. Skjelettscintigrafi med technetium kan være nyttig i starten av den diagnostiske utredningen fordi asymptomatiske CRMO-lesjoner er vanlig. Imidlertid ser det ut til at helkropps-MR er mer sensitiv enn skjelettscintigrafi når det gjelder å finne alle lesjoner.

Hos et relativt stort antall pasienter vil ikke billeddiagnostikk alene kunne utelukke kreft. Biopsi bør derfor vurderes siden det er vanskelig å skille mellom ondartede skjelettlesjoner og CRMO-lesjoner. Når man skal velge et biopsisted, bør både funksjonelle og kosmetiske hensyn vektlegges. Biopsier skal kun tas i diagnostisk hensikt. Klinikeren skal ikke forsøke å fjerne hele lesjonen da dette kan medføre unødvendig funksjonshemming og arrdannelse. Behovet for diagnostiske biopsier er omdiskutert i håndteringen av CRMO. Diagnosen CRMO synes svært

sannsynlig hvis beinlesjonen har vært til stede i 6 måneder eller lengre og pasienten også har typiske hudlesjoner. I et slikt tilfelle kan biopsi unngås. Imidlertid vil det være nødvendig med en snarlig klinisk kontroll som inkluderer gjentatt billeddiagnostikk. Ensidige lesjoner som har et rent osteolytisk utseende og som involverer omkringliggende vev, må biopses for å utelukke kreft.

2.2 Hva er nytten av prøver?

Blodprøver; som nevnt tidligere er ikke laboratorieprøver spesifikke ved diagnostikk av CRMO. Blodprøver som senkning (SR), CRP, hvite blodlegemer, alkalisk fosfatase (ALP) og kreatinin kinase (CK) brukes gjerne til å vurdere omfanget av betennelse og vevsskade under en smertefull episode. Imidlertid vil disse prøvene oftest være inkonklusive. Urinprøver; ikke konklusive. Beinbiopsi; nødvendig ved ensidige lesjoner og ved usikkerhet om diagnosen.

2.3 Kan det bli behandlet og kureret? Hva slags behandling finnes?

Langtidsstudier på behandling med ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs, slik som ibuprofen, naproxen, indometasin) viser at opptil 70% av pasientene oppnår inaktiv sykdom (remisjon) med langvarig behandling, for noen i flere år. Imidlertid vil en ikke ubetydelig andel pasienter trenge mer intens medikamentell behandling, inklusiv kortikosteroider og sulfasalazin. I det siste har behandling med bisfosfonater gitt positive resultater. Kroniske behandlingsresistente forløp har også blitt beskrevet.

2.4 Hva er bivirkningene av den medikamentelle behandlingen?

Det er ikke lett for foreldre å akseptere at barnet deres må ta medisiner over lang tid. De er ofte bekymret for potensielle bivirkninger av smertestillende og betennelsesdempende medisin. NSAIDs til barn er vanligvis betraktet som trygge medisiner med lettere bivirkninger som magesmerter. For mer detaljert informasjon, se kapittel om medikamenter.

2.5 Hvor lenge bør behandlingen vare?

Behandlingsvarigheten avhenger av lokalisasjon av lesjonene, antall og alvorlighet. Vanligvis er behandling nødvendig i flere måneder, evt år.

2.6 Hva med alternativ behandling?

Fysioterapi kan være aktuelt ved leddbetennelse. Ellers finnes det ikke informasjon om bruk av alternative behandlingsformer ved CRMO.

2.7 Hva slags kontroller anbefales?

Barn som blir behandlet med NSAIDs bør kontrollere blod- og urinprøver minst to ganger årlig.

2.8 Hvor lenge varer sykdommen?

Hos de fleste pasientene vil sykdommen vare i flere år, og hos noen livet ut.

2.9 Hva er langtidsprognosen (forventet utkomme og forløp)?

Hvis sykdommen behandles ordentlig, er prognosen god.