https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/SK/intro

Syndrómy Bolestí Končatín

Verzia 2016

10. Osteochondrózy (synonymá: osteonekrózy, avaskulárne nekrózy)

10.1 Čo to je?

Slovo "osteochondróza" znamená "smrť kosti". Predstavuje početnú skupinu ochorení neznámeho pôvodu, charakteristickú prerušením toku krvi do primárneho alebo sekundárneho osifikačného centra. Pri narodení sú kosti tvorené prevažne chrupavkou, mäkkým tkanivom, ktoré sa postupom času mineralizuje a mení sa na tvrdú a odolnú kosť. Proces mineralizácie – zvápenatenia začína v určitých úsekoch kostí, v tzv. osifikačných centrách, a odtiaľ sa šíri do ostatných častí kosti. Bolesť je hlavným príznakom tejto poruchy. V závislosti od postihnutej kosti má ochorenie má rozličné názvy.
Diagnóza sa potvrdí zobrazovacími vyšetreniami. Röntgenové vyšetrenie postupne ukáže typické zmeny kosti: fragmentáciu (ohraničené ostrovčeky v kostnom tkanive), zborenie, sklerózu (zvýšenú hustotu kosti - kosť vyzerá „belšie") a často aj reosifikáciu (tvorbu novej kosti) s obnovením obrysov kosti.
Hoci sa môže zdať, že ide o závažnú chorobu, je celkom bežná u detí a s výnimkou prípadov s veľkým postihnutím bedrového kĺbu, má výbornú prognózu. Niektoré formy ostechondrózy sú také bežné, že sú považované za normálne variácie vývoja kostí (Severova choroba). Ostatné môžu byť zaradené medzi syndrómy z preťaženia (Osgoodova-Schlatterova a Sinding-Larsenova-Johanssonova choroba).

10.2 Leggova-Calvého-Perthesova choroba

10.2.1 Čo to je?

Ide o avaskulárnu nekrózu hlavice stehennej kosti (časť stehennej kosti najbližšie k bedrovému kĺbu).

10.2.2 Ako často sa to vyskytuje?

Nejde o bežnú chorobu, vyskytuje sa u 1 z 10000 detí, častejšie u chlapcov (4-5 chlapcov na 1 dievča) vo veku 3-12 rokov a špeciálne u detí od 4 do 9 rokov.

10.2.3 Aké sú hlavné príznaky?

U väčšiny detí je prítomné krívanie a rozličné stupne bolesti bedrového kĺbu. Niekedy nie je bolesť prítomná vôbec. Zvyčajne je postihnutý len jeden kĺb, ale v 10% prípadov je ochorenie obojstranné.

10.2.4 Aká je diagnostika?

Mobilita kĺbu je obmedzená a môže byť bolestivá. Röntgen spočiatku neodhalí žiadne zmeny, ale neskôr odráža postupnosť štádií ochorenia popísaných v úvode. Kostná scintigrafia alebo magnetická rezonancia zachytia túto chorobu skôr ako röntgen.

10.2.5 Ako sa to dá liečiť?

Deti s touto chorobou by mali byť odoslané do starostlivosti detského ortopedického oddelenia. Zobrazovacie metódy sú kľúčové pre diagnostiku. Liečba záleží od závažnosti ochorenia. Vo veľmi miernych prípadoch môže stačiť aj sledovanie, keďže kosť sa môže zhojiť sama s len minimálnym poškodením.
Pri závažnejšom postihnutí kĺbu sa liečba zameriava na udržanie postihnutej hlavice stehennej kosti v kĺbe, aby sa pri novotvorbe kostného tkaniva obnovil jej okrúhly tvar.
Tento cieľ sa dá dosiahnuť nosením tzv. abdukčnej dlahy u mladších detí, alebo chirurgickým vytvarovaním hlavice u starších detí (osteotómia – vyťatie klinu kosti, aby sa hlavica udržala v lepšej polohe).

10.2.6 Aká je prognóza?

Prognóza závisí od poškodenia hlavice stehennej kosti (čím menej, tým lepšie) rovnako ako aj veku dieťaťa (najlepší vek je pod 6 rokov). Plná rekonvalescencia trvá 2 až 4 roky. Vo všeobecnosti majú dve tretiny postihnutých bedrových kĺbov dobré dlhodobé vyhliadky čo do ich anatómie aj funkčnosti.

10.2.7 A čo každodenný život?

Obmedzenia v bežnom živote závisia od použitej liečby. Sledované deti by sa mali vyhýbať veľkej záťaži bedrových kĺbov (skákanie, beh). Mali by však pokračovať v inak normálnom školskom živote a zúčastňovať sa na všetkých ostatných aktivitách, ktoré nezahŕňajú nosenie ťažkých bremien.

10.3. Osgoodova-Schlatterova choroba

Vzniká následkom opakovaných drobných poranení osifikačného centra tzv. tuberozity píšťaly (kostný hrbolček v hornej časti predkolenia), ktoré sú spôsobené ťahom patelárnej šľachy. Vyskytuje sa u 1% dospievajúcich a je častejšia u jedincov, ktorí športujú.
Bolesť sa zhoršuje pri aktivitách ako je beh, skákanie, chôdza hore alebo dole schodmi alebo kľačanie. Diagnóza sa stanovuje fyzikálnym vyšetrením, pri ktorom sa zistí veľmi charakteristická citlivosť alebo bolesť niekedy sprevádzaná opuchom, v mieste, kde sa patelárna šľacha pripája k píšťale.
Röntgen je normálny alebo sa zobrazia malé fragmenty kosti v oblasti kostného hrbolčeka píšťaly. Liečba spočíva v prispôsobení fyzickej aktivity tak, aby pacienti boli bez bolesti, v aplikácii chladivých obkladov po športe a oddychu. Toto ochorenie postupom času ustúpi.

10.4 Severova choroba

Označuje sa tiež apofyzitída kalkanea. Je to osteochondróza pätovej kosti súvisiaca pravdepodobne s ťahom Achillovej šľachy.
Je jednou z najbežnejších príčin bolesti päty u detí a adolescentov. Ako iné formy osteochondrózy, Severova choroba je spájaná s aktivitou a je bežnejšia u mužov. Začína zvyčajne vo veku 7-10 rokov bolesťou päty a občas aj krívaním po cvičení.

Diagnóza sa stanovuje klinickým vyšetrením. Nie je potrebná liečba okrem prispôsobenia úrovne aktivity, aby sa predchádzalo bolesti. Ak tento prístup nepomôže, je potrebné použiť vankúšik pod pätu. Tento stav by sa mal časom upraviť sám.

10.5 Freibergova choroba

Ide o osteonekrózu hlavičky druhej predpriehlavkovej kosti nohy. Spôsobuje ju zrejme trauma. Nie je bežná a vo väčšine prípadov postihuje dospievajúce dievčatá. Bolesť sa zhoršuje pri fyzickej aktivite. Klinické vyšetrenie odhalí citlivosť pod hlavičkou druhej predpriehlavkovej kosti a občas aj opuch. Diagnóza sa potvrdí röntgenom, môže však trvať až dva týždne od nástupu príznakov kým sa objavia prvé zmeny. Liečba spočíva v oddychu a v podložení priehlavku poduškou do topánok.

10.6 Scheuermannova choroba

Scheuermannova choroba, označovaná aj ako juvenilná kyfóza– guľatý chrbát resp. hrb, je osteochondróza tiel stavcov (kosť na okraji vrchnej a spodnej časti každého stavca). Je častejšia u dospievajúcich chlapcov. Väčšina detí s touto chorobou má nesprávne držanie tela, s alebo bez bolestí chrbta. Bolesť závisí od fyzickej aktivity a úľava prichádza pri odpočinku.
Podozrenie na diagnózu sa vysloví pri vyšetrení (ostré zahnutie chrbta) a potvrdí sa röntgenom chrbtice.
Podmienkou stanovenia diagnózy je nález nerovností stavcových platničiek a klinovité zúženie prednej hrany stavcov o 5 stupňov aspoň na troch po sebe idúcich stavcoch.
Väčšinou nie je potrebná iná liečba, než obmedzenie fyzickej aktivity na úroveň, ktorá nevyvoláva bolesť a sledovanie. V závažných prípadoch je možné použiť korzet.