



www.pediatric-rheumatology.printo.it

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΝΟΥ

1) Συνώνυμα Συνδρόμου Ινομυαλγίας

Η ινομυαλγία ανήκει στην ομάδα του «συνδρόμου του γενικευμένου ιδιοπαθούς μυοσκελετικού πόνου».

Τι είναι;

Η ινομυαλγία είναι μία νόσος που χαρακτηρίζεται από μακροχρόνιο εκτεταμένο μυοσκελετικό πόνο, ευαίσθητες περιοχές στην ψηλάφηση των μαλακών μορίων (μυών και τενόντων) και έντονη κόπωση.

Πόσο συχνή είναι;

Η ινομυαλγία παρουσιάζεται κυρίως στους ενήλικες. Η παρουσία της αναφέρεται σπάνια σε παιδιά, κατά κύριο λόγο σε εφήβους.

Τα κορίτσια προσβάλλονται πιο συχνά από ότι τα αγόρια. Τα παιδιά μ' αυτή τη νόσο έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με παιδιά που πάσχουν από σύνδρομο τοπικού ιδιοπαθούς μυοσκελετικού πόνου.

Ποια είναι τα τυπικά κλινικά χαρακτηριστικά;

Οι ασθενείς διαμαρτύρονται για εκτεταμένο πόνο βαθιά στους ιστούς. Η βαρύτητα του πόνου είναι υποκειμενική. Ο πόνος εμφανίζεται και στις δύο πλευρές του σώματος, και στα άνω και κάτω άκρα.

Ο ύπνος είναι κακός και τα πρωινά οι ασθενείς νιώθουν ότι ξύπνησαν από έναν ύπνο που δεν τους ξεκούρασε, δεν τους τόνωσε.

Μία άλλη κύρια ενόχληση είναι η έντονη κόπωση, που συνοδεύεται από τη μείωση των σωματικών ικανοτήτων.

Οι ασθενείς με τη νόσο αυτή συχνά αναφέρουν και άλλα γενικά, μη ειδικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, αίσθημα διόγκωσης των άκρων (όχι εμφανές) και μούδιασμα.

Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν ανησυχία (άγχος), κατάθλιψη και αποχή από το σχολείο.

Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Το ιστορικό γενικευμένου πόνου σε 4 περιοχές του σώματος, που διαρκεί πάνω από 3 μήνες, μαζί με πόνο σε 11 από τα 18 ευαίσθητα σημεία κατά τη σωματική εξέταση οδηγούν στη διάγνωση.

Τα ευαίσθητα σημεία αξιολογούνται κλινικά με την πίεση του αντίχειρα του γιατρού στα σημεία αυτά, και ο τρόπος αυτός είναι εξίσου αξιόπιστο κριτήριο με την αξιολόγηση με «αλγησίμετρο», ένα ειδικό εργαλείο που μετρά τον πόνο.

Ποιά είναι η θεραπεία;

Ένα σημαντικό θέμα είναι να μειώσουμε την ανησυχία που προκαλείται εξ' αιτίας της νόσου, εξηγώντας στον ασθενή και στην οικογένειά του ότι παρόλο που ο πόνος είναι

έντονος και πραγματικός, δεν υπάρχει πραγματική βλάβη στις αρθρώσεις ούτε βαριά σωματική νόσος.

Η αντιμετώπιση γίνεται από επιστήμονες διαφόρων μία ειδικοτήτων και βασίζεται σε τρία σημεία.

Το πιο σημαντικό είναι να ξεκινήσει το παιδί σταδιακά ένα πρόγραμμα άθλησης για τη σωστή καρδιαγγειακή λειτουργία και η πιο καλή γυμναστική είναι η κολύμβηση. Το δεύτερο σημείο είναι να ξεκινήσει μία ειδική παρέμβαση για ψυχολογική υποστήριξη που ονομάζεται γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, ατομικά ή ομαδικά.

Τέλος, κάποιοι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να αρχίσουν φαρμακευτική αγωγή με στόχο την αποκατάσταση του ύπνου. Η χρήση ειδικού μαξιλαριού που υποστηρίζει τον αυχένα κατά τη διάρκεια του ύπνου μπορεί να βοηθήσει.

Πρόγνωση

Δεν είναι εύκολο να αναρρώσει ο ασθενής πλήρως από τη νόσο, δεδομένου ότι απαιτούνται μεγάλες προσπάθειες από τον ίδιο και ουσιαστική υποστήριξη από την οικογένειά του. Γενικά, η έκβαση της νόσου είναι πολύ καλύτερη από ότι στους ενήλικες και τα περισσότερα παιδιά θα αναρρώσουν πλήρως. Η συμμόρφωση με το πρόγραμμα τακτικής σωματικής άσκησης είναι είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας της ανάρρωσης.

2) Σύνδρομο του Τοπικού Ιδιοπαθούς Μυοσκελετικού Πόνου

Συνώνυμα

Η Αντανακλαστική Συμπαθητική Δυστροφία ή Αλγοδυστροφία ή Εντοπισμένο (περιοχικό) σύνδρομο πόνου

Τι είναι;

Εξαιρετικά έντονος πόνος των άκρων άγνωστης αιτίας, που σχετίζεται συνήθως με δερματικές αλλοιώσεις.

Πόσο συχνή είναι;

Δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με τη συχνότητά του. Είναι, όμως, γνωστό ότι είναι πιο συχνό σε εφήβους (μέσος όρος ηλικίας έναρξης της νόσου περίπου τα 12 χρόνια) και σε κορίτσια.

Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Συνήθως υπάρχει μακροχρόνιο ιστορικό πολύ έντονου πόνου των άκρων, που δεν ανταποκρίνεται στις διάφορες θεραπείες και που αυξάνεται με τον καιρό. Συχνά οδηγεί σε ανικανότητα να χρησιμοποιήσουμε το προσβεβλημένο άκρο. Κάποια ερεθίσματα που δεν προκαλούν πόνο στους περισσότερους ανθρώπους, όπως ένα ελαφρύ άγγιγμα, είναι εξαιρετικά επώδυνα γι' αυτούς και αυτό ονομάζεται αλλοδυνία. Ο συνδυασμός αυτών των συμπτωμάτων δημιουργεί προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες των προσβεβλημένων παιδιών, που συνήθως κάνουν πολλές απουσίες από το σχολείο.

Μία κατηγορία παιδιών αναπτύσσει μα τον καιρό αλλοιώσεις στο χρώμα του δέρματος (χλωμή ή πορφυρή διάστικτη εμφάνιση), στη θερμοκρασία (συνήθως ελαττωμένη) ή στην αναπνοή. Μερικές φορές το παιδί κρατά το άκρο σε ασυνήθιστες στάσεις, αρνούμενο να κάνει άλλες κινήσεις.

Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, αυτά τα σύνδρομα είχαν διαφορετικές ονομασίες, παρόλο που τα περισσότερα από αυτά είναι άγνωστης αιτίας και η θεραπεία τους είναι η ίδια. Η σημερινή τάση είναι να τα βάλουμε κάτω από την ίδια «ομπρέλλα», δηλαδή τα σύνδρομα τοπικού μυοσκελετικού πόνου. Μία ομάδα κριτηρίων χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της νόσου.

Η διάγνωση είναι κλινική, βασιζόμενη στα χαρακτηριστικά του πόνου (που είναι έντονος, παρατεταμένος, περιορίζει τη δραστηριότητα, δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία και υπάρχει το φαινόμενο της αλλοδυνίας) καθώς και στην κλινική εξέταση. Ο συνδυασμός των ενοχλήσεων και των κλινικών ευρημάτων αποβαίνει αρκετά χαρακτηριστικός. Η διάγνωση απαιτεί τον αποκλεισμό άλλων νόσων, οι οποίες, τον περισσότερο καιρό, είχαν ήδη απορριφθεί πριν ο ασθενής επισκεφθεί ένα παιδορευματολόγο. Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι φυσιολογικές.

Θεραπεία

Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση είναι να ξεκινήσει ο ασθενής ένα θεραπευτικό πρόγραμμα ουσιαστικής σωματικής άσκησης που θα εποπτεύεται από φυσιοθεραπευτές και εργασιοθεραπευτές, με ή χωρίς ψυχοθεραπεία.

Η θεραπεία είναι δύσκολη για όλους όσους εμπλέκονται, τα παιδιά, την οικογένεια και τη θεραπευτική ομάδα. Η ψυχολογική παρέμβαση είναι συνήθως επίσης απαραίτητη εξαιτίας του άγχους που προκαλείται από τη νόσο.

Πολλά διαφορετικά είδη θεραπείας, μόνα τους ή σε συνδυασμό (αντικαταθλιπτικά, βιοαναδραστικά, διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση, αλλαγή της συμπεριφοράς) έχουν προταθεί χωρίς οριστικά αποτελέσματα.

Πρόγνωση

Αυτή η νόσος έχει καλύτερη πρόγνωση σε παιδιά από ότι σε ενήλικες. Σχεδόν όλα τα παιδιά θα αναρρώσουν τελικά.

Καθημερινή ζωή

Τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται στο να διατηρούν ένα φυσιολογικό επίπεδο δραστηριότητας, δηλαδή να πηγαίνουν κανονικά στο σχολείο και να συναναστρέφονται με τους συνομηλίκους τους.

3) Ερυθρομελαλγία

Είναι επίσης γνωστή ως ερυθερμαλγία. Η νόσος ονομάστηκε από τρεις αυτοερμηνευόμενες λέξεις: Ερυθρός (κόκκινος), Μέλος (άκρα), Άλγος (πόνος). Είναι εξαιρετικά ασυνήθιστη, παρόλο που μπορεί να εμφανίζονται και άλλες περιπτώσεις μέσα στην οικογένεια.

Τα περισσότερα παιδιά όταν παρουσιάζουν τη νόσο είναι περίπου ηλικίας 10 ετών. Είναι πιο συχνή στα κορίτσια.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από αίσθημα καύσεως με ζεστά, κόκκινα και διογκωμένα πόδια ή, λιγότερο συχνά, χέρια.

Τα συμπτώματα επιδεινώνονται με την έκθεση στη ζέστη και ανακουφίζονται με το να ψύχουμε τα άκρα, μέχρι το σημείο που κάποια παιδιά αρνούνται να απομακρύνουν τα πόδια τους από το παγωμένο νερό. Η νόσος δεν βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου.

Το να αποφεύγει το παιδί τη ζέστη και την έντονη άσκηση φαίνεται να είναι το πιο χρήσιμο θεραπευτικό μέτρο. Η νόσος στα παιδιά δεν απαντά συνήθως σε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), που έχουν αποδειχθεί χρήσιμα σε ενήλικες. Τα αγγειοδιασταλτικά μπορεί να βοηθήσουν.

4) Πόνοι αύξησης

Τι είναι;

Οι πόνοι αύξησης είναι ένα καλόηθες σύνδρομο που αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό τύπο πόνου στα άκρα, που συνήθως παρουσιάζουν παιδιά μικρότερα των 10 ετών.

Πόσο συνηθισμένοι είναι;

Οι πόνοι στα άκρα είναι από τις κύριες αιτίες που οδηγούν τους γονείς να ζητήσουν τη συμβουλή του παιδίατρου.

Από αυτούς, οι πόνοι αύξησης είναι οι πιο συνηθισμένοι. Το 10-20% των παιδιών παγκοσμίως βιώνει πόνους αύξησης, κυρίως στην ηλικία μεταξύ 3-12 ετών. Τα αγόρια και τα κορίτσια προσβάλλονται εξίσου.

Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Οι πόνοι εντοπίζονται κυρίως στα πόδια (στο δέρμα, στις γάμπες, πίσω από τα γόνατα ή στο μηρό) και είναι συνήθως αμφοτερόπλευροι. Ο πόνος εμφανίζεται αργά την ημέρα ή το βράδυ, ξυπνώντας συχνά το παιδί. Οι γονείς αναφέρουν συνήθως ότι ο πόνος εμφανίζεται σε μέρες αυξημένης σωματικής δραστηριότητας των παιδιών τους.

Η διάρκεια του πόνου είναι συνήθως 10 έως 30 λεπτά, αλλά μπορεί και να κυμαίνεται από λεπτά μέχρι ώρες.

Η έντασή του μπορεί να είναι ήπια ή πολύ βαριά.

Οι πόνοι αύξησης είναι περιοδικοί, με διαστήματα χωρίς πόνο που διαρκούν από μέρες μέχρι μήνες. Σε μερικές περιπτώσεις ο πόνος μπορεί να είναι καθημερινός.

Πως μπαίνει η διάγνωση;

Οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις του πόνου σε συνδυασμό με μία φυσιολογική κλινική εξέταση οδηγούν στη διάγνωση. Δε χρειάζεται να κάνει εργαστηριακές εξετάσεις και ακτινογραφίες, που είναι όλες φυσιολογικές.

Ποια είναι η θεραπεία;

Το να εξηγήσουμε την καλοήθη φύση της εξέλιξης μειώνει την ανησυχία στο παιδί και στην οικογένεια. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων πόνου μπορεί να βοηθήσουν το τοπικό μασάζ και τα ήπια αναλγητικά. Σε παιδιά με συχνά επεισόδια μία δόση ιμπουπροφένης το απόγευμα μπορεί να μειώσει ή να προλάβει τον πόνο.

Πρόγνωση

Οι πόνοι αύξησης δε σχετίζονται με καμία σοβαρή οργανική νόσο, και συνήθως υποχωρούν πλήρως προς το τέλος της παιδικής ηλικίας. Στο 100% των παιδιών ο πόνος εξαφανίζεται καθώς μεγαλώνουν.

5) Σύνδρομο καλοήθους υπερκινητικότητας

Τι είναι;

Το Σύνδρομο καλοήθους υπερκινητικότητας (ΣΚΥ) αναφέρεται στον πόνο των άκρων εξαιτίας της αυξημένης κινητικότητας (εύρος κινητικότητας) των αρθρώσεων, χωρίς να σχετίζεται με κάποια συγγενή νόσο ή νόσο του συνδετικού ιστού. Επομένως, το ΣΚΥ δεν είναι μία νόσος αλλά περισσότερο ένα φυσιολογικό εύρημα.

Πόσο συχνό είναι;

Το ΣΚΥ είναι ιδιαίτερα συνηθισμένο σε παιδιά, αφού έχει αναφερθεί σε 25-50% αυτών που είναι κάτω των 10 ετών. Η συχνότητά του μειώνεται με την ηλικία. Συνήθως υπάρχουν και άλλες περιπτώσεις ΣΚΥ στην ίδια οικογένεια.

Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Η υπερκινητικότητα οδηγεί συχνά σε διαλείποντες, βαθείς, περιοδικούς πόνους κατά το τέλος της ημέρας ή τη νύχτα στα γόνατα, στα πόδια και/ή στους αστραγάλους. Σε παιδιά που παίζουν πιάνο, βιολί, κλπ μπορεί να προσβάλει τα χέρια αντί για τα πόδια. Η σωματική δραστηριότητα και άσκηση μπορεί να πυροδοτήσει ή να αυξήσει τον πόνο. Σπάνια μπορεί να παρουσιάζεται ήπια αρθρική διόγκωση.

Πως μπαίνει η διάγνωση;

Βασίζεται σε ένα προκαθορισμένο σύνολο κριτηρίων που προσδιορίζουν και βαθμολογούν την υπερκινητικότητα των αρθρώσεων.

Θεραπεία

Η θεραπεία πολύ σπάνια είναι απαραίτητη. Αν το παιδί συμμετέχει σε συγκεκριμένα επαναλαμβανόμενα αθλήματα πρόσκρουσης, όπως το ποδόσφαιρο ή η γυμναστική, και αναπτύσσει κατά περιόδους διαστρέμματα ή και χαλάρωση των αρθρώσεων λόγω διάταξης των γειτονικών τενόντων, πρέπει να χρησιμοποιούνται τεχνικές ενδυνάμωσης των μυών (όπως φυσικοθεραπεία) και προστατευτικά των αρθρώσεων (λειτουργικοί νάρθηκες).

Καθημερινή ζωή

Η υπερκινητικότητα είναι μία καλοήθης κατάσταση που μειώνεται με τον καιρό. Οι οικογένειες πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι ο βασικός της κίνδυνος προέρχεται από το να αποτρέπουμε τα παιδιά να ζουν φυσιολογική ζωή.

Τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται στο να διατηρούν ένα φυσιολογικό επίπεδο δραστηριότητας, πράγμα που περιλαμβάνει το να ασκούν όποιο άθλημα τους ενδιαφέρει.

6) Παροδική υμενίτιδα

Τοξική υμενίτιδα, Ευερέθιστο (επώδυνο) ισχίο

Τι είναι;

Συλλογή υγρού στην άρθρωση του ισχίου λόγω άγνωστης αιτίας, που υποχωρεί από μόνη της χωρίς να αφήσει βλάβη.

Πόσο συχνή είναι;

Είναι η πιο γνωστή αιτία πόνου του ισχίου στην παιδική ηλικία. Προσβάλλει 2-3% των παιδιών μεταξύ 3-10 ετών. Είναι πιο συχνή σε αγόρια, σε βαθμό που σε κάθε κορίτσι που προσβάλλεται αντιστοιχούν 3 ή 4 αγόρια.

Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Πόνος στο ισχίο που κάνει το παιδί να κουτσαίνει. Συνήθως ο πόνος στο ισχίο έρχεται ξαφνικά και μπορεί να παρουσιάζεται ως πόνος στη βουβωνική χώρα, στον άνω μηρό ή περιστασιακά να αντανακλά στο γόνατο. Η πιο συχνή εκδήλωση είναι να ξυπνά ένα παιδί και να κουτσαίνει ή να αρνείται να περπατήσει.

Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Η κλινική εξέταση είναι χαρακτηριστική. Παρατηρείται χωλότητα (δηλαδή το παιδί να περπατά κουτσαίνοντας) με μειωμένη και επώδυνη κινητικότητα του ισχίου κατά την εξέταση. Στο 5% των περιπτώσεων προσβάλλονται και τα δύο ισχία. Οι ακτινογραφίες είναι φυσιολογικές και γι' αυτό το λόγο συνήθως δε γίνονται.

Θεραπεία

Η θεραπεία στηρίζεται στην ξεκούραση, που πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με το μέγεθος του πόνου. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα βοηθούν στη μείωση του πόνου. Σε πολύ σοβαρά επεισόδια μπορεί να εφαρμοστεί έλξη του ποδιού. Το επώδυνο ισχίο υποχωρεί συνήθως χωρίς θεραπεία μετά από 6-8 ημέρες κατά μέσο όρο.

Πρόγνωση

Είναι άριστη, με πλήρη ανάρρωση σε περισσότερο από το 99% των παιδιών. Είναι συνηθισμένη η ανάπτυξη νέων επεισοδίων παροδικής υμενίτιδας, που είναι συνήθως πιο ήπια και πιο σύντομα από το πρώτο επεισόδιο.

7) Πόνος επιγονατιδο-μηριαίος ή Πόνος του γόνατος

Εισαγωγή

Ο επιγονατιδο-μηριαίος πόνος είναι το πιο συνηθισμένο παιδικό σύνδρομο υπέρχρησης (καταπόνησης) των αρθρώσεων. Αυτή η ομάδα διαταραχών προκύπτει από επαναλαμβανόμενη κίνηση ή παρατεινόμενο τραυματισμό που σχετίζεται με την άσκηση σε ένα συγκεκριμένο μέρος του σώματος.

Αυτές οι ανωμαλίες είναι πολύ πιο συνηθισμένες σε ενήλικες (καταπονημένοι αγκώνας από το τέννις ή το γκολφ, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, κλπ) από ότι σε παιδιά.

Συνώνυμα

Το Επιγονατιδο-μηριαίο σύνδρομο, η χονδρομαλάκυνση της επιγονατίδας, χονδρομαλάκυνση, πόνος του οπισθίου γόνατος.

Τι είναι;

Ο επιγονατιδο-μηριαίος πόνος αναφέρεται στην ανάπτυξη πόνου του οπισθίου γόνατος με δραστηριότητες που προσθέτουν επιπλέον φόρτο στην επιγονατιδο-μηριαία άρθρωση (άρθρωση που σχηματίζεται από την ένωση της επιγονατίδας, οστού που καλύπτει το γόνατο, με το χαμηλότερο τμήμα του μηριαίου οστού). Όταν ο πόνος συνοδεύεται από

αλλοιώσεις στον εσωτερικό επιφανειακό ιστό (χόνδρο) της επιγονατίδας χρησιμοποιείται ο όρος χονδρομαλάκυνση της επιγονατίδας ή επιγονατιδική χονδρομαλάκυνση.

Πόσο συχνός είναι;

Είναι πολύ ασυνήθιστος σε παιδιά κάτω των 8 ετών και γίνεται σταδιακά πιο κοινός σε εφήβους. Ο επιγονατιδο-μηριαίος πόνος είναι πιο συχνός σε κορίτσια. Μπορεί επίσης να είναι πιο συνηθισμένος σε παιδιά με σημαντική γωνίωση των γονάτων, όπως βλαισά γόνατα ή ραιβά πόδια, καθώς επίσης και σε αυτά που πάσχουν από νόσους της επιγονατίδας (περιοδική αστάθεια και κακή ευθυγράμμιση).

Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Το χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι πόνος στο οπίσθιο γόνατο που επιδεινώνεται με δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, το ανέβασμα ή το κατέβασμα σκάλας, το κάθισμα οκλαδόν ή τα άλματα. Ο πόνος επιδεινώνεται επίσης και με το παρατεταμένο κάθισμα με το γόνατο λυγισμένο.

Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Ο επιγονατιδο-μηριαίος πόνος σε υγιή παιδιά διαγιγνώσκεται κλινικά (οι εργαστηριακές ή απεικονιστικές εξετάσεις δεν είναι απαραίτητες). Ο πόνος μπορεί να αναπαραχθεί με την πίεση της επιγονατίδας, ή με τον περιορισμό της κινητικότητας της επιγονατίδας προς τα επάνω όταν ο μηριαίος μυς (τετρακέφαλος) είναι σε σύσπαση.

Θεραπεία

Συνήθως δεν απαιτείται θεραπεία. Στα περισσότερα παιδιά που δεν έχουν άλλες συνοδούς νόσους (όπως διαταραχές της κάμψης των γονάτων ή επιγονατιδική αστάθεια) είναι μία καλοήθης κατάσταση που υποχωρεί από μόνη της. Εάν ο πόνος εμποδίζει την άθληση ή τις καθημερινές τους δραστηριότητες, μπορεί να βοηθήσει το παιδί ένα πρόγραμμα φυσικοθεραπείας που δυναμώνει τον τετρακέφαλο μύ. Ο πάγος μπορεί να ανακουφίζει από τον πόνο μετά την άσκηση.

Καθημερινή ζωή

Τα παιδιά πρέπει να ζουν μία φυσιολογική ζωή. Η σωματική δραστηριότητα πρέπει να προσαρμόζεται έτσι ώστε να μην πονούν. Τα παιδιά με έντονη αθλητική δραστηριότητα μπορεί να χρησιμοποιούν μία επιγονατίδα με επιγονατιδικό ιμάντα.

8) Ολισθαίνουσα επίφυση της κεφαλής του μηριαίου οστού

Τι είναι;

Μετατόπιση άγνωστης αιτίας της κεφαλής του μηριαίου οστού κατά μήκος του συζευκτικού χόνδρου (ζώνη ανάπτυξης). Η ζώνη αυτή είναι ένα στρώμα χόνδρου που περιβάλλει το άκρο του οστού. Είναι το πιο αδύναμο σημείο του οστού και όταν εναποτεθούν σ' αυτό άλατα και γίνει στερεό οστό, σταματάει η ανάπτυξη των οστών.

Πόσο συχνή είναι;

Είναι μία σπάνια νόσος που προσβάλλει 3-10 ανά 100.000 παιδιά. Είναι πιο συχνή σε έφηβους και σε αγόρια. Η παχυσαρκία φαίνεται ότι είναι ένας προδιαθετικός παράγοντας.

Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Το παιδί πονά στο ισχίο και κουτσαίνει. Τα συμπτώματα αυτά επιδεινώνονται με τη σωματική άσκηση, με αποτέλεσμα να μειώνεται η κινητικότητα του ισχίου. Ο πόνος μπορεί να είναι αισθητός στο ανώτερο (δύο τρίτα) ή στο κατώτερο (ένα τρίτο) τμήμα του μηρού και να αυξάνεται με τη δραστηριότητα του παιδιού. Στο 15% των παιδιών, η νόσος προσβάλλει και τα δύο ισχία.

Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Είναι χαρακτηριστική η κλινική εξέταση και ο περιορισμός της κινητικότητας του ισχίου. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ακτινογραφίες, κατά προτίμηση σε όρθια θέση ή σε θέση σαν του «βατράχου».

Θεραπεία

Χειρουργική ακινητοποίηση με σφήνες (σταθεροποίηση της κεφαλής του μηριαίου οστού με την τοποθέτηση σφηνών για να την κρατούν στη θέση της).

Πρόγνωση

Εξαρτάται από το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε πριν τη διάγνωση της μετατόπισης της κεφαλής του μηριαίου οστού και το βαθμό της μετατόπισης.

9) Οστεοχονδρώσεις (Συνώνυμα Οστεονεκρώσεις, Άσηπτες νεκρώσεις).

Εισαγωγή

Η λέξη «οστεοχόνδρωση» σημαίνει «νέκρωση του οστού». Είναι μία ομάδα διαφόρων νόσων άγνωστης αιτίας που χαρακτηρίζεται από διακοπή της ροής του αίματος στο πρωτογενές και δευτερογενές κέντρο οστεοποίησης των προσβεβλημένων οστών. Τα οστά κατά τη γέννηση είναι κυρίως φτιαγμένα από χόνδρο, ένα μαλακότερο ιστό που αντικαθίσταται με τον καιρό από ένα πιο σκληρό και ανθεκτικό ιστό πάνω στον οποίο γίνεται εναπόθεση αλάτων, το οστό. Αυτή η αντικατάσταση ξεκινάει από συγκεκριμένα σημεία μέσα στο κάθε οστό, τα λεγόμενα «κέντρα οστεοποίησης», και από εκεί απλώνεται στο υπόλοιπο μέρος του οστού με τον καιρό.

Τι είναι;

Η οστεοχόνδρωση αναφέρεται στη διαδικασία που σχετίζεται με τη διακοπή παροχής αίματος στο κέντρο οστεοποίησης των οστών και τη μετέπειτα αντικατάσταση από επανορθωτικό οστίτη ιστό. Ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα αυτών των διαταραχών.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με εξετάσεις απεικόνισης. Οι ακτινογραφίες αποκαλύπτουν διαδοχική κατάτμηση («νησιά» μέσα στο οστό), σύνθλιψη (κατάρρευση), σκλήρυνση (αυξημένη πυκνότητα, το οστό εμφανίζεται «λευκότερο» στις ακτινογραφίες) και συχνά επανοστεοποίηση (σχηματισμός νέου οστού) με επαναδόμηση του οστεϊκού περιβλήματος. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να ακούγεται σοβαρή νόσος, είναι αρκετά συχνή στα παιδιά και έχει καλή πρόγνωση, με την πιθανή εξαίρεση της εκτεταμένης

προσβολής του ισχίου. Κάποιες μορφές οστεοχόνδρωσης είναι τόσο συχνές που θεωρούνται ως «φυσιολογικές παραλλαγές» της ανάπτυξης του οστού (νόσος Sever). Στα σύνδρομα υπέρχρησης μπορούν να προστεθούν και άλλα (νόσος Osgood-Schlatter, νόσος Sinding-Larsen-Johansson).

9.1) Νόσος Legg-Calvé-Perthes

Τι είναι;

Μη αγγειακή (άσηπτη) νέκρωση της μηριαίας κεφαλής (μέρος του μηριαίου οστού, που είναι το πιο κοντινό στο ισχίο).

Πόσο συχνή είναι;

Δεν είναι μία συνηθισμένη νόσος, εμφανίζεται σε 1 ανά 10.000 παιδιά. Είναι πιο συχνή στα αγόρια (4 ή 5 αγόρια για κάθε κορίτσι) μεταξύ των 3 και 12 ετών, ιδίως σε παιδιά 4 έως 9 ετών.

Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Τα περισσότερα παιδιά κουτσαίνουν και πονούν (λίγο ή πολύ) στο ισχίο. Μερικές φορές δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα. Συνήθως προσβάλλεται το ένα μόνο ισχίο αλλά στο 10% περίπου των περιπτώσεων προσβάλλονται και τα δύο.

Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Η κινητικότητα του ισχίου είναι μειωμένη και επώδυνη. Οι ακτινογραφίες μπορεί να είναι φυσιολογικές στην αρχή αλλά αργότερα αποκαλύπτουν την εξέλιξη που παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο «εισαγωγή». Το σπινθηρογράφημα οστών και η μαγνητική τομογραφία εντοπίζουν τη νόσο νωρίτερα από τις απλές ακτινογραφίες.

Θεραπεία

Τα παιδιά με νόσο Legg-Calvé-Perthes πρέπει να παραπέμπονται πάντα σε Παιδιατρική Ορθοπαιδική Μονάδα. Η θεραπεία εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου. Σε πολύ ήπιες περιπτώσεις η παρακολούθηση μπορεί να είναι αρκετή.

Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις η θεραπεία αποσκοπεί στη διατήρηση της προσβεβλημένης μηριαίας κεφαλής μέσα στην ισχιακή άρθρωση, έτσι ώστε όταν αρχίσει ο σχηματισμός του νέου οστού, να επανακτήσει η μηριαία κεφαλή τη σφαιρική της μορφή. Αυτός ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί σε ποικίλο βαθμό φορώντας ένα νάρθηκα απαγωγής (μικρότερα παιδιά) ή με χειρουργική ανάπλαση του μηριαίου οστού (οστεοτομία), ή σε άλλα παιδιά κόβοντας ένα τμήμα του οστού για να κρατήσουμε την κεφαλή σε καλύτερη θέση.

Πρόγνωση

Εξαρτάται από το πόσο εκτεταμένη είναι η προσβολή της κεφαλής του μηριαίου (όσο μικρότερη τόσο καλύτερη) καθώς και από την ηλικία του παιδιού (είναι καλύτερη σε παιδιά κάτω των 6 ετών). Η όλη διαδικασία (από την κατάτμηση μέχρι την ανάπλαση) χρειάζεται 12-18 μήνες για να ολοκληρωθεί. Γενικά, τα δύο τρίτα των ισχίων έχουν καλό μακροχρόνιο ακτινογραφικό αποτέλεσμα.

Καθημερινή ζωή

Εξαρτάται από τη θεραπεία που εφαρμόζεται. Τα παιδιά που βρίσκονται υπό παρακολούθηση θα πρέπει να αποφεύγουν την ισχυρή πίεση στο ισχίο (άλματα, τρέξιμο). Ωστόσο θα πρέπει να ακολουθούν μία κατά τα άλλα φυσιολογική μαθητική ζωή και να συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες που δεν επιβαρύνουν σημαντικά την άρθρωση.

9.2) Νόσος του Osgood-Schlatter

Προκύπτει από επαναλαμβανόμενο τραύμα στο κέντρο οστεοποίησης του κνημιαίου κυρτώματος (μικρή οστεΐνη περιοχή στο ανώτερο τμήμα της κνήμης) από την ισχυρή έλξη που προκαλεί ο επιγονατιδικός τένοντας. Υπάρχει περίπου στο 1% των εφήβων και είναι πιο συχνή στα άτομα που αθλούνται.

Ο πόνος επιδεινώνεται με δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, τα άλματα, το ανεβοκατέβασμα σκάλας και το γονάτισμα. Η διάγνωση γίνεται με τη κλινική εξέταση, στην οποία διαπιστώνεται μία πολύ χαρακτηριστική ευαισθησία ή πόνος, που μερικές φορές συνοδεύεται και από διόγκωση στο σημείο πρόσφυσης του επιγονατιδικού τένοντα στην κνήμη.

Οι ακτινογραφίες μπορεί να είναι φυσιολογικές ή να αποκαλύπτουν μικρά θραύσματα του οστού στην περιοχή του κνημιαίου κυρτώματος. Η θεραπεία βασίζεται στην προσαρμογή της δραστηριότητας έτσι ώστε να μην πονούν, στο να βάζουν πάγο μετά τα αθλήματα και στην ξεκούραση. Υποχωρεί με τον καιρό.

9.3) Νόσος Sever

Ονομάζεται επίσης και «Φλεγμονή της Πτερνιαίας Απόφυσης». Είναι μία οστεοχόνδρωση του οστού της πτέρνας, που σχετίζεται ενδεχομένως με την έλξη που προκαλείται από τον Αχίλλειο τένοντα.

Είναι μία από τις πιο συνηθισμένες αιτίες του πτερνιαίου πόνου στα παιδιά. Η νόσος Sever σχετίζεται με τη δραστηριότητα και είναι πιο συχνή στα αγόρια. Εμφανίζεται συνήθως στην ηλικία μεταξύ 6-10 ετών περίπου, με πτερνιαίο πόνο και περιστασιακή χωλότητα (το παιδί κουτσαίνει) μετά την άσκηση.

Η διάγνωση γίνεται με κλινική εξέταση. Δε χρειάζεται άλλη θεραπεία εκτός από την προσαρμογή της δραστηριότητας, ώστε να μην πονούν τα παιδιά, και αν δεν πετύχει, τη χρήση ενός ορθοπαιδικού «μαξιλαριού» για τον αστράγαλο. Υποχωρεί με τον καιρό.

9.4) Νόσος Freiberg

Είναι η οστεοχόνδρωση της κεφαλής του δεύτερου μετατόρσιου οστού στα πόδια. Η αιτία της είναι πιθανώς τραυματική. Δεν είναι συνηθισμένη και στις περισσότερες περιπτώσεις προσβάλλονται κορίτσια στην εφηβεία. Ο πόνος αυξάνει με τη δραστηριότητα. Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει ευαισθησία στο πέλμα ισοϋψώς με την κεφαλή του δεύτερου μετατόρσιου και περιστασιακά διόγκωση. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ακτινογραφίες, παρόλο που μπορεί να χρειαστούν δύο εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων για να είναι εμφανείς οι αλλοιώσεις.

Η θεραπεία περιλαμβάνει ξεκούραση και ένα ορθοπαιδικό «μαξιλαράκι» στα μετατόρσια.

9.5) Νόσος Scheuermann

Η νόσος Scheuermann ή «νεανική κύφωση (κυρτή πλάτη)» είναι μία οστεονέκρωση της δακτυλιοειδούς απόφυσης του σπονδυλικού σώματος. Είναι πιο συνηθισμένη σε αγόρια

στην εφηβεία. Πολλά παιδιά εξ' αιτίας αυτής της πάθησης έχουν κακή στάση, με ή χωρίς πόνο στην πλάτη. Ο πόνος σχετίζεται με τη δραστηριότητα και μπορεί να ανακουφιστεί με ξεκούραση. Η υποψία της διάγνωση μπορεί να τεθεί με την εξέταση (οξεία γωνίωση στην πλάτη) και επιβεβαιώνεται με ακτινογραφίες.

Για να θεωρηθεί ότι πρόκειται για τη νόσο Scheuermann, το παιδί πρέπει να έχει ανωμαλίες των σπονδυλικών δίσκων και οπίσθια κάμψη κατά 5 μοίρες σε 3 τουλάχιστον διαδοχικούς σπονδύλους.

Η νόσος Scheuermann δεν απαιτεί συνήθως άλλη θεραπείας εκτός από την προσαρμογή της δραστηριότητας του παιδιού ώστε να μην πονάει, την παρακολούθηση και, σε σοβαρές περιπτώσεις την τοποθέτηση ειδικών ναρθήκων-κηδεμόνων.