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

Sindroame Dureroase La Nivelul Membrelor

Versiunea 2016

2. Sindrom dureros cronic difuz (denumit anterior Sindrom de fibromialgie juvenilă)

2.1 Ce este această boală?

Fibromialgia aparține grupului „sindrom dureros musculo-scheletal amplificat". Fibromialgia este un sindrom caracterizat de durere musculo-scheletică difuză cu evoluție de lungă durată, care implică extremitățile superioare sau inferioare, precum și spatele, abdomenul, toracele, gâtul și/sau maxilarul pentru cel puțin 3 luni. Alte simptome sunt: oboseală accentuată, dificultăţi la adormire şi probleme de intensitate variabilă în ceea ce privește nivelul de atenție, rezolvare a problemelor, raționament sau de memorie.

2.2 Cât este de frecventă?

Fibromialgia apare, în special la adulți. În pediatrie, este raportată predominant la adolescenți, cu o frecvență de aproximativ 1%.
Sexul feminin este mai frecvent afectat decât sexul masculin. Copiii cu această boală prezintă caracteristici comune cu copiii care suferă de sindromul dureros localizat complex.

2.3 Care sunt caracteristicile clinice tipice?

Pacienții se plâng de dureri difuze la nivelul membrelor, iar severitatea durerii poate varia de la copil la copil. Durerea poate afecta orice parte a corpului (extremitățile superioare și inferioare, spate, abdomen, torace, gât și maxilar).
Copiii cu acest sindrom au de obicei probleme de dificultate la adormire

şi se simt neodihniţi când se trezesc. Un alt simptom important este oboseala intensă, însoțită de scăderea abilităților fizice.
Pacienții cu fibromialgie descriu frecvent dureri de cap, tumefierea membrelor (există o senzație de umflare, deși aceasta nu poate fi văzută), amorțeală și, uneori, culoare albăstruie la nivelul degetelor. . Aceste simptome cauzează anxietate, depresie și multe absențe de la programul școlar.

2.4 Cum este diagnosticată?

Diagnosticul se bazează pe un istoric personal de dureri generalizate în cel puțin 3 zone diferite ale corpului, cu o durată de minim 3 luni, împreună cu un grad variabil de oboseală, somn neodihnitor și simptome cognitive (probleme legate de: atenție, învățare, raționament, memorie, capacități de luare a deciziilor și de rezolvare a problemelor). Mulți pacienți prezintă puncte musculare sensibile (puncte declanșatoare) cu anumite localizări, deși această constatare nu este necesară pentru determinarea diagnosticului.

2.5 Cum putem trata boala?

Un aspect important este acela de a reduce anxietatea produsă de această condiție și a explica pacienților și familiilor acestora că, deși durerea este severă și reală, nu există afectare articulară sau o boală gravă.
Cea mai importantă și eficientă abordare este introducerea unui program de antrenament cardiovascular, cel mai bun exerciţiu în acest sens fiind înotul. Al doilea pas este iniţierea terapiei cognitiv-comportamentale, individuală sau de grup. În cele din urmă, unii pacienți necesită și o terapie medicamentoasă pentru a îmbunătăți calitatea somnului.

2.6 Care este prognosticul ?

Recuperarea integrală necesită eforturi majore din partea pacientului și sprijin esențial din partea familiei. În general, rezultatul la copii este mult mai bun decât la adulți și cei mai mulți pacienți își revin complet. Respectarea unui program regulat de exerciții fizice este foarte importantă. Adolescenților li se poate recomanda și suport psihologic,

precum și medicamente pentru somn, stări de anxietate și depresie.

10.1 Ce este această boală? Cuvântul „osteocondroză" înseamnă „moartea osului". Se referă la un grup divers de boli cu cauză necunoscută, caracterizat prin întreruperea fluxului sanguin către centrul de osificare al oaselor afectate. La naștere, oasele sunt în mare parte formate din cartilaj, un țesut moale care este înlocuit în timp cu un țesut mai mineralizat și mai rezistent (osul). Această înlocuire începe în anumite zone din fiecare os, aşa numitele centre de osificare, răspândindu-se cu timpul în restul osului.
Durerea este principalul simptom al acestor afecțiuni. În funcție de osul afectat, boala primește denumiri diferite.
Diagnosticul este confirmat prin investigații de imagistică. Radiografia evidenţiază fragmentarea osului („insule" în os), distrugere osoasă (rupere), scleroză (creşterea densităţii osului care este „mai alb" pe radiografie) şi reosificare (formare de os nou), cu redefinirea conturului osos.
Deși poate suna ca o boală gravă, este destul de comună la copii și, cu excepţia cazului în care se produce afectarea extensivă a şoldului, are un prognostic excelent. Unele forme de osteocondroză sunt atât de frecvente că sunt considerate o variație normală a dezvoltării osoase (boala Sever). Alte afecțiuni pot fi incluse în grupa „sindroame de suprasolicitare" (bolile Osgood-Schlatter, Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Boala Legg-Calvé-Perthes 10.2.1 Ce este această boală? Această boală implică necroza avasculară a capului femural (partea osului coapsei cea mai apropiată de șold).

10.2.2 Cât este de frecventă? Nu este o boală frecventă, fiind raportat 1 caz la 10.000 de copii. Este mai frecventă la băieţi (4-5 băieți pentru fiecare fată afectată), în intervalul de vârstă 3-12 ani, dar mai ales la copiii de 4-9 ani.

10.2.3 Care sunt principalele simptome? Majoritatea copiilor prezintă şchiopătare şi grade variabile de durere la nivelul şoldului. Uneori durerea nu este prezentă deloc. De obicei este afectat un singur şold, dar în aproximativ 10% dintre cazuri boala este bilaterală.

10.2.4 Cum este diagnosticată? Mobilitatea șoldului este afectată și

poate fi dureroasă. Radiografiile pot fi normale la debut, dar mai târziu apar modificările prezentate în introducere. Scanările osoase și imagistica prin rezonanță magnetică detectează boala mai devreme decât radiografiile.

10.2.5 Cum putem trata boala? Copiii cu boala Legg-Calvé-Perthes trebuie neapărat trimişi într-o secţie de ortopedie pediatrică. Investigația imagistică este esențială pentru stabilirea diagnosticului. Tratamentul depinde de severitatea bolii. În cazuri foarte ușoare, supravegherea cazului poate fi suficientă, deoarece osul se vindecă de la sine, cu puține sechele.
În cazurile mai severe, tratamentul are ca obiectiv menţinerea capului femural afectat în articulaţia şoldului, astfel încât, când începe formarea de nou ţesut osos, capul femural să îşi recapete forma sferică.
Acest obiectiv poate fi atins, în grade variabile, prin purtarea unei orteze de abducţie -la copiii mai mici- sau prin corecţia chirurgicală a formei femurului (osteotomie, tăierea unui fragment de os pentru a menține capul femural într-o poziție mai bună) -la copiii mai mari.

10.2.6 Care este prognosticul? Prognosticul depinde de gradul de implicare a capului femural (cu cât mai puțin cu atât mai bine), precum și de vârsta copilului (prognostic mai bun sub vârsta de 6 ani). Recuperarea integrală durează 2-4 ani. În general, aproximativ două treimi dintre șoldurile afectate au rezultate anatomice și funcționale bune pe termen lung.

10.2.7 Cum este influențată viața de zi cu zi? Limitările pentru activitățile de zi cu zi depind de tratamentul aplicat. Copiii aflați în observație trebuie să evite suprasolicitarea șoldului (sărituri, alergare). Cu toate acestea, trebuie să continue o viață normală, pot merge la şcoală şi pot participa la alte activităţi care nu includ purtarea de greutăţi.

10.3 Boala Osgood Schlatter Această afecțiune rezultă din traumele repetate exercitate de către tendonul patelar asupra centrului de osificare a tuberozității tibiale (o mică creastă osoasă prezentă în partea superioară a piciorului). Boala este prezentă la aproximativ 1% dintre adolescenți și este mai frecventă la persoanele care practică sport. Durerea se accentuează în timpul activităţilor fizice: alergare, sărituri,

urcat sau coborât de scări sau stat în genunchi. Diagnosticul se stabileşte pe baza examenului fizic: sensibilitate sau durere foarte caracteristică, însoţite uneori de tumefiere la locul de inserţie al tendonului rotulei pe tibie.
Radiografiile pot fi normale sau pot evidenţia mici fragmente de os în regiunea tuberozităţii tibiale. Tratamentul implică reglarea nivelului de activitate pentru a evita apariţia durerii, aplicarea de gheaţă după sport şi odihnă. Această afecțiune se vindecă cu timpul.

10.4 Boala Sever Această afecțiune este numită și „apofizita calcaneană". Este o osteocondroză a apofizei calcaneene a osului călcâiului, datorată probabil tracţiunii produse de tendonul lui Achile. Este una dintre cele mai frecvente cauze de durere în călcâi la copii și adolescenți. Ca și alte forme de osteocondroză, boala Sever este legată de activitatea fizică și este mai frecventă la sexul masculin. Debutul său este, de obicei în jurul vârstei de 7-10 ani, cu dureri în călcâi și, ocazional, cu șchiopătări după exercițiile fizice.
Diagnosticul se face prin examenul clinic. Tratamentul nu este necesar; singura măsură care se impune este ajustarea nivelului activităţii fizice şi, dacă aceasta nu ajută, utilizarea unei protecţii pentru călcâi. Această afecțiune se vindecă cu timpul.

10.5 Boala Freiberg Această afecțiune descrie osteonecroza capului celui de-al doilea metatarsian la nivelul piciorului. Cauza sa este, probabil, de natură traumatică. Nu este o boală frecventă şi afectează mai ales adolescentele. Durerea se intensifică cu activitatea fizică. Examenul fizic evidenţiază sensibilitate sub capul metatarsianului II şi uneori chiar tumefiere. Diagnosticul se confirmă prin radiografie, dar modificările radiologice pot apare abia după două săptămâni de la debutul simptomelor. Tratamentul include repaus și utilizarea unui suport metatarsian.

10.6 Boala Scheuermann Boala Scheuermann sau "cifoza juvenilă" este o osteonecroză a apofizei spinoase a corpului vertebral (osul aflat la periferia de sus și de jos a fiecărei vertebre). Este mai frecventă la băieţii adolescenţi. Cei mai mulți copii cu această afecțiune au o postură greșită, cu sau fără dureri de spate. Dacă apare durerea, aceasta este în legătură cu activitatea şi poate fi calmată prin repaus. Diagnosticul este suspectat la examenul fizic (angulare ascuțită la

nivelul spatelui) și este confirmat prin radiografii.
Pentru a primi un diagnostic de boală Scheuermann, copilul trebuie să aibă neregularități ale plăcilor vertebrale și o „angulare" anterioară de 5 grade la cel puțin trei vertebre consecutive.