



paediatric
rheumatology
european
society



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

متلازمات آلام الأطراف

نسخة من

10- داء عَظْمِي عُصْرُوْفِي (متلازمات: النخر العظمي، نخر انعدام الأوعية)

1-10 ما هو؟

مصطلح "داء عَظْمِي عُصْرُوْفِي" يعني "موت العظام"، وهو يشير إلى مجموعة متنوعة من الأمراض مجهولة السبب، والتي تتميز بقطع تدفق الدم إلى مركز التعظم في العظام المصابة. تتكون غالبية العظام عند الولادة من الغضاريف، وهي أنسجة أكثر ليونةً تُستبدل مع مرور الزمن بنسيج أكثر صلابةً ومقاومةً (العظم)، وتبدأ عملية الاستبدال هذه في أماكن معينة داخل كل عظمةٍ وتُعرف هذه الأماكن بمراكثر التعظم وتنتشر هذه العملية إلى بقية العظمة مع مرور الوقت.

الألم هو العرض الأساسي لهذه الاضطرابات، ويتوقف اسم المرض على نوع العظام المصابة.

يتَّأكِّد التشخيص من خلال إجراء فحوصات تصويرية؛ حيث توضح تصويرات الأشعة السينية بالترتيب، تجزئة العظام ("جزر" داخل العظام)، وانهيارها، وتصلبهَا (زيادة كثافة العظام، بحيث يظهر لون العظام "أكثر بياضاً" على الفيلم) وتحدث في كثير من الأحيان إعادة تعظُّم (تَكُون عظمة جديدة) مع إعادة تكوين كفاف العظام.

على الرغم من أن هذا المرض قد يبدو خطيراً، إلا أنه يشيع بشكل كبير لدى الأطفال ويؤدي إلى مآل ممتأز باستثناء حدوث إصابة واسعة النطاق في الورك. وتعد بعض أشكال الداء العَظْمِي العُصْرُوْفِي شائعة للغاية لدرجة أنها تعتبر اختلاف طبيعي في نمو العظام (داء سيفر). بينما يمكن إدراج الأشكال الأخرى في مجموعة "متلازمات فرط الاستعمال" (داء أوزغود - شلاتر، داء سيندنج - لارسين - جوهانسن).

2-10 داء ليغ-كالف-بيرث

1-2-10 ما هو؟

يتضمن هذا المرض حدوث نخر انعدام الأوعية في رأس الفخذ (أقرب جزء من عظمة الفخذ إلى الورك).

2-2-10 ما مدى شيوعه؟

هذا المرض ليس شائعاً حيث تفيد التقارير بأنه يُصيب طفلاً واحداً من كل 10,000 طفل، ويزيد معدل إصابة الأولاد به (4/5 أولاد مقابل بنت واحدة) في سن يتراوح بين 3 و12 عاماً ويُصاب به الأطفال على وجه الخصوص في سن ما بين الرابعة والتاسعة من عمرهم.

3-2-10 ما هي الأعراض الرئيسية؟

يظهر على معظم الأطفال حالة من العرج ودرجات متفاوتة من ألم الورك، وقد لا يكون هناك ألم على الإطلاق في بعض الأحيان. وعادة ما تكون الإصابة في ورك واحد ولكن تكون الإصابة لدى 10% من المصابين في الوركين.

4-2-10 كيف يتم تشخيصه؟

تكون هناك إعاقة في حركة الورك وقد تصعب الحركة شعوراً بالألم، قد تظهر نتائج الأشعة السينية طبيعية في بداية المرض ولكنها تُظهر فيما بعد التطور المرضي الذي وُضّح في المقدمة. يكشف مسح العظام والتصوير بالرنين المغناطيسي الإصابة بالمرض في وقت مبكر أكثر من الأشعة السينية.

5-2-10 كيف يمكننا علاجه؟

يجب دوماً إحالة الأطفال المصابين بداء ليغ-كالف-بيرث إلى قسم عظام الأطفال. ويُعد التصوير بالأشعة أمر ضروري لتشخيص المرض، ويعتمد العلاج على مدى شدة المرض. وقد تكون المراقبة في بعض الحالات الخفيفة كافية، حيث تُشفى العظام بنفسها مع وجود ضرر بسيط.

أما في الحالات الأكثر حدة، فيكون الهدف من العلاج هو احتواء رأس الفخذ المصايب داخل مفصل الورك، بحيث عندما تبدأ عملية تكوّن عظام جديدة، تستعيد رأس الفخذ شكلها الكروي.

ويمكن تحقيق هذا الهدف بدرجة متفاوتة من خلال ارتداء س Nad بعيدi (للأطفال الأصغر سنًا) أو من خلال إعادة شكل عظم الفخذ جراحياً (قطع العظم، قطع وتد من العظمة للمحافظة على رأس الفخذ في وضعية أفضل) (في الأطفال الأكبر سنًا).

6-2-10 ما هو مآل المرض؟

يتوقف مآل المرض على مدى إصابة رأس الفخذ (كلما كان أقل كان أفضل) كما يتوقف على سن الطفل (كلما كان أقل من 6 سنوات كان أفضل)، ويطلب الشفاء التام من عامين إلى 4 أعوام. وتكون النتائج التشريحية والوظيفية بوجه عام لثلثي الأوراك المصابة بوجه عام جيدة على المدى الطويل.

7-2-7 ماذا عن الحياة اليومية؟

يتوقف تقييد ممارسة أنشطة الحياة اليومية على العلاج الذي يتم تطبيقه؛ فالأطفال الخاضعين للمراقبة يجب عليهم تجنب أي تأثير على الورك (القفز، الجري)، إلا أنهم من المفترض أن يستمروا في مزاولة حياتهم المدرسية الطبيعية والمشاركة في كافة الأنشطة الأخرى التي لا تتضمن حمل أوزان ثقيلة.

10-3 داء أوزغود - شلائر

تنتج هذه الحالة عن رضوح متكررة في مركز التعظم في الأحدوبة الظنبوية (قمة عظمة صغيرة تُوجَد في الجزء العلوي من الورك) من الورتر الرضفي، وهي موجودة بنسبة 1% لدى المراهقين ويزيد شيوعها لدى الأشخاص الذي يمارسون الرياضة.

يزداد الألم مع ممارسة الأنشطة مثل الجري والقفز وصعود أو نزول السلالم أو الجثو على الأرض. ويؤكد تشخيص المرض من خلال الفحص البدني مع وجود ألم أو مَصْبَضٌ ممِيَّز للغاية يصاحب في بعض الأحيان تورم في موضع دخول الورتر الرضفي في الظنبو. قد تظهر الأشعة السينية طبيعية أو تُظهر أجزاء صغيرة من العظام في الأحدوبة الظنبوية. ويشمل العلاج تعديل مستوى النشاط البدني الذي يمارسه المرضى للمحافظة على عدم شعورهم بالألم، واستخدام الكمادات الباردة بعد ممارسة الرياضة والراحة، وهذه الحالة تتحسن مع مرور الوقت.

10-4 داء سيفر

يُطلق على هذه الحالة أيضاً "التهاب مُشاش العَقِب"، وهي داء عَطْمِيٌّ عُصْرُوفيٌّ من التهاب مُشاش الذي يُصيب عظمة العقب، ومن المحتمل أن له علاقة بشد وتر العرقوب. وهو من الأسباب الأكثر شيوعاً للألم الكعب لدى الأطفال والمراهقين، داء سيفر مثله مثل الأشكال الأخرى من الداء العَطْمِيِّ العُصْرُوفيِّ حيث له علاقة بممارسة الأنشطة ويزيد شيوعه لدى الذكور، وعادة ما تكون بداية الإصابة بالمرض في سن يتراوح بين 7 و10 أعوام تقريباً وذلك بالشعور بألم في الكعب وurg في بعض الأحيان بعد ممارسة التمارينات.

يكون التشخيص من خلال الفحوصات السريرية، وليس هناك حاجة للجوء إلى علاج آخر غير تعديل مستوى النشاط الذي يمارسه الطفل للمحافظة على عدم شعوره بالألم، وفي حالة عدم جدوه لهذا الأسلوب يمكن استخدام وسادة للكعب. وهذه الحالة تزول مع مرور الوقت.

10-5 داء فراري

تصف هذه الحالة النخر العظمي لرأس المشط الثانية في القدم، ويرجح السبب لذلك في اصابات متكررة للعظم ، وهي حالة غير شائعة وأغلب الحالات تكون لدى الفتيات المراهقات. والألم يزداد مع ممارسة الأنشطة البدنية. وبوضوح الفحص البدني ألم مَصْبَضٌ أسفل رأس عظمة مشط القدم الثانية مع وجود تورم في بعض الأحيان. يتأكد التشخيص

بالأشعة السينية، إلا أنه قد يستغرق أسبوعين منذ بداية ظهور الأعراض قبل أن يمكن اكتشاف هذه الحالة، ويشمل العلاج الراحة ووسادة لمشط القدم.

6- داء شويرمان

داء شويرمان أو "الخداب اليفعي (الخداب)" هو نخر عظمي في الناتئ الحلقي من الجسم الفقري (العظمة الموجودة على محيط الجزء العلوي والسفلي من كل فقرة)، وتزيد نسبة الإصابة به لدى الأولاد المراهقين، ويعاني معظم الأطفال المصابين بهذا المرض من الجلوس في وضعيات سيئة مع وجود آلام في الظهر أو بدونها، ويكون الألم مرتبطةً بممارسة الأنشطة ويمكن تقليل حدته من خلال الراحة.

بواحد التشخيص بهذا المرض من خلال إجراء الفحوصات (تنزوي حاد في الظهر)، ويتأكد من خلال إجراء تصوير بالأشعة السينية.

ومن أجل تأكيد التشخيص بأن الطفل مصاب بداء شويرمان، يجب أن يكون للطفل عدم انتظام في الصفائح الفقرية وإنحناء أمامي من 5 درجات في ثلاث فقرات متتالية على الأقل.

عادة لا يستلزم داء شويرمان علاجاً سوى تعديل مستوى الأنشطة التي يمارسها الطفل والملاحظة وقد يحتاج في الحالات الشديدة إلى مشد (حزام خاص).