

ОСТЕОМИЕЛИТ НА ГАРЕ - РЯДКА ЛОКАЛИЗАЦИЯ (КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ)

Я. Григоров, В. Кожухаров, Д. Бошнаков, А. Гегова, А. Георгиев

Key words: *Atypical osteomyelitis Garre, Diagnostic difficulties, Functional result*

ВЪВЕДЕНИЕ

Склеротичният остеомиелит на Гаре, наречен още „пролиферативен периостит“ е рядко заболяване. Характерен е за детската и ранната юношеска възраст, като се засягат предимно дългите тръбести кости (1) и мандибулата (2,4,5). Предполага се, че инфекцията е причинена от нисковирulentни анаеробни бактерии, макар че има съобщения за изолиране и на *St. Aureus*, дори и за фистулизиране (3). Phemister нарича огнището на инфекция „silent foci“ и приема, че то е зона на затихваща инфекция, която може да бъде реактивирана най-често в резултат на травма. Възможно е патологичният процес да протече по два начина. В първия случай промените започват от костния мозък, като се повишава образуването на съединителна тъкан. Постепенно клетките на съединителната тъкан метаплазират и се превръщат в костни структури, в резултат на което се получава пълна облитерация на медуларния канал. Във втория случай, първи се засяга кортекса, повишава се остеобластната активност, костните ламели задебеляват, намалява диаметърът на медуларния канал, но същият не облитерира напълно, костта е плътна - ебурнеирана. Когато процесът е локализиран в близост до голяма става е възможен траен функционален дефицит или костни деформации. Не са изключени и диагностични затруднения.

Болница „Лозенец“ - гр. София
Медицински Университет – гр. Варна

Osteomyelitis Garre - rarely localization (case report)

Y. Grigorov, V. Kojouharov, D. Boshnakov, A. Gegova, A. Georgiev

*Sclerotic osteomyelitis Garre, named „periostitis proliferativa“ is not common disease. It is typical for childhood and adolescence and usually the long bones of the body and mandibula are affected. Some authors believe the cause of the disease are low grade virulent microorganisms although there are reports for isolation of *St. aureus* from the affected locus even for fistulization. Phemister called the area of the infection „silent foci“ and believes that it is an area of a grow infection which can be reactivated usually after trauma. Pathological changes can start from the marrow or from the cortical part of the bone.*

The aim of the report: To present a case of rarely localization of Sclerotic osteomyelitis Garre from cortical type and pay attention to possibilities of diagnostics and therapeutics mistakes.

Material and method: One case is presented, 19 years old man with osteomyelitis Garre from the cortical type affects the distal part of the left tibia.

Results: The locus of Garre osteomyelitis completely heal. Despite of the close position of osteomyelitis to the ankle joint, the patient is without functional deficit and any bone deformation.

There was not recurrent of the infection. Conclusion: Sclerotic osteomyelitis Garre has various localizations. The exact diagnosis is not easy because of poorly and atypical symptoms and because the laboratory investigations usually are in the normal limit. The histological picture is decisive factor for the diagnosis.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Пациентът - мъж на 19 години (С. М. И., ИЗ - 809) бе приет за първи път в болница „Лозенец“ гр. София, през февруари 2012 г. с оплаквания от оток и постоянна болка, засилваща се вечер в дисталната част на лявата подбедрица, започнала преди около месец. В друга болница бе поставена диагнозата „Остеогенен сарком“ на тибиата и обсъждана възможността за евентуална ампутация. Рентгенографията разкриваше латерално разположена тумороподобна формация в дисталната трета на тибиата (фиг. 1). Лабораторните резултати бяха в нормални стойности.



Фиг. 1. Диагностична рентгенография – наличие на латерално разположена тумороподобна формация в дисталната трета на тибиата, ограничена с вал от склеротична кост, кортексът е незначително издут

Чрез предно-латерален надлъжен достъп се извърши тотална ексцизия

Хистологичната находка потвърди диагнозата „Остеомиелит на Гаре“ (фиг. 3) - разрастнала фиброзна тъкан с оскъдна съдова мрежа, като на границата с нормалната кост се намери слабо изразен мононуклеарен възпалителен инфилтрат и единични хиперимирани синусоидни кръвоносни съдове, както и единични липогрануломи в съседство със структури на медуларния канал.

Следоперативният период протече гладко. Оперираният крайник бе имобилизиран с гипсова шина за 45 дни. Пациентът се придвижваше с помощни средства 2 месеца, след което започна пълно натовар-

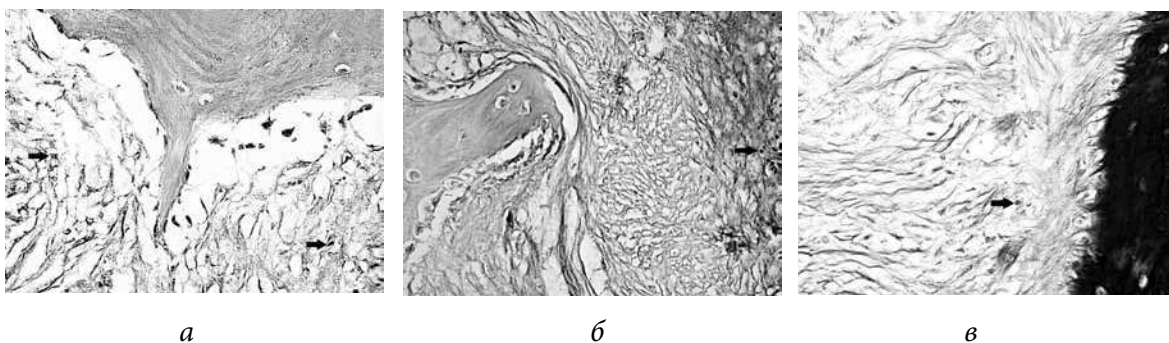


Фиг. 2. Макроскопски изглед на надлъжно

ване на левия долен крайник (фиг. 4, 5).

РЕЗУЛТАТ

Огнището на атипичния остеомиелит на Гаре бе напълно saniрано. Въпреки близостта си до глезенната става, не е от-



Фиг. 3 (а, б, в) - хистологична находка (а, б - оцветяване с хематоксилин – еозин; в - оцветяване по van Gieson за колаген) - Фиброза с оскъден мононуклеарен възпалителен инфилтрат (стрелките).



а

б

Фиг. 4 (а, б). а - ранен следоперативен период; б - след прекратяване на гипсовата имобилизация – 45 дни след операцията.



а

б

Фиг. 5 (а, б) - краен резултат около 2 месеца след операцията.

четен функционален дефицит и деформация на костта. Не е регистриран рецидив.

ДИСКУСИЯ

Склеротичният остеомиелит на Гаре има разнообразна локализация. Обикновено протича с оскъдна, нетипична симптоматика и без промяна в лабораторни-

те показатели, което може да затрудни поставянето на навременна диагноза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За склеротичния остеомиелит на Гаре, който не е често заболяване, трябва да се мисли по-често и да не бъде пренебрегван в диференциалната диагноза. Решаваща за точната диагнозата е типичната хистологична картина.

КНИГОПИС

1. Попкиров Ст. Гнойно-септична хирургия. София, Медицина и физкултура 1984: 197-261.
2. Belli, Evaristo MD, MDS, PhD;
Matteini, Claudio MD, MDS;

Andreano, Tiziana MD. Sclerosing Osteomyelitis of Garre Periostitis Ossificans. *Journal of Craniofacial Surgery: November 2002 - Volume 13 - Issue 6 - pp 765-768.*

3. Gonçalves M, Pinto Oliveira D, Oliveira Oya E, Gonçalves A. Garre's osteomyelitis associated with a fistula: a case report. *J Clin Pediatr Dent.* 2002 Spring;26(3):311-3.
4. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease (8th ed.), Saunders, Philadelphia, 2010, 1221-1223.
5. Suma R, Vinay C, Shashikanth MC, Subba Reddy VV. Garre's sclerosing osteomyelitis. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2007;25 Suppl:S30-3.

Адрес за кореспонденция:

д-р Явор Г. Григоров, д.м
София - 1407 1407 Sofia - Bulgaria
ул. „Козяк” 1 Kozyak str. 1
тел. 00359 888 004 954
00359 2 960 7586
e-mail: yavorgrigorov@yahoo.com