



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

Zespoły Bólowe Kończyn

Wersja 2016

10. Osteochondroza (synonimy: osteonekroza, jałowa martwica)

10.1 Co to jest?

Słowo „osteochondroza” oznacza „śmierć kości”. Odnosi się do grupy chorób o nieznanym przyczynie, które cechuje zablokowanie dopływu krwi do jąder kostnienia zaatakowanych kości. W momencie narodzin kości zbudowane są głównie z chrząstki, delikatniejszej tkanki, która z czasem zastępowana jest tkanką mocniej zmineralizowaną i bardziej wytrzymałą (kością). Ta wymiana tkanek rozpoczyna się w specjalnych miejscach zlokalizowanych w każdej kości, znanych jako jądra kostnienia, a z czasem rozprzestrzenia się na całą kość.

Głównym objawem zaburzeń jest ból. W zależności od tego, która kość została zaatakowana, choroba ma różne nazwy.

Diagnozę potwierdzają badania obrazowe. Na zdjęciach rentgenowskich widoczne są kolejno: rozdrobnienie kości (powstanie tzw. wysp w obrębie kości), zapadnięcie się powierzchni kości, skleroza (powstanie obszarów o zwiększonej gęstości, które na zdjęciu wyglądają na bardziej białe) i często wystąpienie zjawiska ponownego kostnienia (ponownej budowy kości) z odtworzeniem jej zarysów.

Chociaż wszystko to brzmi jak opis bardzo groźnej choroby, występowanie powyższych objawów u dzieci jest stosunkowo częste, a rokowanie, z wyjątkiem przypadków, gdy dojdzie do rozległego zajęcia stawu biodrowego, jest bardzo dobre. Niektóre formy osteochondrozy są tak częste, że uznaje się je za odmianę prawidłowego rozwoju kości (choroba Severa). Z kolei inne formy są klasyfikowane jako zespoły nadużycia (choroba Osgooda-Schlattera, choroba Sindinga-Larsena-Johanssona).

10.2 Choroba Legga-Calvégo-Perthesa

10.2.1 Co to jest?

Choroba polega na jałowej martwicy głowy kości udowej (części kości udowej najbliższej biodru).

10.2.2 Jak często choroba występuje?

Choroba nie występuje zbyt często: odnotowuje się 1 przypadek zachorowania na 10 000 dzieci. Częściej występuje u chłopców (4-5 chłopców na 1 dziewczynkę) w wieku od 3 do 12 lat, a w szczególności u dzieci w przedziale wiekowym 4-9 lat.

10.2.3 Jakie są główne objawy choroby?

U większości dzieci występuje utykanie i ból biodra o różnym stopniu nasilenia. Czasem ból może w ogóle nie występować. Zazwyczaj zajęte zostaje tylko jedno biodro, ale w około 10% przypadków dochodzi do dwustronnego zajęcia stawu biodrowego.

10.2.4 Jak diagnozuje się tę chorobę?

Ruchomość stawu jest zmniejszona, a poruszanie nim może sprawiać ból. Początkowo zdjęcia rentgenowskie mogą nie wykazać żadnych zmian, dopiero później pojawiają się cechy typowe dla procesu opisanego we wstępie. Scyntygrafia kości (skanowanie kości) i badanie rezonansem magnetycznym pozwalają na szybsze wykrycie choroby niż w prześwietleniu rentgenowskim.

10.2.5 Jak można leczyć tę chorobę?

Dzieci z chorobą Legga-Calvégo-Perthesa zawsze należy skierować na oddział ortopedii wieku rozwojowego. Największe znaczenie dla rozpoznania mają badania obrazowe. Leczenie zależy od stopnia nasilenia objawów choroby. W bardzo łagodnych przypadkach wystarcza jedynie obserwacja, ponieważ przy niewielkich uszkodzeniach kość regeneruje się samoistnie.

W poważniejszych przypadkach celem leczenia jest utrzymanie dotkniętej chorobą główki kości udowej wewnątrz stawu biodrowego, aby w okresie tworzenia się nowej tkanki kostnej główka kości udowej zachowała swój kulisty kształt.

Cel ten można osiągnąć w różnym stopniu poprzez założenie szyny odwodzącej (u młodszych dzieci) lub leczenie chirurgiczne polegające na wymodelowaniu kości udowej (u starszych dzieci; wykonuje się osteotomię, tzn. przecięcie krawędzi kości, aby ustawić główkę kości udowej w lepszej pozycji).

10.2.6 Jakie jest rokowanie?

Rokowanie zależy od stopnia zajęcia kości udowej (im mniejsze, tym lepiej), jak również od wieku dziecka (lepiej, jeśli ma mniej niż 6 lat). Powrót do pełni zdrowia zajmuje od 2 do 4 lat. Ponadto w około 2/3 przypadków zachorowań w dłuższym okresie czasu biodro powraca do anatomicznej i funkcjonalnej sprawności.

10.2.7 Jak choroba wpływa na życie codzienne?

Ograniczenia dotyczące codziennych czynności zależą od zastosowanej metody leczenia. Dzieci będące pod obserwacją powinny unikać silnego obciążania stawu biodrowego (skakania, biegania). Niemniej jednak powinny kontynuować normalną aktywność szkolną i uczestniczyć we wszystkich zajęciach, które nie wymagają dźwigania dużych ciężarów.

10.3 Choroba Osgooda-Schlattera

Schorzenie jest wynikiem powtarzalnych urazów jądra kostnienia guzowatości kości piszczelowej (małego wyrostka grzebieniastego zlokalizowanego w górnej części nogi) wywoływanych przez więzadło rzepki. Spotykane jest u około 1% nastolatków i występuje częściej u osób uprawiających sport.

Ból nasila się podczas takich czynności, jak bieganie, skakanie, wchodzenie po schodach lub schodzenie w dół oraz klęczenie. Diagnozę stawia się na podstawie badania fizykalnego, podczas którego pojawia się bardzo charakterystyczna tkliwość lub ból, którym często towarzyszą obrzęki w miejscu przyczepu więzadła rzepki do kości piszczelowej. Zdjęcia rentgenowskie mogą nie wykazać żadnych nieprawidłowości lub

uwidocznic drobne fragmenty kości w rejonie guzowatości piszczeli. Leczenie obejmuje dobranie odpowiedniego stopnia aktywności pacjentów, co pozwoli ograniczyć występujący u nich ból, robienie zimnych okładów i odpoczynek. Schorzenie ustępuje z biegiem czasu.

10.4 Choroba Haglunda-Severa

Ta choroba jest również nazywana „zapaleniem guza piętowego”. Jest to osteochondroza guza piętowego kości piętowej, związana prawdopodobnie z naciągnięciem ścięgna Achillesa.

To jedna z głównych przyczyn bólu pięty u dzieci i nastolatków.

Podobnie jak inne typy osteochondrozy, choroba Severa jest związana z aktywnością fizyczną i częściej występuje u chłopców. Najczęściej pojawia się u dzieci w wieku od 7 do 10 lat, a towarzyszą jej ból pięty oraz sporadycznie także utykanie po ćwiczeniach.

Diagnozę stawia się na podstawie badania klinicznego. Nie ma konieczności stosowania leków; wystarczy dostosować stopień aktywności dziecka, aby ograniczyć pojawiający się ból i, jeśli metoda ta okaże się nieskuteczna, użyć podpiętki. Schorzenie ustępuje z biegiem czasu.

10.5 Choroba Freiberga-Kohlera II

Jest to martwica główki drugiej kości śródstopia. Przyczyną choroby prawdopodobnie jest uraz. Jest to rzadko spotykane schorzenie, które w większości przypadków dotyka nastoletnich dziewczynek. Ból nasila się w trakcie aktywności fizycznej. Badanie fizykalne ujawnia tkliwość w okolicy główki drugiej kości śródstopia, a sporadycznie również obrzęk. Diagnozę potwierdza się badaniem rentgenowskim, choć od pojawienia się pierwszych objawów do chwili, gdy widoczne są zmiany, mogą upłynąć nawet dwa tygodnie. Leczenie obejmuje odpoczynek i stosowanie wkładek metatarsalnych (pod śródstopie).

10.6 Choroba Scheuermanna

Choroba Scheuermanna lub „młodzieńcza kifoza” to jałowa martwica krążka międzykręgowego kręgosłupa (kości znajdującej się na górnym i dolnym brzegu każdego kręgu). Częściej występuje u nastoletnich chłopców. Większość dzieci cierpiących na to schorzenie ma wadę

postawy, której może towarzyszyć ból pleców. Ból wiąże się z aktywnością fizyczną i można go złagodzić poprzez odpoczynek. Diagnozę stawia się po wykonaniu badania (ostre zagięcie kątowe pleców) i potwierdza zdjęciem rentgenowskim.

Aby potwierdziło się rozpoznanie choroby Scheuermanna, u dziecka musi wystąpić nieregularność krążków międzykręgowych oraz sklinowacenie co najmniej 3 sąsiadujących kręgów co najmniej o 5 stopni każdy.

Choroba Scheuermanna zwykle nie wymaga leczenia innego niż dostosowanie poziomu aktywności dziecka do jego stanu, obserwacja, a w ciężkich przypadkach noszenie gorsetu.