



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/GR/intro>

Σύνδρομα Επώδυνων Άκρων

Έκδοση από 2016

10. Οστεοχόνδρωση (Συνώνυμα: Οστεονέκρωση, Άσηπτη νέκρωση).

10.1 Τι είναι;

Η λέξη «οστεοχόνδρωση» σημαίνει «οστικό θάνατο». Αναφέρεται σε μια ομάδα νοσημάτων άγνωστης αιτίας, που χαρακτηρίζονται από διακοπή της παροχής αίματος στο κέντρο οστεοποίησης των προσβεβλημένων οστών. Κατά τη γέννηση, τα οστά έχουν κυρίως χόνδρο, ένα μαλακότερο ιστό που αντικαθίσταται με τον καιρό από ένα πιο επιμεταλλωμένο και ανθεκτικό ιστό (δηλαδή ιστό όπου εναποτέθηκαν μέταλλα), που είναι το οστό. Αυτή η αντικατάσταση ξεκινάει από συγκεκριμένα σημεία μέσα σε κάθε οστό, από περιοχές που ονομάζονται κέντρα οστεοποίησης, και από εκεί εξαπλώνεται η αντικατάσταση με την πάροδο του χρόνου στο υπόλοιπο οστό.

Ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα αυτών των διαταραχών. Ανάλογα με το οστό που προσβάλλεται, το νόσημα έχει διαφορετικά ονόματα.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με εξετάσεις απεικόνισης. Οι ακτινογραφίες αποκαλύπτουν διαδοχική κατάτμηση (τις προσβεβλημένες περιοχές σαν «νησιά» μέσα στο οστό), σύνθλιψη, σκλήρυνση (αυξημένη πυκνότητα, οπότε το οστό εμφανίζεται «λευκότερο» στις ακτινογραφίες) και συχνά επανοστεοποίηση (σχηματισμός νέου οστού) με επαναδόμηση (επανασχηματισμό) του οστεϊκού περιβλήματος (του περιοστέου).

Παρόλο που μπορεί να ακούγεται σαν σοβαρό νόσημα, είναι αρκετά συχνό 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). Άλλες μπορεί να συμπεριληφθούν

στα «Σύνδρομα υπέρχρησης» (νόσος Osgood-Schlatter, νόσος Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Νόσος Legg-Calvé-Perthes

10.2.1 Τι είναι;

Αυτό το νόσημα αναφέρεται σε ισχαιμική νέκρωση της μηριαίας κεφαλής (το μέρος του μηριαίου οστού, που είναι το πιο κοντινό στο ισχίο).

10.2.2 Πόσο συχνή είναι;

Δεν είναι συνηθισμένη, εμφανίζεται σε 1 ανά 10.000 παιδιά. Είναι πιο συχνό στα αγόρια (4 ή 5 αγόρια για κάθε κορίτσι) στις ηλικίες μεταξύ των 3 και 12 ετών, και ιδίως σε παιδιά 4 ως 9 ετών.

10.2.3 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.

10.2.4 Πως μπαίνει η διάγνωση;

Η κινητικότητα του ισχίου είναι επηρεασμένη και πιθανώς 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 το νόσημα νωρίτερα από τις απλές ακτινογραφίες.

10.2.5 Ποια είναι η θεραπεία;

Τα παιδιά με νόσο Legg-Calvé-Perthes πρέπει να παραπέμπονται πάντα σε Παιδιατρική Ορθοπεδική Μονάδα. Για να μπει η διάγνωση είναι απαραίτητο να γίνουν απεικονιστικές εξετάσεις. Η θεραπεία εξαρτάται από τη βαρύτητα του νοσήματος. Σε πολύ ήπιες περιπτώσεις, η παρακολούθηση μπορεί να αρκεί, επειδή το οστό αποκαθίσταται από

μόνο του με πολύ ελάχιστη βλάβη.

Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, η θεραπεία έχει σαν στόχο τη διατήρηση της προσβεβλημένης μηριαίας κεφαλής μέσα στην άρθρωση του ισχίου, έτσι ώστε μόλις αρχίσει ο σχηματισμός του νέου οστού, να επανακτήσει η μηριαία κεφαλή τη σφαιρική της μορφή.

Αυτός ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί εάν τα μικρότερα παιδιά εφαρμόσουν ένα νάρθηκα απαγωγής των ισχίων ή στα μεγαλύτερα παιδιά γίνει χειρουργική ανάπλαση του μηριαίου οστού, δηλαδή οστεοτομία, (όπου κόβεται ένα τμήμα του οστού για να κρατήσουμε την κεφαλή σε καλύτερη θέση). Το ποσοστό όμως επιτυχίας τους δεν είναι το ίδιο σε όλα τα παιδιά.

10.2.6 Ποια είναι η πρόγνωση;

Η πρόγνωση εξαρτάται από την έκταση της 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 πλήρης ανάρρωση απαιτεί 2-4 χρόνια. Γενικά, περίπου τα δύο τρίτα των προσβεβλημένων ισχίων έχουν ένα καλό μακροχρόνιο ανατομικό και λειτουργικό αποτέλεσμα.

10.2.7 Καθημερινή ζωή

Οι περιορισμοί των καθημερινών δραστηριοτήτων εξαρτώνται 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 υπόλοιπες δραστηριότητες που δεν επιβαρύνουν σημαντικά την άρθρωση.

10.3 Νόσος του Osgood-Schlatter

Η κατάσταση αυτή προκύπτει από επαναλαμβανόμενο τραυματισμό στο κέντρο οστεοποίησης του κνημιαίου κυρτώματος (μία μικρή οστέϊνη 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 είναι το τρέξιμο, τα άλματα, το ανεβοκατέβασμα σκάλας και το γονάτισμα. Η διάγνωση

επιβεβαιώνεται με τη κλινική εξέταση, στην οποία διαπιστώνεται μία πολύ χαρακτηριστική ευαισθησία στην άσκηση πίεσης στο σημείο αυτό 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 σωματικής δραστηριότητας έτσι ώστε οι ασθενείς να μην πονούν, στην τοποθέτηση επιθεμάτων πάγου μετά τα αθλήματα και στην ανάπαυση. Η κατάσταση αυτή υποχωρεί με τον καιρό.

10.4 Νόσος του Sever

Η κατάσταση αυτή ονομάζεται επίσης και «Φλεγμονή της Πτερνιαίας απόφυσης». Είναι μία οστεοχόνδρωση στο καταληκτικό σημείο του οστού (απόφυση) της πτέρνας, που σχετίζεται ενδεχομένως με την έλξη που προκαλείται από τον Αχίλλειο τένοντα.

Είναι μία από τις πιο συνηθισμένες αιτίες πόνου στην πτέρνα στα παιδιά και εφήβους. Όπως και στις άλλες μορφές της οστεοχονδρίτιδας, η νόσος του Sever σχετίζεται με τη σωματική δραστηριότητα και είναι πιο συχνή στα αγόρια. Πρωτοεμφανίζεται συνήθως στην ηλικία των 7-10 ετών περίπου, με πτερνιαίο πόνο και περιστασιακή χωλότητα (το παιδί κουτσαίνει) μετά την άσκηση. Η διάγνωση γίνεται με την κλινική εξέταση. Δε χρειάζεται άλλη θεραπεία εκτός από την προσαρμογή της σωματικής δραστηριότητας, ώστε να μην προκαλείται πόνος, και αν αυτή η προσέγγιση δεν πετύχει, με τη χρήση ενός ορθοπαιδικού «μαξιλαριού» για τον αστράγαλο. Η κατάσταση αυτή υποχωρεί με τον καιρό.

10.5 Νόσος του Freiberg

Είναι η οστεονέκρωση της κεφαλής του δεύτερου μετατάρσιου 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 σωματική δραστηριότητα. Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει ευαισθησία με την άσκηση πίεσης στο πέλμα κάτω από με την κεφαλή του δεύτερου μετατάρσιου 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 ανάπαυση και τοποθέτηση ειδικού «μαξιλαριού» στα μετατάρσια.

10.6 Νόσος του Scheuermann

Η νόσος του Scheuermann ή «νεανική κύφωση (κυρτή πλάτη)» είναι μία οστεονέκρωση της δακτυλιοειδούς απόφυσης του σπονδυλικού σώματος (το οστέινο τμήμα στην άκρη της κορυφής και του πυθμένα κάθε σπονδύλου). Είναι πιο συνηθισμένη σε αγόρια. Τα περισσότερα παιδιά με αυτή την πάθηση έχουν κακή στάση του σώματος, με ή χωρίς πόνο στην πλάτη. Ο πόνος σχετίζεται με τη σωματική δραστηριότητα και μπορεί να εξαφανιστεί με την ανάπαυση.

Η υποψία της διάγνωσης μπορεί να τεθεί με την εξέταση (οξεία γωνίωση στην πλάτη) και επιβεβαιώνεται με ακτινογραφίες.

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

Η νόσος του 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.