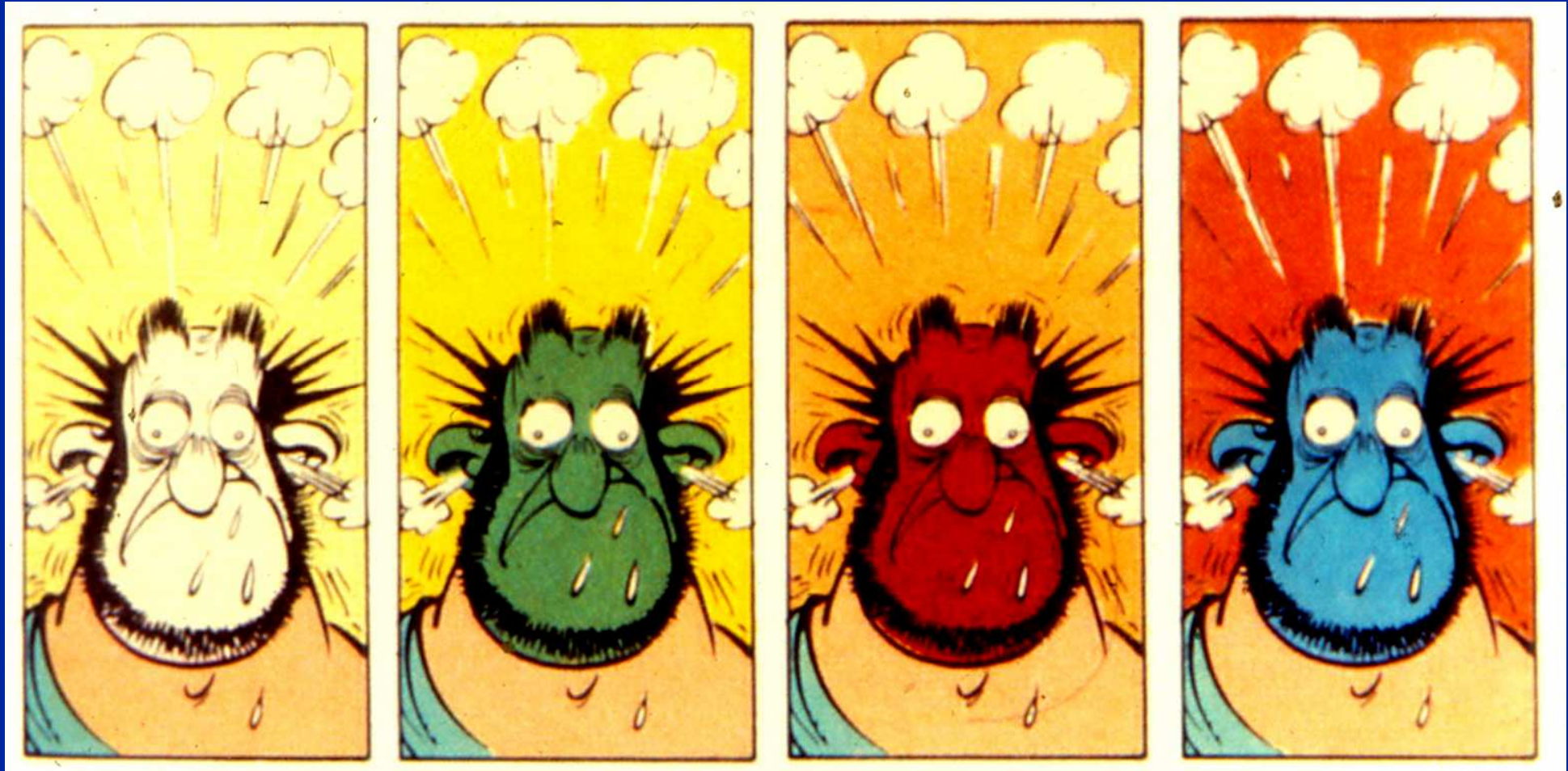


Interaktive Falldiskussion

„Entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen“



was steht wofür ????????????



Fall Nr. 1



50jährige Patientin mit Gelenkbeschwerden an Händen und Füßen seit 14 Jahren. Seit drei Jahren zunehmende Bewegungsschmerzen im Nacken, nun dauerhafte Beschwerden mit Einschränkung der Kopfbeweglichkeit



Fall Nr. 1

Diagnose nach Röntgenbildanalyse ?

- A. Septische Arthritis
- B. Rheumatoide Arthritis
- C. Erosive Spondyloosteochoondrosis intervertebralis
- D. Spondyloarthritis
- E. Angeborene basiläre Impression
- F. DISH



Fall Nr. 1

Ist eine MRT notwendig ?

A. Nein

B. Ja: Zur Diagnosefindung

C. Ja: Zur Abschätzung von Komplikationen

Fall Nr. 1



Eindeutige Diagnose nach Röntgenbildanalyse: Spondyloarthritis

PS.: Nach nochmaligem Befragen wurde eine Psoriasis „preisgegeben“ !



Fall Nr. 1

Ist eine MRT notwendig ?

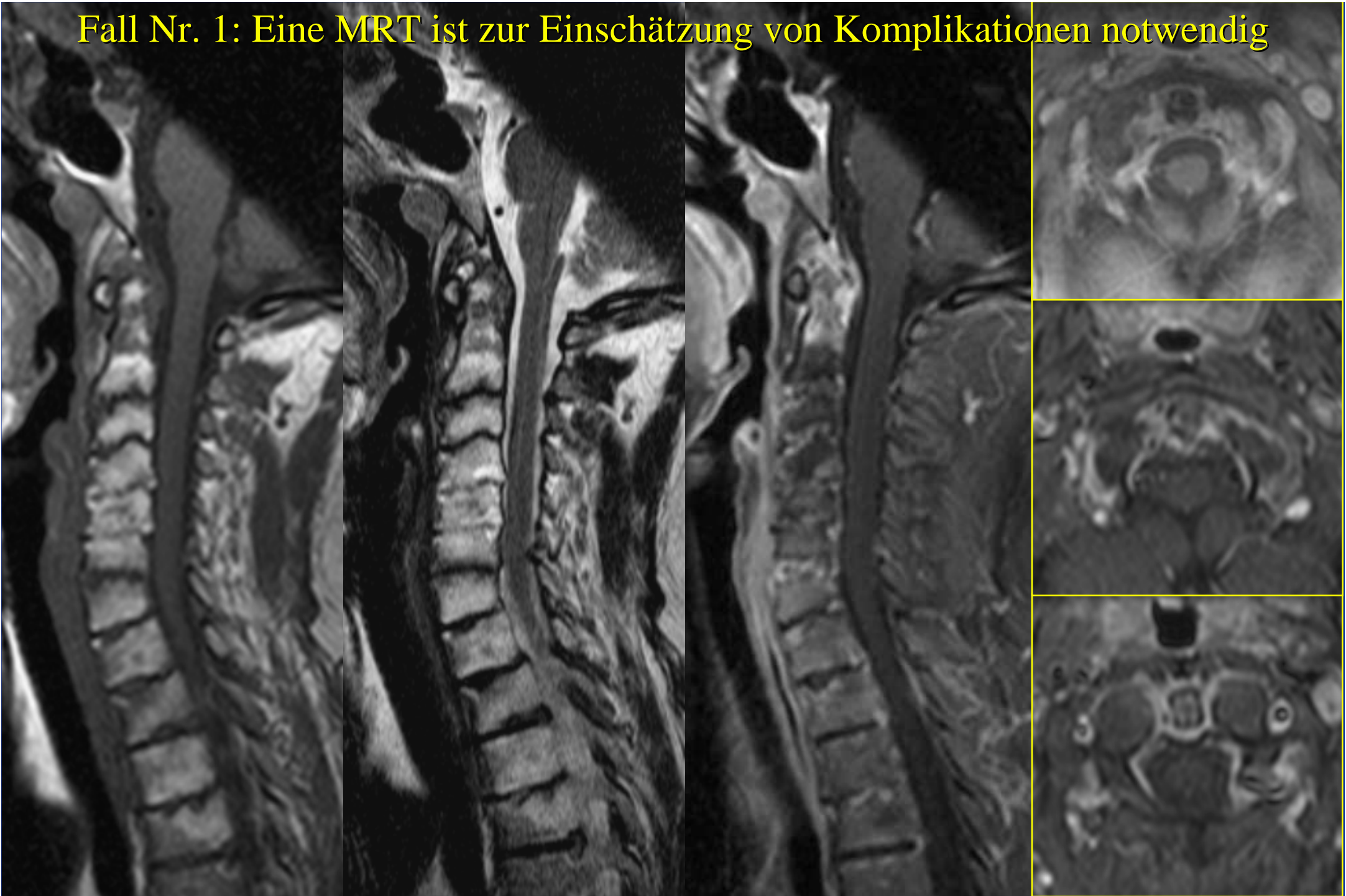
A. Nein

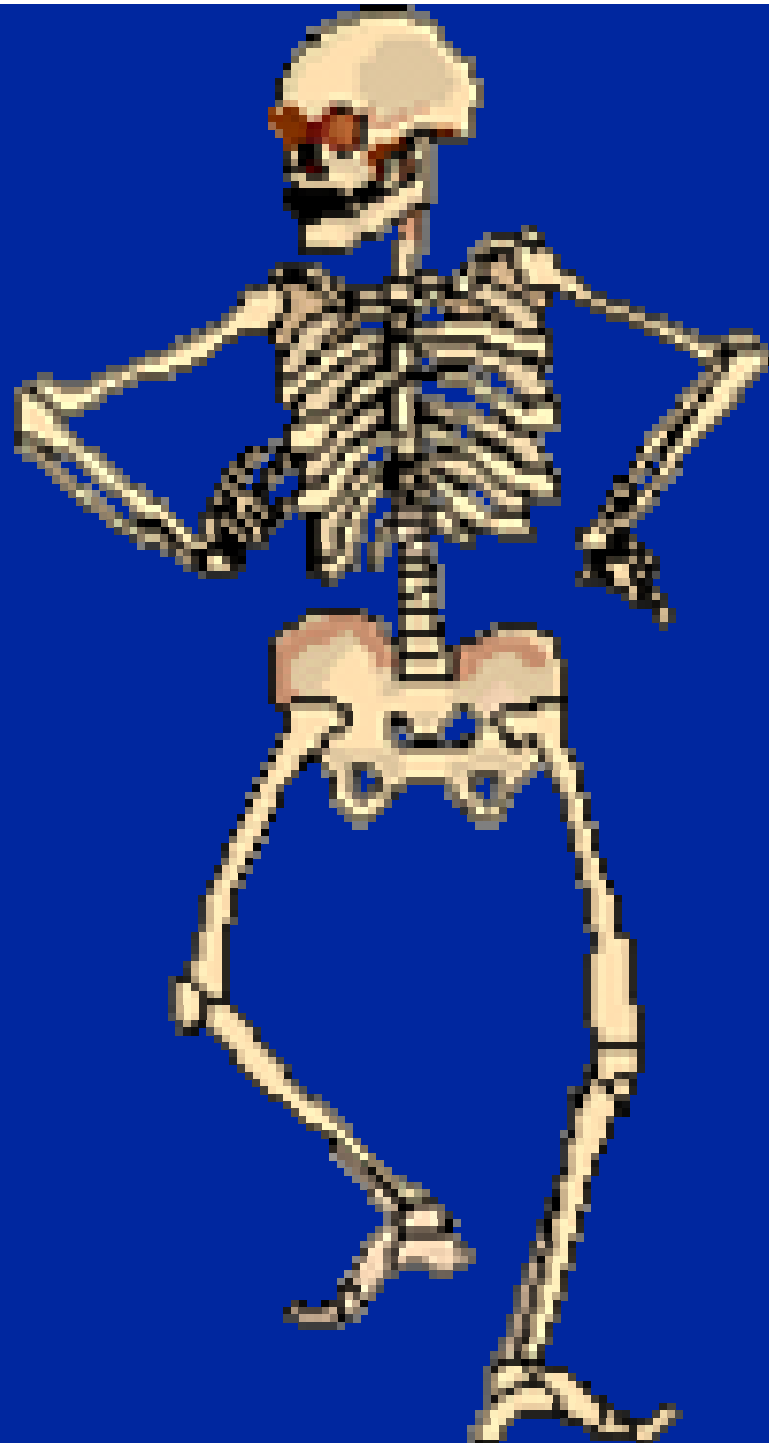
B. Ja: Zur Diagnosefindung

C. Ja: Zur Abschätzung von Komplikationen

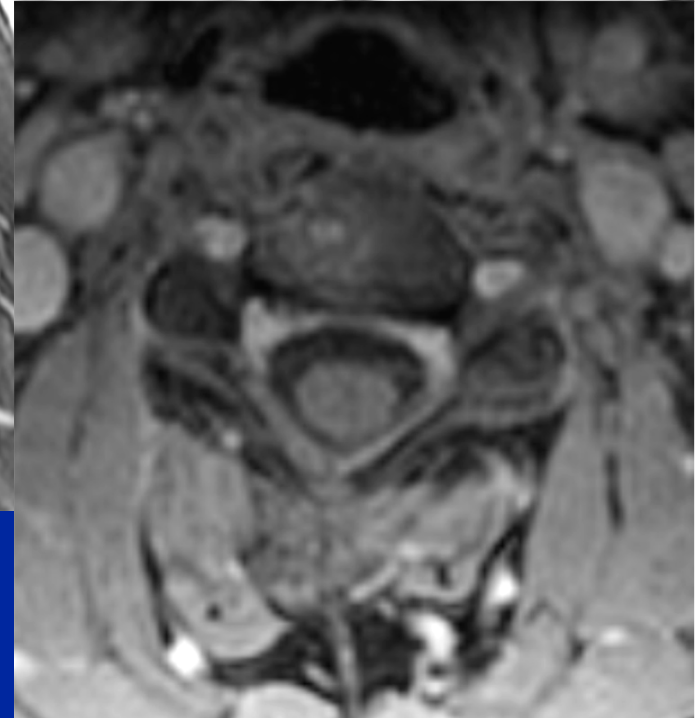
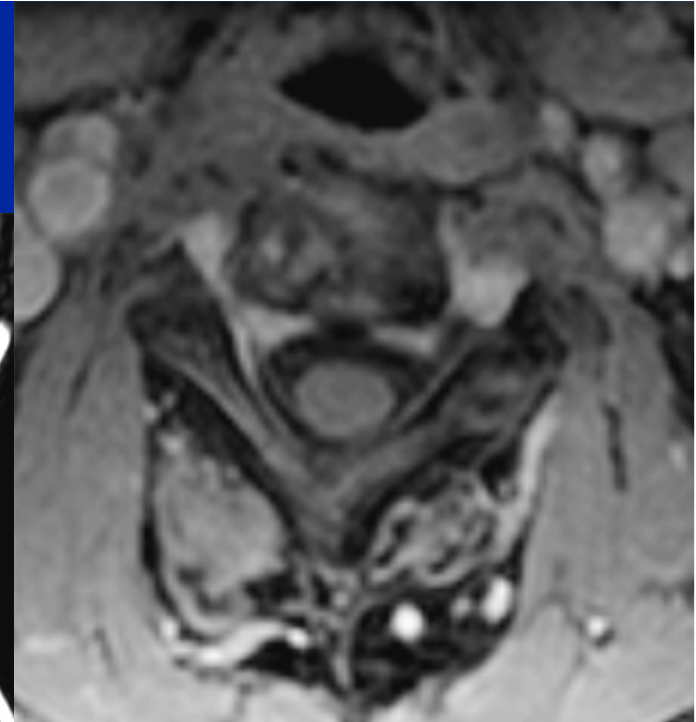
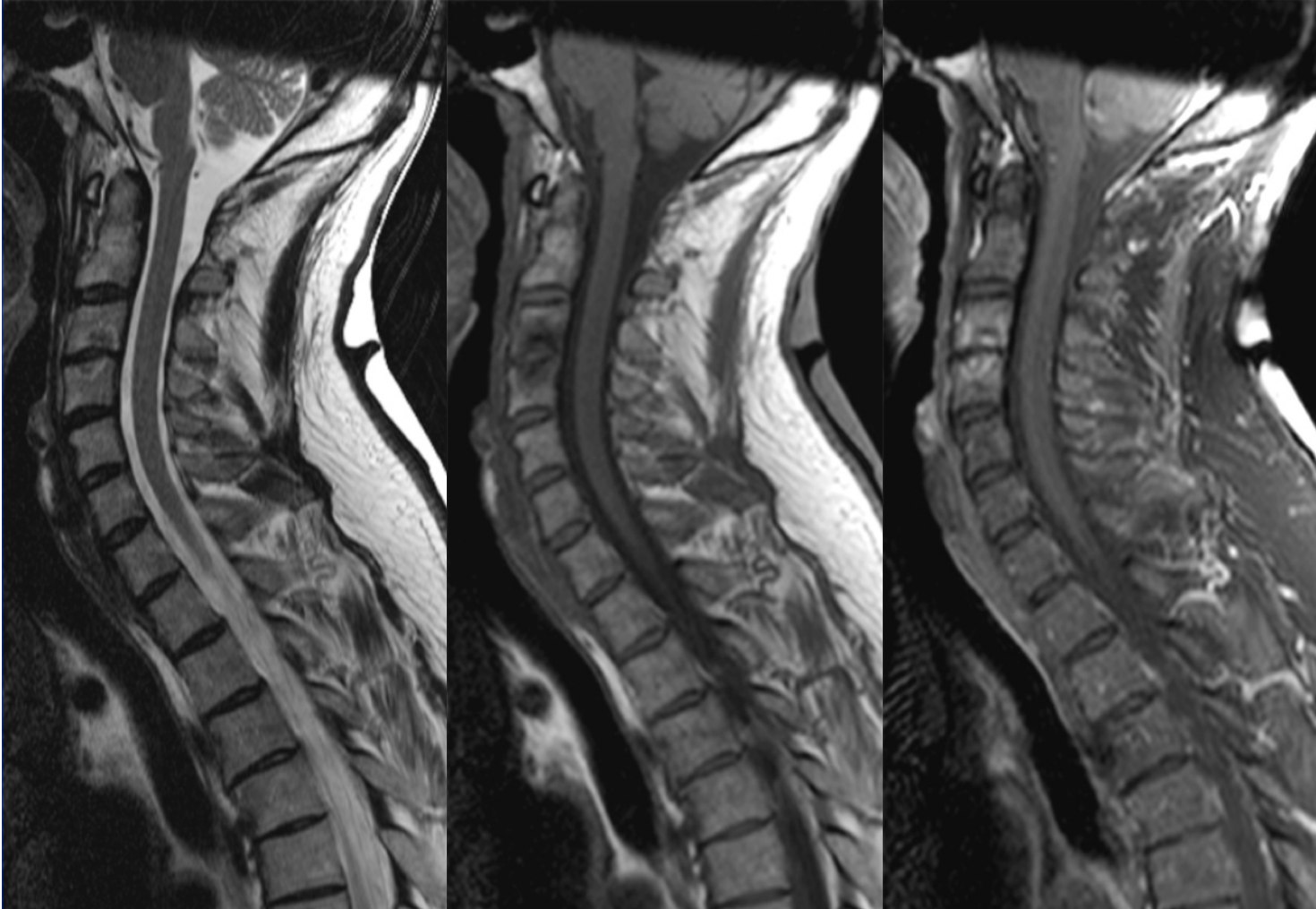


Fall Nr. 1: Eine MRT ist zur Einschätzung von Komplikationen notwendig





Fall Nr. 2: 42jähr. Pat. mit Nackensteife, Schmerzen bei Drehung und Beugung des Kopfes. Morgensteifigkeit.



Welche Läsion befindet sich im Segment C3/C4 ?

Fall Nr. 2

Welche Läsion befindet sich im Segment C3/C4 ?

- A. Osteoid-Osteom
- B. septische Spondylodiszitis
- C. Modic Typ I-Läsion
- D. entzündliche Andersson-Läsion
- E. erosives Schmorl'sches Knorpelknötchen
- F. Romanus Läsion



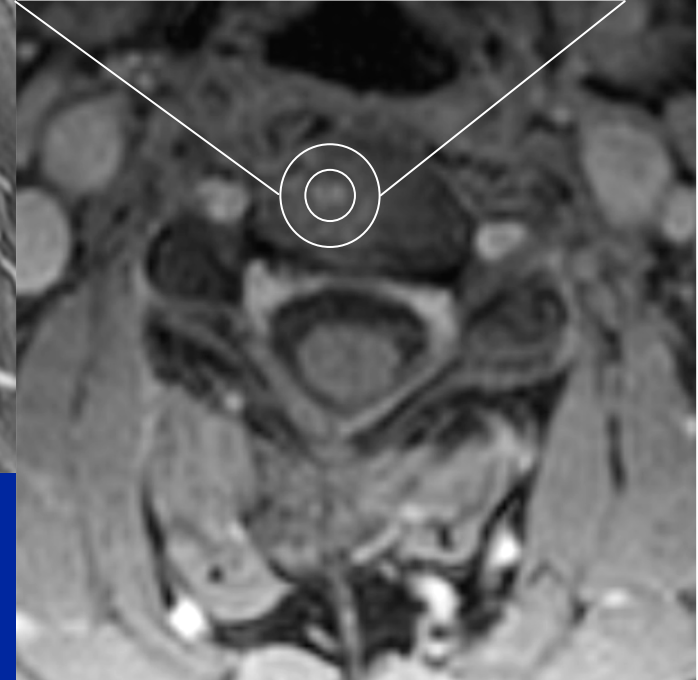
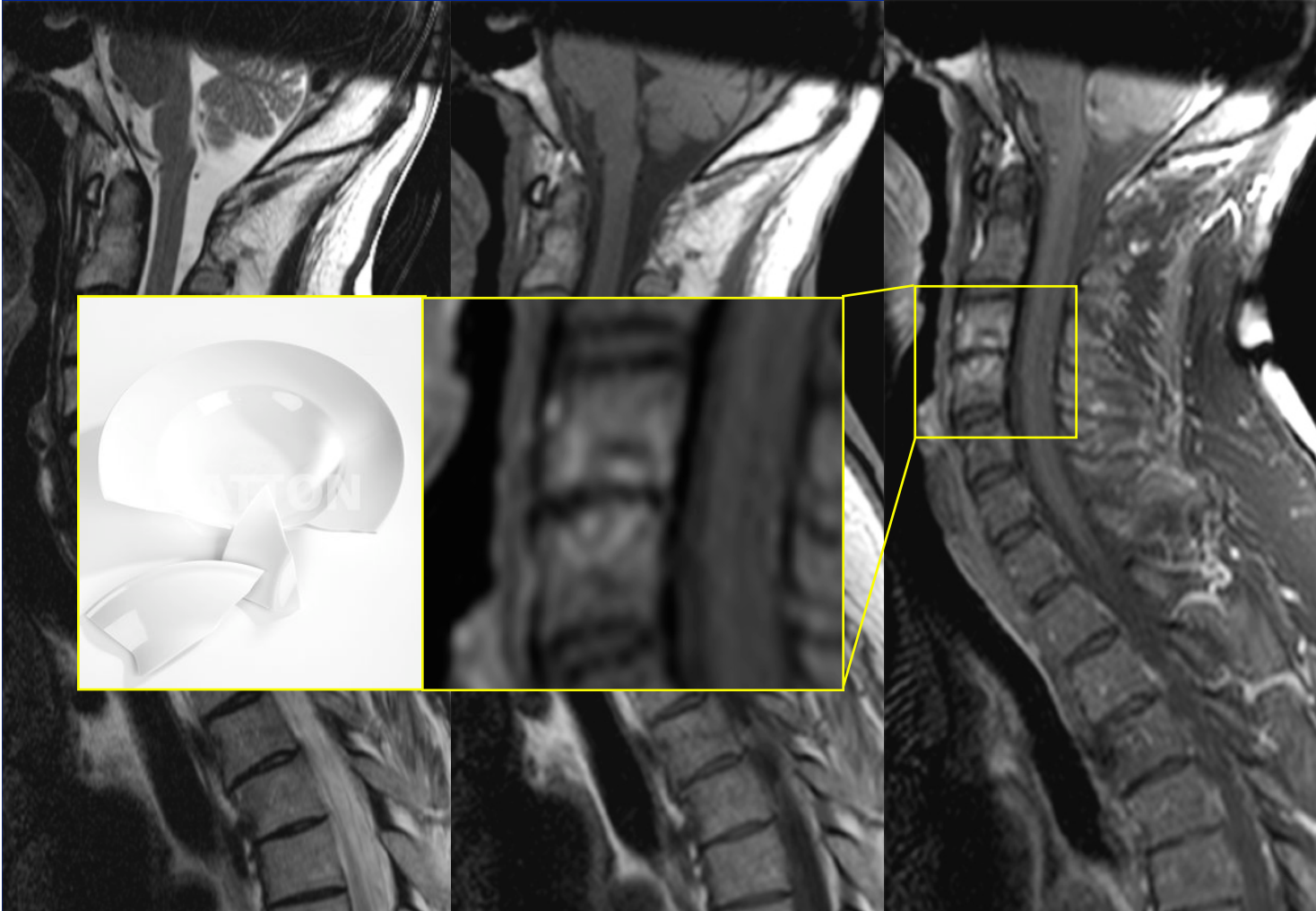
Fall Nr. 2

Welche zusätzliche Untersuchung würden Sie zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose durchführen lassen ?

- A. Röntgenübersichten von Händen und Füßen
- B. MRT der Sakroiliakalgelenke
- C. Ganzkörper-Skelettszintigraphie
- D. MRT der Hüftgelenke
- E. CT der HWS
- F. MRT von BWS und LWS

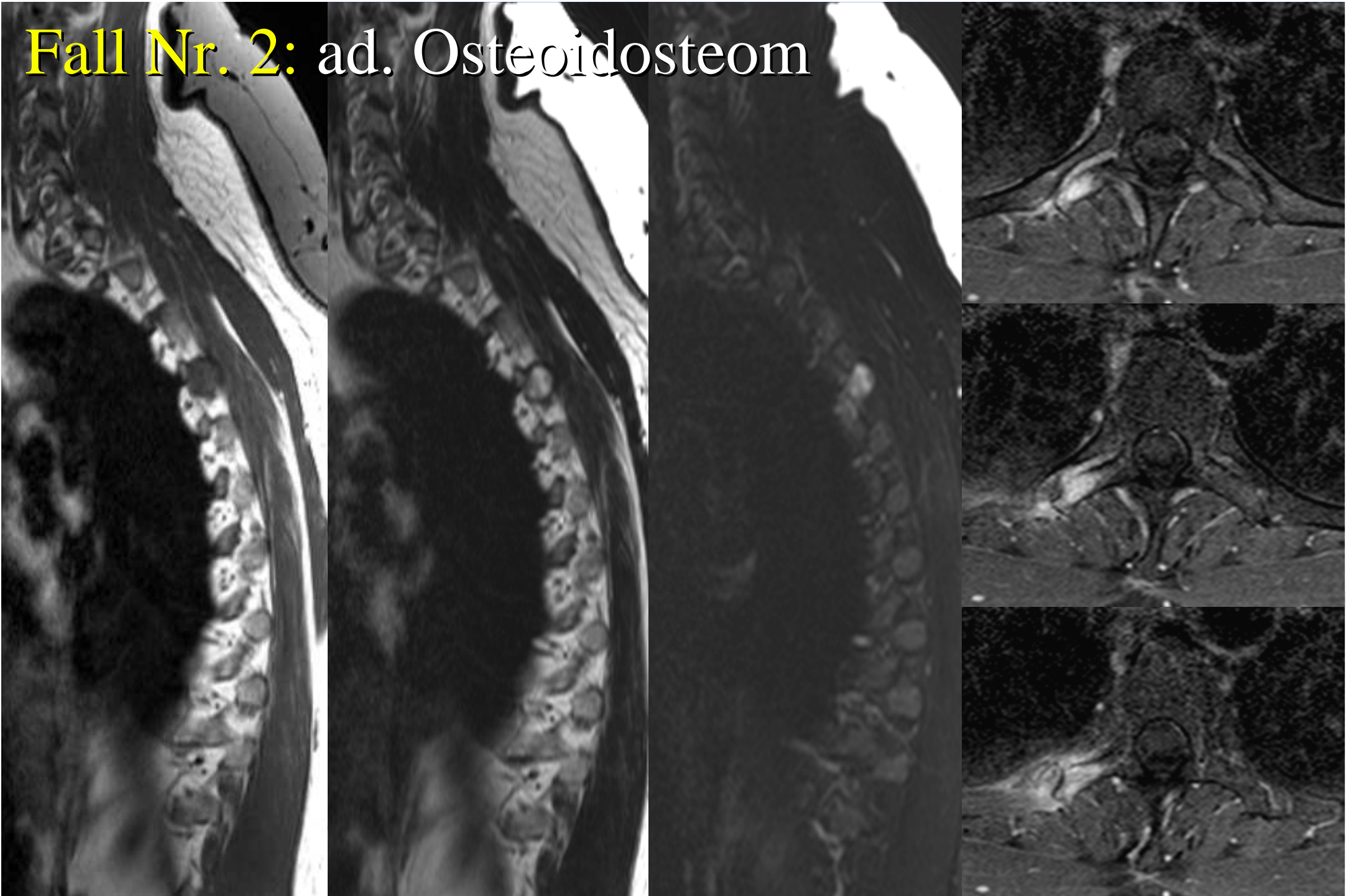
Fall Nr. 2:

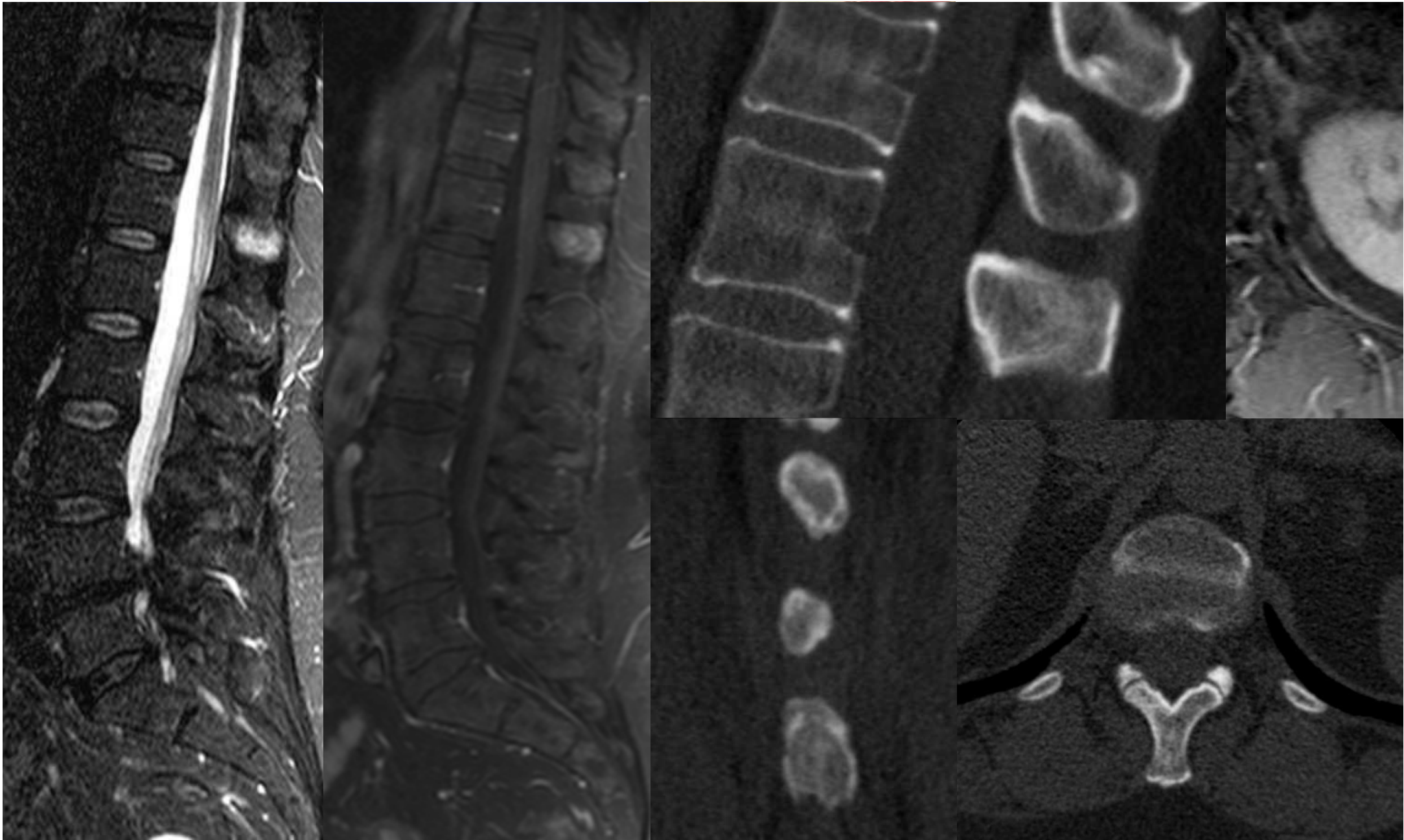
Welche Läsion befindet sich im Segment C3/C4 ?



entzündliche Andersson-Läsion

Fall Nr. 2: ad. Osteoidosteom

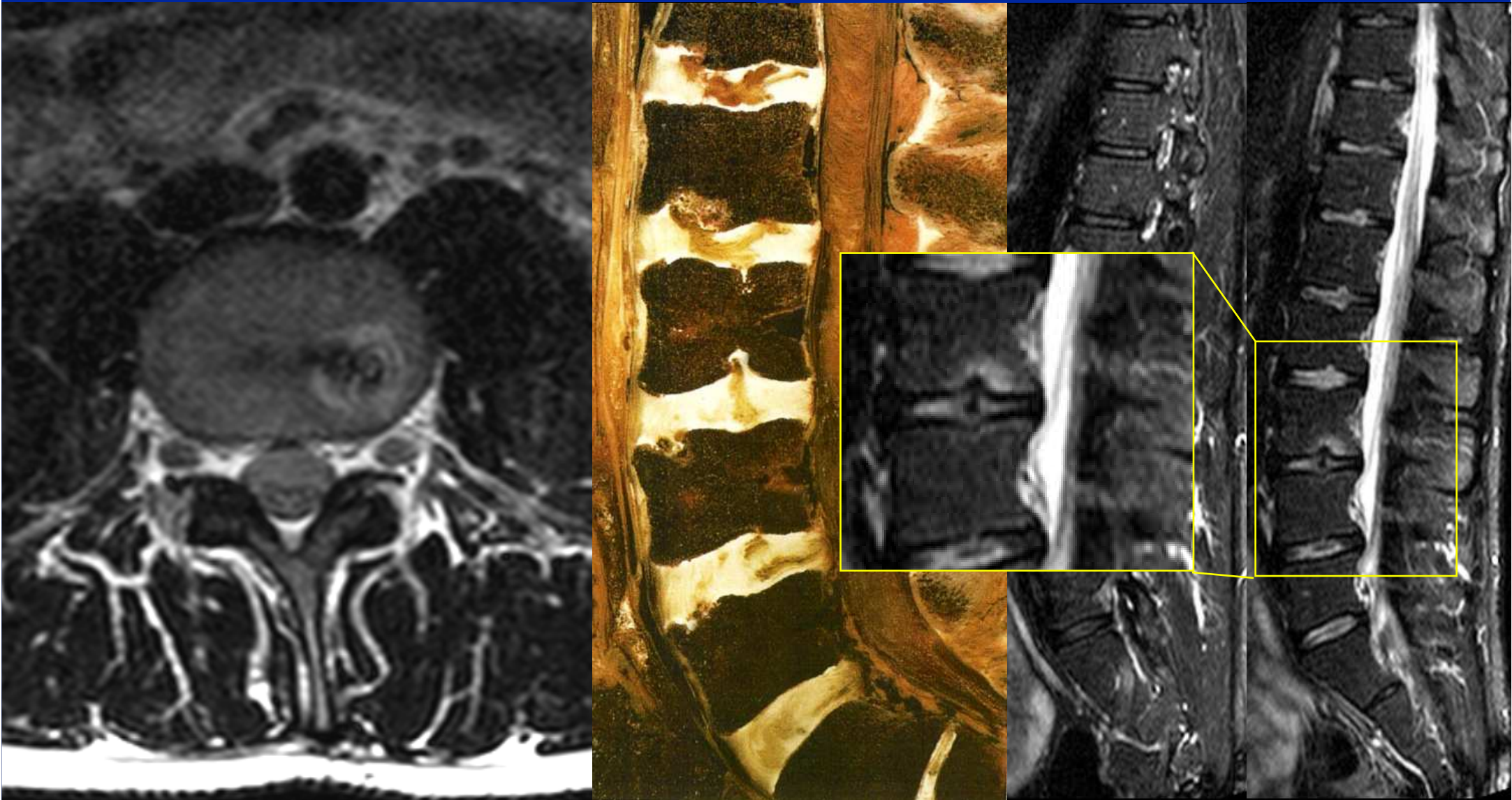


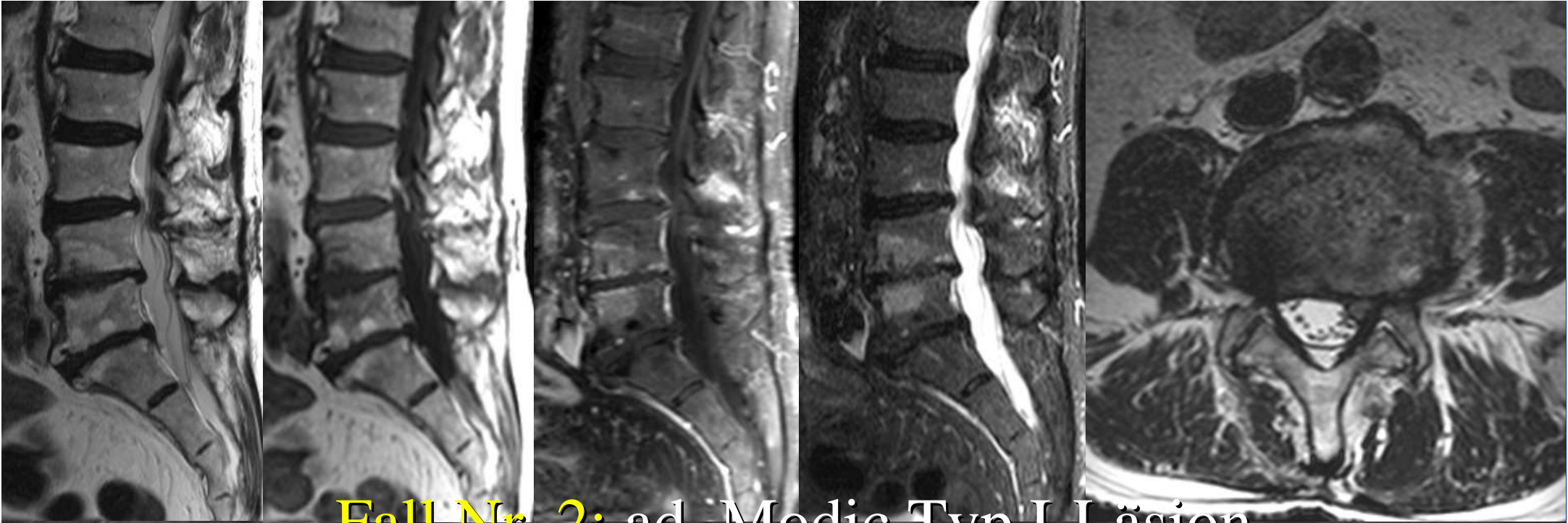


Fall Nr. 2: ad. Osteoidosteom



Fall Nr. 2: ad. erosives Schmorl'sches Knorpelknötchen





Fall Nr. 2: ad. Modic Typ I-Läsion



Modic Typen der Endplattenveränderungen

*Modic MT, Masaryk TJ, Ross JS, Carter JR. Imaging of degenerative disk disease. Radiology 1988; 168: 177-186

T2 gew.

T1 gew.

T2 gew.

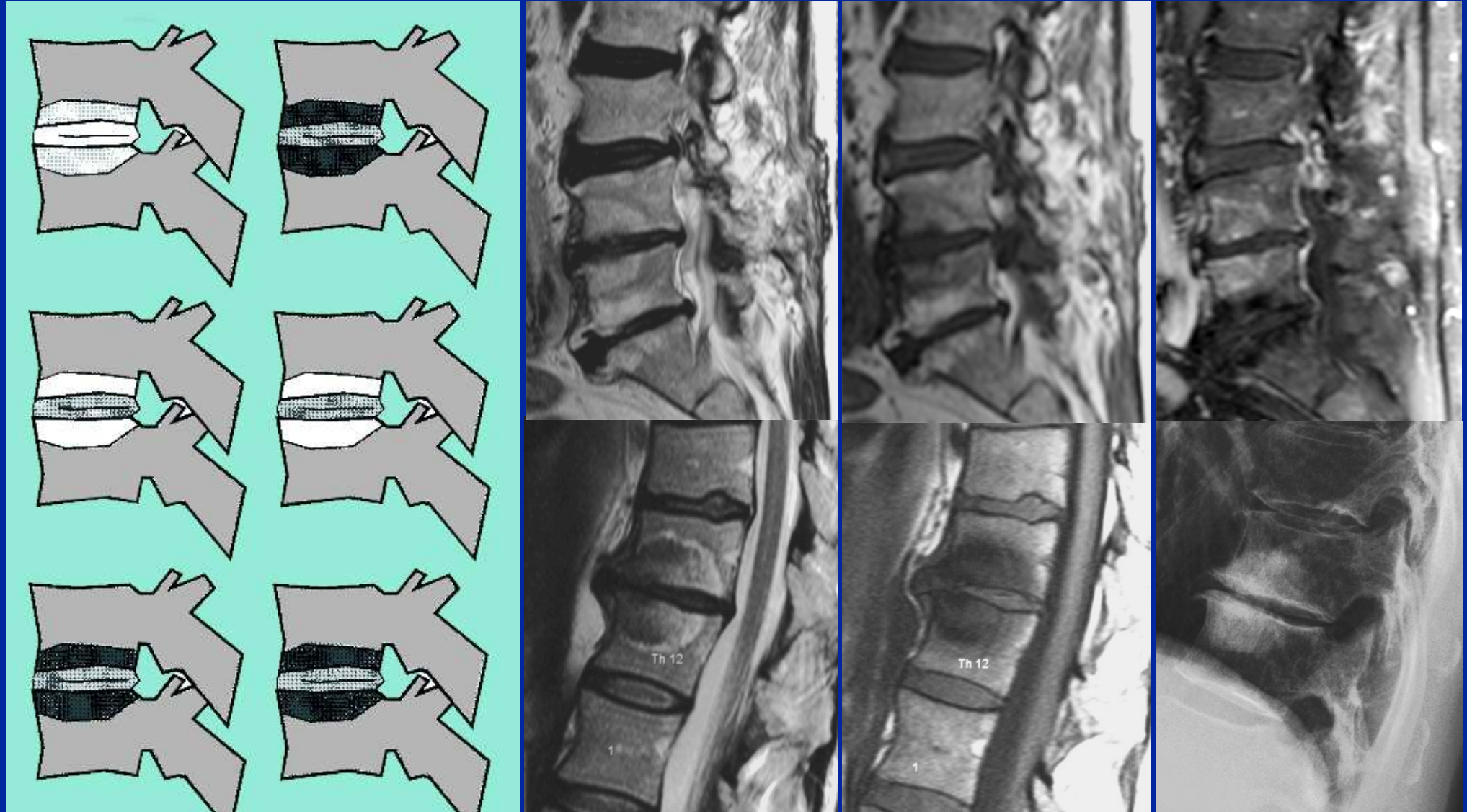
T1 gew.

„T1 gew. KM“

I

II

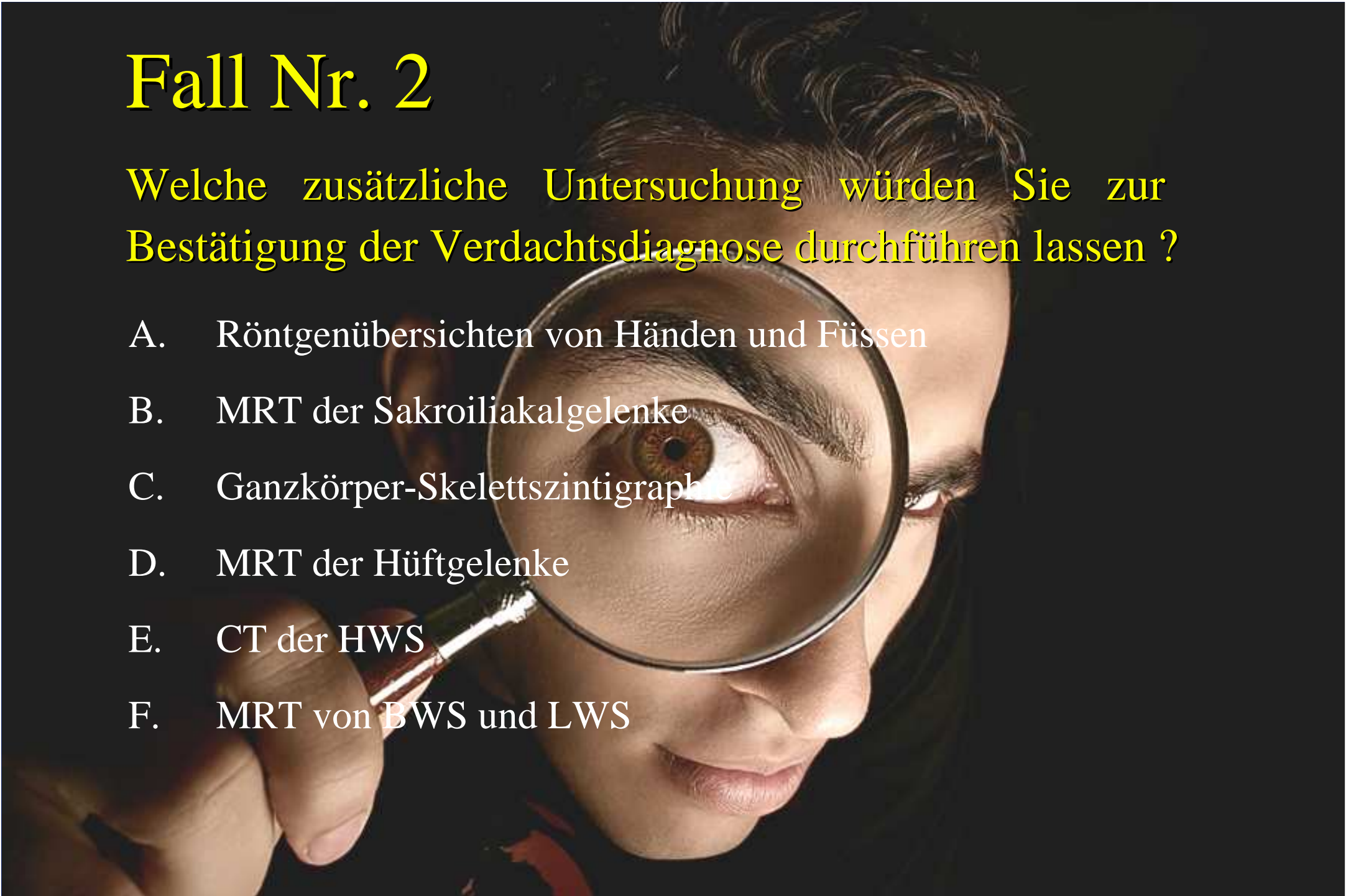
III



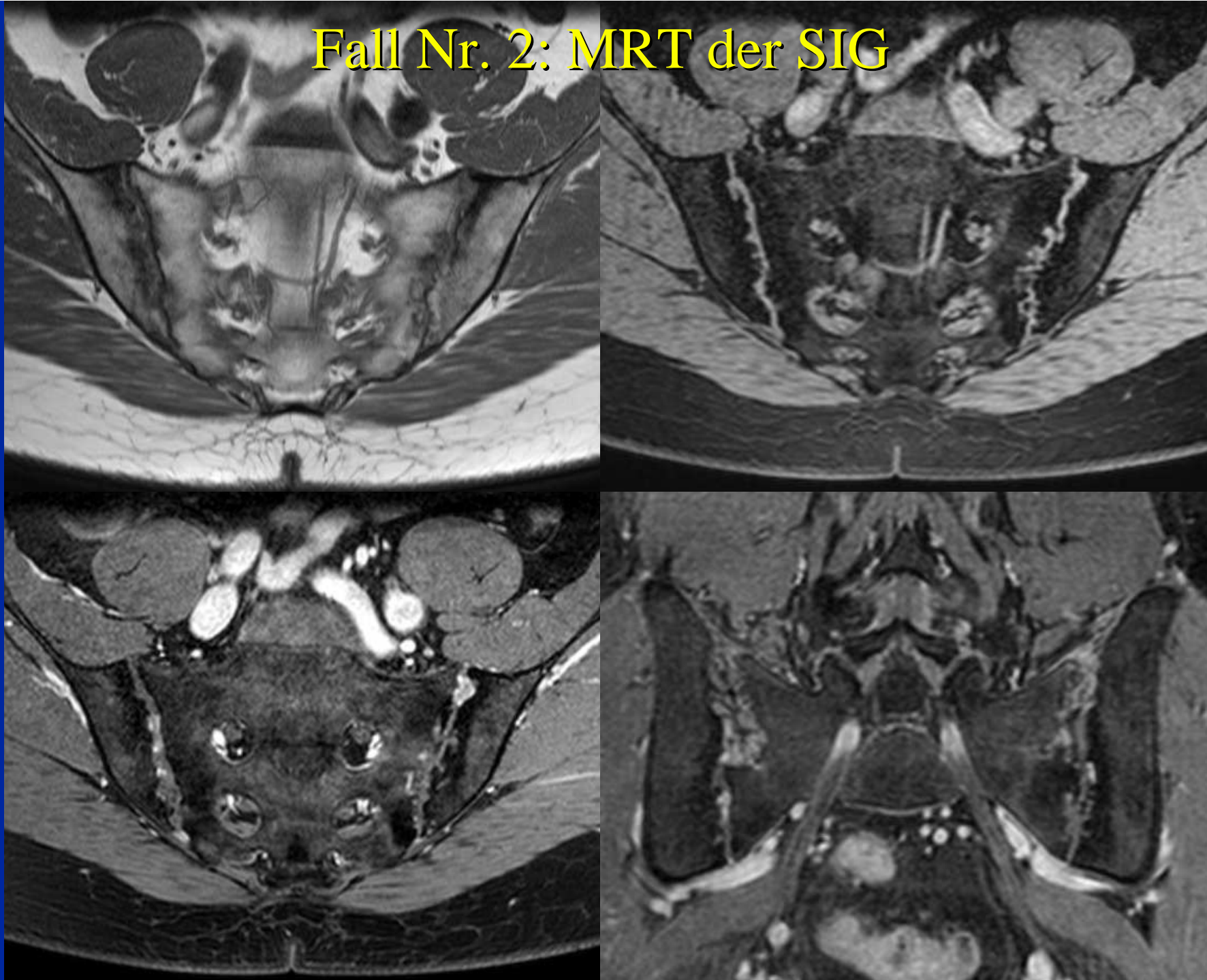
Fall Nr. 2

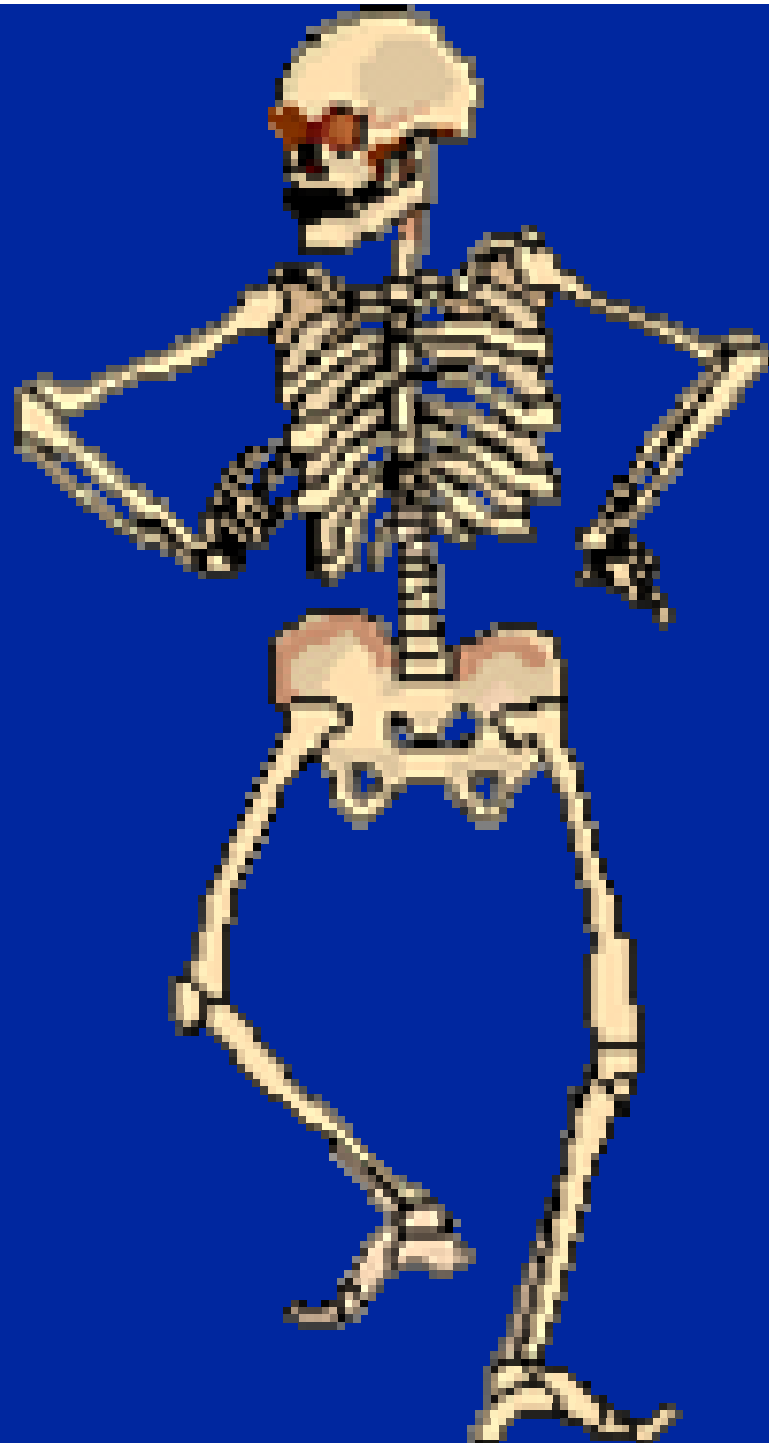
Welche zusätzliche Untersuchung würden Sie zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose durchführen lassen ?

- A. Röntgenübersichten von Händen und Füßen
- B. MRT der Sakroiliakalgelenke
- C. Ganzkörper-Skelettszintigraphie
- D. MRT der Hüftgelenke
- E. CT der HWS
- F. MRT von BWS und LWS



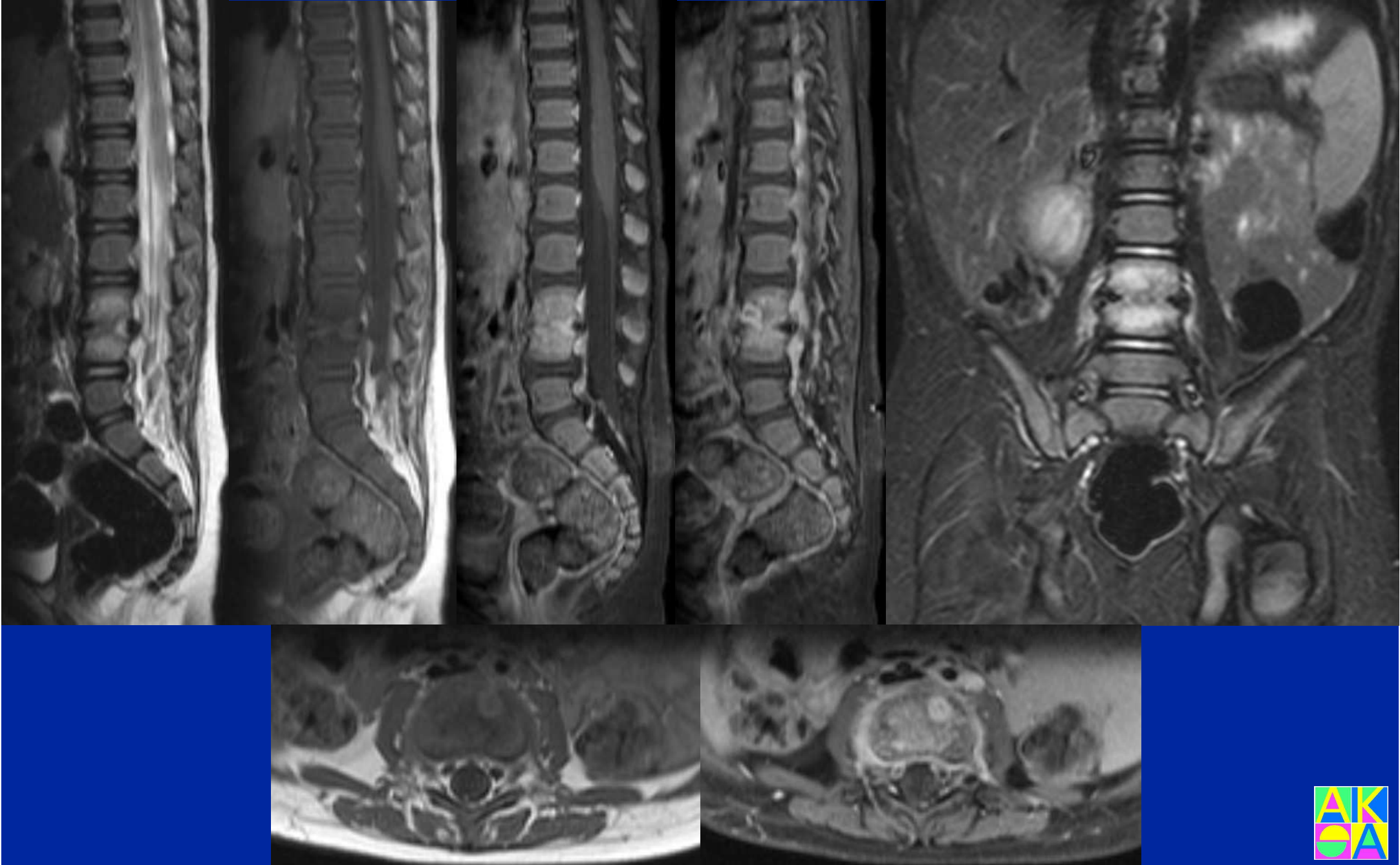
Fall Nr. 2: MRT der SIG





Fall Nr. 3

Mädchen 1,5 J., allgem. Bewegungsarmut, CRP-Erhöhung. Pos. Familienanamnese für rheumatische Erkrankungen



Fall Nr. 3

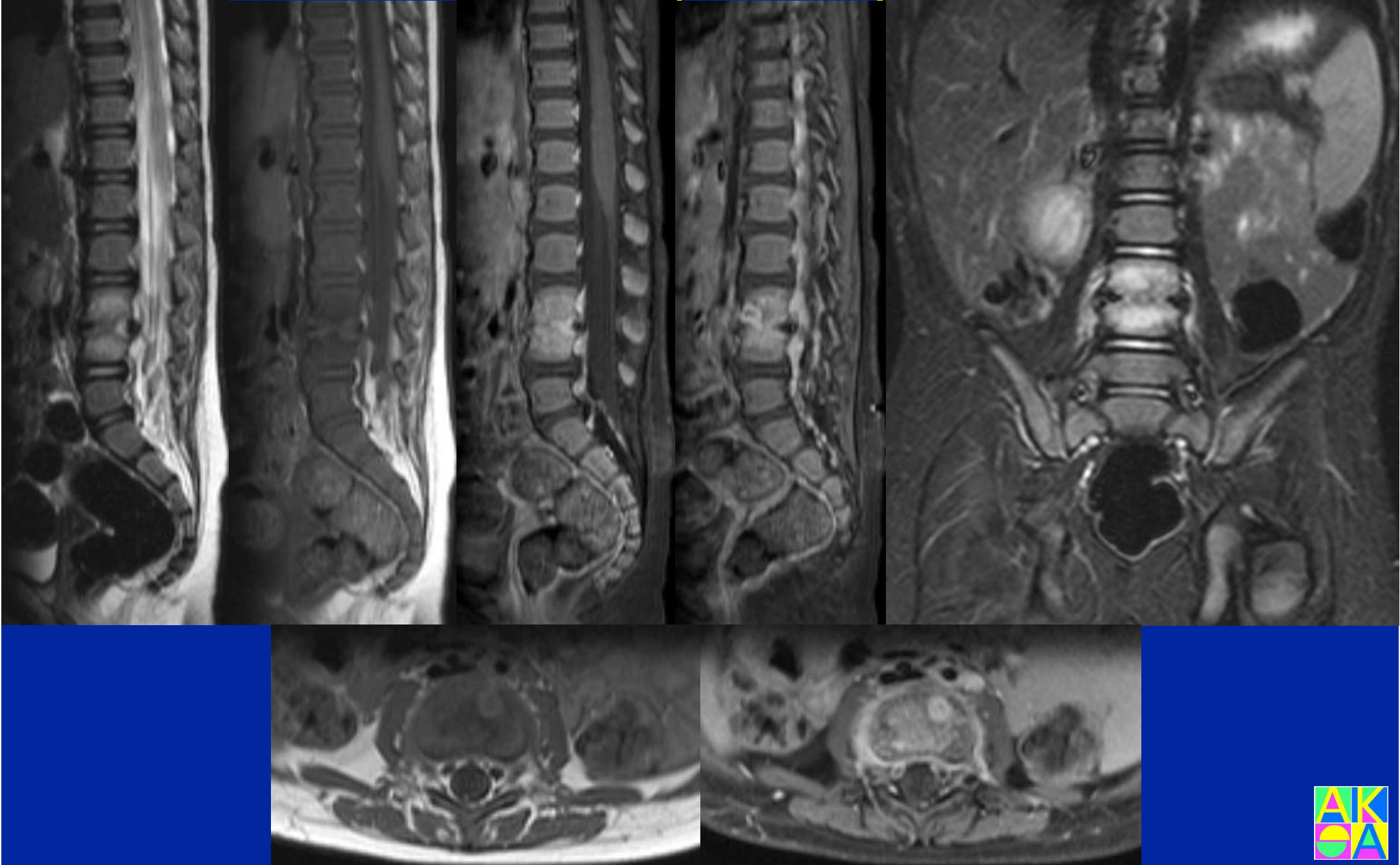
Welche Diagnose würden Sie stellen?

- A. Osteoidosteom
- B. Juvenile chronische Arthritis
- C. Wirbelmetastasen eines Medulloblastoms
- D. Juvenile Spondyloarthritis
- E. Septische Spondylodiszitis
- F. Eosinophiles Granulom

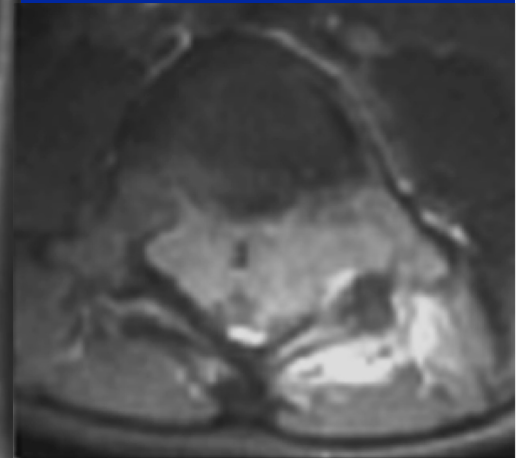
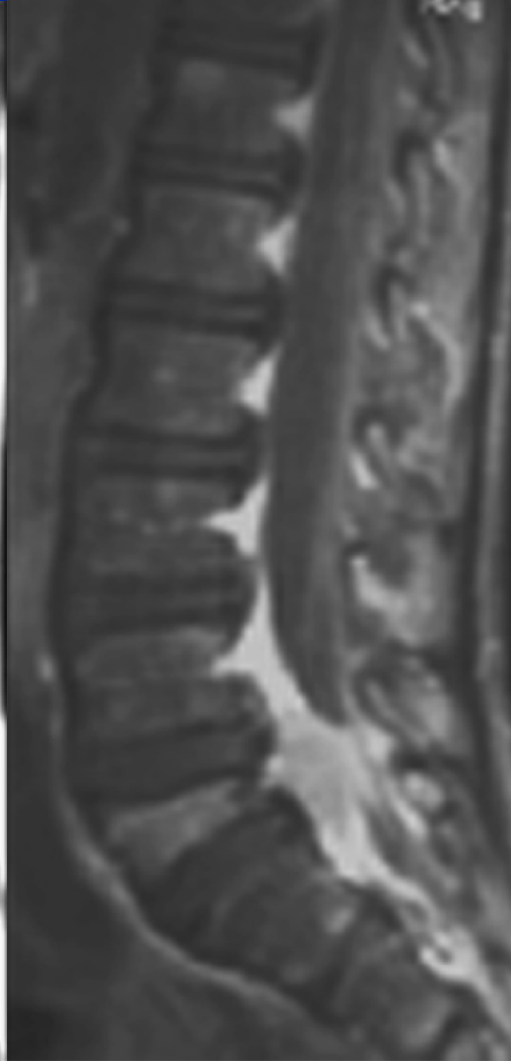
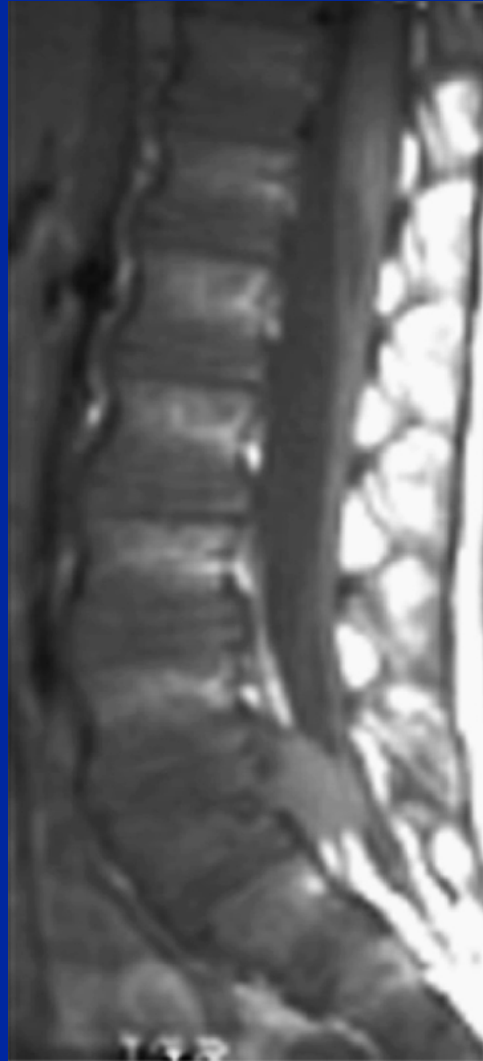


Fall Nr. 3:

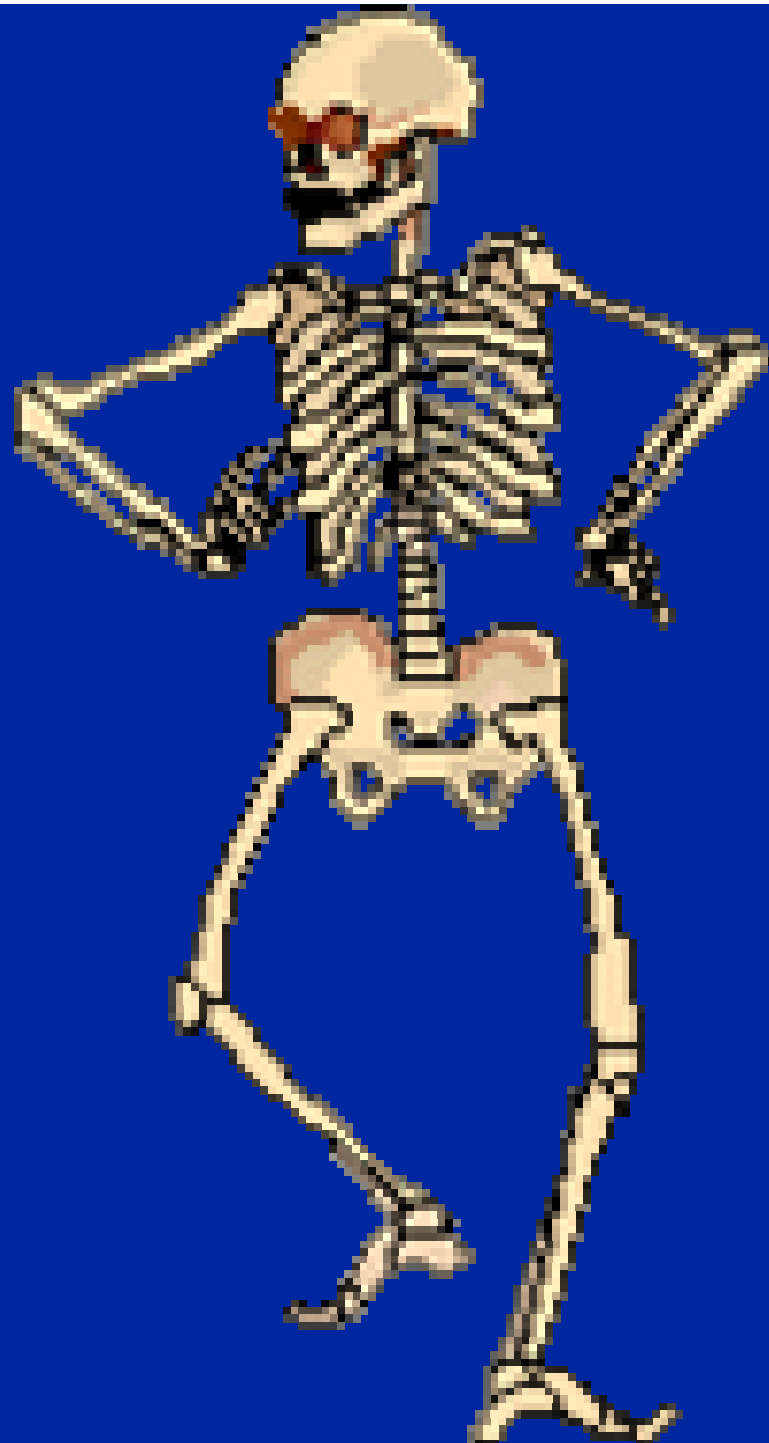
E. Septische Spondylodiszitis



Fall Nr. 3: ad. Eosinophiles Granulom



Vertebra plana



Wie nennt man diese Intervertebralosteophyten?



Fall Nr. 4: 45 jährige Frau mit seit 5 Jahren progredienten morgendlichen tiefen Kreuzschmerzen



Fall Nr. 4

Wie nennt man diese Intervertebralosteophyten?

- A. Spondylophyten
- B. Parasyndesmophyten
- C. Mixtaosteophyten
- D. Syndesmophyten
- E. Paradiskale Ossikel
- F. Spondylophytäre Schaltknochen

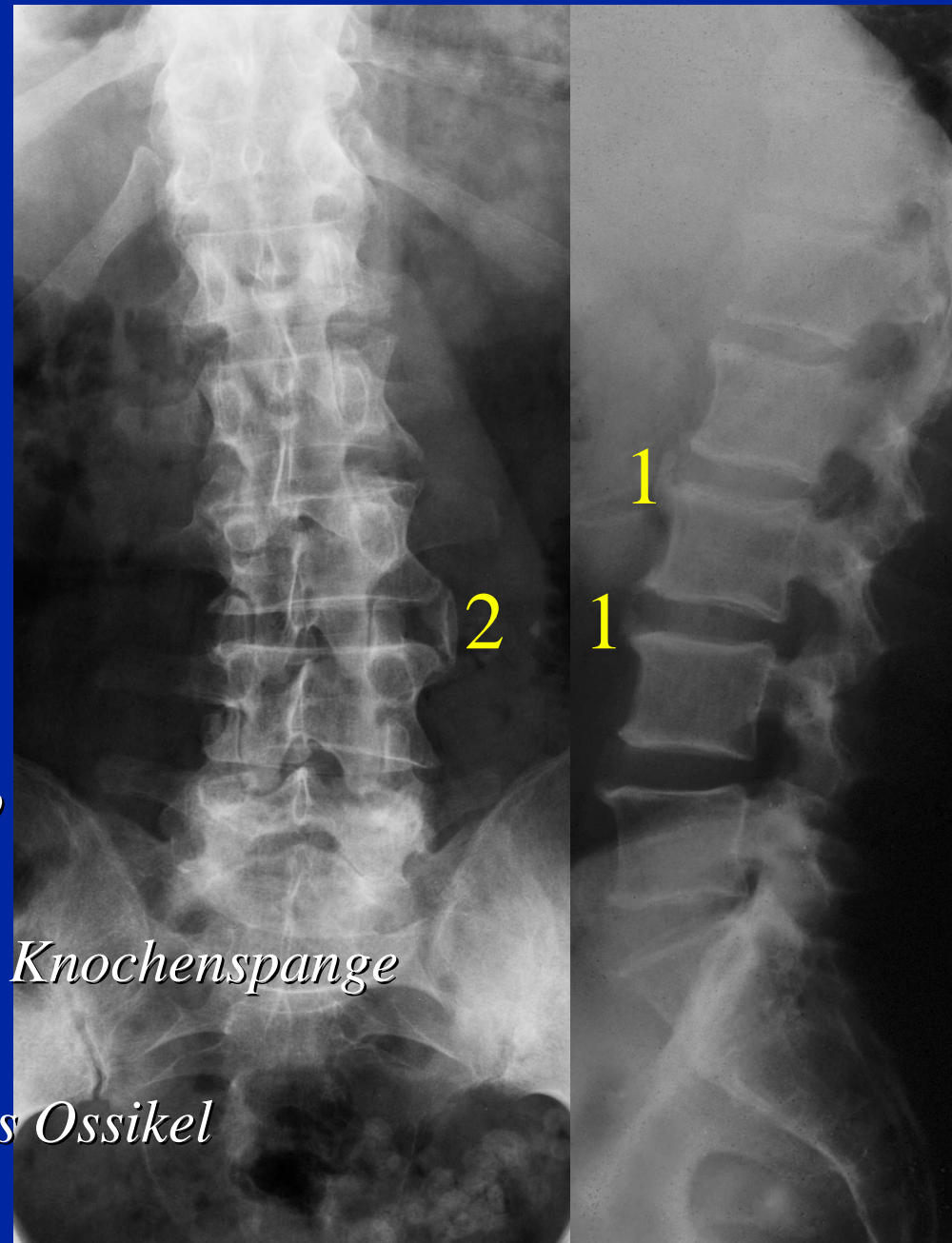
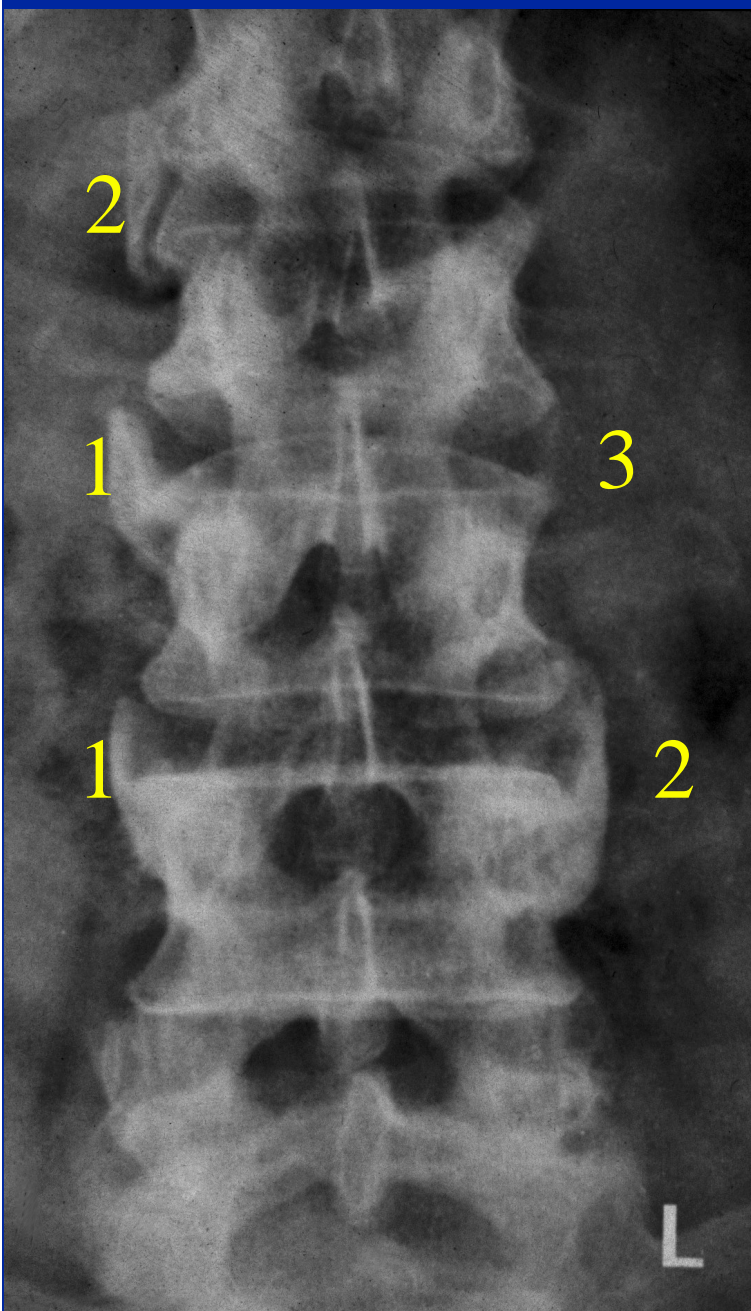


Fall Nr. 4: Wie nennt man diese Intervertebralosteophyten?



B. Parasyndesmophyten





1. *Stierhorntyp*

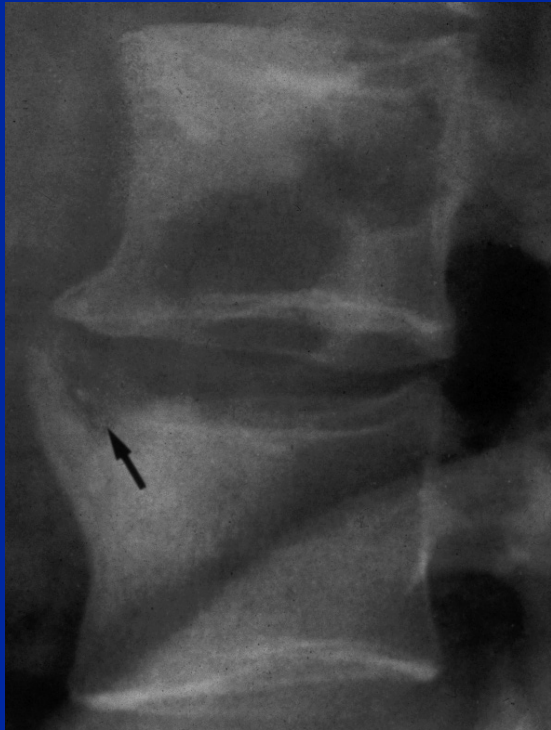
2. *Paradiskale Knochenspanne*

3. *Paradiskales Ossikel*

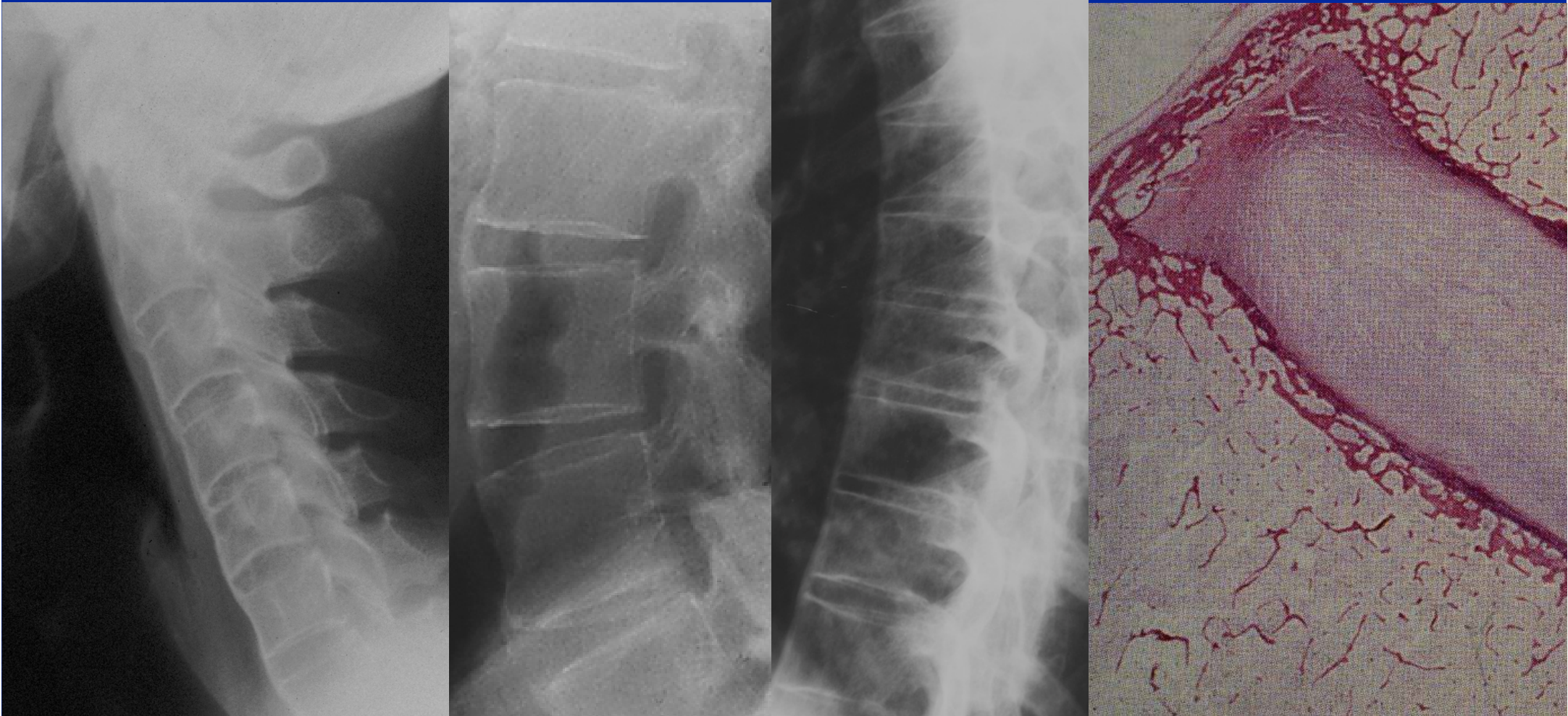
Fall Nr. 4: ad Parasyndesmophyten



Parasyndesmophyten häufig bei der Psoriasisarthritis



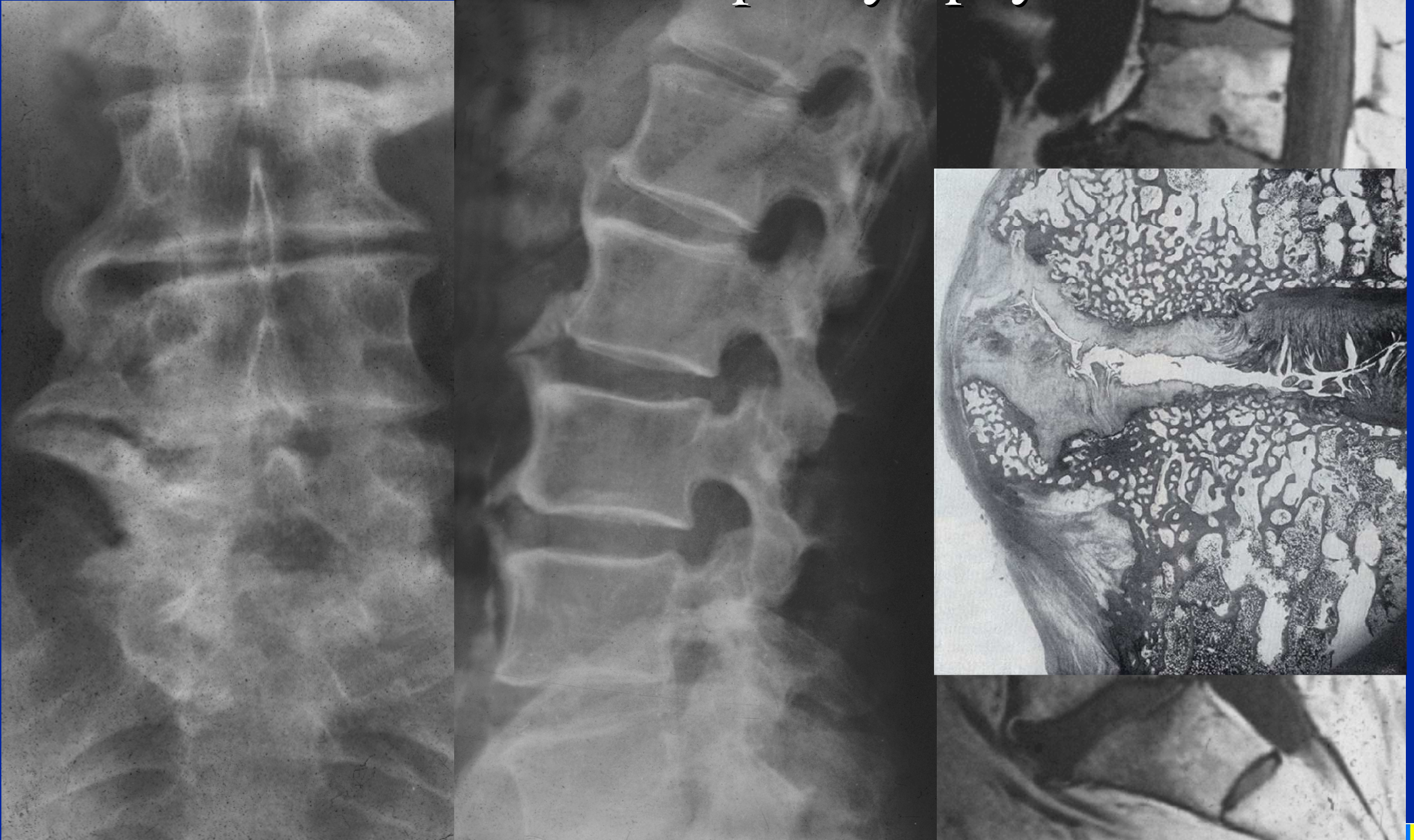
Fall Nr. 4: ad Syndesmophyten



longitudinales Wachstum



Fall Nr. 4: ad Spondylophyten

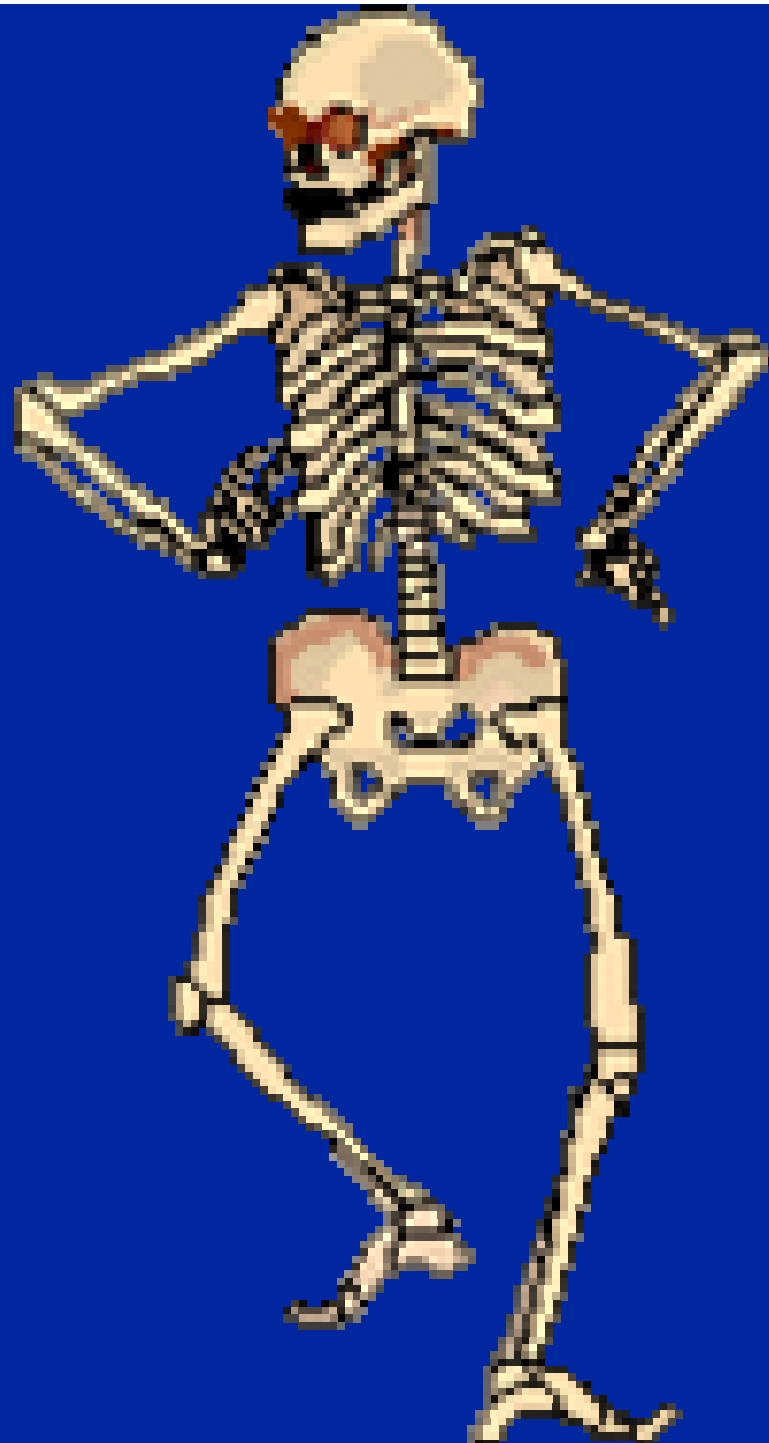


Axiales Wachstum



Fall Nr. 4: ad Mixtaosteophyten





Fall Nr. 5: 45jähriger Patient mit entzündlichen Rückenschmerzen seit 15 Jahren.
Seit 6 Monaten neue bewegungsabhängige Schmerzen im thorakolumbalen Übergang.



Was liegt den Veränderungen in Segment L1/L2 zugrunde?



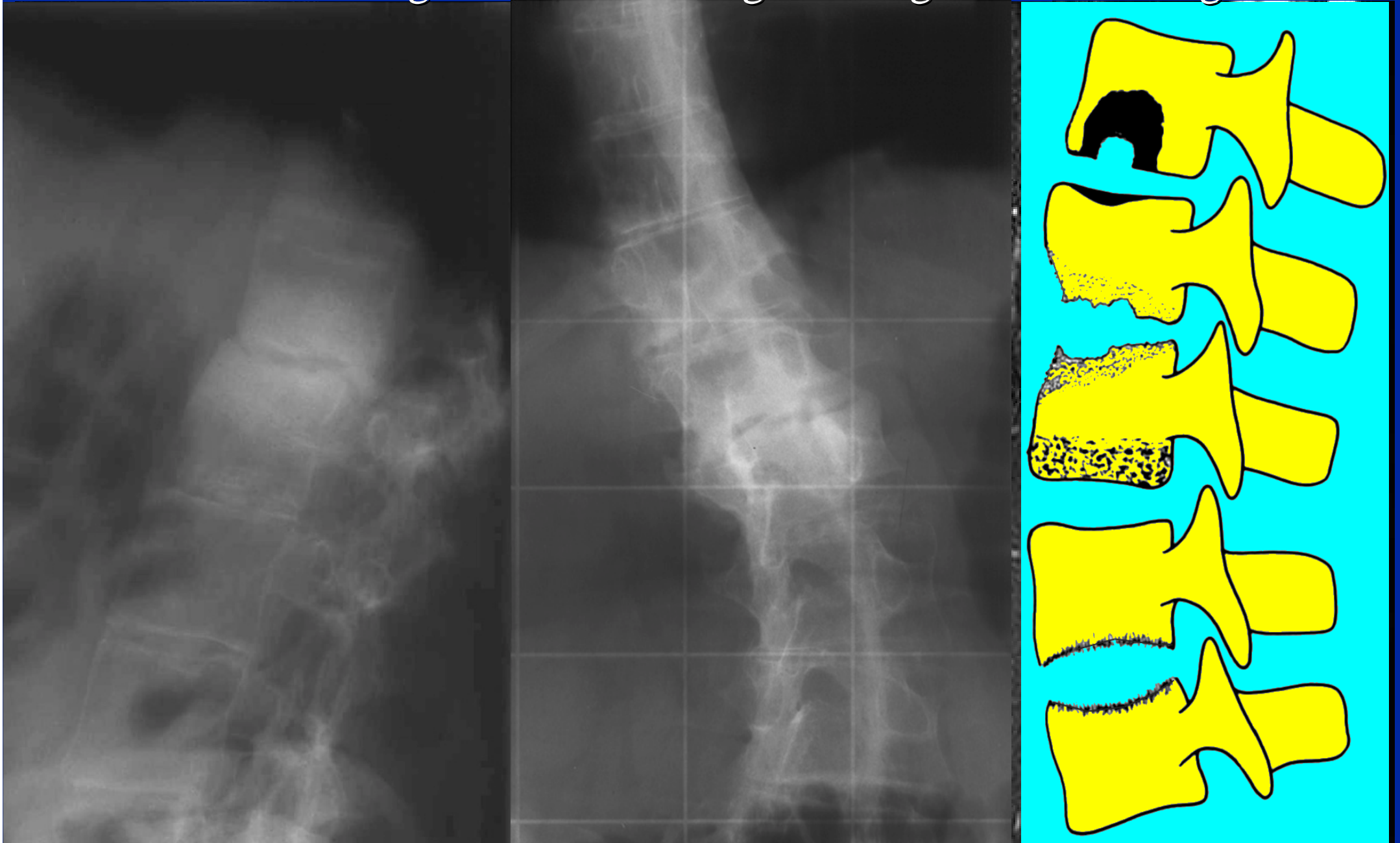
Fall Nr. 5

Was liegt den Veränderungen in Segment L1/L2 zugrunde?

- A. nicht entzündliche Andersson-Läsion
- B. septische Spondylodiszitis
- C. Modic Typ I-Läsion
- D. entzündliche Andersson-Läsion
- E. erosives Schmorl'sches Knorpelknötchen
- F. Romanus Läsion

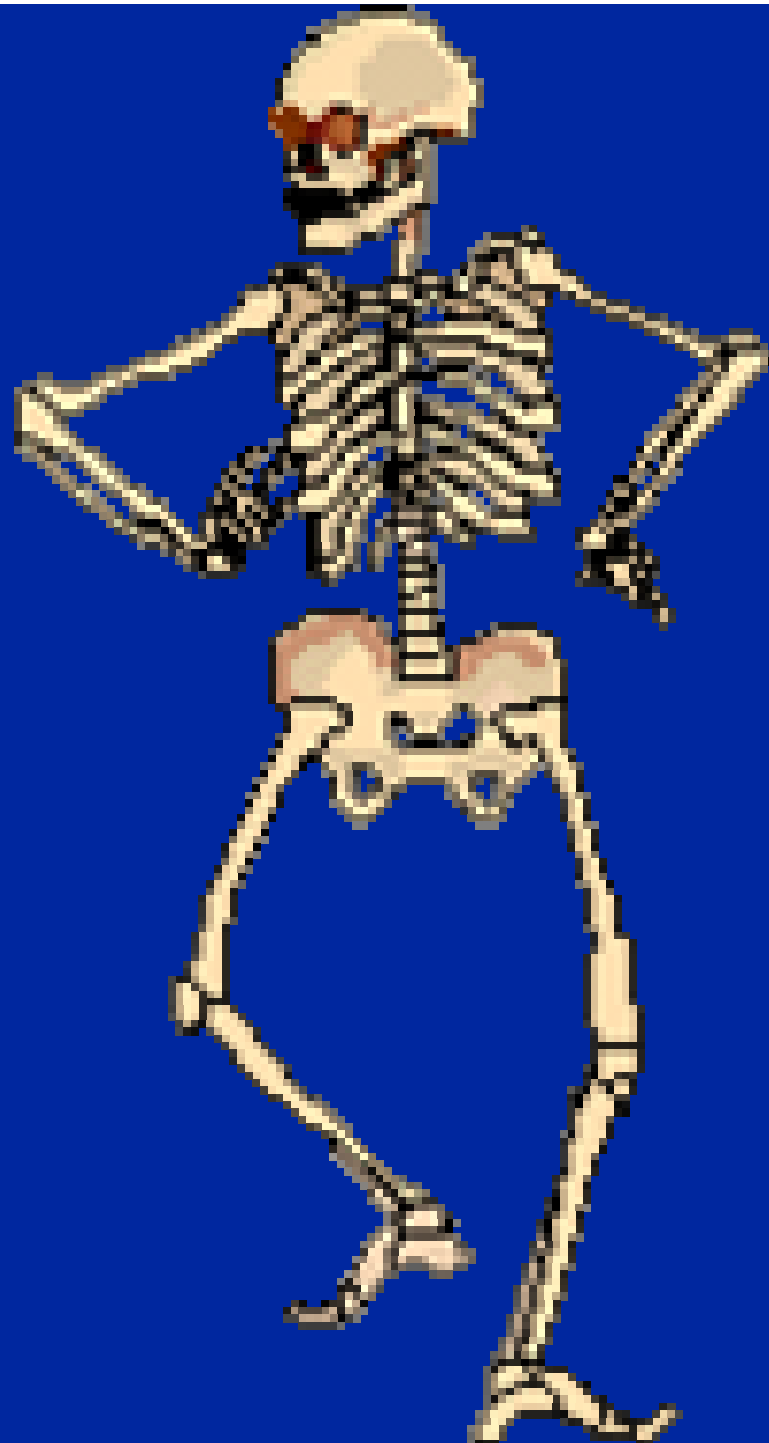


Fall Nr. 5: Was liegt den Veränderungen in Segment L1/L2 zugrunde?

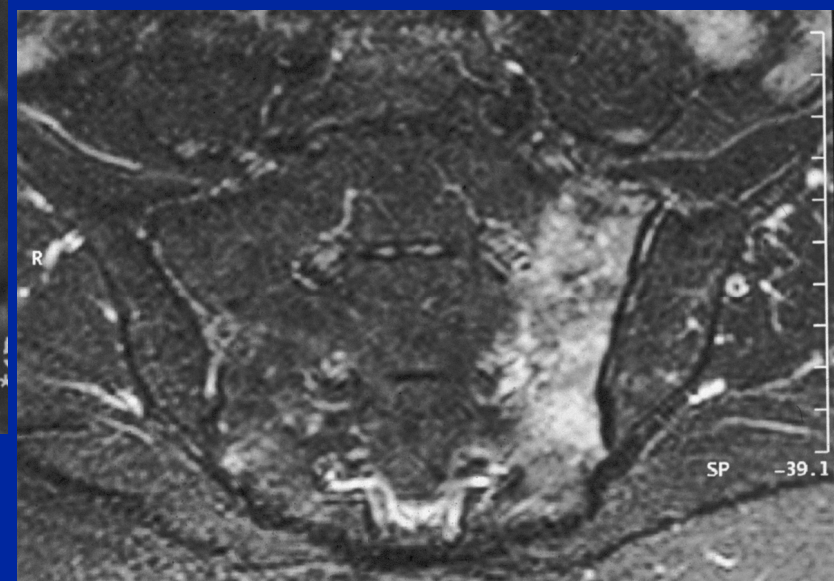
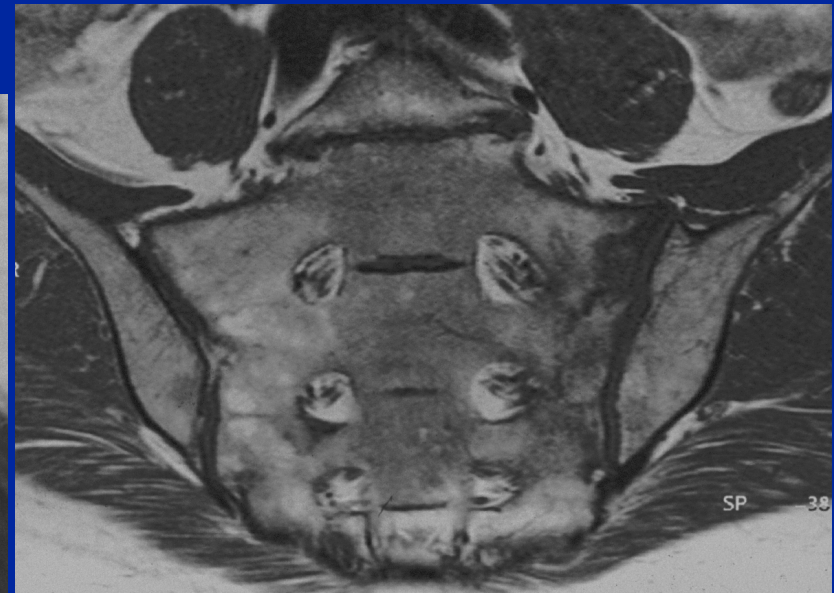


Nicht entzündliche Andersson-Läsion = transdiskaler Ermüdungsbruch





Fall Nr. 6: 59-jähr. Patientin, welche sowohl in Ruhe als auch unter Belastung zunehmende Kreuzschmerzen und Hüft- bzw. Gesäßschmerzen links beklagt.



Welche Ursache liegt den pelvinen Veränderungen zugrunde?



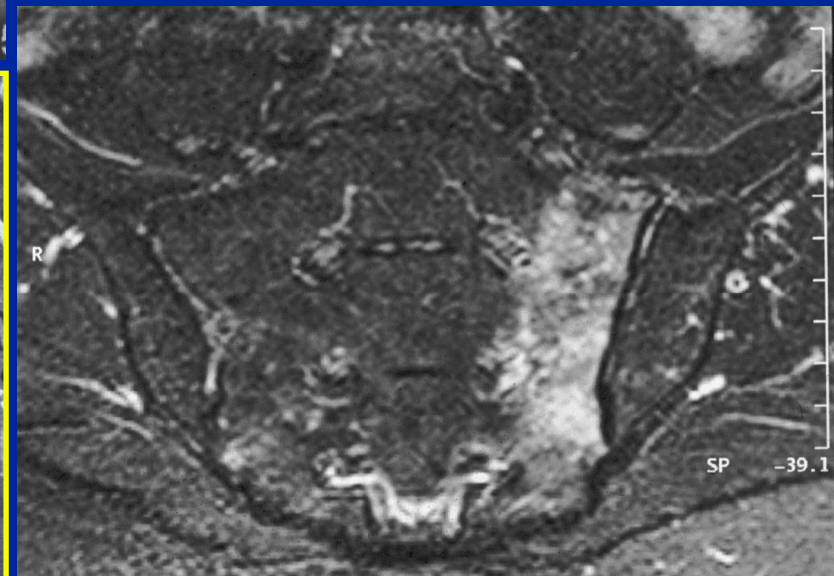
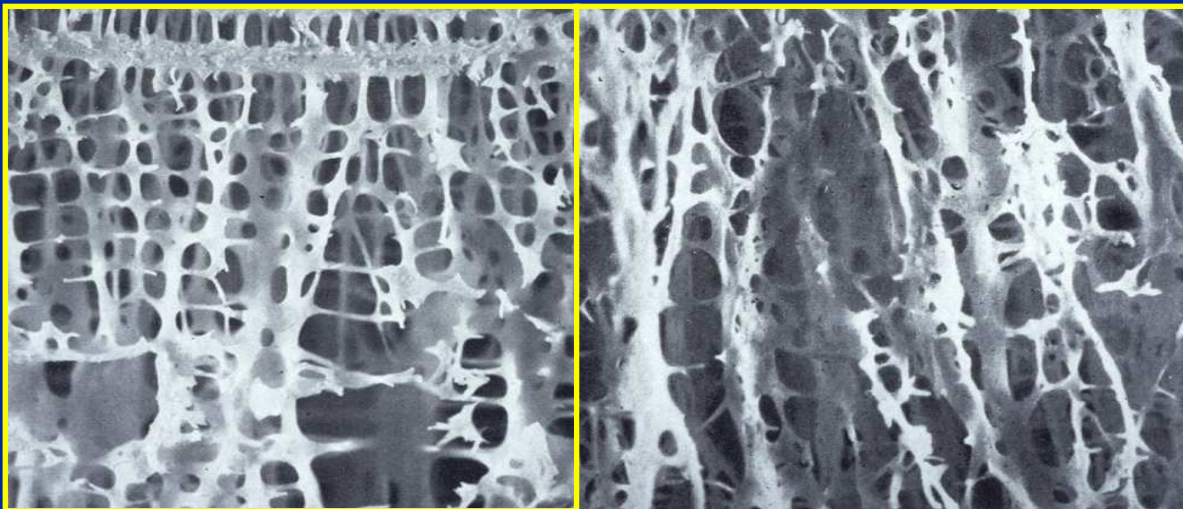
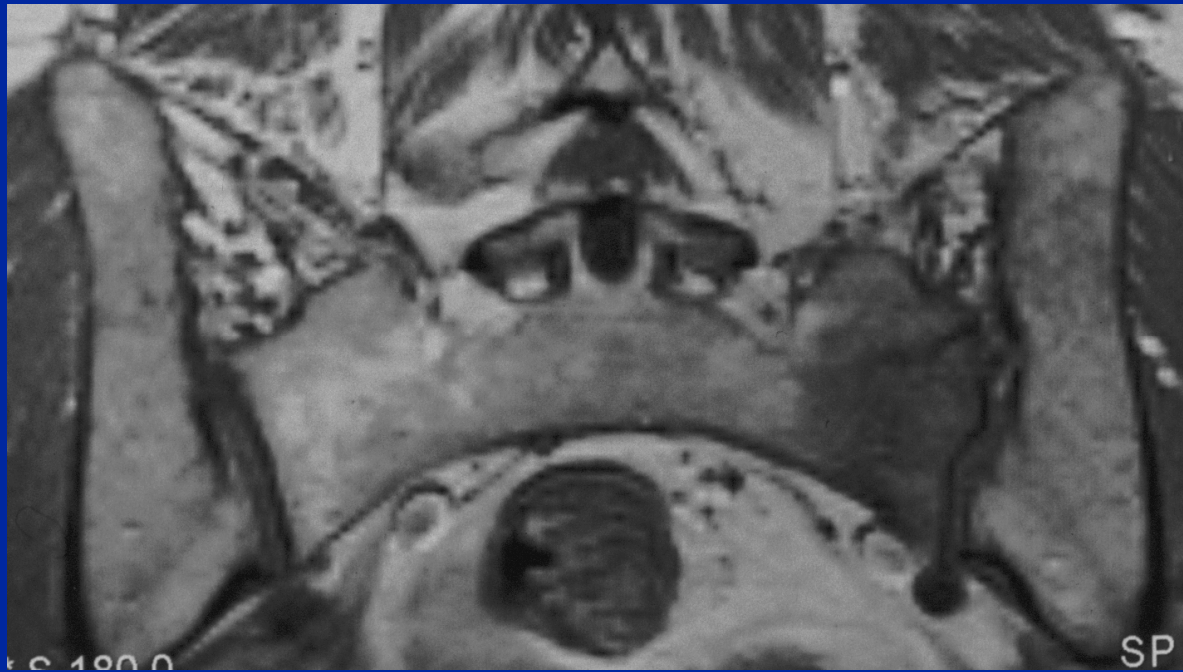
Fall Nr. 6

Welche Ursache liegt den pelvinen Veränderungen zugrunde?

- A. Metastase
- B. septische Sakroiliitis
- C. Osteitis condensans ilii et sacri
- D. DISH
- E. Insuffizienzfraktur
- F. „rheumatische“ Sakroiliitis



Fall Nr. 6: Welche Ursache liegt den pelvinen Veränderungen zugrunde?



E. Insuffizienzfraktur des Kreuzbeinflügels bei Osteoporose





Insuffizienzfraktur des Kreuzbeinflügels



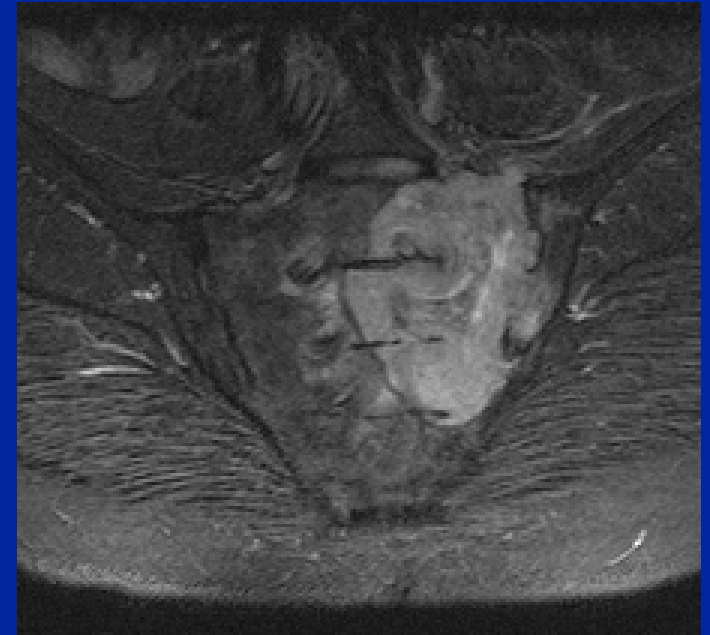
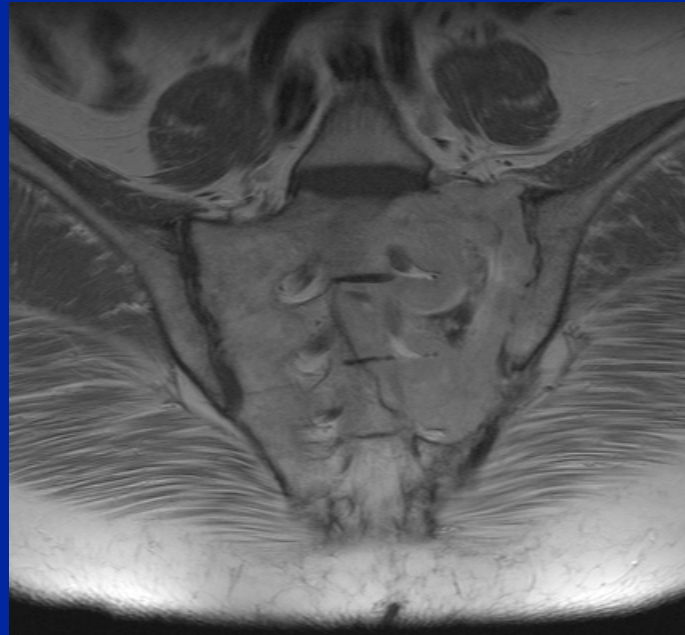
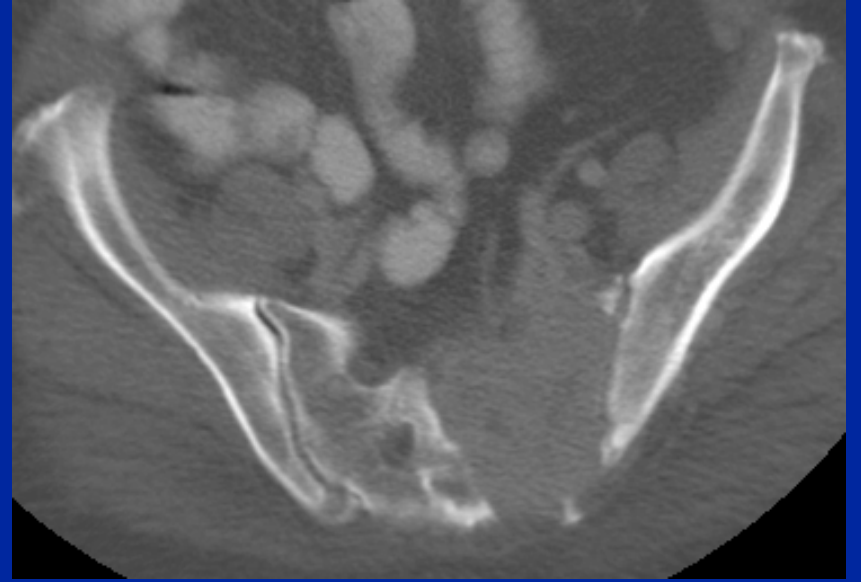
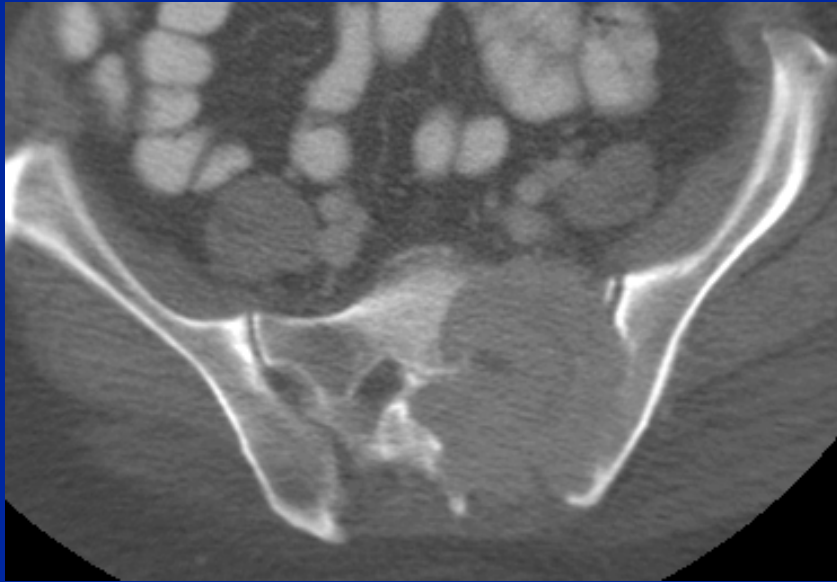
QuickTime™ and a
TIFF (Uncompressed) decompressor
are needed to see this picture.

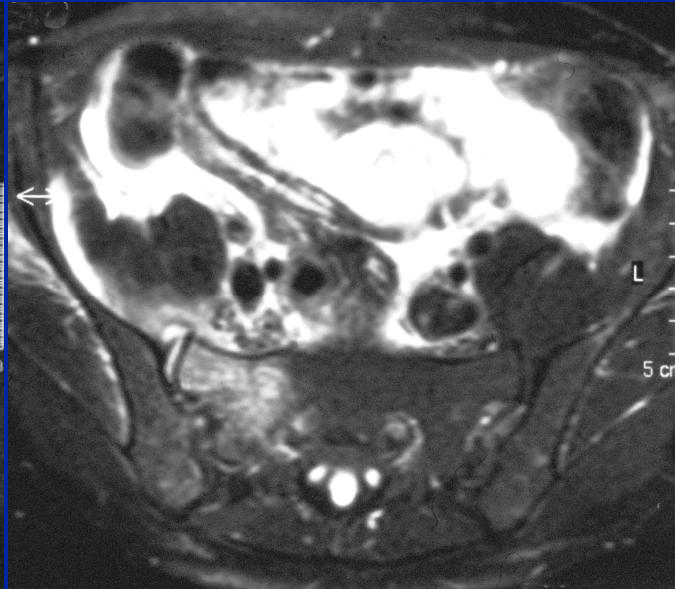
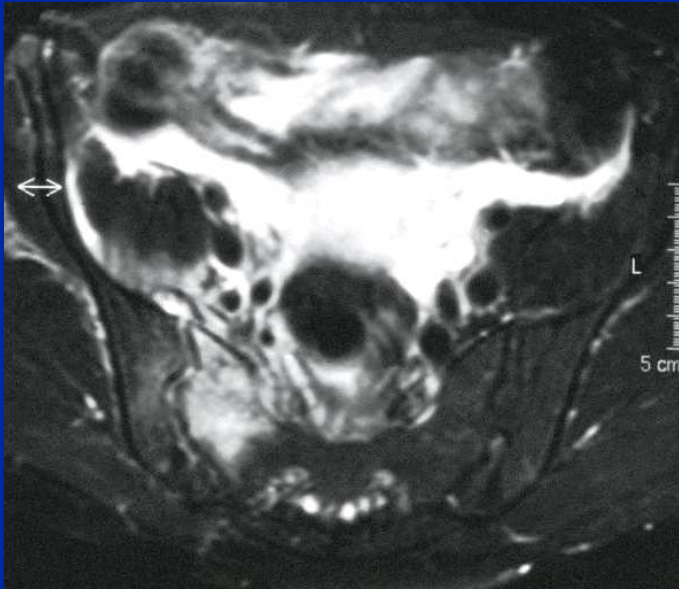


QuickTime™ and a
TIFF (Uncompressed) decompressor
are needed to see this picture.

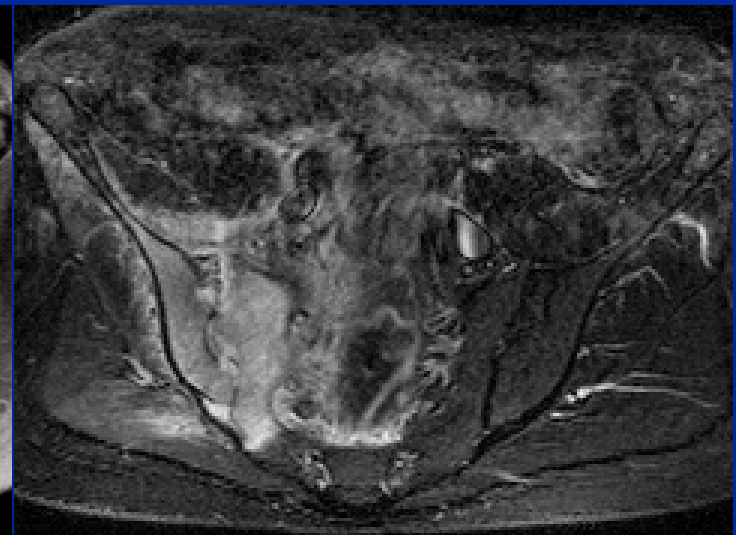
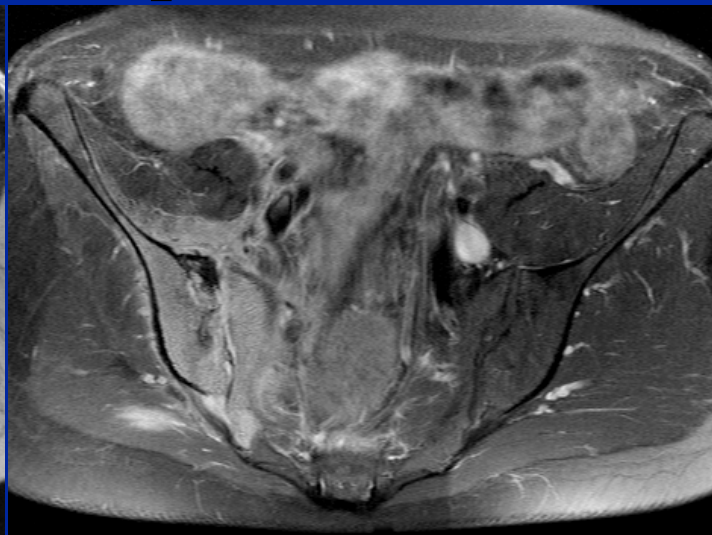
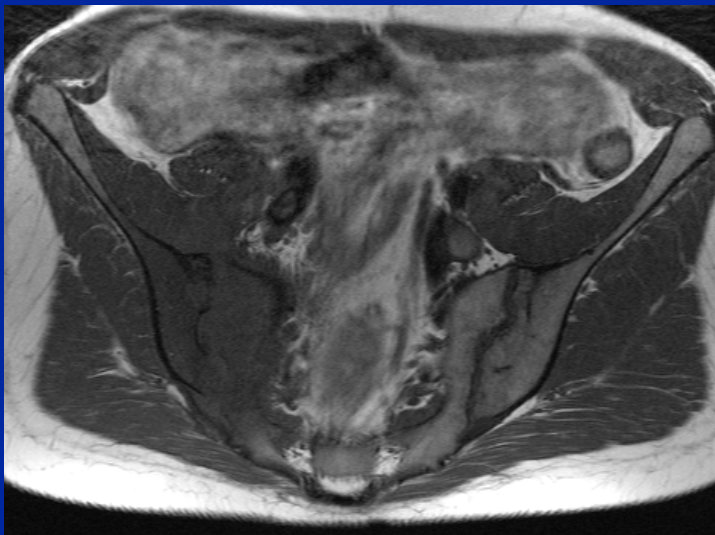
QuickTime™ and a
TIFF (Uncompressed) decompressor
are needed to see this picture.







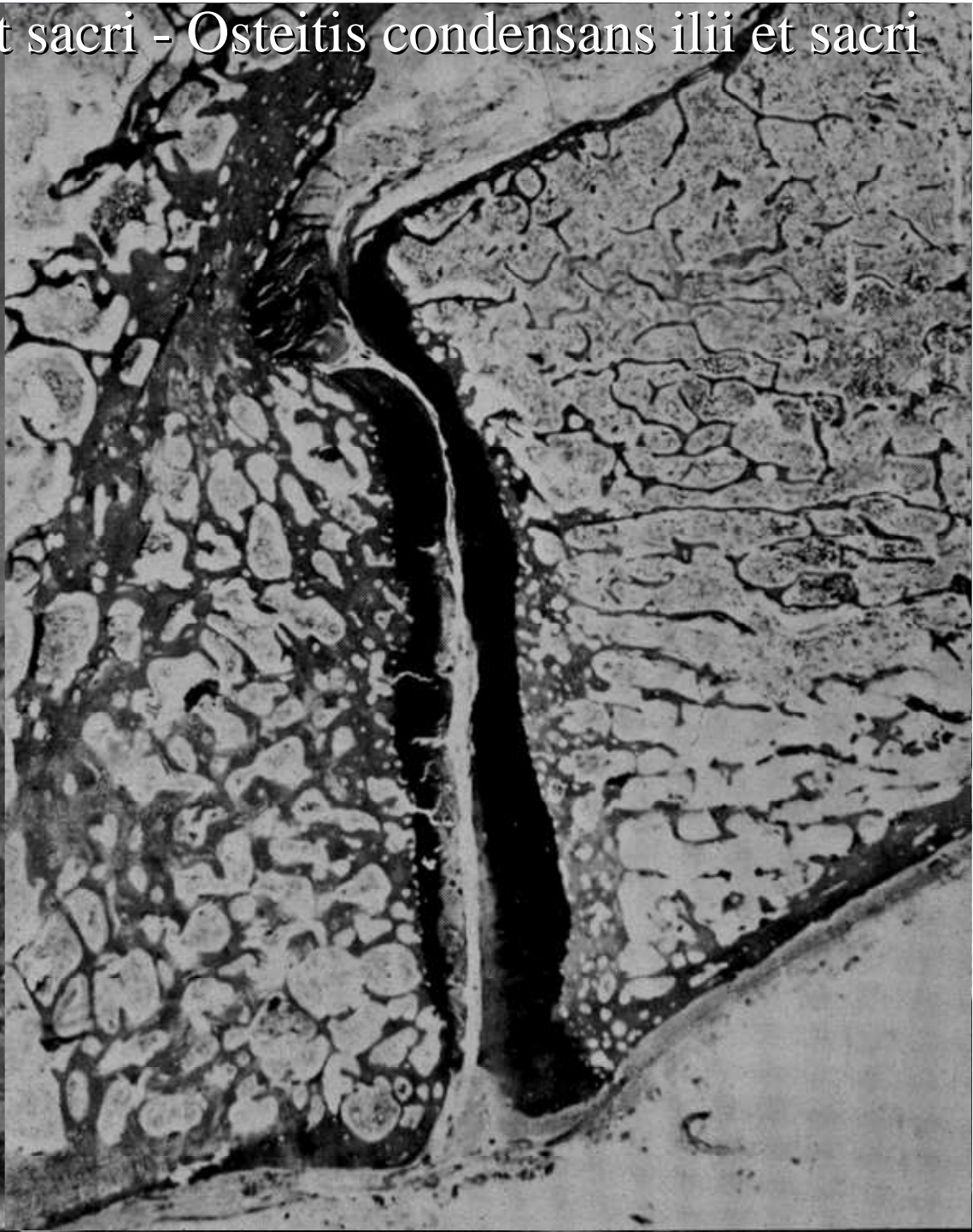
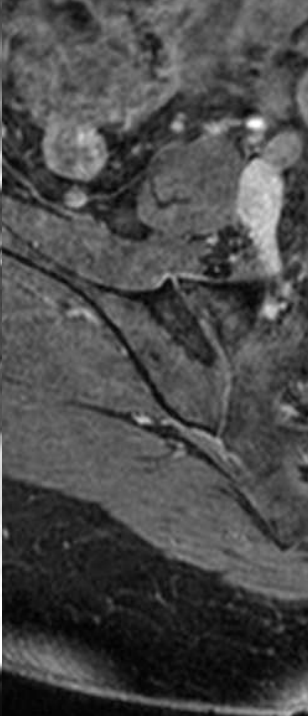
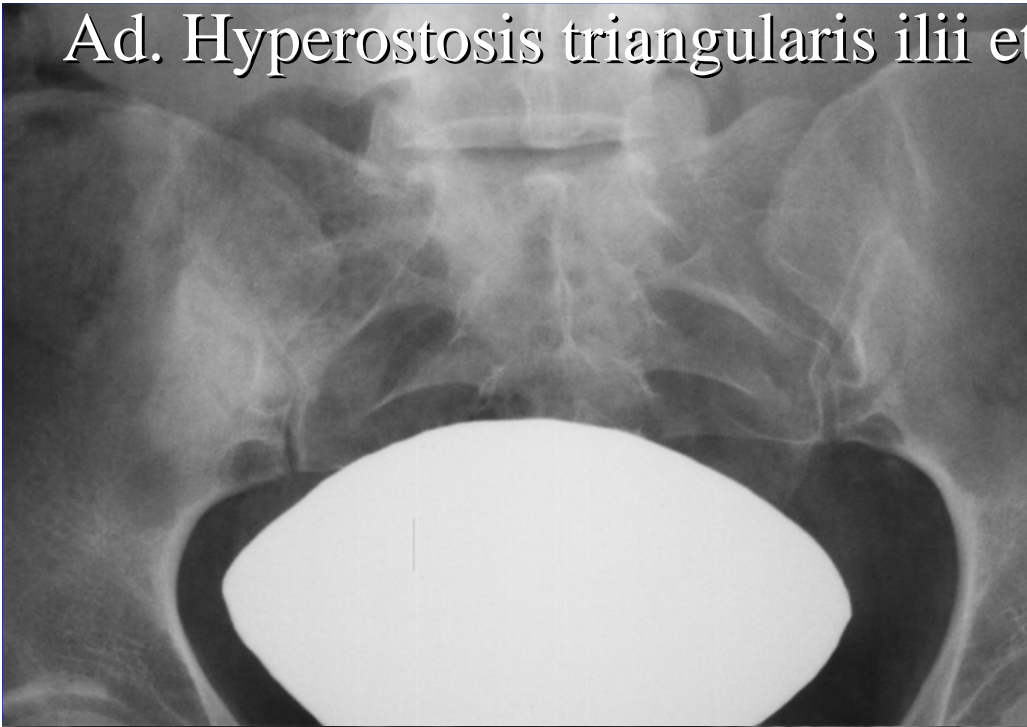
ad. septische Sakroiliitis



Verlaufskontrolle nach 4 Wochen



Ad. Hyperostosis triangularis ilii et sacri - Osteitis condensans ilii et sacri



ad. DISH = disseminated idiopathic skeletal hyperostosis

