



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

Σύνδρομο Επώδυνων Ακρων

Έκδοση από 2016

1. Εισαγωγή

Υπάρχουν πολλά παιδιατρικά νοσήματα που μπορεί να προκαλούν πόνο στα άκρα. Το «Σύνδρομο επώδυνων άκρων» είναι ένας γενικός όρος για μια ομάδα διαφορετικών ιατρικών καταστάσεων, που αποδίδονται σε πολλά και ποικίλα αίτια και εκδηλώνονται με διάφορα συμπτώματα, αλλά όλες χαρακτηρίζονται από ένα συνεχή ή διαλείποντα (διακεκομμένο) πόνο στα άκρα. Η διάγνωση θα μπει, αφού οι γιατροί έχουν αποκλείσει με διάφορες εξετάσεις γνωστά νοσήματα, ανάμεσα στα οποία και πολύ σοβαρά, που μπορεί να προκαλούν πόνο στα άκρα.

2. Σύνδρομο χρόνιου και διάχυτου πόνου (παλαιότερη ονομασία: Σύνδρομο Νεανικής Ινομυαλγίας)

2.1 Τι είναι;

Η ινομυαλγία ανήκει στα σύνδρομα «έντονου μυοσκελετικού πόνου». Είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μακροχρόνιο (για τουλάχιστον 3 μήνες) διάχυτο μυοσκελετικό πόνο, των άνω ή κάτω άκρων αλλά και της πλάτης χαμηλά (μέσης), της κοιλιάς, του θώρακα, του αυχένα ή και των γνάθων. Συνδυάζεται με αίσθημα κούρασης, μη αναζωογονητικό ύπνο-δηλαδή ύπνο που δεν ξεκουράζει-και προβλήματα ποικίλης έντασης αναφορικά με λειτουργίες του εγκεφάλου, δηλαδή προσοχή/προσήλωση, μαθηματική σκέψη ή μνήμη.

2.2 Πόσο συχνή είναι;

Η ινομυαλγία παρουσιάζεται κυρίως στους ενήλικες. Στους ανήλικους, η παρουσία της αναφέρεται κυρίως σε εφήβους, με συχνότητα περίπου

1%.

Τα κορίτσια προσβάλλονται συχνότερα από τα αγόρια. Τα παιδιά με αυτήν την κατάσταση έχουν πολλά κοινά κλινικά χαρακτηριστικά με ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με το σύνδρομο του σύνθετου τοπικού πόνου.

2.3 Ποια είναι τα τυπικά κλινικά χαρακτηριστικά;

Οι ασθενείς διαμαρτύρονται για εκτεταμένο πόνο στα άκρα, παρόλο που η βαρύτητα του πόνου είναι υποκειμενική. Ο πόνος μπορεί να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος (άνω και κάτω άκρα, μέση, κοιλιά, θώρακα και γνάθους).

Τα παιδιά μ' αυτή την κατάσταση συχνά έχουν προβλήματα ύπνου και τα πρωινά νιώθουν ότι ξύπνησαν από έναν ύπνο που δεν τα ξεκούρασε, δεν τα τόνωσε. Μία άλλη κύρια ενόχληση είναι η έντονη κόπωση, που συνοδεύεται από μείωση της φυσικής (σωματικής) ικανότητας.

Οι ασθενείς με ινομυαλγία συχνά αναφέρουν πονοκεφάλους, αίσθημα διόγκωσης των άκρων (παρόλο που δεν είναι εμφανές), μουδιάσματα και μερικές φορές κυανωτικό χρώμα των δακτύλων των χεριών. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν ανησυχία (άγχος), κατάθλιψη και απουσίες από το σχολείο.

2.4 Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Το ιστορικό γενικευμένου πόνου σε τουλάχιστον 3 περιοχές του σώματος, που διαρκεί πάνω από 3 μήνες, μαζί με ένα αίσθημα κόπωσης ποικίλου βαθμού, με μη αναζωογονητικό ύπνο και συμπτώματα από τις ανώτερες λειτουργίες του εγκεφάλου (επιπτώσεις στη συγκέντρωση, μάθηση, συλλογισμό, μνήμη, ικανότητες λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων) οδηγεί στη διάγνωση. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν τοπική ευαισθησία, όταν ασκείται πίεση με τον αντίχειρα σε συγκεκριμένα σημεία των μυών τους (επώδυνα σημεία), παρόλο που το εύρημα αυτό δεν είναι απαραίτητο για να μπει η διάγνωση.

2.5 Ποιά είναι η θεραπεία;

Είναι σημαντικό να μειώσουμε την ανησυχία που προκαλείται απ'αυτή την κατάσταση, εξηγώντας στους ασθενείς και στις οικογένειές τους ότι παρόλο που ο πόνος είναι έντονος και πραγματικός, δεν υπάρχει

πραγματική βλάβη στις αρθρώσεις ούτε βαρύ σωματικό νόσημα. Η πιο σημαντική και αποτελεσματική προσέγγιση είναι να ξεκινήσει το παιδί σταδιακά, ένα πρόγραμμα άθλησης για τη σωστή καρδιαγγειακή λειτουργία του και η πιο καλή άσκηση, είναι η κολύμβηση. Το δεύτερο σημείο είναι να ξεκινήσει μία ειδική παρέμβαση ψυχολογικής υποστήριξης που ονομάζεται γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, ατομικά ή ομαδικά. Τέλος, κάποιιο ασθενείς μπορεί να χρειαστούν φαρμακευτική αγωγή με στόχο την αποκατάσταση της ποιότητας του ύπνου.

2.6 Ποια είναι η πρόγνωση;

Η πλήρης ανάρρωση απαιτεί μεγάλες προσπάθειες από τον ίδιο τον ασθενή και ουσιαστική υποστήριξη από την οικογένειά του. Γενικά, η έκβαση της νόσου είναι πολύ καλύτερη από ότι στους ενήλικες και τα περισσότερα παιδιά θα αναρρώσουν πλήρως. Η συμμόρφωση με το πρόγραμμα τακτικής σωματικής άσκησης είναι πολύ σημαντική. Πιθανόν κάποιιο από τους εφήβους να χρειαστούν ψυχολογική υποστήριξη αλλά και φαρμακευτική θεραπεία για προβλήματα αναφορικά με τον ύπνο, το άγχος και την κατάθλιψη.

3. Σύνδρομο του σύνθετου τοπικού μυοσκελετικού πόνου τύπου 1

(Συνώνυμα: Αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία ή Ιδιοπαθές εντοπισμένο μυοσκελετικό σύνδρομο πόνου)

3.1 Τι είναι;

Είναι ένας εξαιρετικά έντονος πόνος των άκρων άγνωστης αιτίας, που σχετίζεται συνήθως με δερματικές αλλοιώσεις.

3.2 Πόσο συχνή είναι;

Η συχνότητά της είναι άγνωστη. Είναι πιο συχνή σε εφήβους, με μέσο όρο ηλικίας έναρξης του συνδρόμου τα 12 περίπου χρόνια, και σε κορίτσια.

3.3 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Συνήθως υπάρχει ένα μακροχρόνιο ιστορικό πολύ έντονου πόνου των άκρων, που δεν ανταποκρίνεται στις διάφορες θεραπείες και που αυξάνεται με τον καιρό. Συχνά οδηγεί σε ανικανότητα να χρησιμοποιήσουν το προσβεβλημένο άκρο.

Κάποια ερεθίσματα που δεν προκαλούν πόνο στους περισσότερους ανθρώπους, όπως ένα ελαφρύ άγγιγμα, είναι εξαιρετικά επώδυνα για τους ασθενείς και αυτό ονομάζεται «αλλοδυνία».

Τα συμπτώματα αυτά παρεμβαίνουν στις καθημερινές δραστηριότητες των προσβεβλημένων παιδιών, που συνήθως κάνουν πολλές απουσίες από το σχολείο.

Με την πάροδο του χρόνου, κάποια απ' αυτά τα παιδιά αναπτύσσουν αλλοιώσεις στο χρώμα του δέρματος (χλωμή ή πορφυρή διάστικτη εμφάνιση), στη θερμοκρασία (συνήθως ελαττωμένη) ή στην ύγρανση των άκρων. Επίσης μπορεί να συνυπάρχει διόγκωση του άκρου. Μερικές φορές το παιδί κρατά το άκρο του σε ασυνήθιστες στάσεις, και αρνείται να κάνει άλλες κινήσεις.

3.4 Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, αυτά τα σύνδρομα είχαν διαφορετικές ονομασίες, αλλά πλέον οι περισσότεροι ιατροί τα κατονομάζουν ως σύνθετα σύνδρομα τοπικού μυοσκελετικού πόνου. Κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα κριτήρια διάγνωσης του νοσήματος.

Η διάγνωση είναι κλινική, βασίζεται στα χαρακτηριστικά του πόνου (που είναι έντονος, παρατεταμένος, περιορίζει τη σωματική δραστηριότητα, δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία και υπάρχει το φαινόμενο της αλλοδυνίας) αλλά και στην κλινική εξέταση.

Ο συνδυασμός των ενοχλήσεων και των κλινικών ευρημάτων είναι αρκετά χαρακτηριστικός. Η διάγνωση απαιτεί τον αποκλεισμό άλλων νοσημάτων που συνήθως αντιμετωπίζονται από ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας, (όπως τους παιδιάτρους), προτού οι ασθενείς παραπεμφθούν σε παιδορευματολόγο. Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι φυσιολογικές. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) μπορεί να δείξει μη ειδικές αλλοιώσεις στα οστά, στις αρθρώσεις και στους μύς.

3.5 Ποιά είναι η θεραπεία;

Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση είναι να ξεκινήσει ο ασθενής ένα θεραπευτικό πρόγραμμα ουσιαστικής σωματικής άσκησης που θα

εποπτεύεται από φυσιοθεραπευτές και εργασιοθεραπευτές, με ή χωρίς ψυχοθεραπεία. Έχουν χρησιμοποιηθεί και άλλες θεραπείες, μόνες τους ή σε συνδυασμό (όπως αντικαταθλιπτικά, βιοανάδραση, διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση, και συμπεριφορικές τροποποιήσεις) χωρίς ξεκάθαρα αποτελέσματα. Τα αναλγητικά συνήθως είναι αναποτελεσματικά. Η θεραπεία είναι δύσκολη για όλους όσους εμπλέκονται, τα παιδιά, την οικογένεια και τη θεραπευτική ομάδα. Η ψυχολογική παρέμβαση είναι συνήθως απαραίτητη εξαιτίας του άγχους που προκαλείται από το νόσημα. Οι κύριες αιτίες της αποτυχίας της θεραπείας είναι η δυσκολία από την πλευρά της οικογένειας να αποδεχτεί τη διάγνωση και να συμμορφωθεί με τις συστάσεις της θεραπείας.

3.6 Ποια είναι η πρόγνωση;

Αυτό το νόσημα έχει καλύτερη πρόγνωση στα παιδιά από ότι στους ενήλικες. Επιπλέον, τα περισσότερα παιδιά θα αναρρώσουν ταχύτερα από τους ενήλικες. Ωστόσο, για την ανάρρωση θα απαιτηθεί χρόνος και η μετάπτωση στην υποχώρηση των συμπτωμάτων ποικίλλει σημαντικά από παιδί σε παιδί. Η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση οδηγεί σε καλύτερη πρόγνωση.

3.7 Καθημερινή ζωή

Τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται στο να διατηρούν ένα φυσιολογικό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, να πηγαίνουν κανονικά στο σχολείο και να συναναστρέφονται στον ελεύθερο χρόνο με τους συνομηλίκους τους.

4. Ερυθρομελαλγία

4.1 Τι είναι;

Είναι επίσης γνωστή ως «ερυθερμαλγία». Το όνομα αυτής της κατάστασης προέρχεται από τρεις λέξεις: Ερυθρός (κόκκινος), Μέλος (άκρο), Άλγος (πόνος). Είναι πολύ σπάνια, παρόλο που μπορεί να εμφανίζονται και άλλες περιπτώσεις μέσα στην οικογένεια. Τα περισσότερα παιδιά όταν πρωτοπαρουσιάζουν τα συμπτώματα είναι περίπου 10 ετών. Είναι πιο συχνή στα κορίτσια.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αίσθημα καύσους (καψίματος) με ζεστά, κόκκινα και διογκωμένα πόδια ή λιγότερο συχνά, χέρια. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται με την έκθεση στη ζέστη και ανακουφίζονται με το να ψύχουμε τα άκρα, μέχρι το σημείο που κάποια παιδιά αρνούνται να απομακρύνουν τα πόδια τους από το παγωμένο νερό. Το νόσημα δεν βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου. Το να αποφεύγει το παιδί τη ζέστη και την έντονη άσκηση φαίνεται να είναι το πιο χρήσιμο μέτρο για τον έλεγχο των ενοχλημάτων. Πολλά και διαφορετικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μια προσπάθεια να ανακουφίσουν τον πόνο, όπως τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα αναλγητικά και φάρμακα που βελτιώνουν την κυκλοφορία του αίματος, τα αγγειοδιασταλτικά. Επιλέγεται από τον ιατρό αυτό που είναι το πιο κατάλληλο φάρμακο για το συγκεκριμένο παιδί.

5. Πόνοι αύξησης

Τι είναι;

Οι πόνοι αύξησης είναι ένα καλόηθες σύνδρομο που αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό τύπο πόνου στα άκρα, που συνήθως παρουσιάζουν παιδιά μεταξύ 3 και 10 ετών. Επίσης ονομάζονται «καλοήθεις πόνοι των άκρων της παιδικής ηλικίας» ή «υποτροπιάζοντες νυχτερινοί πόνοι των άκρων».

5.2 Πόσο συχνοί είναι;

Οι πόνοι στα άκρα είναι συχνή ενόχληση των παιδιών. Έχει την ίδια συχνότητα σε αγόρια και κορίτσια και προσβάλλει παγκοσμίως το 10-20% των παιδιών.

5.3 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Οι πόνοι εντοπίζονται κυρίως στα κάτω άκρα (κνήμες, γάμπες, μηρούς ή πίσω από τα γόνατα) και συνήθως και τα δύο άκρα συμμετρικά. Ο πόνος εμφανίζεται αργά τη μέρα ή τη νύχτα, ξυπνώντας συχνά το παιδί. Οι γονείς αναφέρουν συνήθως ότι ο πόνος εμφανίζεται σε μέρες αυξημένης σωματικής δραστηριότητας των παιδιών τους.

Οι επώδυνες κρίσεις διαρκούν συνήθως 10 ως 30 λεπτά, αλλά μπορεί και να κυμαίνεται από λεπτά μέχρι ώρες. Η έντασή του μπορεί να είναι

ήπια ή πολύ βαριά. Οι πόνοι αύξησης είναι περιοδικοί, με διαστήματα χωρίς πόνο που διαρκούν από μέρες μέχρι μήνες. Σε μερικές περιπτώσεις όμως, ο πόνος μπορεί να είναι καθημερινός.

5.4 Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις του πόνου σε συνδυασμό με την απουσία πρωινών συμπτωμάτων και με μία φυσιολογική κλινική εξέταση (χωρίς παθολογικά ευρήματα), οδηγούν στη διάγνωση. Κατά κανόνα, οι εργαστηριακές εξετάσεις και οι ακτινογραφίες, είναι πάντα φυσιολογικές.

5.5 Ποιά είναι η θεραπεία;

Η επεξήγηση της καλοήθους εξέλιξης του νοσήματος μειώνει την ανησυχία στο παιδί και στην οικογένεια. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων του πόνου μπορεί να βοηθήσουν το τοπικό μασάζ, ζεστά επιθέματα και ήπια αναλγητικά. Σε παιδιά με συχνές κρίσεις, μία δόση ιμπουπροφένης το απόγευμα μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των πολύ σοβαρών επώδυνων επεισοδίων.

5.6 Ποια είναι η πρόγνωση;

Οι πόνοι αύξησης δε σχετίζονται με κανένα σοβαρό οργανικό νόσημα, και συνήθως υποχωρούν αυτόματα προς το τέλος της παιδικής ηλικίας. Στο 100% των παιδιών ο πόνος εξαφανίζεται καθώς μεγαλώνουν.

6. Σύνδρομο καλοήθους υπερεκτατικότητας

6.1 Τι είναι;

Η υπερεκτατικότητα αφορά παιδιά που έχουν εύκαμπτες ή χαλαρές αρθρώσεις. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται επίσης χαλαρότητα των αρθρώσεων. Μερικά απ' αυτά τα παιδιά μπορεί να αναφέρουν πόνο. Το Σύνδρομο Καλοήθους Υπερεκτατικότητας (ΣΚΥ) αναφέρεται σε παιδιά που παραπονούνται για πόνο των άκρων εξαιτίας της αυξημένης εκτατικότητας (του εύρους κίνησης) των αρθρώσεων, χωρίς να συσχετίζεται με κάποιο νόσημα του συνδετικού ιστού. Επομένως, το ΣΚΥ δεν είναι νόσημα αλλά μία παραλλαγή της φυσιολογικής

κινητικότητας των αρθρώσεων.

6.2 Πόσο συχνό είναι;

Το ΣΚΥ είναι ιδιαίτερα συνηθισμένο σε παιδιά και νεαρά άτομα, καθώς εντοπίζεται στο 25-50% αυτών που είναι κάτω των 10 ετών και ιδίως στα κορίτσια. Η συχνότητά του μειώνεται με την ηλικία. Συνήθως υπάρχουν και άλλες περιπτώσεις ΣΚΥ στην ίδια οικογένεια.

6.3 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Η υπερεκτατικότητα οδηγεί συχνά σε διαλείποντες, βαθείς, περιοδικούς πόνους προς το τέλος της μέρας ή τη νύχτα στα γόνατα, στα πόδια και/ή στους αστραγάλους. Σε παιδιά που παίζουν πιάνο, βιολί, κλπ μπορεί να προσβάλει τα δάκτυλα στα χέρια αντί για τα πόδια. Η σωματική δραστηριότητα και η άσκηση μπορεί να πυροδοτήσουν ή να αυξήσουν τον πόνο. Σπάνια, μπορεί να εντοπιστεί και μία ήπια διόγκωση των αρθρώσεων.

6.4 Πως μπαίνει η διάγνωση;

Η διάγνωση στηρίζεται σε ένα προκαθορισμένο σύνολο κριτηρίων που βαθμολογούν το εύρος κινητικότητας των αρθρώσεων και στην απουσία άλλων ευρημάτων που χαρακτηρίζουν νοσήματα του συνδετικού ιστού.

6.5 Ποια είναι η θεραπεία;

Πολύ σπάνια χρειάζεται θεραπεία. Αν το παιδί συμμετέχει σε συγκεκριμένα επαναλαμβανόμενα αθλήματα, όπως ποδόσφαιρο ή γυμναστική, και αναπτύσσει κατά περιόδους διαστρέμματα ή και χαλάρωση των αρθρώσεων λόγω διάτασης των γειτονικών τενόντων, πρέπει να χρησιμοποιούνται τεχνικές ενδυνάμωσης των μυών (με φυσικοθεραπεία) και να φορά προστατευτικά των αρθρώσεων (ελαστικούς ή λειτουργικούς νάρθηκες ή περικαλαμίδες).

6.6 Καθημερινή ζωή

Η υπερεκτατικότητα είναι μία καλοήθης κατάσταση που μειώνεται με

το χρόνο. Οι οικογένειες πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι ο βασικός της κίνδυνος προέρχεται από το να αποτρέπουμε τα παιδιά να ζουν μία φυσιολογική ζωή.

Τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται στο να διατηρούν ένα φυσιολογικό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, και να ενασχολούνται με όποιο άθλημα τους ενδιαφέρει.

7. Παροδική υμενίτιδα

7.1 Τι είναι;

Η παροδική υμενίτιδα είναι μία ήπια φλεγμονή, δηλαδή συλλογή μικρής ποσότητας υγρού μέσα στην άρθρωση του ισχίου λόγω άγνωστης αιτίας, που υποχωρεί από μόνη της, χωρίς να αφήσει βλάβη.

7.2 Πόσο συχνή είναι;

Είναι η πιο γνωστή αιτία πόνου του ισχίου στα παιδιά. Προσβάλλει 2-3% των παιδιών μεταξύ 3-10 ετών. Είναι πιο συχνή σε αγόρια, με αναλογία ένα κορίτσι για 3 ή 4 αγόρια.

7.3 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Τα κύρια συμπτώματα είναι πόνος στο ισχίο και χωλότητα (κουτσαίνει). Αυτός ο πόνος μπορεί να παρουσιάζεται ως πόνος στη βουβωνική χώρα, στον άνω μηρό ή περιστασιακά να αντανακλά στο γόνατο και συνήθως έρχεται απρόοπτα. Η πιο συχνή εκδήλωση είναι να ξυπνά ένα παιδί και να κουτσαίνει ή να αρνείται να περπατήσει.

7.4 Πως μπαίνει η διάγνωση;

Η κλινική εξέταση είναι χαρακτηριστική. Παρατηρείται χωλότητα (δηλαδή το παιδί να περπατά κουτσαίνοντας), με μειωμένη και επώδυνη κινητικότητα του ισχίου κατά την εξέταση, ενώ δεν έχει άλλα ευρήματα. Στο 5% των περιπτώσεων προσβάλλονται και τα δύο ισχία. Οι ακτινογραφίες είναι φυσιολογικές και γι' αυτό το λόγο συνήθως δε γίνονται. Αντίθετα το υπερηχογράφημα των ισχίων είναι πολύ χρήσιμο, καθώς εντοπίζει την υμενίτιδα στο ισχίο.

7.5 Ποια είναι η θεραπεία;

Η θεραπεία στηρίζεται στην ανάπαυση, που πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με το μέγεθος του πόνου. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση του πόνου και της φλεγμονής. Η κατάσταση συνήθως υποχωρεί κατά μέσο όρο μετά από 6-8 ημέρες.

7.6 Ποια είναι η πρόγνωση;

Η πρόγνωση είναι άριστη, με πλήρη ανάρρωση στο 100% των παιδιών (γι' αυτό και ονομάζεται παροδική). Αν τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από 10 ημέρες, θα πρέπει να αποκλειστεί κάποιο άλλο και διαφορετικό νόσημα. Ενδέχεται να εκδηλωθούν και άλλα επεισόδια παροδικής υμενίτιδας, αλλά αυτά συνήθως είναι πιο ήπια και πιο σύντομα από το πρώτο επεισόδιο.

8. Πόνος επιγονατιδο-μηριαίος ή Πόνος του γόνατος

8.1 Τι είναι;

Ο επιγονατιδο-μηριαίος πόνος είναι το πιο συνηθισμένο Σύνδρομο υπέρχρησης (καταπόνησης) των αρθρώσεων στα παιδιά και εφήβους. Αυτή η ομάδα διαταραχών προκύπτει από επαναλαμβανόμενη κίνηση ή παρατεινόμενο τραυματισμό που σχετίζεται με την άσκηση σε ένα συγκεκριμένο μέρος του σώματος. Οι διαταραχές είναι πολύ πιο συνηθισμένες σε ενήλικες (όπως καταπονημένος αγκώνας από το τέννις ή το γκολφ, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, κλπ) από ότι σε παιδιά. Ο επιγονατιδο-μηριαίος πόνος αναφέρεται στην ανάπτυξη πόνου του προσθίου γόνατος με δραστηριότητες που προσθέτουν επιπλέον φόρτο στην επιγονατιδο-μηριαία άρθρωση, δηλαδή την άρθρωση που σχηματίζεται από την ένωση της επιγονατίδας, του οστού που καλύπτει το γόνατο, με το χαμηλότερο τμήμα του μηριαίου οστού. Όταν ο πόνος συνοδεύεται από αλλοιώσεις στην εσωτερική επιφάνεια του ιστού, δηλαδή στον χόνδρο της επιγονατίδας, χρησιμοποιείται ο όρος χονδρομαλάκυνση της επιγονατίδας ή επιγονατιδική χονδρομαλάκυνση.

Υπάρχουν πολλά συνώνυμα για τον επιγονατιδο-μηριαίο πόνο:

Επιγονατιδο-μηριαίο σύνδρομο, Χονδρομαλάκυνση της επιγονατίδας, Επιγονατιδική χονδρομαλάκυνση.

8.2 Πόσο συχνός είναι;

Είναι σπάνιος σε παιδιά κάτω των 8 ετών και η συχνότητά του σταδιακά αυξάνει σε την εφηβεία. Ο επιγονατιδο-μηριαίος πόνος είναι πιο συχνός σε κορίτσια. Μπορεί επίσης να είναι πιο συνηθισμένος σε παιδιά με σημαντική γωνίωση των γονάτων, όπως βλαισά γόνατα ή ραιβά πόδια, καθώς επίσης και σε αυτά που πάσχουν από νοσήματα της επιγονατίδας λόγω κακής ευθυγράμμισης και αστάθειας.

8.3 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι πόνος στο πρόσθιο γόνατο που επιδεινώνεται με σωματικές δραστηριότητες όπως με το τρέξιμο, το ανέβασμα ή το κατέβασμα σκάλας, το κάθισμα οκλαδόν ή τα άλματα. Ο πόνος επιδεινώνεται επίσης με το παρατεταμένο κάθισμα με το γόνατο λυγισμένο.

8.4 Πως μπαίνει η διάγνωση;

Σε υγιή παιδιά, ο επιγονατιδο-μηριαίος πόνος διαγιγνώσκεται κλινικά (οι εργαστηριακές ή απεικονιστικές εξετάσεις δεν είναι απαραίτητες). Ο πόνος μπορεί να αναπαραχθεί με την πίεση της επιγονατίδας, ή με τον περιορισμό της προς τα επάνω κίνησης της επιγονατίδας, όταν ο μηριαίος μυς (τετρακέφαλος) είναι σε σύσπαση.

8.5 Ποια είναι η θεραπεία;

Στα περισσότερα παιδιά που δεν έχουν άλλα συνοδά νοσήματα (όπως διαταραχές της κάμψης των γονάτων ή επιγονατιδική αστάθεια) ο επιγονατιδο-μηριαίος πόνος είναι μία καλοήθης κατάσταση που υποχωρεί από μόνη της. Εάν ο πόνος παρεμβαίνει στην άθληση ή στις καθημερινές δραστηριότητες, η έναρξη ενός προγράμματος φυσικοθεραπείας για ενδυνάμωση του τετρακέφαλου μυ μπορεί να βοηθήσει. Η εφαρμογή επιθεμάτων με πάγο μπορεί να ανακουφίζει από τον πόνο μετά την άσκηση.

8.6 Καθημερινή ζωή

Τα παιδιά πρέπει να ζουν μία φυσιολογική ζωή αλλά η σωματική

δραστηριότητα πρέπει να προσαρμόζεται έτσι ώστε να μην πονούν. Τα παιδιά με έντονη αθλητική δραστηριότητα μπορεί να χρησιμοποιούν μία επιγονατίδα με επιγονατιδικό ιμάντα.

9. Επιφυσιολίσθηση της κεφαλής του μηριαίου οστού

9.1 Τι είναι;

Η κατάσταση αυτή είναι η μετατόπιση της κεφαλής του μηριαίου οστού κατά μήκος του συζευκτικού χόνδρου και είναι άγνωστης αιτίας. Η ζώνη αυτή είναι ένα στρώμα χόνδρου που παρεμβάλλεται «σαν σάντουιτς» μεταξύ των οστικών ιστών στην κεφαλή του μηριαίου. Είναι το πιο αδύναμο σημείο του οστού και από το σημείο που πραγματοποιείται η κατά μήκος αύξηση του οστού. Όταν εναποτεθούν στο συζευκτικό χόνδρο άλατα και γίνει και αυτό στερεό οστό, σταματάει η αύξηση των οστών.

9.2 Πόσο συχνή είναι;

Είναι σπάνιο νόσημα που προσβάλλει 3-10 ανά 100.000 παιδιά. Είναι πιο συχνό σε έφηβους και σε αγόρια. Η παχυσαρκία φαίνεται ότι είναι ένας προδιαθετικός παράγοντας.

9.3 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Τα κύρια συμπτώματα είναι χωλότητα και πόνος στο ισχίο με ελάττωση της κινητικότητάς του. Ο πόνος μπορεί να είναι αισθητός στο ανώτερο (δύο τρίτα) ή στο κατώτερο (ένα τρίτο) τμήμα του μηρού και να αυξάνεται με τη σωματική δραστηριότητα. Στο 15% των παιδιών το νόσημα προσβάλλει και τα δύο ισχία.

9.4 Πως μπαίνει η διάγνωση;

Η κλινική εξέταση είναι χαρακτηριστική, όπου διαπιστώνεται περιορισμός της κινητικότητας του ισχίου. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ακτινογραφίες, κατά προτίμηση σε θέση «βατράχου» των ισχίων.

9.5 Ποια είναι η θεραπεία;

Η κατάσταση αυτή θεωρείται μία επείγουσα ορθοπεδική περίπτωση και απαιτεί χειρουργική ακινητοποίηση με σφήνες (σταθεροποίηση της κεφαλής του μηριαίου οστού με τοποθέτηση σφηνών για να την κρατούν στη θέση της).

9.6 Ποια είναι η πρόγνωση;

Εξαρτάται από το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε πριν τη διάγνωση της μετατόπισης της κεφαλής του μηριαίου οστού και το βαθμό της μετατόπισης και ποικίλλει από παιδί σε παιδί.

10. Οστεοχόνδρωση (Συνώνυμα: Οστεονέκρωση, Άσηπτη νέκρωση).

10.1 Τι είναι;

Η λέξη «οστεοχόνδρωση» σημαίνει «οστικό θάνατο». Αναφέρεται σε μια ομάδα νοσημάτων άγνωστης αιτίας, που χαρακτηρίζονται από διακοπή της παροχής αίματος στο κέντρο οστεοποίησης των προσβεβλημένων οστών. Κατά τη γέννηση, τα οστά έχουν κυρίως χόνδρο, ένα μαλακότερο ιστό που αντικαθίσταται με τον καιρό από ένα πιο επιμεταλλωμένο και ανθεκτικό ιστό (δηλαδή ιστό όπου εναποτέθηκαν μέταλλα), που είναι το οστό. Αυτή η αντικατάσταση ξεκινάει από συγκεκριμένα σημεία μέσα σε κάθε οστό, από περιοχές που ονομάζονται κέντρα οστεοποίησης, και από εκεί εξαπλώνεται η αντικατάσταση με την πάροδο του χρόνου στο υπόλοιπο οστό.

Ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα αυτών των διαταραχών. Ανάλογα με το οστό που προσβάλλεται, το νόσημα έχει διαφορετικά ονόματα.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με εξετάσεις απεικόνισης. Οι ακτινογραφίες αποκαλύπτουν διαδοχική κατάτμηση (τις προσβεβλημένες περιοχές σαν «νησιά» μέσα στο οστό), σύνθλιψη, σκλήρυνση (αυξημένη πυκνότητα, οπότε το οστό εμφανίζεται «λευκότερο» στις ακτινογραφίες) και συχνά επανοστεοποίηση (σχηματισμός νέου οστού) με επαναδόμηση (επανασχηματισμό) του οστεϊκού περιβλήματος (του περιοστέου).

Παρόλο που μπορεί να ακούγεται σαν σοβαρό νόσημα, είναι αρκετά συχνό στα παιδιά και έχει καλή πρόγνωση, με την πιθανή εξαίρεση της εκτεταμένης προσβολής του ισχίου. Κάποιες μορφές οστεοχόνδρωσης είναι τόσο συχνές που θεωρούνται ως «φυσιολογικές παραλλαγές» της

ανάπτυξης του οστού (νόσος Sever). Άλλες μπορεί να συμπεριληφθούν στα «Σύνδρομα υπέρχρησης» (νόσος Osgood-Schlatter, νόσος Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Νόσος Legg-Calvé-Perthes

10.2.1 Τι είναι;

Αυτό το νόσημα αναφέρεται σε ισχαιμική νέκρωση της μηριαίας κεφαλής (το μέρος του μηριαίου οστού, που είναι το πιο κοντινό στο ισχίο).

10.2.2 Πόσο συχνή είναι;

Δεν είναι συνηθισμένη, εμφανίζεται σε 1 ανά 10.000 παιδιά. Είναι πιο συχνό στα αγόρια (4 ή 5 αγόρια για κάθε κορίτσι) στις ηλικίες μεταξύ των 3 και 12 ετών, και ιδίως σε παιδιά 4 ως 9 ετών.

10.2.3 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Τα περισσότερα παιδιά κουτσαίνουν και πονούν (λίγο ή πολύ) στο ισχίο. Μερικές φορές δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα. Συνήθως προσβάλλεται το ένα μόνο ισχίο αλλά στο 10% περίπου των περιπτώσεων προσβάλλονται και τα δύο.

10.2.4 Πως μπαίνει η διάγνωση;

Η κινητικότητα του ισχίου είναι επηρεασμένη και πιθανώς επώδυνη. Οι ακτινογραφίες μπορεί να είναι φυσιολογικές στην αρχή, αλλά αργότερα αποκαλύπτουν την εξέλιξη που παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο «εισαγωγή». Το σπινθηρογράφημα οστών και η μαγνητική τομογραφία εντοπίζουν το νόσημα νωρίτερα από τις απλές ακτινογραφίες.

10.2.5 Ποια είναι η θεραπεία;

Τα παιδιά με νόσο Legg-Calvé-Perthes πρέπει να παραπέμπονται πάντα σε Παιδιατρική Ορθοπεδική Μονάδα. Για να μπει η διάγνωση είναι απαραίτητο να γίνουν απεικονιστικές εξετάσεις. Η θεραπεία εξαρτάται από τη βαρύτητα του νοσήματος. Σε πολύ ήπιες περιπτώσεις, η

παρακολούθηση μπορεί να αρκεί, επειδή το οστό αποκαθίσταται από μόνο του με πολύ ελάχιστη βλάβη.

Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, η θεραπεία έχει σαν στόχο τη διατήρηση της προσβεβλημένης μηριαίας κεφαλής μέσα στην άρθρωση του ισχίου, έτσι ώστε μόλις αρχίσει ο σχηματισμός του νέου οστού, να επανακτήσει η μηριαία κεφαλή τη σφαιρική της μορφή.

Αυτός ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί εάν τα μικρότερα παιδιά εφαρμόσουν ένα νάρθηκα απαγωγής των ισχίων ή στα μεγαλύτερα παιδιά γίνει χειρουργική ανάπλαση του μηριαίου οστού, δηλαδή οστεοτομία, (όπου κόβεται ένα τμήμα του οστού για να κρατήσουμε την κεφαλή σε καλύτερη θέση). Το ποσοστό όμως επιτυχίας τους δεν είναι το ίδιο σε όλα τα παιδιά.

10.2.6 Ποια είναι η πρόγνωση;

Η πρόγνωση εξαρτάται από την έκταση της προσβολή της κεφαλής του μηριαίου (όσο μικρότερη, τόσο καλύτερη) καθώς και από την ηλικία του παιδιού (είναι καλύτερη σε παιδιά κάτω των 6 ετών). Η πλήρης ανάρρωση απαιτεί 2-4 χρόνια. Γενικά, περίπου τα δύο τρίτα των προσβεβλημένων ισχίων έχουν ένα καλό μακροχρόνιο ανατομικό και λειτουργικό αποτέλεσμα.

10.2.7 Καθημερινή ζωή

Οι περιορισμοί των καθημερινών δραστηριοτήτων εξαρτώνται από τη θεραπεία που εφαρμόζεται. Τα παιδιά που βρίσκονται υπό παρακολούθηση θα πρέπει να αποφεύγουν την ισχυρή πίεση στο ισχίο (άλματα, τρέξιμο). Ωστόσο θα πρέπει να ακολουθούν μία κατά τα άλλα φυσιολογική μαθητική ζωή και να συμμετέχουν σε όλες τις υπόλοιπες δραστηριότητες που δεν επιβαρύνουν σημαντικά την άρθρωση.

10.3 Νόσος του Osgood-Schlatter

Η κατάσταση αυτή προκύπτει από επαναλαμβανόμενο τραυματισμό στο κέντρο οστεοποίησης του κνημιαίου κυρτώματος (μία μικρή οστέινη περιοχή στο ανώτερο τμήμα της κνήμης) από την ισχυρή έλξη που προκαλεί ο επιγονατιδικός τένοντας. Υπάρχει περίπου στο 1% των εφήβων και είναι πιο συχνή στα άτομα που αθλούνται.

Ο πόνος επιδεινώνεται με δραστηριότητες όπως είναι το τρέξιμο, τα

άλματα, το ανεβοκατέβασμα σκάλας και το γονάτισμα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τη κλινική εξέταση, στην οποία διαπιστώνεται μία πολύ χαρακτηριστική ευαισθησία στην άσκηση πίεσης στο σημείο αυτό ή πόνος, που μερικές φορές συνοδεύεται και από διόγκωση στο σημείο πρόσφυσης του επιγονατιδικού τένοντα στην κνήμη.

Οι ακτινογραφίες μπορεί να είναι φυσιολογικές ή να αποκαλύπτουν μικρά θραύσματα του οστού στην περιοχή του κνημιαίου κυρτώματος. Η θεραπεία βασίζεται: στην προσαρμογή της σωματικής δραστηριότητας έτσι ώστε οι ασθενείς να μην πονούν, στην τοποθέτηση επιθεμάτων πάγου μετά τα αθλήματα και στην ανάπαυση. Η κατάσταση αυτή υποχωρεί με τον καιρό.

10.4 Νόσος του Sever

Η κατάσταση αυτή ονομάζεται επίσης και «Φλεγμονή της Πτερνιαίας απόφυσης». Είναι μία οστεοχόνδρωση στο καταληκτικό σημείο του οστού (απόφυση) της πτέρνας, που σχετίζεται ενδεχομένως με την έλξη που προκαλείται από τον Αχίλλειο τένοντα.

Είναι μία από τις πιο συνηθισμένες αιτίες πόνου στην πτέρνα στα παιδιά και εφήβους. Όπως και στις άλλες μορφές της οστεοχονδρίτιδας, η νόσος του Sever σχετίζεται με τη σωματική δραστηριότητα και είναι πιο συχνή στα αγόρια. Πρωτοεμφανίζεται συνήθως στην ηλικία των 7-10 ετών περίπου, με πτερνιαίο πόνο και περιστασιακή χωλότητα (το παιδί κουτσαίνει) μετά την άσκηση. Η διάγνωση γίνεται με την κλινική εξέταση. Δε χρειάζεται άλλη θεραπεία εκτός από την προσαρμογή της σωματικής δραστηριότητας, ώστε να μην προκαλείται πόνος, και αν αυτή η προσέγγιση δεν πετύχει, με τη χρήση ενός ορθοπαιδικού «μαξιλαριού» για τον αστράγαλο. Η κατάσταση αυτή υποχωρεί με τον καιρό.

10.5 Νόσος του Freiberg

Είναι η οστεονέκρωση της κεφαλής του δεύτερου μετατάρσιου οστού στα πόδια. Η αιτία της είναι πιθανώς τραυματική. Δεν είναι συνηθισμένη και στις περισσότερες περιπτώσεις προσβάλλονται κορίτσια στην εφηβεία. Ο πόνος αυξάνει με τη σωματική δραστηριότητα. Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει ευαισθησία με την άσκηση πίεσης στο πέλμα κάτω από με την κεφαλή του δεύτερου μετατάρσιου και περιστασιακά, διόγκωση. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται

με ακτινογραφίες, παρόλο που μπορεί να χρειαστούν δύο εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων για να είναι εμφανείς οι αλλοιώσεις. Η θεραπεία περιλαμβάνει ανάπαυση και τοποθέτηση ειδικού «μαξιλαριού» στα μετατόρσια.

10.6 Νόσος του Scheuermann

Η νόσος του Scheuermann ή «νεανική κύφωση (κυρτή πλάτη)» είναι μία οστεονέκρωση της δακτυλιοειδούς απόφυσης του σπονδυλικού σώματος (το οστέινο τμήμα στην άκρη της κορυφής και του πυθμένα κάθε σπονδύλου). Είναι πιο συνηθισμένη σε αγόρια. Τα περισσότερα παιδιά με αυτή την πάθηση έχουν κακή στάση του σώματος, με ή χωρίς πόνο στην πλάτη. Ο πόνος σχετίζεται με τη σωματική δραστηριότητα και μπορεί να εξαφανιστεί με την ανάπαυση.

Η υποψία της διάγνωσης μπορεί να τεθεί με την εξέταση (οξεία γωνίωση στην πλάτη) και επιβεβαιώνεται με ακτινογραφίες.

Για να θεωρηθεί ότι πρόκειται για τη νόσο του Scheuermann, το παιδί πρέπει να έχει ανωμαλίες των σπονδυλικών δίσκων και οπίσθια κάμψη κατά 5 μοίρες σε τουλάχιστον 3 διαδοχικούς σπονδύλους.

Η νόσος του Scheuermann δεν απαιτεί συνήθως άλλη θεραπείας εκτός από την προσαρμογή της δραστηριότητας του παιδιού ώστε να μην πονάει, την παρακολούθηση και, σε σοβαρές περιπτώσεις την τοποθέτηση ειδικών ναρθήκων-κηδεμόνων.