



www.pediatric-rheumatology.printo.it

سندرومهاي دردناك

(1) سندرومهاي مترادف با فيبروميالژي (Fibromyalgia syndrome synonyms)

فيبروميالژي در گروه "diffuse idiopathic musculoskeletal pain syndrome" "سندرومهاي درد منتشر در سيستم عضلاني اسكلتي" كه علتشان نا مشخص است قرار ميگيرد.

اين بيماري چيست؟

فيبروميالژي از بيماريهاي است كه با دردهاي طولاني ومنتشردر سيستم عضلاني اسكلتي مشخص ميشود. مناطق درد ناك در اين بيماري نسوج نرم(عضلات و تاندونها) هستند و بيماري با خستگي شديد توام است.

شيوه اين بيماري چقدر است؟

فيبروميالژي معمولا در بزرگسالان ديده ميشود. در كودكان، بندرت، آن هم در دوران بلوغ گزارش شده است. افراد مونث بيشتر از مذرها به آن مبتلا ميشوند. كودكان مبتلا به اين بيماري خصوصيات مشترك زيادي با كودكان مبتلا به سندرومهاي دردهاي موضعي به علت نا مشخص دارند.

چه خصوصيات باليني ويژه اي در اين بيماري وجود دارد؟

مبتليان به اين بيماري از يك درد منتشردر نسوج عمقي شكايت دارند. بيماران درد را شديد توصيف ميكند. اين درد در اندامهاي فوقاني و تحتاني و در هر دو طرف بدن ذكر ميشود.

اين بيماران خواب خوبي ندارند و صبح با احساس خستگي از نا كافي بودن خواب بيدار ميشوند.

يك شكايت اساسي ديگر در اين بيماران خستگي شديدي است كه با کاهش قدرت فزيكي همراه است. مبتليان به فيبروميالژي غالبا از علائم كلي ديگري مانند سردرد، احساس تورم دست و پاها (كه وجود ندارد) و كرختي بدن نيز شكايت دارند.

مجموعه اين علائم منجر به اضطراب، افسردگي و غيبت هاي مكرر از مدرسه ميگردند.

چگونه ميتوان فيبروميالژيا را تشخيص داد؟

بيان وجود درد ژنراليزه در چهار منطقه از بدن، كه بيشتر از سه ماه طول كشيده باشد از طرف بيمار، همراه با مشخص شدن درد در 11 نقطه از 18 نقطه تعيين شده درد در معايه باليني راهنماي تشخيصي است. اين نقاط دردناك را ميتوان از نظر باليني با فشار شصت كه غالبا در حد اندازه گيري توسط ابزار سنجش درد قابل اعتماد است مشخص نمود.

درمان بیماری چگونه است؟

یک موضوع مهم کاهش دادن اضطراب خانواده و بیمار با توضیح دادن این مسئله است که گرچه این دردها واقعی و شدید هستند، اما بیماری فیزیکی جدی در کار نیست و مفصل آنها دچار تخریب نخواهد شد.

درمان توسط تیم متشکل از متخصصین مختلف و بر اساس سه موضوع انجام میشود.

مهمترین قسمت درمان انجام یک برنامه مستمر فعالیت و ورزش است و بهترین ورزش برای این بیماران شناست. موضوع دوم بالا بردن روحیه بیماران با شرکت در درمانهای فردی یا گروهی است.

بالاخره، بعضی از بیماران ممکنست برای داشتن خواب مکفی نیاز به شروع درمان دارویی پیدا کنند. استفاده از بالش های مخصوص برای نگهداشتن سر در مدت خواب نیز کمک کننده است.

پیش آگهی :

بهبودی از این بیماری آسان نیست و نیاز به تلاش فراوان بیمار و حمایت اساسی خانواده وی دارد. بطور کلی نتیجه در کودکان خیلی بهتر از بزرگسالان است و بیشتر آنها کاملاً بهبود پیدا میکنند. پذیرش انجام ورزش هابصورت منظم مهمترین عامل بهبودی است.

(2) سندرومهای درد های موضعی عضلانی استخوانی با علت ناشناخته

اسامی دیگر

Reflex Sympathetic Distrophy, Complex Regional Pain Syndrome Type

این بیماری چیست؟

این بیماری با درد بسیار شدید اندامها بدون علت مشخص ظاهر میشود و خیلی از اوقات تغییرات پوستی نیز بهمراه دارد.

میزان شیوع آن چقدر است؟

هیچ اطلاع موثقی در مورد شیوع این بیماری در دست نیست. چیزی که مشخص شده اینست که شیوع آن بیشتر در دوران بلوغ (سن متوسط آن در حدود 12 سالگی) بوده و در دخترها بیشتر دیده میشود.

علائم اصلی بیماری کدامند؟

غالباً یک داستان کهنه از درد شدید اندامها که به درمانهای مختلف پاسخ نداده و باطبی زمان افزایش یافته است وجود دارد. شدت درد در حدی بیان میشود که خیلی از اوقات مانع از بکار بردن عضو دردناک میشده.

احساس درد در این بیماران تشدید یافته و میزان دردی که در دیگران ایجاد درد نمیکند مثل لمس سطحی در این بیماران باعث درد شدید میگردد. به این پدیده allodynia گفته میشود.

مجموعه این مسائل بر فعالیت روز مره کودکان مبتلا تاثیر گذاشته و غالباً باعث غیبت زیاد از مدرسه خواهد شد.

در عده ای از این بیماران بعد از مدتی تغییراتی بصورت رنگ پریدگی و منقوط شدن پوست و نیز تغییرات درجه حرارت (غالباً بصورت کاهش) و یا نمناک شدن پوست دیده میشود. گاهی از اوقات کودک پایش را در یک حالت غیر عادی نگه میدارد و انجام هرگونه حرکتی را رد میکند.

بیماری چگونه تشخیص داده میشود؟

تا چند سال قبل این سندرومها به اسامی گوناگونی نامیده میشدند که نشان دهنده ناشناس بودن منشأ آنهاست و درمان مشابهی هم برایشان انجام میگرفته است. تمایل کنونی بر اینست که این سندرومها را در زیر "عنوان" واحدی با نام سندرومهای دردهای عضلانی اسکلتی لکالیزه قرار داده و برای تشخیص آنها از یک معیار تشخیصی استفاده نمایند.

تشخیص این بیماری بالینی است و بر اساس نحوه درد (شدید، طولی‌المدت، محدود کننده فعالیت، عدم پاسخ به درمان و وجود آلودینیا) و معاینه بالینی مشخص میشود. مجموعه شکایت‌ها و یافته‌های بالینی کاملاً اختصاصی است. تشخیص این بیماری نیازمند رد بیماری‌های دیگری است که غالباً قبل از مراجعه بیمار به روماتولوژیست کودکان انجام گرفته است. آزمون‌های آزمایشگاهی طبیعی هستند.

درمان

نتیجه بخش‌ترین برخورد با این بیماران، شروع اساسی تمرین‌های ورزشی منظم تحت نظارت متخصص حرکت و کار درمانی همراه یا بدون روان‌درمانی است.

درمان این بیماران برای کلیه کسانی که با این بیماری روبرو هستند یعنی کودک مبتلا، خانواده و تیم درمانی کار مشکلی است. فشارهای ناشی از بیماری غالباً ضرورت روان‌درمانی را ایجاب میکند.

نحوه‌های مختلفی از درمان، تنها و یا توأم (با داروهای ضد افسردگی، biofeedback، تحریک الکتریکی عصب از راه پوست، تعدیل رفتاری) بکار برده شده است بدون اینکه نتیجه قطعی داشته باشد.

پیش‌آگهی

بیماری در کودکان، نسبت به بزرگسالان پیش‌آگهی بهتری دارد. تقریباً همگی کودکان نهایتاً بهبود خواهند یافت.

زندگی روزمره

این کودکان بایستی به داشتن فعالیت عادی، رفتن منظم به مدرسه و شرکت در فعالیتهای دسته جمعی با همسالان خود ترغیب شوند.

(3) اریتروما لژیا

نام این بیماری که با نام دیگر Erythralgia نیز شناخته میشود از سه کلمه توصیفی: Erythros (red), Melos (limb) و Algos (pain) گرفته شده است. بیماری شدت نادرست ولی امکان بروز آن در افراد مختلف یک خانواده وجود دارد.

بیشتر مراجعه کنندگان با این بیماری حدوداً ده ساله هستند و در دخترها بیشتر از پسرها دیده میشود.

بیماری اریتروما لژیا با احساس سوزش و گرمی و قرمزی و تورم در پاها و به میزان کمتری در دست‌ها مشخص میشود. علائم آن با قرار گرفتن در معرض گرما شدت مییابد و با سرد کردن آنها بهبود پیدا میکند، این اختلاف درحدی است که اغلب کودکان حاضر به خارج کردن پا از آب یخ نمیشوند. سیربیماری سخت و رنج‌آور است.

بنظر میرسد پرهیز از حرارت و ورزشهای شدید موثرترین شیوه‌های درمانی باشند. بیماری در کودکان، غالباً به داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی که بر بیماری در بالغین موثر است پاسخ نمیدهد. وازودیلاتورها میتوانند کمک‌کننده باشند.

(4) دردهای رشد

این بیماری چیست؟

دردهای رشد سندرم خوش‌خیمی است که به نوعی درد اختصاصی اندامها که غالباً در کودکان قبل از سن ده سالگی دیده میشود اطلاق میگردد.

میزان شیوع آن چقدر است؟

از جمله دردهایی که باعث مراجعه کودک به نزد متخصص میشود درد اندامهاست. شایعترین این دردها دردهای رشد است. در سراسر دنیا حدود 10 تا 20 درصد کودکان دردهای رشد را در سنین 3 تا 12 سالگی تجربه میکنند. ابتلا در دختران و پسران مساوی است.

علائم اصلی بیماری کدامند؟

بیشتر مواقع درد در ساق پا (پوست، پشت ساق، زانوهای ران ها) اتفاق میافتد و غالباً درد دو طرفه است. درد در اواخر روز یا در شب اتفاق میافتد و معمولاً بچه را از خواب بیدار میکند. خیلی از اوقات والدین اظهار میکنند که درد کودک غالباً در روزهایی است که فعالیت بدنی بیشتری داشته است. مدت درد غالباً بین 10 تا 30 دقیقه است گرچه ممکنست از حد دقایق تا ساعتها متغیر باشد.

شدت درد از مختصر تا بسیار شدید متغیر است.

دردهای رشد متناوب هستند، با فواصل فاقد درد که از روزها تا ماهها متغیر است. در بعضی از موارد درد ممکنست همه روزه وجود داشته باشد.

چگونه میتوان این بیماری را تشخیص داد؟

وجود درد با خصوصیات ذکر شده همراه با طبیعی بودن معاینات بالینی راهنمای تشخیص است. نیازی به انجام بررسیهای آزمایشگاهی و رادیوگرافی که همه طبیعی خواهند بود نیست.

چگونه درمان میشود؟

توضیح دادن خوش خیم بودن طبیعت این پدیده اضطراب کودک و خانواده را تخفیف میدهد. درد دوره های درد ماساژ موضعی و داروهای مسکن میتواند کمک کننده باشد. در کودکانی که اپیزودهای تکراری درد داشته باشند شبی یک دوز ایبوپروفن ممکنست به تخفیف یا جلوگیری از درد کمک نماید.

پیش آگهی

دردهای رشد با هیچ نوع بیماری عضوی جدی همراه نیستند، در اغلب موارد تا آخر دوران کودکی بهبود پیدا میکنند. در 100% موارد با بزرگتر شدن کودک ناپدید خواهند شد.

(5) سندرم هیپرموبیلیتی خوش خیم (Benign Hypermobility Syndrome)

این بیماری چیست؟

سندرم هیپرموبیلیتی خوش خیم (BHS) به دردهای انتهایی که ناشی از افزایش قابلیت حرکت (دامنه حرکتی) مفاصل هستند، بدون آنکه همراه با هرگونه بیماری مادرزادی و یا بافت پیوندی باشد اطلاق میشود. در نتیجه (BHS) بیش از آنکه یک بیماری باشد یک یافته طبیعی تلقی میشود.

میزان شیوع آن چقدر است؟

BHS در پیش کودکان به شدت شایع است و در 25 تا 50 درصد کودکان کمتر از 10 ساله گزارش شده است. با افزایش یافتن سن فرکانس آن کاهش پیدا میکند. بروز BHS در افراد یک خانواده متداول است.

علائم اصلی آن چیست؟

هیپرموبیلیتی بصورت دردهای عمیق تکرار شونده در انتهای روز، یا هنگام شب و بطور متناوب در زانوها، پاها و قوزکها پدیدار میشود.

در کودکانی که پیانو، ویولون و سازهای دیگر مینوازند این دردها میتواند در مفاصل انگشتان دست ایجاد گردد. فعالیت های بدنی و ورزش باعث شروع یا ازدیاد درد میشود. بندرت ممکنست تورم مفصلی وجود داشته باشد.

چگونه تشخیص داده میشود؟

سندرم هیپرموبیلیتی بر اساس معیارهایی که قبلاً تنظیم شده و میزان هیپرموبیلیتی را مشخص میکند تشخیص داده میشود.

درمان

هیپر موبیلیتی خیلی بندرت نیاز به درمان دارد. در صورتیکه کودک با ورزشهای خاصی مثل فوتبال، یا ژیمناستیک در معرض آسیبهای مکرر قرار داشته و به دفعات دچار پیچ خوردگی یا کشیدگی مفاصل شود تقویت عضلات و محافظت از مفصل (functional braces) ضرورت پیدا میکند.

زندگی روز مره

هیپر موبیلیتی پدیده خوش خیمی است که با افزایش سن کاهش پیدا میکند. خانواده بایستی آگاهی داشته باشد که خطر اصلی آن محروم کردن کودک از داشتن زندگی طبیعی است.

کودک میبایستی به داشتن فعالیت عادی شامل بازی و ورزشهایی که دوست دارد تشویق شود.

(6) سینوویت گذرا (Transient synovitis)

Toxic synovitis, Irritable hip

سینوویت گذرا چیست؟

سینوویت گذرا از وجود افوزیون در مفصل رانی لگنی (هیپ) ناشی میشود، بدون آنکه علتی برای آن شناخته شده باشد و خود بخود بدون اینکه عارضه ای بجا بگذارد بهبود پیدا میکند.

میزان شیوع آن چقدر است؟

شایعترین علت دردهای در نزد کودکان سینوویت گذرا است. 2 تا 3 درصد کودکان 3 تا 10 ساله را مبتلا میکند. در پسرها تا حدی شایعتر است که در مقابل ابتلای یک دختر 3 تا 4 پسر وجود دارند که مبتلا نیستند.

علامین اصلی بیماری کدامند؟

لنگیدن و درد اندامها علامین اصلی سینوویت گذرا هستند. درد هیپ میتواند بصورت درد در کشاله ران، قسمت فوقانی ران یا احیاناً در زانو، معمولاً بصورت ناگهانی بروز نماید. شایعترین نحوه، بروز آن بیدار شدن کودک با لنگش و یا امتناع از راه رفتن است.

چگونه تشخیص داده میشود؟

تشخیص سینوویت گذرا با مشاهده لنگیدن بیمار و نیز دردناک بودن حرکات هیپ (مفصل رانی لگنی) در معاینه بالینی گذاشته میشود. در 5 درصد موارد بیماری درگیری دو طرفه است. رادیوگرافی ساده طبیعی است و در خیلی از موارد عملاً انجام نمیشود.

درمان

اساس درمان استراحت مناسب با میزان درد است. مسکن های ضد التهابی برای کاهش درد بکار برده میشوند. در اپیزودهای دردهای خیلی شدید کشش ساق پا میتواند موثر باشد. این حالت غالباً بدون درمان و بطور متوسط بعد از 6 تا 8 روز از بین میرود.

پیش آگهی

عالی، با بهبود کامل در بیش از 99% کودکان. پدیدار شدن سینوویت گذرا بصورت خفیف تر و بمدت کوتاهتر از اپیزود اول غیر عادی نیست.

7) درد کشککی رانی - زانودرد (Patellofemoral pain-knee pain)

مقدمه

درد پاتلوفمورال شایعترین سندرم دردهای به علت فعالیت در کودکان است. این گروه بیماریها ناشی از حرکات تکراری مداوم یا بدنبال آسیب های بعد از ورزش در نقطه بخصوصی از بدن بوجود میآیند. این نوع اختلالات درپیش بزرگسالان بصورت (tennis or golf elbow, carpal tunnel syndrome, etc) بیشتر از کودکان متداول است.

Synonyms (اسامی مترادف دیگر)

Patellofemoral Syndrome (سندروم پاتلو فمورال)، **Chondromalacia of patella**، **Anterior knee pain** (درد جلوی زانو) (کوندرومالازی پاتلا)، **Chondromalacia** (کوندرومالازی)، **Anterior knee pain** (درد جلوی زانو)

بیماری چیست؟

درد پاتلو فمورال به درد قسمت جلوی زانو ناشی از فعالیت زیاد و یا ازدیاد فشار به مفصل پاتلوفمورال یا کشکک رانی (مفصلی که از کاسه زانو کشکک و استخوان قسمت پائین ران یا فمورتشکیل میشود) اطلاق میشود.

وقتی که این درد همراه با خوردگی در قسمت داخلی مفصل (کارتیلاژ یا غضروف) کشکک باشد کلمه کندرومالازی پاتلا در مورد آن به کار برده میشود.

میزان شیوع آن چقدر است؟

در کودکان کمتر از 8 ساله بندرت دیده میشود و با بالا رفتن سن و بالاخره در پیش بالغین شیوع بیشتری دارد. درد پاتلوفمورال در دختران شایعتر است. همچنین در کودکانیکه زانوهایشان به نحوی زاویه داشته باشد مثل genu valgum) knock-knee (کجی زانو) و genu varum) (پای پای پرنانتری) و همچنین بیماریهای مثل بی ثباتی عود کننده و بد قرار گرفتن کشکک بیشتر (recurrent instability and malalignment) دیده میشود.

علامت اصلی آن چیست؟

علامت اختصاصی بیماری درد جلوی زانو است که با فعالیتهایی از قبیل دویدن، بالا رفتن از یا پائین آمدن از پله، چمباتمه زدن و یا با پرش شدت پیدا میکند. درد پاتلوفمورال همچنین با خم کردن طولانی زانو در هنگام نشستن تشدید پیدا خواهد نمود.

چگونه تشخیص داده میشود؟

درد پاتلو فمورال در کودکان سالم يك تشخیص بالینی است (تست های آزمایشگاهی یا رادیوگرافیک ضرورت ندارد). درد را میتوان با ایجاد فشار روی زانو یا با کشیدن پاتلا به طرف بالا در حالیکه عضلات ران (چهار سر) منقبض باشد ایجاد نمود.

درمان

غالباً نیازی به درمان نیست. در بیشتر کودکان اگر زانو درد با بیماری دیگری (مثل اشکال در زاویه زانو یا لغزندگی کشکک) همراه نباشد يك حالت خوش خیم است که به خودی خود خوب میشود. در صورتیکه درد در فعالیتهای ورزشی و یا فعالیتهای روزمره اختلال ایجاد نماید، برنامه ریزی برای تقویت ماهیچه چهارسر ران و نیز قرار دادن یخ به از بین بردن دردهای بعد از ورزش کمک میکند.

زندگی روزمره

کودکان بایستی زندگی طبیعی خود را داشته باشند. میزان فعالیت بدنی باید در حدی باشد که کودک دچار درد نشود. کودکانیکه فعالیت ورزشی زیاد داشته باشند میتوانند از زانو بند یا کش های زانو استفاده نمایند.

8) لغزندگی اپیفیز سر ران (Slipped Capital Femoral Epiphysis)

لغزندگی اپیفیز سر فمور (ران) چیست؟

لغزندگی اپیفیز بعلت جابجائی سراسخوان ران از صفحه رشد ایجاد میشود که علت آن مشخص نیست. صفحه رشد يك صفحه غضروفي است که مثل ساندوویچ بین دو قسمت از بافت استخوانی قرار گرفته است. این ناحیه ضعیفترین قسمت استخوان است که با معدنی شدن و بصورت استخوان درآمدن آن رشد متوقف خواهد شد.

میزان شیوع آن چقدر است؟

لغزندگی اپیفیز سر ران بیماری نادری است که 3 تا 10 کودک را در 100000 نفر مبتلا میکند. در دوران بلوغ و در پسرها شایعتر است. بنظر میرسد چاقی فاکتور مساعد کننده این بیماری باشد.

علائم اصلی آن چیست؟

لنگیدن و درد و کاهش یافتن حرکات مفصل رانی لگنی که با فعالیت بدنی افزایش پیدا میکند. درد ممکنست در قسمت فوقانی (دوسوم فوقانی) و یا تحتانی (يك سوم تحتانی) ران ایجاد شود و با افزایش فعالیت بدنی بیشتر خواهد یافت. در 15 درصد موارد درگیری دو طرفه است.

چگونه تشخیص داده میشود؟

لغزندگی اپیفیز سر فمور با کاهش یافتن حرکات مفصل رانی لگنی در معاینه بالینی مشخص میشود. تشخیص با رادیوگرافی که بهتر است در حالت اکسیال یا قورباغه انجام شود به تأیید خواهد رسید.

درمان

قرار دادن pin با عمل جراحی (توسط قرار دادن سر فمور در محل خود و ثابت کردن آن توسط pin انجام میشود).

پیش آگهی

پیش آگهی آن بستگی به مدت و میزان لغزندگی سراسخوان ران قبل از تشخیص و انجام درمان دارد.

9) استئوکندروز (Osteochondroses)

همنام ها : استئونکروز (Osteonechroses)، نکروز اواسکولر (Avascular necroses)

مقدمه

کلمه "Osteochondroses" به معنای "bone death" یا "مرگ استخوانی" است. در این گروه گوناگون از بیماریها به علت نامشخصی جریان خون به مراکز اولیه یا ثانویه استخوانسازي استخوان های مبتلا قطع شده است. در بدو تولد استخوانها بیشتر از غضروف، که بافت نرمی است، ساخته شده اند. در طول زمان این بافت نرم توسط بافت سخت و معدنی شده، یعنی استخوان جایگزین میشود. این جا به جایی در محلهاي خاصی از هر استخوان، که به همین دلیل "ossification center" (مرکز استخوانسازي) نامیده میشود، شروع و با طی زمان در بقیه استخوان منتشر میگردد.

استئوکندروز چیست؟

استئوکندروز به پدیده ناشی از نرسیدن خون به مراکز استخوانی شدن استخوانها و دیر کرد جایگزینی جبرانی بافت استخوانی اطلاق میشود.

علامت اصلی استئو کوندرودرد است و تشخیص آن توسط رادیوگرافی یا تصویر برداری تأیید میشود. در رادیوگرافی سکانس تکه تکه شدن قطعه ای شدن بصورت ("Islands" within the bone) (جزایری در میان استخوان)، کلاپس (در هم فرورفتگی) (break down)، اسکالرز (Increased density) (افزایش تراکم) مشخص میشود بطوریکه استخوان در روی کلیشه رادیوگرافیک رنگ سفید "white" پیدا خواهد کرد. خیلی از اوقات استخوان از نو تشکیل شده (تشکیل استخوان تازه) و قوام استخوانی مجدداً بوجود میآید. گرچه این بیماری میتواند خیلی جدي باشد اما در پیش کودکان بسیار شایع بوده و به استثنای موارد درگیری وسیع مفصل رانی لگنی پیش آگهی آن عالی است. بعضی از فرمهای استئو کوندرز آنقدر شایع هستند که بعنوان "normal variant" یا "اشکال طبیعی" در نمو استخوان به شمار میآیند (Sever's disease).

بعضی دیگر در گروه سندرم های فعالیت زیاد قرار میگیرند- (Osgood Schlatter, Sinding-Larsen-Johansson disease)

9.1 بیماری Legg-Calve-Perthes

بیماری Legg-Calve-Perthes چیست؟

این بیماری از تخریب ناشی از فقدان رگ در سر استخوان ران (نزدیکترین قسمت از استخوان ران به لگن) بوجود میآید.

میزان شیوع آن چقدر است؟

Legg-Calve-Pethes Disease بیماری شایعی نیست و در 10000 کودک يك مورد دیده میشود. بیشتر در پسرها (4 تا 5 پسر در مقابل يك دختر) و در سنين بين 3 تا 12 سالگی ، بخصوص در کودکان 4 تا 9 ساله دیده میشود.

علامین شایع آن چیست؟

بیشتر کودکان با لنگیدن و در جات مختلفی از درد مفصل سر ران و گاهی هم به دلایل دیگر مراجعه میکنند. غالباً فقط يك طرف گرفتار است ولي در 10% موارد بیماری دوطرفه است.

چگونه تشخیص داده میشود؟

اختلال و احیاناً دردناک بودن حرکات مفصل لگنی رانی (هیپ) مشخص کننده این بیماری است. رادیوگرافی در ابتدا ممکنست طبیعی باشد ولي بعد سیري را که در مقدمه ذکر شد پیدا خواهد کرد. اسکن استخوانی و MRI بیماری را زودتر از رادیوگرافی ساده نشان میدهند.

چه درمانی دارد؟

کودکان مبتلا به Legg-Calve-Perthes Disease همیشه بایستی به کلینیک ارتوپدی معرفی شوند. درمان آن بستگی به شدت بیماری دارد. در موارد خیلی مختصرکافی است که بیمار تحت نظر باشد.

در موارد شدید بیماری درمان برای حفظ جایگیری سر ران در مفصل لگن انجام میشود، با این هدف که با شروع و تشکیل استخوان تازه سر استخوان ران شکل کروی خود را پیدا کند. این هدف ممکنست بدرجات مختلفی با استفاده (کرست هائی که لگن را باز نگه میدارند) abduction brace (در بچه های کوچکتر) یا با (osteotomy, cutting a wedge of bone to keep the head in a better position) قرار دادن سر استخوان ران در وضعیت مناسب بوسیله عمل جراحی (در بچه های بزرگتر) حاصل شود.

پیش آگهی

بستگی به میزان درگیری سر فمور (هرچه کمتر باشد بهتر) و نیز سن کودک (کمتر از 6 ساله بهتر) خواهد داشت. بطور کلی با تکمیل این پدیده (از قطعه قطعه شدن تا دوباره ساخته شدن) که از 12 تا 18 ماه طول خواهد کشید. مجموعاً در حدود دو سوم از مفاصل رانی لگنی که مبتلا شده اند نتایج رادیوگرافیک خوب پیدا خواهند کرد.

زندگی روز مره

زندگی روز مره این کودکان بستگی به درمان انجام شده خواهد داشت. کودکانی که تحت نظر هستند میبایستی از وارد آمدن فشارهای سنگین بر لگن (پریدن و دویدن) اجتناب کنند، در عینحال از نقطه نظرهای دیگری مثل رفتن به مدرسه و شرکت در فعالیتهایی که نیاز به تحمل وزن نداشته باشد بایستی زندگی عادیشان حفظ گردد.

9.2 بیماری Osgood - Schlatter

بعلت ایجاد ضربه های مکرر به مراکز استخوانی برجستگی استخوان درشت نی (تاج استخوان کوچکی که در قسمت فوقانی ساق قرار دارد) در کنار تاندن (رباط) کشکک بوجود میآید. در 1% موارد دوره جوانی و در دوران بلوغ دیده میشود و در ورزشکاران بیشتر است.

درد این بیماران با فعالیتهایی از قبیل دویدن، پریدن، از پله بالا و پائین رفتن و چهارزانو نشستن شدت پیدا میکند. تشخیص بیماری توسط معاینه بالینی با مشخص شدن حساس بودن به درد (تندرنس) یا درد کاملاً مشخص که گاهی با ورم همراه است در محل اتصال رباط استخوان کشکک به استخوان درشت نی میباشد. رادیوگرافی ممکنست طبیعی باشد و یا اینکه قطعات کوچک استخوانی در ناحیه برجستگی درشت نی را نشان دهد. درمان بر اساس میزان فعالیت برای اجتناب از درد، قرار دادن یخ بعد از ورزش و استراحت است. این بیماری پس از مدتی بهبودی پیدا خواهد نمود.

9.3 بیماری Sever

بنام "Calcaneal Apophysitis" نیز نامیده میشود. عبارت از استئوکوندروز زنده پاشنه و احتمالاً در ارتباط با کشیدگی زرد پی آشیل میباشد. این بیماری یکی از شایعترین علل درد پاشنه در کودکان بشمار میآید، با فعالیت رابطه دارد و در جنس مذکر بیشتر دیده میشود. شروع آن غالباً در 6 تا 10 سالگی با درد پاشنه و احیاناً اندامها، بعد از انجام ورزش میباشد.

تشخیص این بیماری با معاینه بالینی است. نیازی به درمانی غیر از متعادل کردن فعالیت کودک برای اجتناب از درد نیست. در صورتیکه این امر کمک کننده نبود استفاده از بالشتک های پاشنه توصیه میشود. بیماری بعد از مدتی بهبود پیدا خواهد کرد.

9.4 بیماری Freiberg

استئوکوندروز سر استخوان دوم کف پا میباشد. علت احتمالی این بیماری ضربه است. بیماری شایعی نیست و بیشتر موارد دختران جوان را مبتلا میکند. این درد با فعالیت شدت می یابد. معاینه بالینی درد ناحیه کف پا و احیاناً تورم را نشان میدهد. تشخیص بارادیوگرافی تأیید میشود، گرچه ممکنست از شروع علائم تا پیداشدن تغییرات آن دو هفته طول بکشد. درمان شامل استراحت و استفاده از بالشتکهای محافظ است.

9.5 بیماری Scheurmann

بیماری شوئرمن یا "Juvenile kyphosis (roundback)" "قوز کودکی" استئوکوندروز در ناحیه حلقه برجستگی بدنه مهره است. بیشتر در پسران و در دوران بلوغ دیده میشود. بیشتر کودکان مبتلا به این حالت هیکل نامتناسب به همراه یا بدون درد پیدا میکنند. درد با فعالیت ارتباط دارد و ممکنست با استراحت بهتر شود. برای تأیید تشخیص معاینه بالینی که با مشاهده وجود زاویه واضح در پشت داده شده انجام رادیوگرافی لازم است. برای اینکه بیماری شوئرمن تأیید شود کودک میبایستی نامنظمی vertebral plates (صفحه مهره ای) و گوه ای شدن قسمت قدامی حد اقل سه مهره با زاویه 5 درجه پیدا کرده باشد.

بیماری شوئرمن غالباً نیاز به درمان دیگری غیر از تعدیل میزان فعالیت کودک، تحت نظر داشتن و در مورد شدید استفاده کرسیهای طبی ندارد.