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

Ağri Sendromlari

2016’un türevi

1. Giriş

Pek çok pediyatrik hastalık ekstremite (kol, bacak) ağrısına neden olabilir. Ağrı Sendromu kavramı; birbirinden tamamen farklı sebepleri olan farklı bir grup tıbbi durumu ve sürekli veya aralıklı devam eden kol/bacak ağrısının ortak olduğu klinik tabloları tanımlayan, kapsamlı bir terimdir. Bu tanıyı koyabilmek için hekimler ekstremite ağrısına neden olabilecek ciddi hastalıklar da dahil olmak üzere, bilinen hastalıkları araştırmalıdır.

2. Kronik Yaygın Ağrı Sendromu (eski ismiyle Juvenil Fibromiyalji Sendromu)

2.1 Nedir?

Fibromiyalji, "şiddetli kas-iskelet ağrı sendromu" grubuna dahildir. Fibromiyalji, kol ve bacakların yanı sıra sırt, karın, göğüs, boyun ve/veya çeneyi tutan, en az 3 ay süren, halsizlik, dinlendirici olmayan uyku ve odaklanma, problem çözme, düşünme ve hafızada değişik derecelerde sorunları da içeren, uzun süreli ve yaygın kas-iskelet ağrıları ile karakterize bir sendromdur.

2.2 Ne kadar yaygındır?

Fibromiyalji, esas olarak yetişkinlerde ortaya çıkar. Daha çok ergenlik çağında olmak üzere, pediyatride yaklaşık %1 oranında bildirilir. Kadınlar erkeklerden daha sık etkilenir. Bu hastalığı olan çocuklar, kompleks bölgesel ağrı sendromu olan çocuklarla birçok klinik özelliği paylaşmaktadır.

2.3 Tipik klinik özellikleri nelerdir?

Ağrının şiddeti çocuktan çocuğa değişse de hastalar ekstremitelerde yaygın ağrıdan şikayetçidirler. Ağrı vücudun herhangi bir bölgesini (üst ve alt ekstremite, sırt, karın, göğüs, boyun ve çene) etkileyebilir.
Bu sendroma sahip çocuklar genellikle uyku sorunları ve yetersiz, dinlendirici olmayan uykudan yakınırlar. Diğer bir yakınmaları da fiziksel aktiviteyi bozan halsizlikdir.
Fibromiyaljili hastaların sıklıkla baş ağrısı, ekstremitelerde şişkinlik (görünürde olmasa da şişlik hissi vardır), uyuşukluk ve bazen de el parmaklarında morarma gibi yakınmaları olur. Bu yakınmalar kaygı (anksiyete), çökkünlük (depresyon) ve okul devamsızlığına neden olur.

2.4 Nasıl teşhis edilir?

En az 3 vücut bölgesinde 3 aydan fazla süren yaygın ağrı öyküsüne değişik derecelerde halsizlik, yetersiz uyku ve zihinsel bulguların (odaklanma, öğrenme, düşünme, hafıza, karar verme ve problem çözebilme kapasitesi ile ilgili) eşlik etmesi tanı koydurucudur.
Belirlenmiş kas noktalarında hassasiyet (tetik noktalar) hastalarda genelde bulunmakla birlikte tanı için şart değildir.

2.5 Nasıl tedavi edebiliriz?

Kaygıyı azaltmak için hastalara ve ailelere, ağrının gerçek ve şiddetli olmasına rağmen eklemlerde hasar veya ciddi bir fiziksel rahatsızlığın olmadığını anlatmak önemli bir konudur.
En önemli ve etkili yöntem bir kardiyovasküler egzersiz programıdır. Yüzme en iyi egzersizdir. İkinci önemli yaklaşım ise bireysel ya da grup içerisinde bilişsel davranış terapisidir. Bazı hastalar, uyku kalitesini artırmak için ilaç tedavisine ihtiyaç duyabilir.

2.6 Prognozu nasıldır?

Tam iyileşme için hastanın çabası ve ailenin desteği önemlidir. Genellikle çocuk hastaların çoğu iyileşir. Düzenli egzersiz programına uyum çok öenmlidir. Uyku, kaygı ve çökkünlük için ilaç tedavisi gibi psikolojik tedaviler özellikle ergenlik döneminde ki hastalarda

gerekebilir.

3. Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip 1 (Eş anlamlı diğer ifadeler: Refleks Sempatik Distrofi, Lokalize İdiopatik Kas-İskelet Ağrısı Sendromu)

3.1 Nedir?

Sıklıkla deri değişiklikleri ile ilişkilli, sebebi bilinmeyen çok ciddi ekstremite ağrısıdır.

3.2 Ne kadar yaygındır?

Sıklığı bilinmemektedir. Ergenlerde (ortalama görülme yaşı 12 yaş civarıdır) ve kızlarda daha yaygındır.

3.3 Başlıca belirtileri nelerdir?

Genellikle zamanla artan ve değişik tedavi türlerine yanıt vermeyen, uzun süredir devam eden, çok şiddetli kol-bacak ağrısı öyküsü bulunmaktadır. Çocuk sıklıkla etkilenen kol ya da bacağı kullanmak istemez.
Çoğu insanda ağrıya sebep olmayan basit uyarılar (ör: ışık) bu hastalığa sahip çocuklarda çok ciddi ağrıya neden olabilir. Bu tuhaf durum "allodynia (allodini)" olarak isimlendirilir.
Bu belirtiler, hasta çocukların günlük aktivitelerini engeller ve bu çocuklar sıklıkla okul hayatında devamsızlık yaşarlar.
Zamanla çocukların bir kısmında, deri renginde (solukluk ya da morumsu alacalı görünüm), vücut sıcaklığında (genellikle azalmış) ve terlemede değişiklikler gelişir. Ekstremitenin şişmesi de görülebilmektedir. Çocuk bazen ağrılı ekstremiteyi hareket ettirmeyi reddederek, alışılmadık pozisyonda tutabilir.

3.4 Nasıl teşhis edilir?

Birkaç sene öncesine kadar bu sendromlar değişik isimler almaktaydı. Ancak günümüzde "kompleks bölgesel ağrı sendromu" olarak adlandırılmaktadır. Hastalığın tanısı için tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Teşhis klinik olup ağrının niteliğine (şiddetli, uzun, hareketi kısıtlayan,

tedaviye yanıt vermeyen, allodini içeren) ve fiziksel muayene bulgularına dayanmaktadır.
Şikayetlerin birleşimi ve klinik bulgular son derece karakteristiktir. Tanı koymada, genellikle aile hekimleri, klinisyenler ya da pediyatri uzmanlarınca bakılabilecek diğer hastalıkların, pediyatrik romatoloğa sevk etmeden elenmesi gerekmektedir. Laboratuvar çalışmaları standarttır. Manyetik rezonans görüntülemede (MRG) hastalığa özgü olmayan (non-spesifik) kemik, eklem ve kas değişiklikleri görülebilir.

3.5 Nasıl tedavi edebiliriz?

En iyi yaklaşım; fizyoterapist gözetimi altında yoğun fiziksel egzersiz tedavisi uygulamasıdır. Psikoterapi de kullanılabilir. Antidepresan kullanımı, nöroterapi, transkutanöz elektriksel sinir uyarımı ve davranışsal terapiyi içeren diğer tedavi seçeneklerinin tek başına ya da kombine uygulanmaları kesin sonuç vermemiştir. Ağrı kesici ilaçlar genellikle etkisizdir. Son zamanlarda yürütülen çalışmalar devam etmekte olup hastalık etkeni tanımlandıkça gelecekte daha iyi tedavi seçenekleri de ortaya çıkması umulmaktadır. Tedavi; çocuklar, aileleri ve tedavi ekibini içeren herkes için zorlayıcıdır. Hastalığın getirdiği stresten ötürü, psikolojik bir müdahale sıklıkla gerekli olmaktadır. Ailelerin teşhisi kabullenmesi ve tedaviye uyum sağlamaları öok önemlidir.

3.6 Prognozu nasıldır?

Hastalık çocuklarda yetişkinlerden daha iyi seyreder. Ayrıca çocuklar, yetişkinlerden nazaran daha hızlı iyileşmektedir. Ancak iyileşme süresi çocuktan çocuğa değişmekle birlikte, zaman almaktadır. Erken teşhis ve müdahale iyi bir klinik seyir sağlar.

3.7 Günlük yaşam nasıldır?

Çocuklar fiziksel aktivitelere devamlılık, okul hayatını düzenli sürdürme ve boş zamanlarını yaşıtları ile geçirme konusunda cesaretlendirilmelidir.

4. Eritromelalji

4.1 Nedir?

Eritermalji olarak da adlandırılır. Hastalığın adı, ayrı anlamları olan Yunanca 3 sözcükten gelmektedir: Eritros (kırmızı), melos (uzuv), algos (ağrı). Çok nadirdir fakat ailesel olabilir. Yakınmalar sıklıkla 10 yaş civarında başlar. Kızlarda daha sıktır.
Hasta şikayetleri, ayaklarda ya da nadiren ellerde, sıcaklık, kızarıklık, şişliği de içeren bir yanma hissi ile karakterizedir. Belirtiler ısıya maruz kalınmasıyla kötüleşir ve uzuvların soğutulmasıyla rahatlar, bu nedenle bazı çocuklar ayaklarını buz gibi soğuk sudan çekmek istemezler. Hastalığın seyri azalma göstermez. Isıdan ve ağır egzersizden kaçınmak en yararlı kontrol önlemleri gibi görünmektedir.
Ağrıyı dindirme çabasıyla anti-enflamatuar ilaçlar, ağrı kesiciler ve kan dolaşımını artıracak ilaçlar (vazodilatatörler) gibi pek çok ilaç kullanılabilmekte olup çocuk için hangisinin daha uygun olduğunu hekim belirleyecektir.

5. Büyüme Ağrıları

5.1 Nedir?

Büyüme ağrıları, genellikle 3 ile 10 yaş arasındaki çocuklarda görülen, ekstremitelerin (kol ve bacaklar) karakteristik ağrı biçimini ifade eden iyi huylu bir ağrı biçimidir. Aynı zamanda "çocukluk dönemi benign ekstremite ağrısı" veya "reküran gece ekstremite ağrısı" olarak da adlandırılır.

5,2. Ne kadar yaygındır?

Büyüme ağrıları, pediyatride oldukça yaygın yakınmalardandır. Tüm dünyadaki çocukların %10-20'sini etkileyerek, kız ve erkeklerde benzer sıklıkta görülmektedir.

5.3 Başlıca belirtileri nelerdir?

Ağrı genellikle bacaklarda (ön alt bacak, arka alt bacak, uyluk veya dizlerin arka kısmında) ve genellikle çift taraflı (bilateral) ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla çocuğu uykudan uyandırarak, gece ya da akşamları ortaya çıkar. Ebeveynler genelde ağrının fiziksel aktiviteden sonra

oluştuğunu ifade ederler.
Ağrı atakları genelde 10 ile 30 dakika arasında sonlanır ancak dakikalardan saatlere kadar da değişebilmektedir. Ağrı şiddeti orta ya da çok ağır derecede olabilir. Büyüme ağrıları, günler ve aylarca süren ağrısız dönemlerle giden, aralıklı bir ağrıdır. Bazı olgularda ağrı her gün ortaya çıkabilir.

5.4 Nasıl teşhis edilir?

Normal fizik muayene ile birlikte sabahları belirtilerin olmaması durumu, karakteristik ağrı bulguları olup bizi tanıya götürür. Kural olarak laboratuvar testleri ya da röntgen filmi sonuçları normaldir. Ancak röntgen filmi, diğer patolojileri elemek için gerekli olabilmektedir.

5.5 Nasıl tedavi edebiliriz?

Olayın iyi huylu olduğunun açıklanması çocukta ve ailedeki tedirginliği azaltabilir. Ağrı atakları sırasında bölgeye masaj yapılması, ısı uygulanması ve hafif ağrı kesiciler yardımcı olabilir. Sık atakları olan çocuklarda akşamları bir doz ibuprofen daha şiddetli ağrı ataklarını önlemede yardımcı olabilir.

5.6 Prognozu nasıldır?

Büyüme ağrıları herhangi bir organik hastalık ile ilişkili değildir ve genellikle geç çocukluk döneminde kendiliğinden düzelir. Çocukların %100’ünde ağrı, çocuk büyüdükçe kaybolur.

6. Benign Hipermobilite Sendromu

6.1 Nedir?

Hipermobilite, çocuklarda elastikiyeti artmış veya gevşek eklemleri ifade etmektedir. Aynı zamanda eklem laksitesi (gevşekliği) olarak da adlandırılır. Bazı çocuklarda ağrı oluşabilir. Benign Hipermobilite Sendromu, herhangi bir bağ dokusu hasarı ile bağdaşmayan, eklemlerdeki artmış mobilite (hareket açıklığının artması) nedeniyle ağrıdan yakınan çocuklardaki tabloyu tanımlamaktadır. Bu nedenle, Benign Hipermobilite Sendromu hastalıktan çok normal bir bulgudur.

6.2 Ne kadar yaygındır?

Benign Hipermobilite Sendromu, çocuklarda ve gençlerde yaygın olan bir durumdur; özellikle kızlarda olmak üzere, 10 yaş altındaki çocukların %10 ile %30'unda görülür. Yaşla birlikte görülme sıklığı azalır. Sıklıkla ailesel bir hastalıktır.

6.3 Başlıca belirtileri nelerdir?

Hipermobilite sıklıkla dizler, ayak ve/veya ayak bileklerinde, günün sonunda veya gece, aralıklı, derin ve tekrarlayan ağrılara sebep olmaktadır. Piyano, viyolin vb. çalan çocukların daha çok parmakları etkilenebilmektedir. Fiziksel aktivite ve egzersiz ağrıyı tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir. Nadiren hafif eklem şişliği olabilir.

6.4 Nasıl teşhis edilir?

Tanı, eklem mobilitesini derecelendiren daha önce belirlenmiş bir dizi kriterlere ve bağ dokusu hastalığının diğer belirtilerin yokluğuna göre konulur.

6.5 Nasıl tedavi edebiliriz?

Tedavi nadiren gereklidir. Eğer çocuk futbol veya jimnastik gibi bazı tekrarlı darbe sporları yapıyor ve sürekli eklem incinmesi/ yırtılması gelişiyorsa kas güçlendirme ve eklem koruma (elastik veya işlevsel bandajlar, kolluk, tozluk vb.) araçlarının kullanımı gereklidir.

6.6 Günlük yaşam nasıldır?

Hipermobilite, yaş ile birlikte azalma gösteren iyi huylu bir durumdur. Çocukların normal hayatlarını sürdürmesi engellenmemelidir . Çocukların ilgilendikleri bir sporla uğraşmaları da dahil olmak üzere, normal bir aktivite düzeyini korumaları desteklenmelidir.

7. Geçici Sinovit

7.1 Nedir?

Geçici sinovit; sebebi bilinmeyen, kalça ekleminde hasar bırakmadan kendiliğinden iyileşen, orta dereceli bir iltihaptır (eklem içerisinde az miktarda sıvı birikimi).

7.2 Ne kadar yaygındır?

Pediyatride en sık rastlanan kalça ağrısı nedenidir. 3-10 yaş arası çocukların %2-3'ünü etkiler. Erkeklerde daha yaygındır (her 3-4 erkeğe 1 kız).

7.3 Başlıca belirtileri nelerdir?

Başlıca belirtileri; kalça ağrısı ve topallamadır. Kalça ağrısı, genelde ani başlayan, kasıkta, uyluk üst bölgesinde ya da bazen dize yansıyan ağrı şeklinde ortaya çıkabilir. En sık rastlanan tablo, çocuğun uyandığında topallaması ya da yürümeyi reddetmesidir.

7.4 Nasıl teşhis edilir?

Fizik muayene karakteristik olup; 3 yaşından büyük, ateşsiz, bunun dışında hasta gibi gözükmeyen çocukta hareket kısıtlılığı ile topallama ve ağrılı kalça hareketi bulgularını içermektedir. Vakaların %5'inde her iki kalça etkilenmektedir. Röntgen filmleri normaldir ve genellikle gerekli değildir. Buna karşılık kalça ultrasonu, eklemdeki sinoviti tespit etmede son derece faydalıdır.

7.5 Nasıl tedavi edebiliriz?

Tedavinin temeli ağrının derecesi ile orantılı istirahattır. Steroid olmayan iltihap giderici ilaçlar ağrıyı ve iltihabı azaltmada yardımcı olabilir. Hastalık genellikle tedavisiz ortalama 6-8 günde iyileşir.

7.6 Prognozu nasıldır?

Prognoz çocukların %100'ünde tam iyileşme ile mükemmeldir (doğası gereği geçici bir rahatsızlıktır). Eğer belirtiler 10 günden daha uzun süre devam ederse, farklı bir hastalık ihtimali düşünülmelidir. Yeni geçici sinovit atakların gelişmesi nadir değildir fakat genelde bir öncekinden daha hafiftir ve daha kısa sürer.

8. Patellofemoral ağrı- diz ağrısı

8.1 Nedir?

Patellofemoral ağrı en sık görülen çocukluk çağı Aşırı Kullanım Sendromudur. Bu grup hastalıklar, tekrarlanan hareketlerden ya da vücudun belli bir bölgesinin, özellikle de eklem ve tendonların devamlı egzersize bağlı hasarından kaynaklanmaktadır. Bu rahatsızlıklar çocuklara oranla yetişkinlerde (tenisçi ya da golfçu dirseği, karpal tünel sendromu vb.) çok daha yaygındır.
Patellofemoral ağrı, patellofemoral ekleme (diz kapağı yani patella ile uyluk kemiği yani femurun ucu arasında oluşan eklem) ek yük bindiren aktivitelerden kaynaklanan ön diz ağrısını ifade eder.
Eğer diz ağrısı, patellanın iç yüzey dokusundaki (kartilaj) değişikliklerle birlikte ise; "patellanın kondromalazisi" ya da "kondromalazi patella" tıbbi terimi kullanılır.
Patellofemoral ağrı için pek çok eş anlamlı terim vardır: patellofemoral sendrom, anterior (ön) diz ağrısı, patellanın kondromalazisi, kondromalazi patella gibi.

8.2 Ne kadar yaygındır?

Sekiz yaşın altındaki çocuklarda çok nadirdir; ergenlikte giderek daha yaygın görülür. Patellofemoral ağrı kızlarda daha sıktır. Ayrıca, X-bacak (genu valgum) ya da O-bacak (genu varum) gibi dizlerinde belirgin açılanması olan çocuklarda ve instabilite ile çarpıklıktan kaynaklanan patella hastalığı olanlarda daha yaygındır.

8.3 Başlıca belirtileri nelerdir?

Karakteristik belirtiler; koşma, merdiven inip çıkma, zıplama ve çömelme gibi aktivitelerle kötüleşen ön diz ağrılarıdır. Ağrı ayrıca, dizin bükülü kaldığı uzun süreli oturma pozisyonundan sonra da kötüleşebilir.

8.4 Nasıl teşhis edilir?

Sağlıklı bir çocukta patellofemoral ağrı klinik bir tanıdır (laboratuvar testleri ya da görüntüleme yöntemleri gereksizdir). Diz kapağının üstüne bastırarak ya da uyluk kası (kuadriseps) kasıldığı zaman

patellanın yukarı çıkmasını engelleyerek aynı ağrı oluşturulabilir.

8.5 Nasıl tedavi edebiliriz?

Bir hastalıkla (dizlerin açılanma hastalığı ya da patellar instabilite gibi) ilişkilendirilmeyen çocukların çoğunda, patellofemoral ağrı kendiliğinden iyileşen iyi huylu bir tablodur. Ağrı sporu ya da günlük hayattaki aktiviteleri engellerse uyluk kasını (kuadriseps) güçlendiren bir programa başlamak faydalı olabilir. Egzersiz sonrası buz uygulaması ağrıyı azaltabilir.

8.6 Günlük yaşam nasıldır?

Çocuklar normal bir hayat sürmelidir. Fiziksel aktivitelerinin seviyesi, ağrısız kalmalarını sağlayacak şekilde ayarlanmış olmalıdır. Çok hareketli çocuklar patellar bant ile birlikte dizlik kullanabilirler.

9. Kaymış Femur Başı Epifizi

9.1 Nedir?

Sebebi bilinmeyen, femur başının büyüme plağından ayrılması durumudur. Büyüme plağı, kemik dokuları ile femoral baş arasına sıkışmış bir kıkırdak dilimidir. Kemiğin en zayıf parçasıdır ve kemiğin büyümesine izin verir. Plak mineralize olduğunda ve kemikleşmeye başladığında, kemik büyümesi durur.

9.2 Ne kadar yaygındır?

100.000 çocukta 3-10 çocuğu etkileyen nadir bir hastalıktır. Ergenlerde ve erkek çocuklarda daha sıktır. Obezite, yatkınlaştırıcı bir faktör olarak görülmektedir.

9.3 Başlıca belirtileri nelerdir?

Topallama ve kalça hareketliliğinde azalma ile kalça ağrısı ana belirtilerdir. Ağrı, uyluğun üst (üçte ikisi) ya da alt (üçte birinde) bölümünde hissedilebilir ve fiziksel aktivite ile artar. Çocukların %15’inde hastalık, iki kalçayı da etkiler.

9.4 Nasıl teşhis edilir?
Fizik muayene, kalçanın hareket kısıtlılığı ile karakteristiktir. Tanı, tercihen aksiyel planda (kurbağa pozisyonunda) çekilen röntgen filmleri ile doğrulanır.

9.5 Nasıl tedavi edebiliriz?
Bu durum, acil ortopedik tablo olarak değerlendirilir ve cerrahi vidalama gerektirir (femur başını yerinde tutmak için, vidalar yerleştirilerek sabitlenmesi).

9.6 Prognozu nasıldır?
Klinik seyir tanıdan önce, femur başının ne kadar süredir yerinden kaymış olduğu ve kayma derecesine bağlı olarak değişir. Klinik seyri çocuktan çocuğa değişkenlik gösterir.

10. Osteokondroz (Eş anlamlıları: osteonekroz, avasküler nekroz)

10.1 Nedir?
"Osteokondroz" sözcüğü "kemik ölümü" demektir. Etkilenen kemiğin kemikleşme merkezine kan akımının kesilmesi ile karakterize, sebebi bilinmeyen bir grup değişik hastalığı ifade etmektedir. Doğumda kemik, daha çok kıkırdaktan ibaret, zamanla daha fazla mineralize ve daha dayanıklı bir dokuya (kemik) dönüşen daha yumuşak bir dokudur. Bu dönüşüm, her kemikte kemikleşme merkezi olarak bilinen belirli bölgelerde başlar ve zamanla kemiğin diğer yerlerine yayılır.
Ağrı bu hastalıkların esas belirtisidir. Etkilenen kemiğe göre, hastalık farklı isimler alabilir.
Tanı, görüntüleme yöntemleri ile doğrulanır. Röntgende, sırayla parçalanma (kemikte "adacıklar"), kollaps (kırılma), skleroz (yoğunluk artışı, kemik filmlerde "daha beyaz" görülür) ve sıklıkla kemik kontürlerinin yeniden yapılanmasıyla birlikte reossifikasyon (yeni kemik oluşumu) görülebilir.
Ciddi bir hastalık izlenimi uyandırsa da çocuklarda çok sık görülür ve

kalça ekleminin yaygın tutulumu olmadığı durumlarda hastalık çok iyi prognoza sahiptir. Osteokondrozun bazı tipleri o kadar sıktır ki kemik gelişiminin normal varyasyonları olarak kabul edilmektedir (Sever hastalığı). Diğerleri "aşırı kullanım sendromları" grubunda yer alabilmektedir (Osgood-Schlatter, Sinding-Larsen- Johanson hastalığı).

Legg-Calvé- Perthes Hastalığı

10.2.1 Nedir?

Bu hastalık femur başının (uyluk kemiğinin kalçaya en yakın kısmı) avasküler nekrozunu içermektedir.

10.2.2 Ne kadar yaygındır?

10.000 çocuktan 1’inde görülen, yaygın olmayan bir hastalıktır. 3-12 yaşları arasında, erkeklerde daha sıktır (her 1 kıza 4-5 erkek) ve özellikle 4 ile 9 yaş arası çocuklarda görülür.

10.2.3 Başlıca belirtileri nelerdir?

Çoğu çocukta topallama ve değişen derecelerde kalça ağrısı görülür. Bazen de ağrı hiç olmayabilir. Genelde tek kalça tutulur fakat olguların yaklaşık %10’unda hastalık çift taraflıdır.

10.2.4 Nasıl teşhis edilir?

Kalça hareketliliği bozulmuştur ve ağrılı olabilir. Röntgenler başlangıçta normal olabilir fakat daha sonra, giriş kısmında belirtilmiş olan ilerlemeyi gösterir. Kemik taramaları ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme, hastalığı düz röntgen grafilerinden daha erken saptamaktadır.

10.2.5 Nasıl tedavi edebiliriz?

Legg-Calvé-Perthes hastalığı olan çocuklar her zaman bir pediyatrik ortopedi bölümüne gönderilmelidir. Görüntüleme yöntemleri teşhis için zorunludur. Tedavi, hastalığın şiddetine bağlıdır. Çok hafif olgularda kemik dokusu çok az bir hasarla kendiliğinden iyileştiği için gözlem

yeterli olabilir.
Daha ağır olgularda ise tedavinin hedefi; etkilenen femur başının kalça eklemi içinde tutulmasıdır, böylece yeni kemik oluşumu başladığında femur başı normal küresel şeklini alabilir.
Bu hedef, abdüksiyon ateli (küçük çocuklarda) giydirilerek ya da femuru cerrahi olarak yeniden şekillendirilerek (femoral başı daha iyi bir pozisyonda tutmak için kemikten kama kesilerek yapılan osteotomi) (büyük çocuklarda) belli bir dereceye kadar sağlanabilir.

10.2.6 Prognozu nasıldır?

Hastalığın prognozu, femur başının ne derece tutulduğuna (ne kadar az, o kadar iyi) ve çocuğun yaşına (6 yaş altı daha iyi) bağlıdır. Tam olarak iyileşme 2-4 yıl almaktadır. Genel olarak, hastaların yaklaşık üçte ikisinde uzun dönemde, iyi anatomik ve fonksiyonel sonuçlar görülür.

10.2.7 Günlük yaşam nasıl etkilenir?

Günlük aktivite kısıtlamaları, uygulanan tedaviye bağlıdır. Gözlem altındaki çocuklar kalça eklemine ağır yük binmesinden (zıplama ve koşma) kaçınmalıdır. Bunun dışında normal okul hayatlarına devam etmeli ve ağır yüklerin taşınmasını gerektirmeyen aktivitelerde bulunmalıdırlar.

10.3 Osgood-Schlatter Hastalığı

Bu durum, tibial çıkıntının (üst bacakta yer alan küçük kemik çıkıntısı) kemikleşme merkezine, patellar tendon tarafından uygulanan tekrarlayıcı travmalar sonucu oluşur. Ergenlerin yaklaşık % 1’inde görülür ve spor yapanlarda daha sıktır.
Koşma, zıplama, merdiven inip çıkma ve diz üstü çökme gibi hareketlerle ağrı artar. Tanı; patellar tendonun tibiaya tutunduğu yerde bazen şişliğin de eşlik ettiği çok karakteristik hassasiyet ya da ağrı ile konulur.
Röntgen normal olabilir ya da tibial tüberosite bölgesinde küçük kemik kırıkları görülebilir. Tedavi, hastayı ağrısız durumda tutmak için aktivitenin ayarlanması, spordan sonra buz uygulanması ve istirahati içermektedir. Tablo zaman içerisinde düzelir.

10.4 Sever Hastalığı

Bu tablo aynı zamanda "kalkaneal apofizit" olarak da adlandırılır. Muhtemelen Aşil tendonunun çekmesine bağlı kalkaneal apofizin (topuk kemiği) osteokondrozudur.
Çocuklarda ve ergenlerde topuk ağrısının en sık nedenlerinden birisidir. Osteokondrozların diğer tipleri gibi, Sever hastalığı da fiziksel aktiviteye bağlıdır ve erkeklerde daha yaygındır. Başlangıcı genellikle 7-10 yaş civarında olup topuk ağrısı ve zaman zaman egzersiz sonrası topallama ile birliktedir.
Tanı klinik muayene ile konur. Tedaviye gerek yoktur yalnız çocukları ağrıdan uzak tutmak için aktivite düzeyi ayarlanmalıdır ve eğer işe yaramazsa topuk yastığı kullanılmalıdır. Tablo zaman içerisinde düzelir.

10.5 Freiberg Hastalığı

Bu tablo, ayaktaki ikinci metatarsal kemiğin başının osteonekrozunu tarif etmektedir. Nedeni muhtemelen travmadır. Sık değildir ve olguların çoğu ergenlik çağındaki kızlardır. Ağrı fiziksel aktiviteyle birlikte artar. Fizik muayenede, ikinci metatarsal kemik başının altında hassasiyet ve bazen şişkinlik görülür. Belirtilerin başlangıcından itibaren röntgende değişiklerin görülür hale gelmesi iki hafta sürebilse de tanı röntgenlerle doğrulanabilir. Tedavi istirahat ve metatarsal yastıkçık içermektedir.

10.6 Scheuermann Hastalığı

Scheuermann hastalığı ya da "juvenil kifoz (kambur)", omur gövdesinin (her omurun alt ve üst kenarındaki kemik) yüzük şeklindeki apofizinin osteonekrozudur. Ergen erkeklerde daha sık görülür. Bu hastalığa sahip çoğu çocukta postür (duruş) bozukluğu vardır, sırt ağrısı olabilir ya da olmayabilir. Ağrı fiziksel aktiviteye bağlıdır ve istirahatla azalır.
Muayene ile tanıdan şüphelenilir (sırtta keskin açılanma, kamburlaşma) ve röntgen ile doğrulanır.
Scheuermann hastalığı denebilmesi için, çocukta omur plaklarında düzensizlikler ve en az arka arkaya üç omurda öne doğru 5 derece "kamalaşma" olmalıdır.
Scheuermann hastalığı, genellikle çocuğun aktivite düzeyinin ayarlanması, gözlem ve ağır vakalarda atel yapılması dışında bir tedavi gerektirmez.