

ROLUL EXPLORĂRILOR IMAGISTICE ÎN EVALUAREA PACIENȚILOR CU SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ

S. MATCOVSCHI, Ana CUȘNIR,
USMF N. Testemițanu

Scopul lucrării: diagnosticarea rapidă a spondilitei anchilozante, care ar permite evitarea invalidizării persoanelor, precum și menținerea unei mobilități a coloanei vertebrale cât mai fiziologice și prevenirea anchilozării.

Materiale și metode. Au fost utilizate date statistice arhivate, studiate în colaborare cu Clinica de reumatologie a SCR și Clinica de reumatologie și vicii dobândite a Institutului de Cardiologie din RM, folosindu-se caracteristica după vârstă și sex a pacienților cu maladii autoimune reumatice explorați. Au fost selectați 60 de bolnavi de spondilită anchilozantă idiopatică, dintre care 7 femei și 53 de bărbați, cu vârsta cuprinsă între 17 și 65 de ani.

Pentru alcătuirea grupurilor de studiu au fost cercetate fișele de observație clinică, radiografiile, tomogramele liniare, imaginile scintigrafice, TC și IMR ale tuturor pacienților spitalizați.

Rezultate. Conform datelor obținute, spondiloartrita anchilozantă, sindromul Reiter și dermatomiozita afectează mai frecvent bărbații. Vârful acestor procese revine vârstei de 31-40 de ani, ceea ce coincide cu datele literaturii de specialitate. Raportul morbidității prin spondilită anchilozantă bărbați:femei este de 3:1, unde pacienții de sex masculin au 88.3%, iar cei de sex feminin – 11.6%. Dintre toți bolnavii, 1/3 fac spondiloartrita anchilozantă cu debutul afectării articulațiilor periferice, restul au debutul afectării scheletului axial.

Concluzii. Prezența sacroiliitei evidențiate pe radiografiile convenționale sau timpurii și prin explorări imagistice cu sensibilitate crescută, cum ar fi rezonanța magnetică nucleară sau tomografia computerizată, stabilește devreme diagnosticul de spondilită anchilozantă. Explorările imagistice pot evalua severitatea afecțiunii, modificările leziunilor în relație cu gradul deteriorării inițiale sub influența anumitor terapii și pot, de asemenea, evalua gradul afectării viscerale ce apare în evoluția bolii și care influențează prognosticul pentru acești pacienți.

OSTEITES ET OSTEOARTHRITES

Michel DUPUIS,
CHU Strasbourg (France)

Une grande part de l'infection de l'appareil locomoteur est représentée par l'infection de l'os (ostéite) et des articulations (arthrite, ostéoarthrite). Même si dans la majorité des cas il s'agit de la conséquence d'affections d'évolution parfois lente ou torpide, leur prise en charge relève de l'urgence :

- urgence clinique, car elles peuvent s'inscrire dans un contexte aigu voire vital
- urgence thérapeutique, car l'imagerie doit souvent guider le geste qui permettra de confirmer le diagnostic et de soulager le patient.

Les ostéites et ostéomyélites sont habituellement hémotogènes, en dehors d'une «porte d'entrée» accidentelle (traumatisme) ou chirurgicale (iatrogène). Les caractéristiques sémiologiques sont rappelées dans cette présentation en insistant sur les éléments distinctifs des lésions tumorales ou pseudo tumorales.

Le recours aux techniques d'imagerie en coupes (scanner, IRM) est souhaitable à la fois pour le diagnostic mais surtout pour apprécier l'extension des lésions.

Les ostéoarthrites constituent une forme d'ostéite étendue à l'espace articulaire. Leur pronostic peut être redoutable car les éléments constitutifs de l'articulation (cartilage hyalin, fibrocartilage, synoviale) sont particulièrement vulnérables.

Les arthrites isolées proviennent de la pénétration accidentelle d'agents microbiens dans l'espace articulaire. La clinique, indicatrice est bruyante ou trompeuse masquée parfois par un terrain favorisant (pathologie intriquée, diabète, neuropathie...).

Les moyens diagnostics passent par une reconnaissance rapide sur des arguments d'imagerie conventionnelle, radiologie standard, ou d'opportunité à l'occasion d'autres explorations telle que le scanner ou l'IRM. Il convient néanmoins de ne pas méconnaître les premiers signes: atteinte structurale de l'os haversien, réaction périostée, ostéolyse discrète. L'analyse des parties molles est essentielle. L'indication à poursuivre par une imagerie en coupes, scanner ou IRM, est primordiale et le recours à l'injection de produits de contraste iodé peut faciliter grandement l'analyse des formations abcédées.

L'imagerie doit être également interventionnelle: confirmation diagnostique par ponction sous contrôle radioscopique, ponction sous scanner. Le recueil d'un liquide suspect, purulent ou hématique est capital pour l'identification du germe. Les con-