



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

## **Sindroame Dureroase La Nivelul Membrelor**

Versiunea 2016

### **3. Sindromul dureros regional complex de tipul 1 (Sinonime: distrofie simpatică reflexă, sindrom dureros musculo-scheletic idiopatic localizat)**

#### **3.1 Ce este această boală?**

Afecțiunea se manifestă prin dureri extrem de severe la nivelul membrelor, de cauză necunoscută, frecvent asociate cu modificări cutanate.

#### **3.2 Cât este de frecventă?**

Frecvența este necunoscută. Este mai des întâlnită la adolescenți (vârsta medie de debut este de 12 ani) și la fete.

#### **3.3 Care sunt principalele simptome?**

De obicei, există un istoric îndelungat de durere severă la nivelul unui membru, care nu răspunde la diferite tratamente și se accentuează cu timpul. Frecvent, aceasta duce la incapacitatea de utilizare a membrului afectat.

Senzații care sunt nedureroase pentru multe persoane, cum ar fi o atingere ușoară, pot fi extrem de dureroase pentru copiii afectați. Această senzație ciudată este numită „alodinie”.

Aceste simptome interferă cu activitățile zilnice ale copiilor afectați, care vor absenta multe zile de la școală.

În timp, unii copii prezintă alterări ale culorii pielii (aspect palid sau roșietic, marmorat), modificări ale temperaturii (de obicei temperatură scăzută) sau ale sudorației. Poate fi, de asemenea, prezentă și

---

tumefierea unui membru. Copilul poate păstra uneori membrul în poziții neobișnuite, refuzând orice mișcare.

### **3.4 Cum este diagnosticată?**

Până în urmă cu câțiva ani, aceste sindroame au avut nume diferite, dar azi sunt clasificate ca sindroame dureroase regionale complexe. Pentru diagnosticul acestor boli este utilizat un set de criterii.

Diagnosticul este clinic, bazându-se pe caracteristicile durerii (severă, prelungită, cu limitarea activității, fără răspuns la tratament și cu asocierea alodiniei) și pe rezultatele examenului fizic.

Combinarea de simptome și date clinice este destul de caracteristică. Înainte de trimiterea la un reumatolog pediater diagnosticul necesită excluderea altor boli care pot fi tratate de medicul de familie sau de către pediater. Testele de laborator sunt normale. Examinarea RMN poate arăta modificări nespecifice ale osului, articulațiilor și mușchilor.

### **3.5 Cum putem trata boala?**

Abordarea cea mai bună constă în inițierea unui program intensiv de exerciții fizice, supravegheat de kinetoterapeuți și terapeuți ocupaționali, cu sau fără psihoterapie. Numeroase alte tipuri de tratamente, singure sau combinate (antidepresive, biofeedback, stimularea nervoasă electrică transcutanată -TENS- și intervenția comportamentală), au fost propuse, fără a se obține beneficii clare. Analgezicele (medicamente contra durerilor) sunt de obicei ineficiente. Studii de cercetare sunt în curs de desfășurare și în viitor sperăm că vor apărea tratamente mai bune, pe măsură ce cauzele sunt identificate. Tratamentul este dificil pentru toate persoanele implicate: copii, familie și echipa medicală. Intervenția psihologică este de obicei necesară din cauza stresului produs de boală. Dificultățile din partea familiei în acceptarea diagnosticului și respectarea recomandărilor de tratament sunt principalele cauze ale eșecului tratamentului.

### **3.6 Care este prognosticul ?**

Această boală are un prognostic mai bun la copii decât la adulți. În plus, cei mai mulți copii își revin mai repede decât adulții. Cu toate acestea, este nevoie de timp și durata de recuperare variază foarte mult de la

---

copil la copil. Diagnosticul precoce și aplicarea unor metode de tratament conduc la un prognostic mai bun.

### **3.7 Cum este influențată viața de zi cu zi?**

Copiii trebuie încurajați să mențină un nivel normal de activitate, inclusiv frecventarea cursurilor școlare și petrecerea timpului liber cu prietenii lor.

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, așa 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 evidențiază fragmentarea osului („insule” în os), distrugere osoasă (rupere), scleroză (creșterea densității osului care este „mai alb” pe radiografie) și reosificare (formare de os nou), cu redefinirea conturului osos.

Deși poate suna ca o boală gravă, este destul de comună la copii și, cu excepția cazului în care se produce afectarea extensivă a șoldului, 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 Ösgood-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 băieți (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 șchiopătare și grade variabile de durere la nivelul șoldului. Uneori durerea nu este prezentă deloc. De obicei este afectat un singur șold, 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 trimiși într-o secție 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 menținerea capului femural afectat în articulația șoldului, astfel încât, când începe formarea de nou țesut osos, capul femural să își recapete forma sferică.

Acest obiectiv poate fi atins, în grade variabile, prin purtarea unei orteze de abducție -la copiii mai mici- sau prin corecția 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 școală și pot participa la alte activități care nu includ purtarea de greutate.

---

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 activităților fizice: alergare, sărituri, urcat sau coborât de scări sau stat în genunchi. Diagnosticul se stabilește pe baza examenului fizic: sensibilitate sau durere foarte caracteristică, însoțite uneori de tumefiere la locul de inserție al tendonului rotulei pe tibie.

Radiografiile pot fi normale sau pot evidenția mici fragmente de os în regiunea tuberozității tibiale. Tratamentul implică reglarea nivelului de activitate pentru a evita apariția durerii, aplicarea de gheață după sport și 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 tracțiunii 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 activității fizice și, dacă aceasta nu ajută, utilizarea unei protecții 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 și afectează mai ales adolescentele. Durerea se intensifică cu activitatea fizică. Examenul fizic evidențiază sensibilitate sub capul metatarsianului II și uneori chiar tumefiere. Diagnosticul se confirmă prin radiografie, dar modificările radiologice pot apărea 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 băieții adolescenți. 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 și 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.