

Сложности в диагностике идиопатического гиперостоза скелета (болезни Форестье)

Старкова А.С., Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия
115522 Москва, Каширское шоссе, 34А

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia
34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522

Контакты: Шандор Федорович Эрдес;
123456_57@mail.ru

Contact: Shandor Erdes;
123456_57@mail.ru

Поступила 14.08.15

Анкилозирующий диффузный идиопатический скелетный гиперостоз, или болезнь Форестье (БФ), — редкое невоспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, связанное с обызвествлением связок и сухожилий, которое постепенно приводит к анкилозированию. В ряде случаев клиническая и рентгенологическая картина БФ сходна с таковой при анкилозирующем спондилите (АС), что требует проведения дифференциальной диагностики.

Приведено описание двух клинических случаев, демонстрирующее сложности дифференциальной диагностики БФ и АС.

Ключевые слова: анкилозирующий диффузный идиопатический скелетный гиперостоз; болезнь Форестье; анкилозирующий спондилит; дифференциальная диагностика.

Для ссылки: Старкова АС, Эрдес ШФ. Сложности в диагностике идиопатического гиперостоза скелета (болезни Форестье). Научно-практическая ревматология. 2016;54(Прил 1):80-82.

DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS OF DIFFUSE IDIOPATHIC SKELETAL HYPEROSTOSIS (FORESTIER'S DISEASE) Starkova A.S., Erdes Sh.F.

Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, or Forestier's disease (FD), is a rare non-inflammatory disease of the locomotor apparatus, which is associated with ligament and tendon ossification that gradually results in ankylosis. In a number of cases, the clinical and radiographic patterns of FD are similar to those of ankylosing spondylitis (AS), which requires a differential diagnosis.

The paper describes two clinical cases demonstrating difficulties in the differential diagnosis of FD and AS.

Key words: diffuse idiopathic skeletal hyperostosis; Forestier's disease; ankylosing spondylitis; differential diagnosis.

For reference: Starkova AS, Erdes ShF. Difficulties in the diagnosis of idiopathic skeletal hyperostosis (Forestier's disease). Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2016;54(Suppl. 1):80-82. doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2016-1S-80-82>

Болезнь Форестье (БФ; анкилозирующий диффузный идиопатический скелетный гиперостоз; M48.1) — редкое невоспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, связанное с обызвествлением связок и сухожилий, что постепенно приводит к анкилозированию [1]. Чаще страдают мужчины в возрасте старше 45 лет [2]. В большинстве случаев болезнь манифестирует с поражения грудного отдела позвоночника, чаще захватывая его центральную часть. Оссификация в основном начинается с правой стороны, что, предположительно, связано с пульсацией аорты, которая может препятствовать обызвествлению тканей слева. Затем в процесс вовлекаются поясничный и шейный отделы. Преобладают жалобы на дискомфорт и скованность в пораженной части позвоночника. Боли, зачастую умеренной или низкой интенсивности, отмечаются реже. Тугоподвижность позвоночника может иметь периодический характер и обычно наиболее выражена утром и к концу дня. Утренняя скованность может быть объяснена длительной обездвиженностью позвоночника во время сна, а вечерняя — его утомляемостью. Усиление тугоподвижности позвоночника наблюдается также после физической нагрузки или длительного пребывания в одной позе. По мере прогрессирова-

ния гиперостоза нарастает и скованность позвоночника [3].

Наряду с изменениями в позвоночнике БФ может сопровождаться болями в других сегментах, чаще в пяточных областях и локтевых суставах, реже в области таза, в коленных и плечевых суставах. Обычно боли непродолжительные, но могут становиться постоянными.

При рентгенографии различных отделов периферического скелета выявляются участки обызвествления в местах прикрепления сухожилий и связок к костям в виде шпор, бахромы, а иногда оссификация капсул суставов. По данным литературы, количество периферических гиперостозов, выявленных рентгенологически, всегда превышает число болевых зон.

По-видимому, клиническая симптоматика определяется не самими гиперостозами связок и сухожилий, а эпизодическим развитием реактивного воспаления этих структур в процессе оссификации [3].

Диагноз БФ основывается на данных рентгенографии позвоночника при выявлении грубой оссификации передней продольной связки (ППС), первоначально в грудном отделе.

При лабораторном обследовании маркеры воспалительной активности не выходят

за пределы нормы, однако часто отмечается гипергликемия. По данным В. Mazieres, БФ ассоциируется с высоким риском метаболического синдрома (отношение шансов 3,88) [4]. В ряде случаев клиническая и рентгенологическая картина БФ сходна с таковой при анкилозирующем спондилите (АС), что требует проведения дифференциальной диагностики.

Приводим два клинических случая, демонстрирующих периодически возникающие сложности дифференциальной диагностики БФ и АС.

Больной К., 53 лет, поступил в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой впервые для уточнения диагноза с жалобами на боли в своде левой стопы, эпизоды острой боли в поясничном отделе позвоночника. Направительный диагноз — спондилоартрит неуточненный. Из анамнеза известно, что эпизоды боли в области крестцово-подвздошных сочленений (КПС) с двух сторон беспокоят более 10 лет. В дебюте боль была острая, длительностью до 10–14 дней, смешанного ритма. Наблюдался по месту жительства с диагнозом остеохондроз.



Рис. 1. Рентгенограмма левой пятки больного К. Единичные кисты, сужение щелей отдельных суставов, множественные энтезопатии

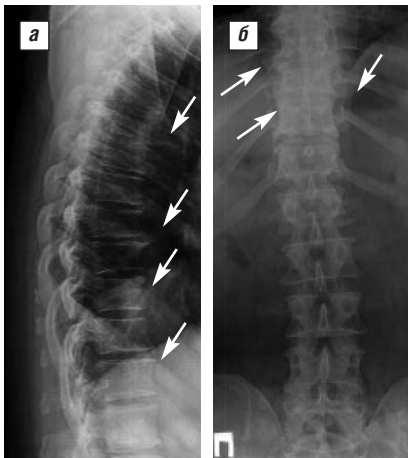


Рис. 2. Рентгенограммы грудного отдела позвоночника больного К. Кифоз выпрямлен, деформация тел позвонков по типу передних клиновидных, остеофиты. а — боковая проекция; б — прямая проекция

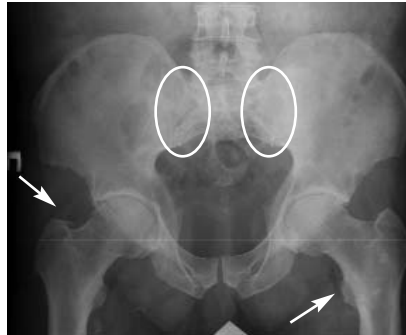


Рис. 3. Рентгенограмма таза больного К. Сакроилиит с частичным анкилозированием КПС с двух сторон, множественные энтезопатии

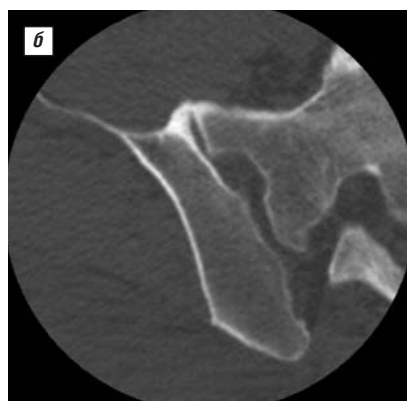


Рис. 4. Компьютерные томограммы левого (а) и правого (б) КПС больного К. Осификация передних крестцово-подвздошных связок и отсутствие изменений в КПС

Проводилась витаминотерапия, применение нестероидных противовоспалительных препаратов короткими курсами, на фоне чего через 10–14 дней боль купировалась. За последние 10 лет регулярной физической нагрузки не было. Работа сидячая. Около 5 лет назад стали беспокоить эпизоды боли в пятках, которые не сочетались с болью в спине и прекращались на фоне физиолечения (лазеротерапия, грязелечение).

При осмотре обращали на себя внимание сглаженность физиологических изгибов позвоночника, наличие припухлости над областью суставов предплюсны левой стопы без изменения окраски кожных покровов над ними. Движения во всех отделах позвоночника не ограничены. Учитывая наличие боли в спине смешанного ритма, припухлости суставов предплюсны, эпизоды боли в пятках, проводилось исключение заболевания из группы спондилоартритов. По данным лабораторных методов обследования СОЭ (по Панченкову) — 2 мм/ч, уровень С-реактивного белка (СРБ) — 1,8 мг/л, HLA-B27 не выявлен. Общий анализ мочи и биохимический анализ крови — без особенностей.



Рис. 5. Рентгенограмма таза больного Т. Нечеткость щелей, множественные энтезопатии

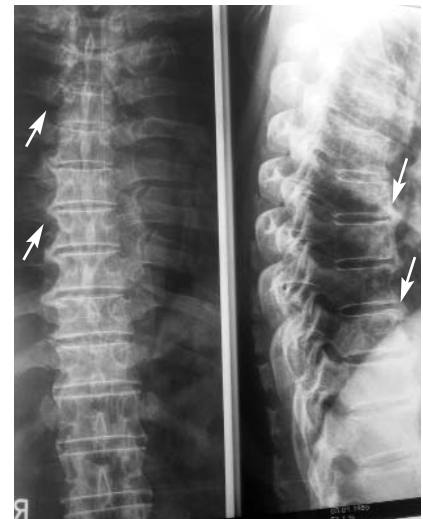


Рис. 6. Рентгенограмма грудного отдела позвоночника больного Т. Множественные синдесмофиты (указаны стрелками)

На рентгенограмме стоп от 02.12.14 выявлены единичные кисты, сужение щелей отдельных суставов и множественные энтезопатии (рис. 1). На рентгенограмме грудного отдела позвоночника в двух проекциях от 02.12.14 — кифоз выпрямлен. Деформация тел позвонков по типу передних клиновидных. Остеофиты углов Th_{VIII-IX} (рис. 2).

На рентгенограмме таза от 02.12.14 выявлен сакроилиит с частичным анкилозированием КПС с двух сторон, что соответствовало сакроилииту 3-й степени (рис. 3).

Основной сложностью в постановке диагноза было обнаружение на рентгенограмме частичного анкилоза КПС при полном отсутствии клинической картины. При этом картина сакроилиита имела свои особенности — умеренный для такой стадии сакроилиита остеосклероз.

Учитывая отсутствие жалоб на боль воспалительного ритма в позвоночнике и при наличии продвинутой стадии сакроилиита по данным рентгенографии таза, выявленные при обследовании признаки спондилеза, асимметричные остеофиты на рентгенограммах позвоночника, больному проведена компьютерная томография (КТ) КПС для дифференциальной диагностики БФ и АС. На КТ выявлена оссификация передних крестцово-подвздошных связок и отсутствие изменений в КПС (рис. 4), что позволило исключить диагноз АС и подтвердить наличие у пациента анкилозирующего гиперостоза (БФ).

Больной Т., 59 лет, обратился с жалобами на боль в поясничном и грудном отделах позвоночника, которая уменьшалась после физической нагрузки и усиливалась в покое, ограничение движений в позвоночнике. Направительный диагноз — АС неуточненный. Из анамнеза известно, что пациент с 39 лет отмечает появление эпизодов боли воспалительного ритма в поясничном и грудном отделах позвоночника, которые длились около 2 нед и самостоятельно купировались. С 52 лет боль в поясничном отделе приняла постоянный характер, а боль в грудном отделе и ограничение движений постепенно нарастали.

При осмотре обращало на себя внимание ограничение движений в грудном и поясничном отделах позвоночника: экскурсия грудной клетки — 3 см, симптом Шобера — 2 см.

Учитывая дебют боли в спине в 39-летнем возрасте, постепенное ее начало, улучшение после нагрузки и ухудшение в покое, боль была расценена как воспалительная согласно критериям Международной рабочей группы по изучению спондилоартритов (ASAS), что, принимая во внимание ограничение объема движений в грудном и поясничном отделах позвоночника, свидетельствовало в пользу диагноза АС.

ЛИТЕРАТУРА

- Holton KF, Denard PJ, Yoo JU, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis and its relation to back pain among older men: The MrOS Study. *Semin Arthritis Rheum*. 2011; 41(2):131-8. doi: 10.1016/j.semarthrit.2011.01.001
- Sham S, Rajeswari S, Tamilselvan TN, Madheshwaran M. Forestier disease. *Indian J Rheumatol*. 2014;9(2):86-7. doi: 10.1016/j.injr.2014.02.003

По данным лабораторных методов обследования: СОЭ (по Панченкову) — 9 мм/ч, СРБ — 3,4 мг/л, HLA-B27 не обнаружен. Общий анализ мочи и биохимический анализ крови — без особенностей.

Изменения на рентгенограмме таза от ноября 2014 г. были расценены как подозрение на сакроилиит, также отмечались множественные энтезопатии (рис. 5), что, учитывая длительность заболевания свыше 20 лет, не является характерным для АС. Потребовалось дополнительное обследование в виде рентгенографии грудного отдела позвоночника в двух проекциях, на которой выявлены множественные синдесмофиты (рис. 6).

При расспросе и осмотре данного пациента складывалась характерная картина АС с типичным началом в молодом возрасте и воспалительной болью, тем не менее при обследовании, несмотря на двадцатилетнюю историю заболевания, сакроилиита не выявлено. Однако обнаружены множественные грубые синдесмофиты, что и позволило установить диагноз анкилозирующего гиперостоза (БФ).

Заключение

Сходство анкилозирующего гиперостоза и АС неоднократно порождало вопросы. Проводились исследования по изучению генетической предрасположенности к развитию БФ, которые не увенчались успехом. На данный момент БФ рассматривается как невоспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата. По современным представлениям, БФ может дебютировать в возрасте до 40 лет и сопровождаться схожими с АС жалобами, что затрудняет установление правильного диагноза. Ключом к ответу будет служить рентгенография позвоночника с обнаружением обызвествления передней продольной связки и отсутствие изменений в КПС по данным рентгенографии или КТ.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

- Бунчук НВ, Агабабов СФ. Диффузный идиопатический гиперостоз скелета. *Ревматология*. 1986;(3):44 [Bunchuk NV, Agababov SF. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Revmatologiya = Rheumatology*. 1986;(3):44 (In Russ.)].
- Mazieres B. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (Forestier-Rotes-Querol disease): what's new? *Joint Bone Spine*. 2013 Oct;80(5):466-70. doi: 10.1016/j.jbspin.2013.02.011