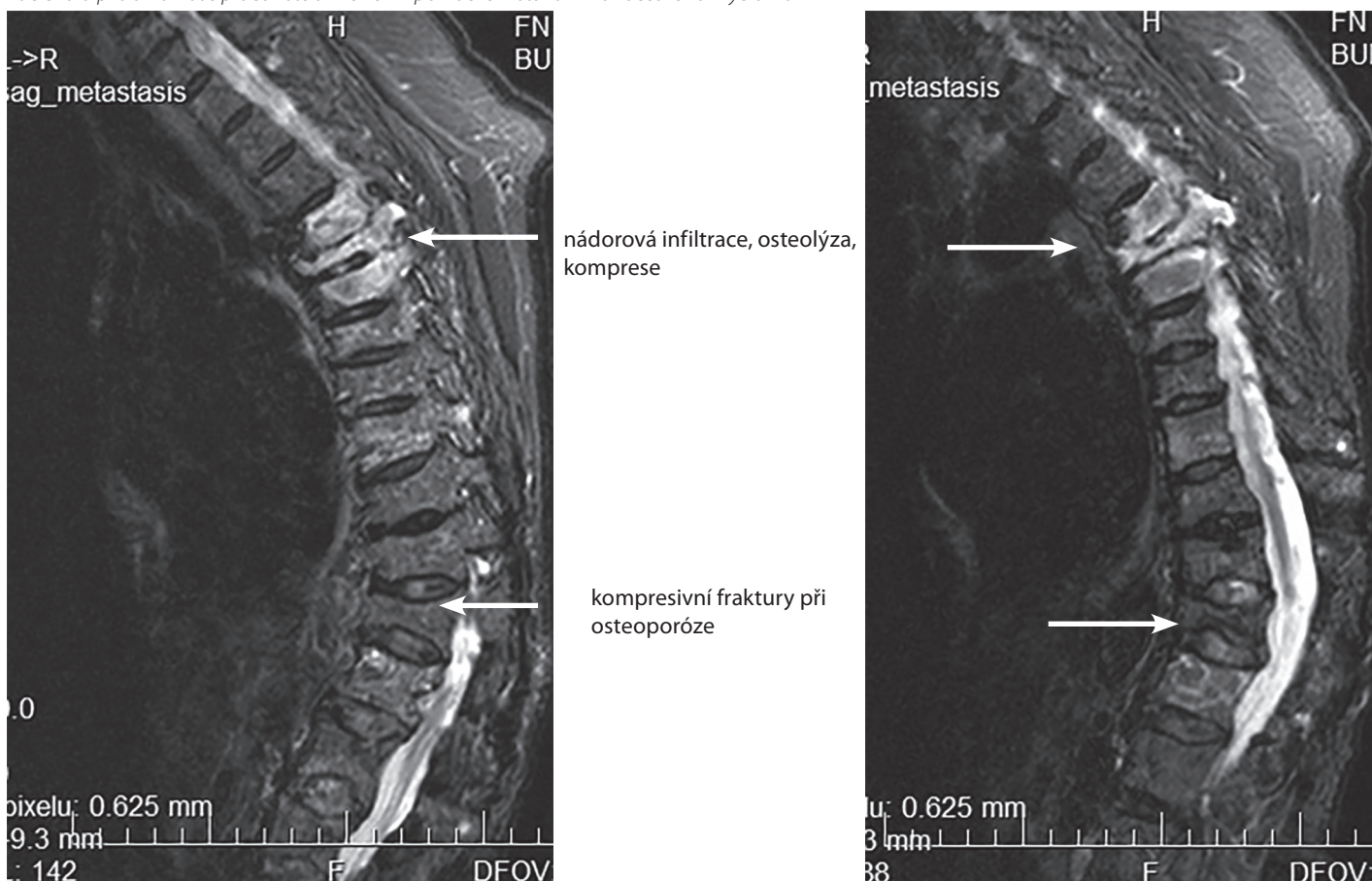


Obr. 2.5 Vstupní MR zobrazení páteře u pacientky dlouhodobě vedené s diagnózou primární osteoporózy, aniž by byla odhalena pravá příčina osteoporózy a bolestí kostí. Při vstupním vyšetření jsou na MR viditelné velmi četné komprese a šipky označují i místa patologické infiltrace detekovatelné při MR zobrazení. Pacientka přišla na naše pracoviště až ve velmi pokročilém stavu mnohočetného myelomu



Proto by lékaři v osteologických ambulancích neměli udělat žádnou diagnózu primární osteoporózy, aniž by provedli skríninková vyšetření MM, tedy vyšetření M-Ig, FLC a imunoglobulinů a buď potvrdili, nebo nepotvrdili mnohočetný myelom. Záměrně nepoužíváme slovo vyloučili, proto něco vyloučit je vždy podstatně složitější než něco nepotvrdit.

Osteoporóza může být projevem MM, je způsobena difúzní infiltrací kostní dřene myelomovými buňkami, zatímco ložisková osteolýza je způsobena akumulací myelomových buněk v jednom místě. Obvykle mají pacienti kombinaci ložiskové osteolýzy a difúzní osteoporózy, ale je možné setkat se s MM pacienty, u nichž se kostní nemoc projeví pouze difúzní osteoporózou, jak na to již před lety upozorňoval Pika (54). Takže na stanovení dg primární osteoporózy nestačí jen průkaz snížené kostní denzity metodou denzitometrie, ale na tento nález musí navázat pečlivé vyloučení maligní příčiny této osteoporózy v osteologických ambulancích, jak osteologům přikazují jejich doporučení z roku 2020 vypracované Paličkou et al. (55, 56). Pokud

osteologové toto doporučení nerespektují, může dojít k situaci, že pacientku s mnohočetným myelomem léta léčí pro osteoporózu, aniž by rozpoznali, že tato forma osteoporózy má kořeny v mnohočetném myelomu, jak ilustruje obr. 2.5. Pacientka s uvedeným obrazem páteře byla mnoho let pro bolesti páteře léčena s falešnou diagnózou primární osteoporózy a na naše pracoviště se dostala opravdu s těžkým poškozením páteře, prakticky pro bolesti již nechodící.

4.4.11 Bolesti kostí vzniklé v souvislosti s léčbou bisfosfonáty

V průběhu léčby MM poté při nové informaci o bolesti třeba myslet na léky podmíněné komplikace, osteonekrózu čelisti a atypické fraktury (57, 58).

4.4.12 Dle zodpovězení výše uvedených otázek je poté nutno zvolit vhodné zobrazovací vyšetření

Když bolí nějaká kostní struktura je nej-dostupnějším vyšetřením rentgenový snímek.

Pokud je v kosti osteolytické ložisko, tak jednak záleží na jeho velikosti, malá ložiska na rentgenovém snímku nemusí být vidět. A ještě je nutno si uvědomit, že na některých částech skeletu jsou osteolytická ložiska vidět lépe (například v kostech končetin), zatímco osteolytické změny kostních struktur v objemnějších částech těla nemusí být dobře čitelné. Uvádí se, že třeba osteolytická ložiska na lopatce, na sternu, ale i v pánvi či žebrech jsou podstatně hůře identifikovatelná než ložiska ve stehenní kosti. Proto je při suspektní anamnéze vhodné použít senzitivnější vyšetření, než je klasický snímek skeletu. Dnes je již běžně dostupné celotělové low dose CT skeletu, které detekuje osteolytická ložiska citlivěji než rentgenové snímky. Případně je možné s cílem detekce suspektních ložisek použít CT či MR zobrazení.

4.4.13 Nové bolesti skeletu u pacienta s MGUS – příklad ze života

Uvedeme jeden edukační příklad. Jeden náš pacient s MGUS k nám chodil léta na kontrolu a byl dlouho stabilní bez prokázané