



## MORBUS PIERSON - KAZUISTIKA

MUDr. Maříková Irena<sup>1</sup>, MUDr. Černá Linda<sup>1</sup>, pplk. MUDr. Jaroš Petr<sup>2</sup>, Baierová Lucie<sup>1</sup>  
1) PMCD, Praha 6, 2) ÚVN, Emergency, Praha 6

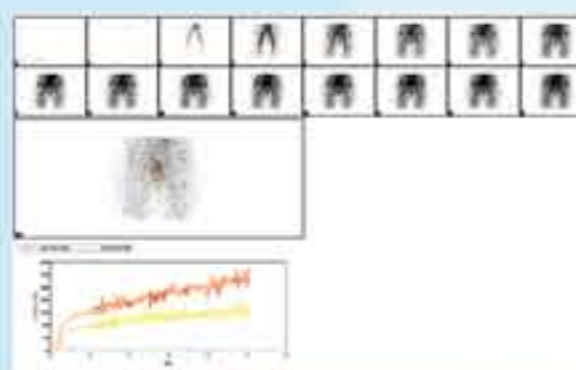
### Kazuistika

V březnu 2015 byla na Emergency ÚVN vyšetřena pro 6 týdnů trvající neúrazové bolesti levého třísla při pohybu 44-letá pacientka. Bylo provedeno sono kyčelního kloubu, bez patologického nálezu. Na RTG neúplné střešení obou hlavíc v rámci mírné dysplazie. V oblasti symfýzy popsány počínající degenerativní změny. Stav uzavřen jako entheozopatie levé kyčle. K vyloučení event. coxitidy byla pacientka odeslána ke scintigrafii skeletu na naše pracoviště.



RTG pánve 2.3.2015

Pacientce byla provedena dynamická scintigrafie skeletu po aplikaci 800 MBq 99mTc HDP na gamakameře Varicam. V dynamické fázi je patrný zvýšený průtok a prokrvení v obou raménkách stydké kosti.



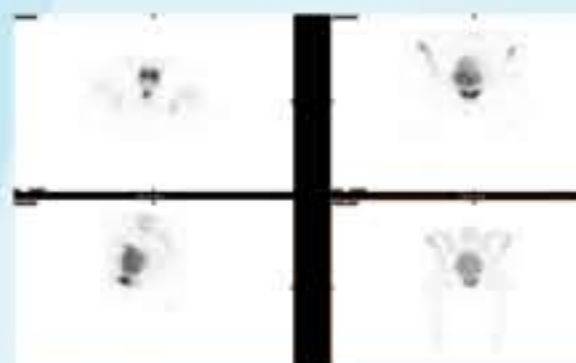
Scintigrafie kostí 3.3.2015

Na celotělových snímcích a SPECT provedených za 3 hod od aplikace radiofarmaka je nalezena zvýšená akumulace radiofarmaka v symfýze a obou horních raménkách stydké kosti – nález v.s. při osteonekróze symfýzy – m. Pierson. V oblasti L. kyčelního kloubu neprokazujeme patologickou kostní přestavbu - nález vylučuje coxitidu.



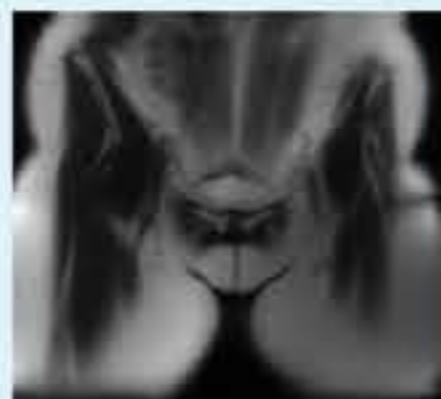
Scintigrafie kostí 3.3.2015

Poté jsme pátrali po příčině obtíží pacientky. Pacientka přiznala, že pracuje v chladném prostředí a většinou pracovní doby se pánví opírá o chladnou linku.



Scintigrafie kostí 3.3.2015

Doplněna magnetická rezonance s nálezem edému kostní dřevě os pubis oboustranně parasymfyseálně, v.s. při ostitis pubis. Nemocné byl doporučen klidový režim, symptomaticky analgetika. Při kontrole za 7 týdnů po stanovení diagnózy udává pacientka výrazné zlepšení. Na kontrolním RTG stacionární nález.



MRI 30.3.2015

### Morbus Pierson – ostitis pubis – osteonekróza symfýzy

Ostitis pubis je aseptické zánětlivé onemocnění, které postihuje nejen symfýzu, ale i okolní svaly (adduktory, břišní svaly) a fascie. Nejčastěji se vyskytuje u mužů mezi 30-50 lety (1), převážně u sportovců. Dále po urologických a gynekologických operacích a po porodu. Může se ale objevit i u pacientů s revmatologickým onemocněním (2).

Patofyziologickým podkladem je pravděpodobně opakující se trakční mikrotrauma, které způsobí aseptický zánět s erozemi a následované sklerózou. Při biopsii symfýzy a okolní kosti nalézáme známky subakutního a chronického zánětu postihující periost, kost a chrupavku (3).

Příznaky onemocnění mohou být bolesti břicha, pánve, třísel, které se mohou zhoršovat při chůzi či vykopávání (4).

Při fyzikálním vyšetření můžeme pozorovat kolébavou chůzi a omezení hybnosti pánve. Typickým nálezem je citlivost v oblasti pubické kosti (5). Rentgenologicky dochází k rozšíření a tím k nepravidelnému ohraničení štěrbinu symfýzy s částečně sklerotickými, částečně cystoidními až lytickými procesy přestavby, přesahujícími na raménka stydkých kostí. Radiologický nález nemusí korelovat se závažností onemocnění. K potvrzení diagnózy může sloužit symfýzografie – injekční aplikace kontrastní látky do symfýzy (6), která jednak zobrazí morfologické poměry, ale také může provokovat symptomy.

Při kostní scintigrafii nalézáme zvýšený uptake v oblasti symfýzy (7).

Na MRI v případě ostitis pubis je na T2 vážených obrazech patrný edém kostní dřevě a nerovnosti v okolí kloubu (8). Pokud je přítomna tekutina, musíme pomýšlet na osteomyelitidu (9).

V diferenciální diagnóze je nutno vyloučit osteomyelitidu, hlavně v případech, kdy je přítomna teplota, laboratorní známky zánětu či pánevní lymfadenopatie. Odlišení od osteomyelitidy pomocí zobrazovacích metod, RTG, scintigrafie skeletu či MRI nemusí být vždy snadné a tak je k definitivnímu potvrzení často vyžadována biopsie (10). Některé práce uvádějí, že se oba syndromy mohou vyskytovat současně (11). Dále pomýšlíme na svalové a šlachové postižení, tříselnou, či femorální kýlu, frakturu, stresovou frakturu, onemocnění kyčlí či páteře.

V terapii je zásadní klid. Na bolest jsou podávány NSA. Pokud se obtíže pacienta nelepší je doporučována terapie glukokortikoidy p.o. event. injekčně s anestetikem (12). Po ústupu bolesti a zánětu je zapotřebí intenzivní rehabilitace a fyzikální terapie, využívá se laserové a ultrazvukové terapie, event. elektrické stimulační. 85% pacientů se zlepšilo po konzervativní terapii (13). Pokud, ale nedojde ke zlepšení je zvažována chirurgická terapie.

Morbus Pierson je aseptické zánětlivé onemocnění, které postihuje nejen symfýzu, ale i okolní svaly (adduktory, břišní svaly) a fascie. V diferenciální dg. bolestí pánve a dolních končetin by měla být zvažována u sportovců - převážně atletů a fotbalistů a u pacientů po pánevních operacích. Prognóza pacientů je dobrá. 85% případů se zlepšilo po konzervativní terapii.

### Literatura:

- 1) Andrews SK, Carek PJ, J Am Board Fam Osteitis pubis: a diagnosis for the family physician. , Pract. 1998 Jul-Aug; 11(4):291-5.
- 2) Fricker PA, Taunton JE, Ammann W. Osteitis pubis in athletes: Infection, inflammation or injury? Sports Med 1991; 12:266-279.
- 3) LAVALLE LL, HAMM F Osteitis pubis: its etiology and pathology, J Urol. 1951 Sep; 66(3):418-32.
- 4) Rodriguez C, Miguel A, Lima H, Heinrichs K. Osteitis Pubis Syndrome in the Professional Soccer Athlete: A Case Report. , J Athl Train. 2001 Dec;36(4):437-440.
- 5) Morelli V, Espinoza L, Groin injuries and groin pain in athletes: part 2. Prim Care. 2005 Mar; 32(1):185-200.
- 6) O'Connell MJ, Powell T, McCaffrey NM, O'Connell D, Eustace SJ, Symphyseal cleft injection in the diagnosis and treatment of osteitis pubis in athletes., AJR Am J Roentgenol. 2002 Oct; 179(4):955-9.
- 7) Rodriguez CI, Miguel A, Lima H, Heinrichs K. Osteitis Pubis Syndrome in the Professional Soccer Athlete: A Case Report., J Athl Train. 2001 Oct-Dec; 36(4): 437-440
- 8) De Paulis F, Cacchio A, Michelini O et al. Sports injuries in the pelvis and hip: diagnostic Imaging. Eur J Radiol 1998 27:S49- S59. 5. Andrews SK, Carek PJ, MS. Osteitis pubis: a diagnosis for the family physician. J Am Board Fam Pract 1998; 11:291-295.
- 9) O'Connell MJ, Powell T, McCaffrey NM, O'Connell D, Eustace SJ, osteomyelitis Symphyseal cleft injection in the diagnosis and treatment of osteitis pubis in athletes., AJR Am J Roentgenol. 2002 Oct; 179(4):955-9
- 10) Review Septic arthritis of the pubic symphysis: review of 100 cases. Ross JJ, Hu LT, Medicine (Baltimore). 2003 Sep; 82(5):340-5.
- 11) Diane V Pham, MD and Kendall G Scott, Presentation of Osteitis and Osteomyelitis Pubis as Acute Abdominal Pain, MD, Perm J. 2007 Spring; 11(2): 65-68. Published online Spring 2007.
- 12) Nameer R. Haider, MD, Rizwan A. Syed, MBBS, MPH, and Debra Dermady, MS, ANP, Osteitis Pubis - An Important Pain Generator in Women with Lower Pelvic or Abdominal Pain: A Case Report and Literature Review. Pain Physician. 2005;8:145-147, ISSN 1533-3159
- 13) O'Connell MJ, Powell T, McCaffrey NM et al. Symphyseal cleft injection in the diagnosis and treatment of osteitis pubis in athletes. AJR Am J Roentgenol 2002; 179: 955-959.