

以骶髂关节炎为突出表现的痛风一例

强孚勇,陈兰芳,盛君

皖南医学院第一附属医院风湿免疫科,安徽 芜湖 241000

【摘要】 本文报道了一例以骶髂关节炎为突出表现的痛风患者,最终行骶髂关节双能CT提示右侧髂骨及骶骨尿酸盐沉积得以确诊。以骶髂关节为首发部位的痛风临床较为少见,极易误诊为强直性脊柱炎,需引起临床医师重视,避免误诊误治。

【关键词】 骶髂关节炎;痛风;尿酸;双能CT

【中图分类号】 R589.7 **【文献标识码】** D **【文章编号】** 1003-6350(2024)03-0414-02

A case of gout with sacroiliac arthritis as the prominent manifestation. QIANG Fu-yong, CHEN Lan-fang, SHENG Jun. Department of Rheumatology and Immunology, the First Affiliated Hospital of Wannan Medical College, Wuhu 241000, Anhui, CHINA

【Abstract】 This paper reports a case of gout patient with sacroiliac arthritis as the prominent manifestation. The final diagnosis was confirmed by dual-energy CT examination which demonstrated urate deposition in the right ilium and sacrum. Gout with the sacroiliac joint as the initial position is relatively rare and is easily misdiagnosed as ankylosing spondylitis. Clinicians should taken it seriously and avoid misdiagnosis and mistreatment.

【Key words】 Sacroiliac arthritis; Gout; Uric acid; Dual-energy CT

痛风(gout)是由于血尿酸水平过高导致尿酸结晶沉积在关节内而引发的一种疾病,通常好发于四肢末端及耳廓等暴露部位,以骶髂关节为首发部位的痛风少见,且临床表现与强直性脊柱炎极为相似,易造成混淆。本文回顾性分析了一例以骶髂关节炎为突出表现的痛风发病过程,旨在提高临床医师对此类痛风的认识。

1 病例简介

患者,男,27岁,因“右髌骨痛1年,加重伴右下肢痛3个月”于2022年4月23日入院。患者约1年前无明显诱因下间断出现右髌骨疼痛,发作时疼痛剧烈难以行走,多为夜间疼痛,至诊所输液及服用芬必得1周左右可缓解,每3~4个月发作一次,疼痛逐渐加重。近3个月患者右髌骨疼痛加剧伴翻身困难,疼痛放射至右下肢,有腰背僵硬感及弯腰困难。至骨科就诊行骶髌关节CT提示右侧骶髌关节炎(图1A)。骶髌关节MR提示右侧骶骨及髌骨骨髓水肿(图1B)。腰椎及双侧髌关节MRI平扫提示L_{4/5}、L₅/S₁椎间盘膨出,双侧髌关节未见明显异常征象,考虑“腰椎间盘膨出、骶

髌关节炎”可能,予以醋氯芬酸治疗后症状稍缓解。患者为进一步明确病因入住风湿免疫科病房,病程中无尿频尿急尿痛,无眼痛、畏光,无足跟痛,无腹痛、腹泻。否认银屑病病史及炎性肠病病史。无明显异常家族史。

查体:右髌关节内收外展受限,L₅棘突压痛及叩击痛(+),右侧髌骨压痛阳性,指地距20 cm,枕墙距0 cm,腰椎活动度3 cm,胸廓扩张度4 cm。

相关辅助检查:血常规、二便常规、肝肾功能、血糖血脂、电解质、RF、抗CCP抗体、免疫全套、肿瘤标志物均正常,HLA-B27阴性,ESR:10.5 mm/h,CRP:12.28 mg/L,血尿酸:693 μmol/L。胸部CT、腹部B超均正常。骶髌关节双能CT检查提示骶骨及右侧髌骨均有尿酸盐沉积(图1C)。

治疗:予以塞来昔布0.2 g/次、2次/d抗炎,及碳酸氢钠1 g/次、2次/d碱化尿液治疗,右髌骨痛迅速缓解后加用苯溴马隆50 mg/次、1次/d降尿酸治疗。随访过程中患者血尿酸逐渐恢复正常,髌骨痛未再出现。

基金项目:安徽省芜湖市科技计划项目(编号:2021cg41)。

第一作者:强孚勇(1984—),男,主治医师,主要研究方向为炎性关节病。

通讯作者:盛君(1972—),女,副主任医师,主要研究方向为炎性关节病,E-mail:476319700@qq.com。

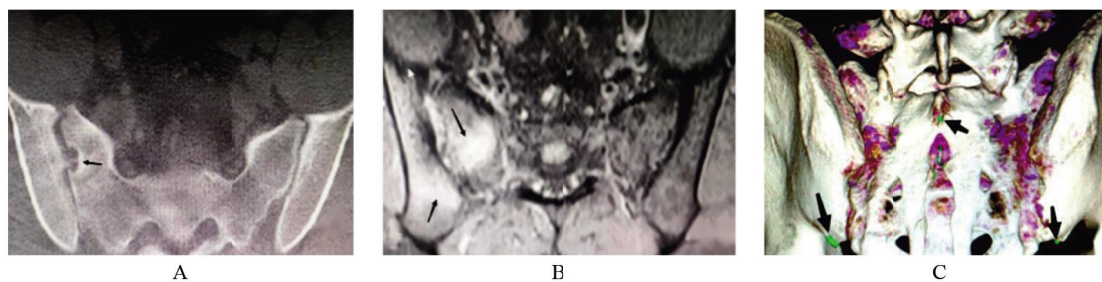


图 1 骶髂关节 CT、MRI 及双能 CT 表现

Figure 1 CT, MRI, and dual energy CT manifestations of sacroiliac joint

注:A, 骶髂关节 CT 显示右侧骶骨面可见“虫蚀样”骨破坏及边缘硬化(黑箭);B, 骶髂关节 MR 显示右侧骶骨及髂骨可见大面积骨髓水肿(黑箭);C, 双能 CT 在骶骨及右侧髂骨均可见尿酸盐晶体(呈绿色)沉积(黑箭)。

Note: A, CT of the sacroiliac joint indicates bone erosion and sclerotic edges on the right sacral surface (black arrow); B, MRI of the sacroiliac joint shows extensive bone marrow edema in the right sacrum and iliac bone (black arrow); C, Dual energy CT shows green urate crystal deposition in both the sacrum and right iliac bone (black arrow).

2 讨论

痛风性关节炎为尿酸盐沉积于关节内导致的急性关节炎,好发于四肢小关节,表现为发作时受累关节明显红肿疼痛,呈间歇性发作,晚期可出现皮下痛风石形成。发生于骶髂关节的痛风性关节炎非常少见,在影响中轴关节的痛风患者中,大约有 10% 的患者出现骶髂关节受累^[1]。骶髂关节痛风在临床表现上会出现间歇性腰背痛、翻身困难、晨僵及脊柱活动障碍,在骶髂关节影像学上亦可表现为骶髂关节炎,故与强直性脊柱炎临床表现极其相似,容易产生混淆。而且随着生活水平的不断改善,合并痛风及高尿酸血症的强直性脊柱炎并不少见^[2-3],更容易造成误诊。在两者的鉴别上,除仔细询问病史及体格检查外,血尿酸水平及 HLA-B27 是否阳性能为诊断提供线索。血尿酸增高为诊断痛风的必备条件,而 HLA-B27 在强直性脊柱炎中阳性率约为 90%^[4]。在影像学上两者也存在一定的区别。有研究表明在骶髂关节的骨侵蚀上,由痛风所致比由脊柱关节炎所致要更宽更深,且侵蚀多呈分叶伴有边缘硬化改变^[5]。在常规检查难以区分两者时,双能 CT 对于鉴别诊断起到了关键作用,可以很直观地在双能 CT 的图像上发现绿色尿酸盐结晶,敏感性 & 特异性均超过 80%^[6],且已有通过双能 CT 发现尿酸盐沉积从而明确骶髂关节痛风的诊断相关报道^[7-8]。在上述病例中,患者有右髌痛伴有晨僵及脊柱活动障碍,骶髂关节 CT 提示骶髂关节炎,临床症状比较典型,很容易误诊为强直性脊柱炎。但该患者血尿酸明显增高,HLA-B27 阴性,骶髂关节 MRI 显示为单侧骶骨及髂骨而非骶髂关节面下的骨髓水肿,与强直性脊柱炎的特征不符,最终通过双能 CT 发现骶髂关节尿酸盐沉积而确诊。有研究发现在脊柱痛风中,以腰椎受累最常见,临床表现中 75% 的患者以背痛为主,约 27% 的患者有下肢放射痛及肢体无力,严重者可出现尿失禁、四肢瘫痪及截瘫^[9]。该患者在疾病的发展过

程中出现右下肢疼痛伴有右髌关节活动受限,但并未见右下肢关节明显肿胀及压痛,髌关节 MRI 未见明显异常,故不排除合并有脊柱痛风的可能。未能行脊柱的双能 CT 进一步明确是本例报告的不足与缺憾。

综上所述,骶髂关节痛风较为少见,临床症状及影像学表现与强直性脊柱炎相似,容易误诊,在常规检查难以区分时,双能 CT 能为两者鉴别提供关键信息。

参考文献

- [1] Zhang T, Yang F, Li J, et al. Gout of the axial joint—a patient level systemic review [J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2019, 48(4): 649-657.
- [2] Cai M, Liu W, Wu Y, et al. The serum uric acid is longitudinally related to patients global assessment of disease activity in male patients with axial spondyloarthritis [J]. *BMC Musculoskelet Disord*, 2022, 23(1): 717.
- [3] Gonen T, Tiosano S, Comaneshter D, et al. The coexistence of gout in ankylosing spondylitis patients: a case control study [J]. *Rheumatol Int*, 2020, 40(3): 465-470.
- [4] Hwang MC, Ridley L, Reveille JD. Ankylosing spondylitis risk factors: a systematic literature review [J]. *Clin Rheumatol*, 2021, 40(8): 3079-3093.
- [5] Panwar J, Sandhya P, Kandagaddala M, et al. Utility of CT imaging in differentiating sacroiliitis associated with spondyloarthritis from gouty sacroiliitis: a retrospective study [J]. *Clin Rheumatol*, 2018, 37(3): 779-788.
- [6] Ramon A, Bohm-Sigraund A, Pottecher P, et al. Role of dual-energy CT in the diagnosis and follow-up of gout: systematic analysis of the literature [J]. *Clin Rheumatol*, 2018, 37(3): 587-595.
- [7] Bhadu D, Vyas S, Kumar S. Gouty sacroiliitis: DECT appearance [J]. *Indian J Orthop*, 2021, 56(3): 514-516.
- [8] Namas R, Hegazin SB, Memişoğlu E, et al. Lower back pain as a manifestation of acute gouty sacroiliitis: utilization of dual-energy computed tomography (DECT) in establishing a diagnosis [J]. *Eur J Rheumatol*, 2019, 6(4): 216-218.
- [9] Harlianto NI, Harlianto ZN. Patient characteristics, surgical treatment, and outcomes in spinal gout: a systematic review of 315 cases [J]. *Eur Spine J*, 2023, 32(11): 3697-3703.

(收稿日期:2023-07-26)