



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

Σύνδρομα Επώδυνων Άκρων

Έκδοση από 2016

3. Σύνδρομο του σύνθετου τοπικού μυοσκελετικού πόνου τύπου 1

(Συνώνυμα: Αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία ή Ιδιοπαθές εντοπισμένο μυοσκελετικό σύνδρομο πόνου)

3.1 Τι είναι;

Είναι ένας εξαιρετικά έντονος πόνος των άκρων άγνωστης αιτίας, που σχετίζεται συνήθως με δερματικές αλλοιώσεις.

3.2 Πόσο συχνή είναι;

Η συχνότητά της είναι άγνωστη. Είναι πιο συχνή σε εφήβους, με μέσο όρο ηλικίας έναρξης του συνδρόμου τα 12 περίπου χρόνια, και σε κορίτσια.

3.3 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Συνήθως υπάρχει ένα μακροχρόνιο ιστορικό πολύ έντονου πόνου των άκρων, που δεν ανταποκρίνεται στις διάφορες θεραπείες και που αυξάνεται με τον καιρό. Συχνά οδηγεί σε ανικανότητα να χρησιμοποιήσουν το προσβεβλημένο άκρο.

Κάποια ερεθίσματα που δεν προκαλούν πόνο στους περισσότερους ανθρώπους, όπως ένα ελαφρύ άγγιγμα, είναι εξαιρετικά επώδυνα για τους ασθενείς και αυτό ονομάζεται «αλλοδυνία».

Τα συμπτώματα αυτά παρεμβαίνουν στις καθημερινές δραστηριότητες των προσβεβλημένων παιδιών, που συνήθως κάνουν πολλές απουσίες από το σχολείο.

Με την πάροδο του χρόνου, κάποια απ' αυτά τα παιδιά αναπτύσσουν

αλλοιώσεις στο χρώμα του δέρματος (χλωμή ή πορφυρή διάστικτη εμφάνιση), στη θερμοκρασία (συνήθως ελαττωμένη) ή στην ύγρανση των άκρων. Επίσης μπορεί να συνυπάρχει διόγκωση του άκρου. Μερικές φορές το παιδί κρατά το άκρο του σε ασυνήθιστες στάσεις, και αρνείται να κάνει άλλες κινήσεις.

3.4 Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, αυτά τα σύνδρομα είχαν διαφορετικές ονομασίες, αλλά πλέον οι περισσότεροι ιατροί τα κατονομάζουν ως σύνθετα σύνδρομα τοπικού μυοσκελετικού πόνου. Κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα κριτήρια διάγνωσης του νοσήματος.

Η διάγνωση είναι κλινική, βασίζεται στα χαρακτηριστικά του πόνου (που είναι έντονος, παρατεταμένος, περιορίζει τη σωματική δραστηριότητα, δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία και υπάρχει το φαινόμενο της αλλοδυνίας) αλλά και στην κλινική εξέταση.

Ο συνδυασμός των ενοχλήσεων και των κλινικών ευρημάτων είναι αρκετά χαρακτηριστικός. Η διάγνωση απαιτεί τον αποκλεισμό άλλων νοσημάτων που συνήθως αντιμετωπίζονται από ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας, (όπως τους παιδιάτρους), προτού οι ασθενείς παραπεμφθούν σε παιδορευματολόγο. Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι φυσιολογικές. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) μπορεί να δείξει μη ειδικές αλλοιώσεις στα οστά, στις αρθρώσεις και στους μύς.

3.5 Ποιά είναι η 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. Έχουν χρησιμοποιηθεί και άλλες θεραπείες, μόνες τους ή σε συνδυασμό (όπως αντικαταθλιπτικά, βιοανάδραση, διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση, και συμπεριφορικές τροποποιήσεις) χωρίς ξεκάθαρα αποτελέσματα. Τα αναλγητικά συνήθως είναι αναποτελεσματικά. Η θεραπεία είναι δύσκολη για όλους όσους εμπλέκονται, τα παιδιά, την οικογένεια και τη θεραπευτική ομάδα. Η ψυχολογική παρέμβαση είναι συνήθως απαραίτητη εξαιτίας του άγχους που προκαλείται από το νόσημα. Οι κύριες αιτίες της αποτυχίας της θεραπείας είναι η δυσκολία από την πλευρά της οικογένειας να αποδεχτεί τη διάγνωση και να συμμορφωθεί με τις συστάσεις της

θεραπείας.

3.6 Ποια είναι η πρόγνωση;

Αυτό το νόσημα έχει καλύτερη πρόγνωση στα παιδιά από ότι στους ενήλικες. Επιπλέον, τα περισσότερα παιδιά θα αναρρώσουν ταχύτερα από τους ενήλικες. Ωστόσο, για την ανάρρωση θα απαιτηθεί χρόνος και η μετάπτωση στην υποχώρηση των συμπτωμάτων ποικίλλει σημαντικά από παιδί σε παιδί. Η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση οδηγεί σε καλύτερη πρόγνωση.

3.7 Καθημερινή ζωή

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