

Knochensarkoidose

Leopold Ringl, Zagralioglu Oguzhan, Stefan Bölter

Radiologische Abteilung, Spital Bülach

Ein 44 Jahre alter Mann stellte sich zur Magnetresonanztomographie (MRT) der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenkes bei lumboradikulären Schmerzen und Fussheberparese rechts vor. Vorbestehend war eine Sarkoidose Stadium II mit bis zu diesem Zeitpunkt ausschliesslichem Befall der Lunge bekannt (Abb. 1 )

In der MRT der Lumbalwirbelsäule zeigte sich eine Diskushernie im Segment L4/5 rechts. Im angeschnittenen Beckenskelett liessen sich in den flüssigkeitssensitiven Sequenzen multiple hyperintense Läsionen unterschiedlicher Grösse darstellen (Abb. 2 )

Daraufhin wurden ergänzende Sequenzen vom Becken durchgeführt mit zusätzlicher Gabe von i.v. Kontrastmittel. Die Läsionen konnten in diesen ergänzenden Sequenzen verifiziert werden, und es zeigten sich multipelste, teilweise gruppierte Herde im Beckenskelett mit mässigem Kontrastmittelenhancement. Die Iliosakralgelenke waren unauffällig, ohne Zeichen einer arthritistypischen Veränderung. Bei bereits vorbestehender Sarkoidosemanifestation in der Lunge wurde die radiologische Verdachtsdiagnose einer Knochensarkoidose gestellt und die Differenzialdiagnose Metastasen als eher unwahrscheinlich kommuniziert. Nach einer ergänzenden Galliumszintigraphie mit unklarem Befund wurde eine Knochenstanzbiopsie durchgeführt. Histologisch zeigten sich epitheloid-riesenzellige Granulome, welche mit einer ossären Manifestation der bekannten Sarkoidose vereinbar waren.

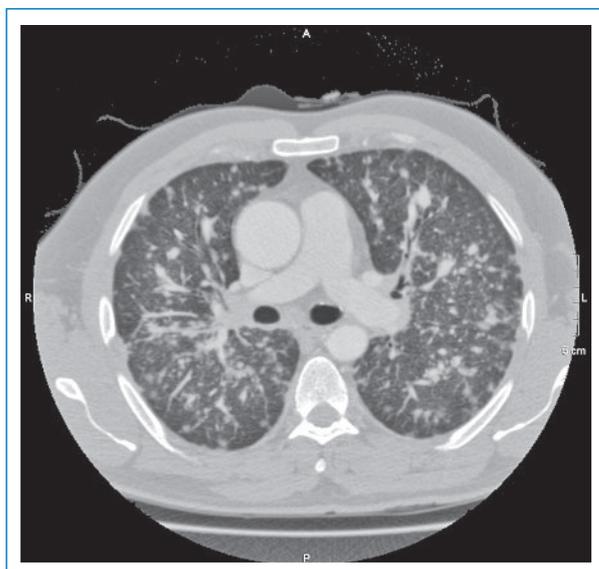


Abbildung 1

Pulmonale Sarkoidose Stadium II im Thorax-CT mit beidseitigem retikulonodulärem Infiltrat.

Die Sarkoidose ist eine Multisystemerkrankung unbekannter Ätiologie, die alle Organe des Körpers betreffen kann. Häufigstes Manifestationsorgan ist die Lunge. Das knöcherne Skelett ist mit etwa 5% (1%–13%) der Sarkoidosefälle relativ selten involviert, und dann sind meistens die Handknochen betroffen [1]. Die befallenen Organe zeigen im aktiven Krankheitsstadium eine nicht nekrotisierende granulomatöse Entzündung [2]. Die Diagnose wird unter Einbeziehung von Klinik, radiologischem Befund und Histopathologie gestellt. Die Knochensarkoidose kann zu Schmerzen und Weichteilschwellung führen.

Die Realisierung dieses Artikels war dank der freundlichen Unterstützung von Herrn Dr. Bruno Senn (Leitender Arzt Medizin, Spital Bülach) und dem Zuweiser Dr. Hans-Ulrich Zuberbühler (FMH allg. Medizin) möglich, die uns die klinischen Informationen zur Verfügung gestellt haben.



Abbildung 2

Flüssigkeitssensitive paracoronale STIR-Sequenz auf Höhe des Sakrums mit multiplen hyperintensiven Läsionen (Pfeile).

Korrespondenz:

Dr. med. Leopold Ringl
Spital Bülach, Abteilung Radiologie
Spitalstrasse 24
CH-8180 Bülach
leopold.ringl@spitalbuelach.ch

Literatur

- 1 Talmi D, Smith S, Mulligan ME. Central skeletal sarcoidosis mimicking metastatic disease. *Skeletal Radiol.* 2008 Aug;37(8):757–61.
- 2 Zissel G, Prasse A, Müller-Quernheim J. Sarcoidosis – immunopathogenic concepts. *Semin Respir Crit Care Med.* 2007 Feb;28(1):3–14. Review.