www.printo.it/pediatric-rheumatology/BA/intro

Regionalni Bolni Sindromi

Verzija

10. Osteohondroza (sinonimi : osteonekroza, avaskularna nekroza)

10.1. Šta je to?

Riječ „osteohondroza" znači "smrt kosti". Odnosi se na različite skupine bolesti nepoznatog uzroka karakterizirane poremećenim dotokom krvi prema centru osifikacije kosti. Kod rođenja kosti su napravljene većinom od hrskavice, mekšeg tkiva koje vremenom bude zamijenjeno mineraliziranim i čvrstim tkivom (kosti). Zamjena počinje na specifičnim mjestima u području kosti koja se zovu centri osifikacije, a vremenom zahvati cijelu kost.
Bol je glavni simptom ovih poremećaja. Ovisno o zahvaćenoj kosti, bolest poprima različita imena.
Dijagnoza se potvrđuje na temelju slikovne dijagnostike. Rendgenska slika pokazuje fragmentaciju (otočiće unutar kosti), kolaps (raspadanje), sklerozu (pojačana gustoća, kost izgleda „bjelje" na filmu) i često reosifikaciju (formiranje nove kosti) sa rekonstitucijom kontura kosti.
Iako zvuči kao ozbiljna bolest, prilično je česta u djece i osim u slučaju kuka ima odličnu prognozu. Neki oblici osteohondroze toliko su česti da se smatraju normalnom varijacijom razvoja kosti (npr. Severova bolest). Ostali se mogu uključiti u skupinu sindroma prenaprezanja (Osgood-Schlatter, Sinding-Larsen-Johanssonova bolest).

10.2. Legg-Calve-Pertes-ova bolest

10.2. Šta je to?

To je avaskularna nekroza glave femura (dio natkoljenične kosti koja je

najbliže kuku).

10.2.2Koliko je česta?

To nije česta bolest i javlja se u 1/10,000 djece. Češća je u dječaka (4/5 na jednu djevojčicu) između 3 i 12 godina, a posebice između 4 i 9 godina.

10.2.3. Koji su glavni simptomi?

Većina djece prezentira se šepanjem i različitim stupnjem bolova u kuku. Ponekad bol uopće ne mora biti prisutna. Obično je zahvaćen samo jedan kuk, međutim u 10% slučajeva bolest je obostrana.

10.2.4. Kako se dijagnosticira?

Kretnje u kuku su ograničene i bolne. Rendgenska slika može pokazivati normalan nalaz, a progresija nalaza može biti uočljiva tek kasnije. Scintigrafija i magnetska rezonancija detektuju najranije promjene, prije nego što su one vidljive na rendgenskoj snimci.

10.2.5. Kako se liječi?

Djecu koja boluju od Legg-Calve-Perthesove bolesti treba uvijek uputiti ortopedu. Slikovna dijagnostika je neophodna za dijagnozu. Liječenje ovisi o težini bolesti. U vrlo blagim slučajevima, dovoljna će biti opservacija, s obzirom da mala oštećenja kosti cijele sama od sebe.
U težim slučajevima, cilj terapije je zadržati glavu femura unutar zgloba kuka tako da kada započne formiranje nove kosti, glava femura zadrži svoj sferični oblik.
Taj se cilj može postići sa varijabilnim uspjehom uz pomoć remenčića (mlađa djeca) ili da se femur preoblikuje hirurški (osteotomija, rezanje ruba kosti kako bi se glava femura zadržala u boljoj poziciji) (u starije djece).

10.2.6. Kakva je prognoza?

Prognoza ovisi o površini glave femoralne kosti koja je zahvaćena (što manje to bolje) kao i o dobi djeteta (bolje ispod 6 godina). Potpuni

oporavak traje 2-4 godine. Sveukupno, oko 2/3 zahvaćenih kukova imaju dugoročno dobar anatomski i fukcionalni ishod.

10.2.7. Šta je sa svakodnevnim životom?

Ograničenja dnevnih aktivnosti ovise o primjenjenoj terapiji. Djeca koja su u opservaciji trebaju izbjegavati teža opterećenja kuka (skakanje, trčanje). Međutim, trebaju nastaviti sa inače normalnim školskim životom i sudjelovati u svim aktivnostim koje ne uključuju nošenje teških tereta.

10.3. Osgood-Schlater-ova bolest

Ovo stanje nastaje kao posljedica ponavljanih trauma patelarne tetive na centar osifikacije u području tuberositasa tibije (malo uzdignuće kosti na gornjem dijelu potkoljenice). Prisutno je u oko 1% adolescenata i češće je kod sportaša.
Bol se pogoršava sa aktivnostima poput trčanja, skakanja, hodanja po stepenicama i klečanja. Dijagnoza se postavlja na temelju fizikalnog pregleda u kojem se uočava karakteristična osjetljivost na dodir i bolnost, što je ponekad praćeno otokom na mjestu insercije patelarne tetive za potkoljeničnu kost.
Rendgenska snimka može biti normalna ili pokazuje male fragmente kosti u području tuberositasa tibije. Liječenje uključuje prilagođavanje tjelesne aktivnosti kako bi bolesnik bio bez bolova, primjenu hladnih obloga i odmaranje. Stanje vremenom prođe samo od sebe.

10.4. Sever-ova bolest

Ovaj poremećaj zove se i "petni apofizitis". To je osteohondroza apofize petne kosti, vjerojatno povezana sa trakcijama Ahilove tetive.
To je jedan od najčešćih uzroka bolova u peti kod djece i adolescenata. Kao i drugi oblici osteohondroza, Severova bolest je povezana sa aktivnošću i češća je kod muške djece. Obično počinje oko sedme godine života, bolovima u peti i povremeno šepanjem nakon vježbanja. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničkog pregleda. Ne treba specifična terapija osim prilagođavanja tjelesne aktivnosti na onu mjeru kod koje nema bolova. Ukoliko se ovakav pristup ne pokaže uspješnim, može se upotrijebiti jastučić za petu. Poremećaj vremenom prođe sam

od sebe.

10.5. Freiberg-ova bolest

Riječ je o osteonekrozi glave druge metatarzalne kosti stopala. Vjerojatno je uzrokovana traumom. Prilično je rijetka i uglavnom se javlja kod adolescentica. Bol se pojačava fizičkom aktivnosti. Fizikalnim pregledom nalazi se bolnost, a ponekad i otok glave druge metatarzalne kosti stopala. Dijagnoza se potvrđuje rendgenskom snimkom, premda ponekad treba proći i 2 sedmicea da bi bila rendgenski detektabilna. Liječenje uključuje mirovanje i metatarzalni jastučić.

10.6. Scheuerman-ova bolest

Scheurmanova bolest ili tzv. " juvenilna kifoza (okrugla leđa)" je osteonekroza prstenaste apofize kralješka (kost na vrhu i dnu svakog kralješka). Češća je kod adolescenata. Većina djece sa ovim stanjem ima loše držanje uz ili bez bolova u leđima. Bol je povezana sa aktivnostima i može popustiti nakon odmora.
Sumnja na ovu dijagnozu postavlja se nakon pregleda (oštar kut u leđima) i potvrđuje se rendgenskom snimkom.
Kako bi se postavila ova dijagnoza, dijete mora imati nepravilnosti vertebralnih ploča te klinast izgled kralješaka s nagibom od 5 stepeni u bar tri uzastopna kralješka.
Schauermanova bolest obično ne zahtjeva drugo liječenje osim prilagođavanja nivoa aktivnosti dijeteta, praćenje i u težim slučajevima učvršćivanje.