https://printo.it/pediatric-rheumatology/BH/intro

متلازمات آلام الأطراف

نسخة من 2016

10- دَاء عَظْمِي غُضْرُوفِي (متلازمات: النخر العظمي، نخر انعدام الأوعية)

1-10 ما هو؟

مصطلح "دَاء عَظْمِي غُضْرُوفِي" يعني "موت العظام"، وهو يُشير إلى مجموعة متنوعة من الأمراض مجهولة السبب، والتي تتميز بقطع تدفق الدم إلى مركز التعظم في العظام المصابة. تتكون غالبية العظام عند الولادة من الغضاريف؛ وهي أنسجة أكثر ليونة تُستبدَل مع مرور الزمن بنسيج أكثر صلابة ومقاومة (العظام)، وتبدأ عملية الاستبدال هذه في أماكن معينة داخل كل عظمة وتُعرف هذه الأماكن بمراكز التعظم وتنتشر هذه العملية إلى بقية العظمة مع مرور الوقت.
يُمثل الألم العرض الأساسي لهذه الاضطرابات، ويتوقف اسم المرض على نوع العظام المصابة.
يتأكد التشخيص من خلال إجراء فحوصات تصويرية؛ حيث توضح تصويرات الأشعة السينية بالترتيب، تجزئة العظام ("جزر" داخل العظام)، وانهيارها، وتصلبها (زيادة كثافة العظام، بحيث يظهر لون العظام "أكثر بياضاً" على الفيلم) وتحدث في كثير من الأحيان إعادة تعظّم (تكوّن عظمة جديدة) مع إعادة تكوين كفاف العظام.
على الرغم من أن هذا المرض قد يبدو خطيراً، إلا أنه يشيع بشكل كبير لدى الأطفال وعاده ما يحقق مآل ممتاز مع احتمالية وجود استثناء لحدوث إصابة واسعة النطاق في الورك.
وتعد بعض أشكال الدَاء العَظْمِي الغُضْرُوفِي شائعة للغاية لدرجة أنها تعتبر اختلاف طبيعي في نمو العظام (داء سيفر). بينما يمكن إدراج الأشكال الأخرى في مجموعة "متلازمات فرط الاستعمال" (داء أوزغُود - شلاتر، داء سيندنج - لارسين - جوهانسن).

2-10 داء ليغ-كالف-بيرث

1-2-10 ما هو؟

يتضمن هذا المرض حدوث نخر لانعدام الأو الدمويه في رأس الفخذ (أقرب جزء من عظمة الفخذ إلى الورك).

10-2-2 ما مدى شيوعه؟
هذا المرض ليس شائعاً حيث تفيد التقارير بأنه يُصيب طفلاً واحداً من كل 10,000 طفل، ويزيد معدل إصابة الأولاد به (4/5 أولاد مقابل بنت واحدة) في سن يتراوح بين 3 و12 عاماً ويُصاب به الأطفال على وجه الخصوص في سن ما بين الرابعة والتاسعة من عمرهم.

10-2-3 ما هي الأعراض الرئيسية؟
يظهر على معظم الأطفال حالة من العرج ودرجات متفاوتة من ألم الورك، وقد لا يكون هناك ألم على الإطلاق في بعض الأحيان. وعادة ما تكون الإصابة في ورك واحد ولكن تكون الإصابة لدى 10% من المصابين في الوركين.

10-2-4 كيف يتم تشخيصه؟
تكون هناك إعاقة في حركة الورك وقد تصحب الحركة شعوراً بالألم، قد تظهر نتائج الأشعة السينية طبيعية في بداية المرض ولكنها تُظهر فيما بعد التطور الذي وُضّح في المقدمة.
يكشف مسح العظام والتصوير بالرنين المغناطيسي الإصابة بالمرض في وقت مبكر أكثر من الأشعة السينية.

10-2-5 كيف يمكننا علاجه؟
يجب دوماً إحالة الأطفال المصابين بداء ليغ-كالف-بيرث إلى قسم عظام الأطفال. ويُعد التصوير بالأشعة أمر ضروري لتشخيص المرض، ويعتمد العلاج على مدى شدة المرض. و قد تكون المراقبة في بعض الحالات الخفيفة كافية، حيث تُشفى العظام بنفسها مع وجود ضرر بسيط.
أما في الحالات الأشد حدة، فيكون الهدف من العلاج هو احتواء رأس الفخذ المصاب داخل مفصل الورك، بحيث عندما تبدأ عملية تكوّن عظام جديدة، تستعيد رأس الفخذ شكلها الكروي.
ويمكن تحقيق هذا الهدف بدرجة متفاوتة من خلال ارتداء سناد تبعيدي (للأطفال الأصغر سناً) أو من خلال إعادة شكل عظم الفخذ جراحياً (قطع العظم، قطع وتد من العظمة للمحافظة على رأس الفخذ في وضعية أفضل) (في الأطفال الأكبر سناً).

10-2-6 ما هو مآل المرض؟
يتوقف مآل المرض على مدى إصابة رأس الفخذ (كلما كان أقل كان أفضل) كما يتوقف على سن الطفل (كلما كان أقل من 6 سنوات كان أفضل)، ويتطلب الشفاء التام من عامين إلى 4 أعوام. وتكون النتائج التشريحية والوظيفية بوجه عام لثلثي الأوراك المصابة بوجه عام جيدة على المدى الطويل.

10-2-7 ماذا عن الحياة اليومية؟
تتوقف قيود ممارسة أنشطة الحياة اليومية على العلاج الذي يتم تطبيقه؛ فالأطفال الخاضعين للمراقبة يجب عليهم تجنب أي تأثير على الورك (القفز، الجري)، إلا أنهم من المفترض أن يستمروا في مزاولة حياتهم المدرسية الطبيعية والمشاركة في كافة الأنشطة الأخرى التي لا تتضمن حمل أوزان ثقيلة.

10-3 داء أوزغُود - شلاتَر
تنتج هذه الحالة عن خبطات متكررة في مركز التعظم في الأحدوبة الظنبوبية (قمة عظمة صغيرة تُوجد في الجزء العلوي من الرجل) من الوتر الرضفي، وهي موجودة بنسبة 1% لدى المراهقين ويزيد شيوعها لدى الأشخاص الذي يمارسون الرياضة.
يزداد الألم مع ممارسة الأنشطة مثل الجري والقفز وصعود أو نزول السلم أو الجثو على الأرض. ويؤكد تشخيص المرض من خلال الفحص البدني مع وجود ألم أو تالم عند اللمس مميّز للغاية يصحبه في بعض الأحيان تورم في موضع دخول الوتر الرضفي في الظنبوب (عظمه الساق).
قد تظهر الأشعة السينية طبيعية أو تُظهر أجزاء صغيرة من العظام في الأحدوبة الظنبوبية(الحدبه الموجوده فى عظمه الساق). ويشمل العلاج تعديل مستوى النشاط البدني الذي يمارسه المرضى للمحافظة على عدم شعورهم بالألم، واستخدام الكمادات الباردة بعد ممارسة الرياضة والراحة، وهي الحالة التي تزول مع مرور الوقت.

10-4 داء سيفر
يُطلق على هذه الحالة أيضاً "الْتِهاب مُشَاش العَقِبِي"، وهي دَاء عَظْمِي عُضْرُوفِي من الْتِهاب مُشَاش الذي يُصيب عظمة العقب، ومن المحتمل أن له علاقة بشد وتر العرقوب.
وهو من الأسباب الأكثر شيوعاً لآلام الكعب لدى الأطفال والمراهقين، فداء سيفر مثله مثل الأشكال الأخرى من الدَاء العَظْمِي الغُضْرُوفِي حيث له علاقة بممارسة الأنشطة ويزيد شيوعه لدى الذكور، وعادة ما تكون بداية الإصابة بالمرض في سن يتراوح بين 7 و10 أعوام تقريباً وذلك بالشعور بألم في الكعب وعرج في بعض الأحيان بعد ممارسة التمرينات.
يكون التشخيص من خلال الفحوصات اكلينيكيه، وليس هناك حاجة للجوء إلى علاج آخر غير تعديل مستوى النشاط الذي يمارسه الطفل للمحافظة على عدم شعوره بالألم، وفي حالة عدم جدوى هذا الأسلوب يمكن استخدام وسادة للكعب. وهذه الحالة تزول مع مرور الوقت.

10-5 داءُ فرايبرغ
تصف هذه الحالة النخر العظمي لرأس عظمة مشط القدم الثانية في القدم، وسبب الإصابة به في الراجح هي الرضوح (الخبطات)، وهي حالة غير شائعة وأغلب الحالات تكون لدى الفتيات المراهقات. والألم يزداد مع ممارسة الأنشطة البدنية. ويوضح الفحص البدني

وجود الم عند الضغط على أسفل رأس عظمة مشط القدم الثانية مع وجود تورم في بعض الأحيان. يتأكد التشخيص بالأشعة السينية، إلا أنه قد يستغرق أسبوعين منذ بداية ظهور الأعراض قبل أن يمكن اكتشاف هذه الحالة، ويشمل العلاج الراحة ووسادة لمشط القدم.

6-10 داءُ شويرمان

داءُ شويرمان أو "الحُداب اليفعي (الحُداب)" هو نخر عظمي في الناتئ الحلقي من الجسم الفقري (العظمة الموجودة على محيط الجزء العلوي والسفلي من كل فقرة)، وتزيد نسبة الإصابة به لدى الأولاد المراهقين، ويعاني معظم الأطفال المصابين بهذا المرض من الجلوس في وضعيات سيئة مع وجود آلام في الظهر أو بدونها، ويكون الألم مرتبطاً بممارسة الأنشطة ويمكن تقليل حدته من خلال الراحة.

بوادر التشخيص بهذا المرض من خلال إجراء الفحوصات (انحناء بزوايا حاده في الظهر)، ويتأكد من خلال إجراء تصوير بالأشعة السينية.

ومن أجل تأكيد التشخيص بأن الطفل مصاب بداء شويرمان، يجب أن يكون الطفل يُعاني من عدم انتظام في الصفائح الفقرية والأمامية "التوتيد" من 5 درجات في ثلاث فقرات متتالية على الأقل.

عادة لا يستلزم داء شويرمان علاجاً سوى تعديل مستوى الأنشطة التي يمارسها الطفل والملاحظة وقد يحتاج في الحالات الشديدة إلى كِتاف.