

Ristluu stressimurd raseduse ajal

Ivan Maiorov – TÜ Kliinikumi radioloogikliinik

30 aasta vanune naine saadeti sünnitusosakonnast neuroloogi konsultatsioonile. Patsient kaebas alaseljas ja vasakus tuharas süvenevat valu, mis ägenes liigutamisel ja jalale toetades. Kõndides kasutas patsient karke. Kaks päeva tagasi oli patsient sünnitanud ilma vahetute komplikatsioonideta. Sünnituse valutustamiseks oli kasutatud epiduraalanesteesiat. Patsiendi sõnul algas valu umbes kaks nädalat enne sünnitust ja süvenes progresseeruvalt. Traumat patsient eitas.

Neuroloog diagnoosis istmikunärvipõletikku. Raviks määrati ibuprofeen annuses 600 mg ja paratsetamool annuses 1000 mg iga 6 tunni järel. Patsiendi sõnul oli valuravi peaaegu ilma mõjuta.

Patsiendi anamneesis oli juveniilne artriit ja anküloseeriv spondüliit. Patsiendi sõnul tema krooniliste haiguste ägenemisel esinevad sümptomid erinesid nüüd tekkinud valust.

Spinaalstenooosi ja/või närvijuure pitsumise kahtluse tõttu tehti alaselja magnet-

resonantstomograafiline (MRT) uuring. MRT-uuringul olulist spinaalstenooosi ega lülivaheketaste muutusi ei ilmnunud, kuid ristluu vasakus tiivas oli jälgitav stressimurd väljendunud tursetsooniga (vt foto 1).

ARUTELU

Alaselja ja ristluu piirkonna valu on sageli esinev kaebus raseduse viimasel trimestril ja sünnitusjärgsel perioodil. Sageli käsitletakse seda probleemi ebaolulisena ja peetakse seotuks tavalise mehaanilise koormusega vaagnaluudele.

Ristluu stressimurd on väga harva esinev alaselja valu põhjus. Selle kindlat esinemisagedust on raske välja tuua, sest rasedate uurimine radioloogiliste meetoditega on raskendatud kiirguskoormuse ja muude piirangute tõttu. Tõenäoliselt jääb osa stressimurde diagnoosimata. Ravimata jäänud valu süveneb tavaliselt sünnitusjärgsel perioodil ja võib viia sekundaarsete pikaajaliste kõnni- ja tasakaaluprobleemide tekkeni.

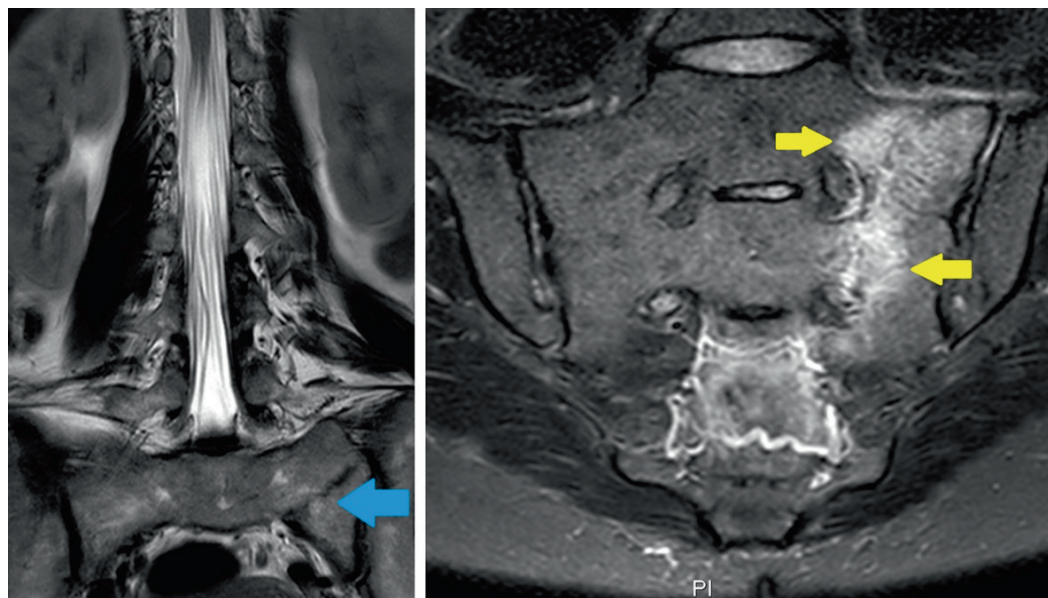


Foto 1. Magnetresonantstomograafiline natiivuuring. T2- ja STIR-koronaartasapinnas kujutisel vasakul ristluu tiivas S1 kuni S3 lüliskehade tasemel on põikisuunaline hüpointensiivne (sinine nool) murrujoon ja selle ümber ulatuslik luuturse (kollased nooled). Leid sobib väsimusmurruks.

Ristluu stressimurrud jaotatakse kaheks tüübiks: puudulikkusmurrud ja väsimusmurrud. Puudulikkusmurrud tekivad tavalise koormuse puhul patoloogilise struktuuriga luudes. Tavaliselt on need murrud seotud osteoporoosiga ja neid on rohkem näha vanematel patsientidel. Puudulikkusmurrude riskitegurite hulka kuuluvad ka reumatoidartriit, Pageti tõbi, osteomaalaasia ja diabeet. Väsimusmurrud tekivad suurenenud koormuse puhul normaalse struktuuriga luudes. Ristluu väsimusmurrud tekivad tavaliselt noortel naistel, eriti pikamaajooksjatel, sõduritel ja lumbosakraalse artrodeesiga patsientidel.

Kindel ristluu stressimurdude tekkepõhjus raseduse ajal pole seni teada. Põhihüpoteesiks on rasedusega seotud osteoporoos. Rasedusaegne prolaktiini ja progesterooni sisalduse suurenemine kombinatsioonis kasvanud kaltsiumivajadusega võib viia rasedusega seotud osteoporoosi kujunemiseni. Peale ristluu stressimurdude suurendab rasedusega seotud osteoporoos lülilihade ja reieluukaela murru riski.

Ristluu stressimurru sümptomaatika on mittespetsiifiline. Kliiniliselt esineb kubeme, tuhara või lumbosakraalse piirkonna valu ilma radikulaarse komponendita. Valu süveneb liikumisel ja taandub rahuolekus. Objektiivsel vaatlusel esineb palpatoorne valu ristluu piirkonnas ja neuroloogiline staatus on normipärane.

Diagnoosimise kuldstandardiks on MRT-uuring ristluu piirkonnast koos vähemalt ühe tasapinna STIR-sekvenssiga luuturse tuvastamiseks. MRT-uuringu suur eelis on ioniseeriva kiirguse puudumine ning kõrge tundlikkus ja spetsiifilisus. Lisaks ristluu stressimurrule võimaldab MRT-uuring

väljastada teisi võimalikke valu põhjusi, nagu spinaalstenoos, närvijuurte kompressioon, lumbosakraalse piirkonna infektsioonid ja põletikud. Kompuutertomograafiline (KT) uuring on samuti väga tundlik ja spetsiifiline luumuutuste uuring, kuid suure kiirguskoormuse tõttu ei ole soovitatav seda raseduse ajal teha.

Röntgeni tühiülesvõtte ei ole sageli informatiivne, sellega kaasneb kiirguskoormus ning leid on mittespetsiifiline, tihti on selle tõlgendamine raskendatud rohkete röntgenivarjude summatsioonide tõttu.

Ravi on konservatiivne: valuvaigistid, rahu ja abivahendite kasutamine. Tavaliselt toimivad valuvaigistid patsientidele hästi, kuid nende kasutamisel raseduse ajal tuleb silmas pidada vastunäidustusi ja ravimite koostoimeid. Tugeva valu puhul kasutatakse ka morfiini ja/või epiduraalset anesteesiati.

Patsiendi aktiivsus peab olema piiratud, kuni äge valu on kontrolli all ja keharaskuse kandmine talutav. Varane patsiendi mobiiliseerimine stimuleerib osteoblastide aktiivsust, mis omakorda kiirendab patsiendi paranemist ja vähendab sekundaarsete komplikatsioonide tekkeriski. Patsientide paranemise aeg varieerub 4–12 nädalani.

KIRJANDUS

1. Yun KY, Han SE, Kim SC, Joo JK, Lee KS. Pregnancy-related osteoporosis and spinal fractures. *Obstet Gynecol Sci* 2017;60:133–7.
2. Verma R, Singh JP. Magnetic resonance imaging in stress fractures: making a correct diagnosis. *Indian J Musculoskelet Radiol* 2022, doi: 10.25259/IJMSR_18_2020.
3. Goei A, Baba Y. Sacral insufficiency fracture. Reference article, *Radiopaedia.org*. Accessed on 18 Mar 2022. <https://radiopaedia.org/articles/sacral-insufficiency-fracture-1>.
4. Pishnamaz M, Sellei R, Pfeifer R, Lichte P, Pape HC, Kobbe P. Low back pain during pregnancy caused by a sacral stress fracture: a case report. *J Med Case Rep* 2012;6:98.
5. Deschamps Perdomo A, Tome-Bermejo F, Piñera AR, Alvarez L. Misdiagnosis of sacral stress fracture: an underestimated cause of low back pain in pregnancy? *2015;16:60–4*.