

نمونه ۱:

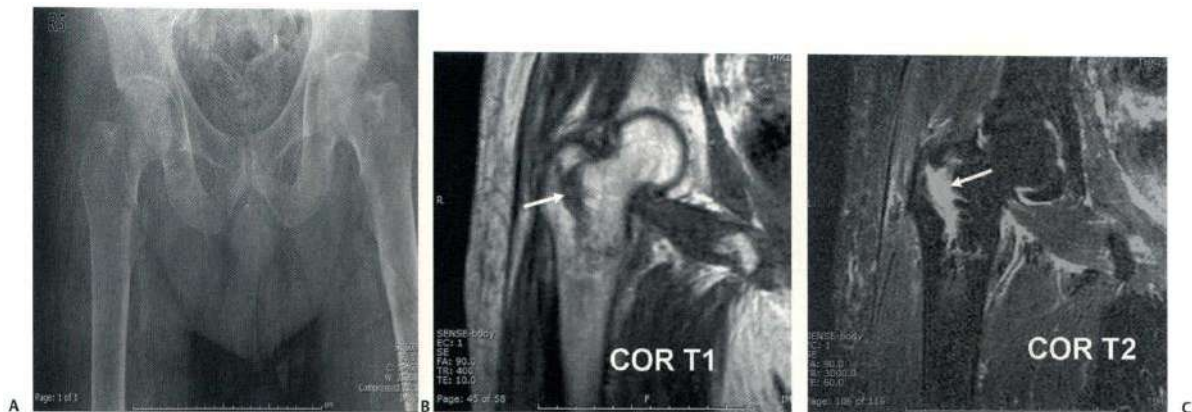


ارائه بالینی: یک خانم مسن که تجربه ی افتادن را دارد و توانایی تحمل وزن روی لگن سمت راست را ندارد.

بررسی بیشتر:



یافته های تصویری:



(A) تصویر رادیوگرافی از لگن ها ، شریان های کلسیفه شده و کاهش دانسیته ی استخوانی را نشان می دهد. هیچ گونه دفورمیتی استخوانی دیده نمی شود. (B,C) ام آر آی کرونال یک تمرکز سیگنالی نامنظم را در تصاویر فاز T1 و یک دفورمیتی در تصاویر با شدت سیگنال بالا در تصاویر با فاز T2 (بردارها) به صورت ناقص در طول ناحیه ی بین تروکانتریک (Intertrochantric) دیده می شود.

تشخیص افتراقی:

- (Non displaced incomplete intertrochantric fracture): اطلاعات داده شده از بیمار و جهت و مکان آسیب در تصاویر ام آر آی به این تشخیص نزدیک است.
- (Insufficiency fracture): تاریخچه ی بیمار شامل سقوط و مکان بین تروکانتریک از ویژگی های این تشخیص نیستند. شکستگی های ناکافی مربوط به گردن فمور می باشند.
- (Metastasis): نبود حجم تکه تکه در آزمایش ریخت شناسی باعث شده است که این تشخیص از متاستاز به دور باشد.

حقایق ضروری:

- شکستگی های گردن فمور و لگن و ناحیه ی تروکانتریک به صورت ناقص و بدون جابه جایی همراه با سقوط در حالت ایستاده در زنان مسن همراه با پوکی استخوان غیر رایج نیستند.
- نتیجه ی این شکستگی ها ، اگر قطعات شکسته جابجا نشده باشند ، در نهایت مثبت است.
- اگر این شکستگی ها به صورت نرمال قویا مشکوک هستند ، در حالی که در ارزیابی های کلینیکی در شرایط و یافته های رادیوگرافی نرمال هستند ، ام آر آی ضروری است.

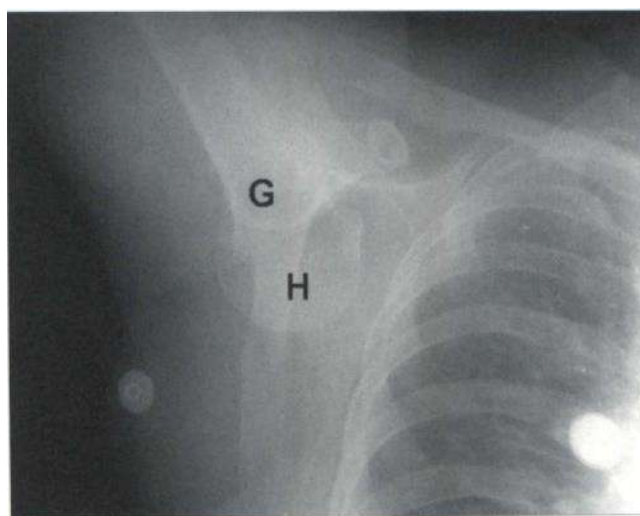
نکات صحیح و غلط:

- ✓ در بیماری با پوکی استخوان خفیف همراه با یافته های کاملا نرمال در تصاویر رادیولوژی و تصاویر محدود شده در فاز T1,T2 در ام آر آی ، اگر به شکستگی لگن قویا مشکوک باشد ، احتمالا می تواند به یک شکستگی محدود شود. یافته های ویژه از یک شکستگی در ام آر آی به نامنظمی هایی در تصاویر با شدت سیگنال بالا در T2 و شدت سیگنال پایین در T1 محدود می شود.
- ✗ گاهی نتایج فاز T2 ممکن است ، به اندازه ی کافی یک شکستگی را توصیف نکند ، که به علت احاطه شدن شکستگی توسط ادم یا کوفتگی است.



ارائه بالینی: بیمار در حین اسب سواری دچار آسیب شده است.

یافته های تصویری:



نمای فرونتال از تصویر رادیوگرافی دررفتگی روبرو پایین هومروس (H) مربوط به ناحیه ی گلوئوئید (G) همراه با انجام حرکت های پیرابداکشن را نشان می دهد.

تشخیص افتراقی:

- (Luxatio erecta): دررفتگی قائم هومروس ، در رفتگی رو به پایین شانه است ، همراه با حرکت رو به پایین سطح بالایی هومروس ، که ارتباطی با گلوئوئید فوسا ندارد.
- (Anterior subcoracoid dislocation): در رده ی دوم رایج ترین نوع دررفتگی رو به جلو شانه این دررفتگی است . در این نوع دررفتگی سطح بالایی سر هومروس به سمت پایین و اندکی رو به جلو به سمت گلوئوئید فوسا قرار می گیرد ، در حالی که شانه یا هومروس اداکت شده است.

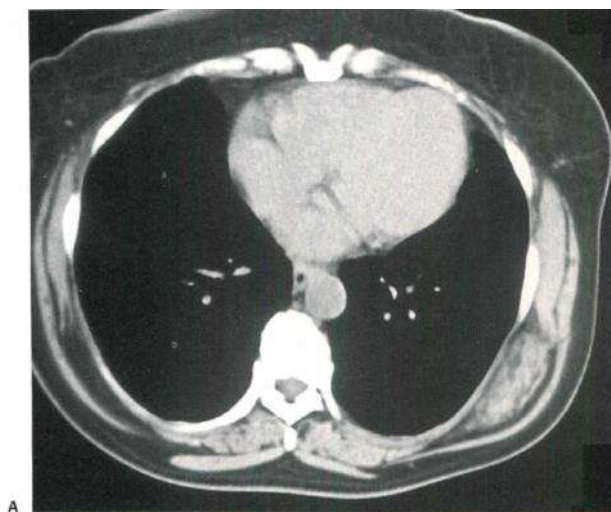
حقایق ضروری:

- دررفتگی مفصل هومروس به صورت قائم یک آسیبی است که به ندرت رخ می دهد و در اثر ورود یک نیروی آگزیال در هنگام اکستنت بازو و بدلیل یک نیروی مستقیم رو به بالا به سر هومروس ایجاد می شود.
- در نتیجه بازو بالای سر ثابت می شود. آسیب کپسول مفصلی پایینی و جراحات نرو ماسکولار نیز می تواند اتفاق بیافتد.
- شکستگی های زائده کوراکوئید ، اکرومیون ، گلنوئید فوسای پایینی و سر هومروس نیز می تواند ایجاد شود.

نکات صحیح و غلط:

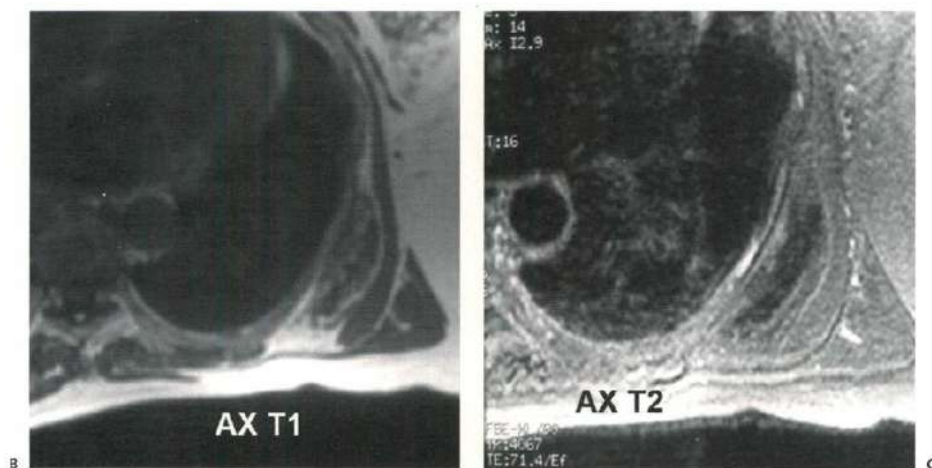
- ✓ بیماران با این جراحی یکسری شواهد بالینی منحصر به فرد را دارند. ساعد به صورت پرونیته شده و در حالت استراحت می رود. تنه ی استخوان هومروس موازی با سطح ترقوه ای ستون فقرات در تصاویر رادیوگرافی فرونتال قرار می گیرد.
- * این جراحی ممکن است ، با دررفتگی جلویی ساب گلنوئید اشتباه گرفته شود.

نمونه ۳:

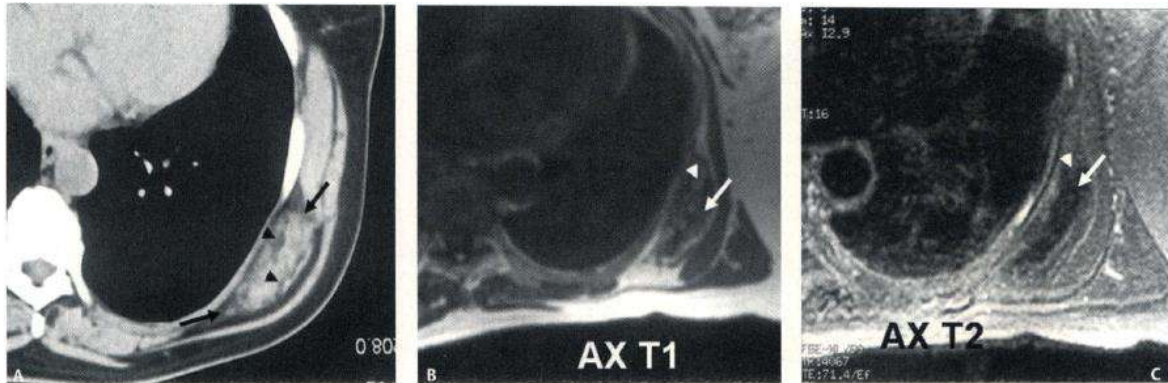


ارائه بالینی: بیمار یک زن ۶۵ ساله همراه با یک تاریخچه دراز مدت از یک حجم پشتی در سمت چپ است.

بررسی بیشتر:



یافته های تصویری:



(A) یک اسکن ریخت شناسی بدون کنتراست از قفسه سینه ، یک حجم در ناحیه ی بالایی سمت چپ دیواره ی قفسه ی سینه همراه با افزایش شدت عضلانی (بردار بلند) و منافذ زیرین همراه با دانسیته ی چربی (سر بردارها) را نشان می دهد. (B,C) ام آر آی اگزیتال در میان این حجم ، یک بخش غالب همراه با شدت سیگنال پایین (بردار دراز) همراه با نواحی با سیگنال چربی مانند را نشان می دهد. (سر بردارها)

تشخیص افتراقی:

- (Elastofibroma): سن بیمار ، مکان تحت ترقوه ای قفسه سینه و ویژگی های ام آر آی با سیگنال پایین همگی نشانه هایی برای تشخیص این بیماری است.
- (Neurofibroma): ویژگی سیگنال ام آر آی از یک علامت مهم و ریخت شناسی مخروطی در این بیماران وجود ندارند.
- (Lipoma): اگرچه نواحی از چربی در این بیماری نیز هست ، اما مکان و ویژگی های سیگنال در بیماری الاستوفیبروما بسیار متداول تر است.

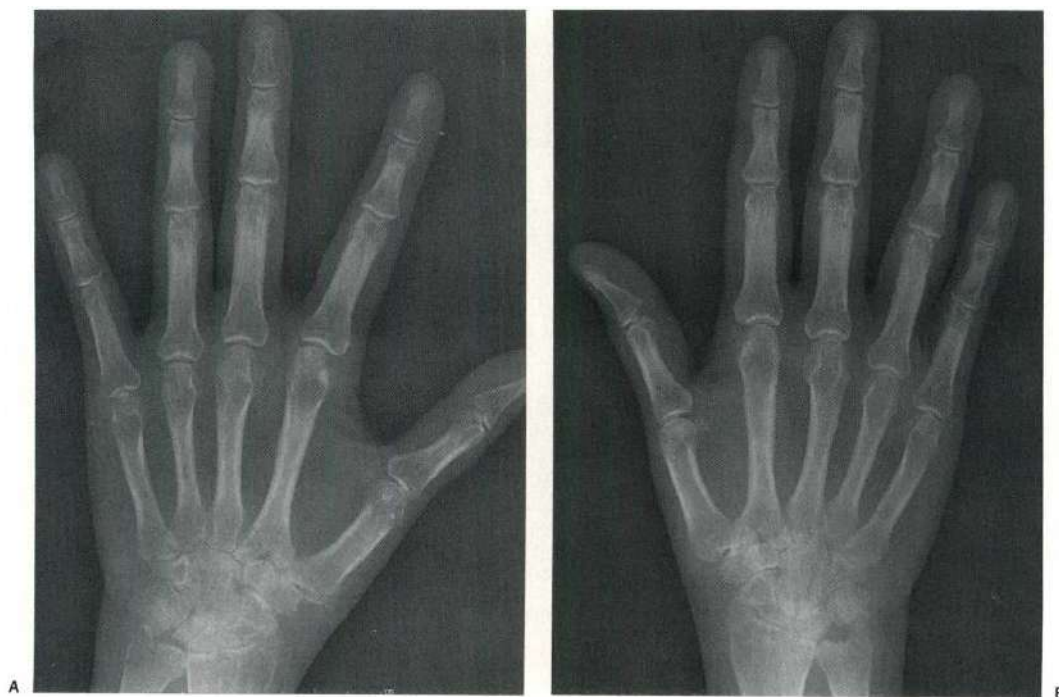
حقایق ضروری:

- بیماری الاستومر فیبروما یک تومور کاذب فیبروزی ، تخریب کننده و واکنش گراست ، که همراه با ته نشین شدن مقدار فراوانی کلاژن و همراه با ویژگی های مناسب برای تشخیص در ام آر آی است. نتایج این بیماری سوزشهای مکانیکی است و معمولا بیماران ۵۵ سال یا مسن تر دچار سختی و درد می شوند.

نکات صحیح و غلط:

- ✓ الاستومر فیبروما در بافت پیوندی بین دیواره ی پشتی قفسه ی سینه و لبه ی میانی پایینی ترقوه بسیار متداول است ، که همراه با نشانه هایی از رشد آرام توده (حجم) است. در ۲۵٪ موارد به صورت دو طرفه نمود می کند.
- ✗ اگرچه این روند آغازین است ، بیماری ممکن است ، افزایش نشت ذرات کوچک را در ریخت شناسی نشان دهد.

نمونه ۴:



ارائه بالینی: یک زن ۵۰ ساله همراه با درد مفصلی چندگانه (Polyarthragia) مراجعه کرده است.

یافته های تصویری:



(A,B) رادیوگرافی فرونتال از دستها ، پوکی استخوان تحت مفصلی دو طرفه ای را نشان می دهد. (بردارهای نازک) این رادیوگرافی فقدان مفصلی در طول مفصلهای مچ دست (بردارهای ضخیم) و نبود استوفیت را نیز نمایاگر است.

تشخیص افتراقی:

- (Rheumatoid Arthritis) (RA): جنسیت مونث ، شیوع دوطرفه همراه پوکی استخوان تحت مفصلی و نبود فضای مفصلی از ویژگی های روماتیسم التهابی مفاصل است.

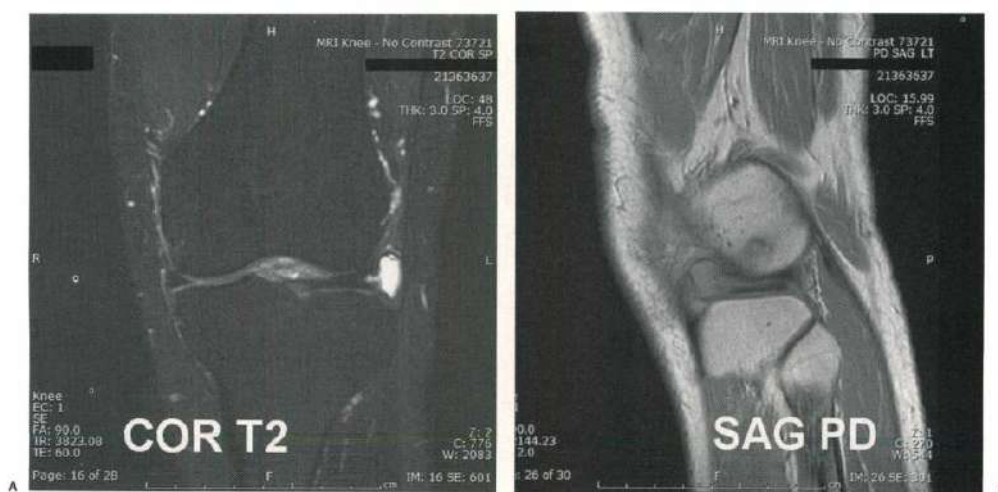
- (Osteoarthritis): وجود پوکی استخوان به صورت قرینه و عدم کاهش فضای مفصلی در مچ دست بدون وجود استوفیت همگی از علائمی هستند ، که با التهاب استخوانی مفاصل تطبیق ندارند.
- (Psoriatic Arthritis): قرینه بودن و شیوع یافته های بالینی بدون وجود بیماری پسیوریازیس همگی دلایلی بر رد بیماری التهاب مفصلی مربوط به پسیوریازیس است.

حقایق ضروری:

- RA یک بیماری با درگیری چندین مفصلی ، سیستمیک و مزمن است ، که غالباً شامل بافت سینوئیل و مفاصل در یک عارضه ی سیستماتیک می باشد.
- فاکتور حرکت کننده ی روماتوئید با غشاهای سینوئیل واکنش می دهند ، در نتیجه ی آن واکنشهای التهابی برای تغییرات بیماری های مفصلی ، تحلیل های تحت مفصلی ، درفتگی ها ، فقدان فضای مفصلی ، پوکی استخوان و آماس بافت نرم است.
- RA ۵/۰ تا ۱٪ از جمعیت جهان را تحت تاثیر قرار می دهد. زنان غالباً نسبت به مردان بیشتر تحت تاثیر قرار می گیرند.
- بیماران غالباً ۳۰ تا ۶۰ ساله هستند.
- درگیری قرینه ی دستها و مچ ها رایج است.
- فقدان پهن شدگی کمپارتمان فضای مفصلی مچ دست مربوط می شود ، به التهاب سینوئیل و ممکن است عدم درگیری انگشتان دیده شود.
- سائیدگی های استیلوئید اولنار و متاکارپال فالنژیال (MCP) و سائیدگی اینترفالنژیال پروگزیمال (PIP) همراه با عدم فقدان فضای مفصلی معمول می باشد.

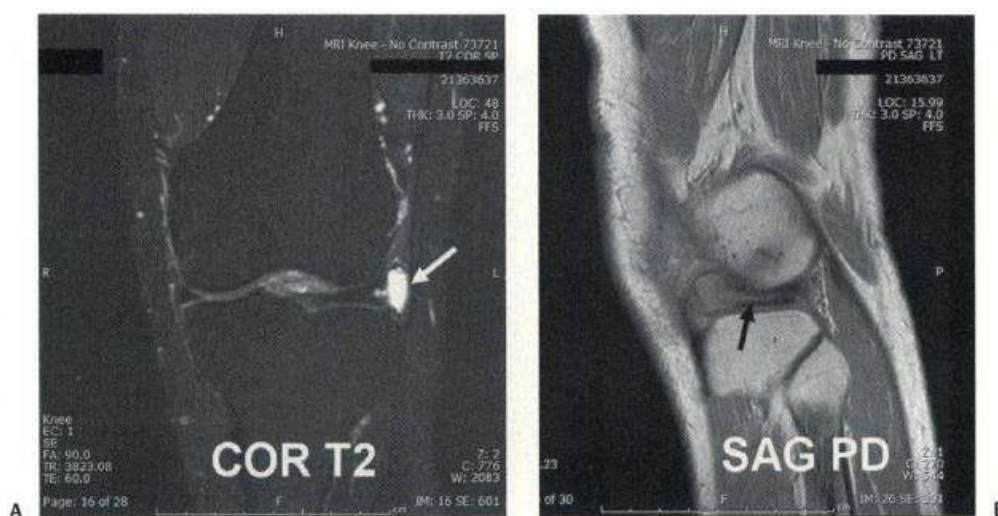
✓ نکات صحیح و غلط:

- ✓ سومین و دومین مفصل (MCP) و مفصل اینترفالنژیال پروگزیمال سوم ممکن است اولین نشانه های RA را بروز دهند.
- ✗ بیماری نقرس (Gout) و آتروفی لوپوس (Lupus) ممکن است شبیه به RA در دست و مچ ظاهر شود.



ارائه بالینی: بیمار مردی ۲۶ ساله همراه با حجمی قابل لمس می باشد.

یافته های تصویری:



(A,B) ام آر آی یک قسمت کیستیک (بردار سفید) مجاور شاخ قدامی منیسک لترال را نشان می دهد. این ناحیه نزدیک پارگی است ، که به صورت محیطی گسترش یافته است. (بردار سیاه)

تشخیص افتراقی:

- (Meniscal cyst): یک قسمت کیستیک که دارای شدت سیگنال بالا در تصاویر ام آر آی با فاز T2 ، نزدیک منیسک در پیوستگی با پارگی منیسکال است.
- (Ganglion / Synovial cyst): این تشخیص بدلیل مجاورت با پارگی منیسک و موقعیت کیست ، کمتر شبیه به کیست سینویال است.

- (Atypical hemangioma): شکل کیست گونه و وجود سیگنال با شدت بالا ، از ویژگی های مربوط به وجود غده خونرگی غیر معمول نمی باشد.

حقایق ضروری:

- کیست های منیسکی در آزمایشات ام آرآی متداول دیده می شود و ممکن است ، به شکل جدا از هم یا لوبول شکل ظاهر شوند.
- ارتباط مستقیم بین کیست منیسکال و پارگی منیسک وجود دارد.
- کیست های لترال منیسکال ، بدلیل هم جواری نزدیک با بافتهای نرم ، اغلب به شکل حجم های قابل لمس ظاهر می شوند.
- درمان یک کیست منیسکال شامل عمل جراحی فشار زدایی کیست و ترمیم برش ناحیه ی پاره شده است.

نکات صحیح و غلط:

- ✓ کیست های منیسکال همراه با پارگی های ورقه ای افقی است و بیشتر در سمت داخل شیوع دارد.
- ✗ این کیست ها بدلیل موقعیتشان در آتروسکوپی ها می توانند چشم پوشی شوند.