



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

## Végtagfájdalom szindrómák

Verzió 2016

### **10. Oszteokondrózis (szinonimái: oszteonekrózis, avaszkuláris nekrózis)**

#### **10.1 Mi ez?**

Az „oszteokondrózis” szó „csontelhalást” jelent. Különböző ismeretlen eredetű betegségeket takar, amelyek fennállása esetén az érintett csontok osszifikációs (csontosodási) magjának vérellátása megszakad. Születéskor a csontok többnyire egy képlékenyebb szövetből, a porcból állnak, amelyet idővel egy ásványi anyagok által megkeményített, ellenállóbb szövet, a csont vált fel. Ez a változás minden egyes csontnál egy meghatározott területen, az úgynevezett csontosodási magokban kezdődik, ahonnan idővel kiterjed a csont többi része felé.

A fájdalom ezeknek a rendellenességeknek az első tünete. Az érintett csonttól függően a betegség különböző neveket kap.

A diagnózist képalkotó eljárásokkal támasztják alá. A röntgen sorban kimutatja a töredezettséget („szigetek” a csonton belül), az összeesést (lebomlást), a szklerózist (fokozott csontsűrűséget, amikor a csont fehérebbnek látszik a röntgenképen) és gyakran a reosszifikációt (új csont képződését), a csont körvonalainak helyreállításával.

Bár súlyos betegségnek tűnhet, elég gyakori gyermekeknél, és a kiterjedt csípőérintettség esetleges kivételével, kitűnő prognózisa van. Az oszteokondrózis egyes formái annyira gyakoriak, hogy a csontnövekedés egyik normális változatának minősülnek (Sever-kór). Egyéb megnyilvánulásai a „túlterheléses szindrómák” csoportjába sorolhatók (Osgood-Schlatter-féle kór, Sinding-Larsen-Johansson-féle betegség).

---

## **10.2 Legg-Calvé-Perthes-kór**

### **10.2.1 Mi ez?**

Ez a betegség a combfej (a combcsontnak a csípőhöz legközelebb eső része) avaszkuláris nekrozisával jár.

### **10.2.2 Milyen gyakori?**

Nem gyakori betegség, 10 000 gyermek közül csak 1-et érint. Gyakoribb fiúknál (4-5 fiú, 1 lány) 3 és 12 éves kor között, és különösen 4 és 9 éves kor között jelentkezik.

### **10.2.3 Mik a fő tünetei?**

A legtöbb gyermeknél sántítás és különböző mértékű csípőfájdalom. Néha a beteg egyáltalán nem érez fájdalmat. Általában csak az egyik oldali csípő érintett, de az esetek nagyjából 10%-ában a betegség kétoldali.

### **10.2.4 Hogyan diagnosztizálható?**

A csípő mozgása beszűkül, ami fájdalmat okozhat. A röntgenfelvétel eleinte nem mutat kóros állapotot, de később megjelenik rajta a bevezetőben már leírt progresszió. A csontvizsgálatok és a mágnesrezonanciás vizsgálatok hamarabb kimutatják a betegséget, mint a röntgen.

### **10.2.5 Hogyan kezelhetjük?**

A Legg-Calvé-Perthes-kórban szenvedő gyermekeket minden esetben be kell utalni a gyermekortopédiai osztályra. A képalkotó vizsgálat elengedhetetlen a diagnózis felállításához. A kezelés a betegség súlyosságától függ. Nagyon enyhe esetekben elég a megfigyelés, mivel a csont magától meggyógyul, és csak csekély mértékű károsodás keletkezik benne.

A súlyosabb esetekben a kezelés célja, hogy az érintett combfejet a csípőízületen belül tartsa, hogy amikor új csont kezd képződni, akkor a combfej a gömbölyű alakja kialakulhasson..

Ezt a célt elősegítheti az úgynevezett abdukciós (térdeket felhúzott,

---

széttárt helyzetben tartó) (Pavlik) kengyel használata (kisebb gyermekeknél), vagy a combcsont sebészi újraformálása (oszteotómia, a csont átvágása annak érdekében, hogy a combfejet jobb pozícióba lehessen helyezni) (idősebb gyermekeknél alkalmazzák).

### **10.2.6 Mi a prognózis?**

A prognózis a combfej érintettségének mértékétől (minél kisebb, annál jobb) és a gyermek életkorától függ (jobb, ha 6 év alatti). A teljes felépülés 2-4 évet vesz igénybe. Összességében, az érintett csípők kb. kétharmadánál jó a betegség hosszú távú anatómiai és funkcionális kimenetele.

### **10.2.7 Befolyásolja-e a betegség a mindennapi életet?**

A mindennapi tevékenységekre vonatkozó korlátozások az alkalmazott kezeléstől függenek. A megfigyelés alatt tartott gyermekeknek kerülniük kell a csípő fokozott terhelését (ugrálás, futás). Ennek ellenére folytatniuk kell az egyébként normális iskolai életüket, és részt kell venniük minden egyéb tevékenységben, kivéve ha az nagy súlyú tárgyak emelésével jár.

## **10.3 Osgood-Schlatter-kór**

A térdkalácsín tapadási helyénél – a tuberositas tibiae (kis csontos taraj a lábszár felső részén) – levő csontosodási mag ismételt sérülésének következtében alakul ki. A serdülők kb. 1%-ánál fennáll, gyakrabban azoknál, akik sportolnak.

A fájdalom fokozódik az olyan tevékenységnél, mint a futás, ugrálás, lépcsőzés és térdelés. A diagnózist fizikális vizsgálat alapján állítják fel; jellegzetessége az érzékenység vagy fájdalom, néha duzzanat ott, ahol a térdkalácsín a sípcsontához tapad.

A röntgenfelvételek vagy negatívak, vagy kis csontdarabkákat mutatnak a tuberositas tibiae területén. A kezelés keretében beállítják a beteg aktivitási szintjét úgy, hogy ne legyenek fájdalmai; ennek érdekében a sportolás után jégelés és pihenés javasolt. A betegség idővel elmúlik.

---

## 10.4 Sever-kór

Latin nevén „calcaneus apophysitis”. Ez a sarokcsont csontosodási magjának oszteokondrózisa, amelyet feltehetően az Achilles-ín által a sarokcsontra kifejtett húzó hatás vált ki.

Gyermekeknél és serdülőknél ez egyike a sarokfájdalom leggyakoribb okainak. Az oszteokondrózis egyéb formáihoz hasonlóan a Sever-kór az aktivitás szintjétől függ, és gyakoribb férfiaknál. Általában 7-10 éves kor körül kezdődik, sarokfájdalommal és alkalmanként testmozgás utáni sántítással jár.

A diagnózist klinikai vizsgálat alapján állítják fel. Egyedüli kezelésként a gyermek aktivitásának szintjét úgy kell beállítani, hogy ne legyenek fájdalmai. Ha ez nem működik, sarokvédő párnát kell használni. A betegség idővel elmúlik.

## 10.5 Freiberg-kór

Ez a betegség a második lábközépcsontj fejének oszteonekrózisa (csontelhalása). Feltehetően trauma okozza. Nem gyakori, és leginkább a serdülő lányokat érinti. A fájdalom a fizikai aktivitással arányosan fokozódik. A fizikális vizsgálat a második lábközépcsont feje felett nyomásérzékenységet, alkalmanként duzzanatot mutat ki. A diagnózist röntgenvizsgálattal erősítik meg, bár előfordulhat, hogy akár két hét is eltelik a tünetek megjelenése és az elváltozások kimutatása között. A kezelésnek magában kell foglalnia a pihenést és harántemelő használatát.

## 10.6 Scheuermann-kór

A Scheuermann-kór vagy „ifjúkori kifózis (hátra domború görbület)” a csigolyatest gyűrű alakú apofízisének (a csigolya felső és alsó részén lévő csontnak) az oszteonekrózisa (csontelhalása). Leggyakrabban serdülő fiúknál fordul elő. Az érintett gyermekek többségének rossz a testtartása, és esetleg hátfájdalmai lehetnek. A fájdalom az aktivitási szinttől függ, és pihenéssel enyhíthető.

A diagnózist vizsgálattal (a hát éles szögben történő behajlításával) lehet gyanítani és röntgenvizsgálattal lehet megerősíteni.

A Scheuermann-kór diagnosztizálásához a gyermeknél rendellenességek kell legyenek a csigolya zárólemezein, és legalább három egymás utáni csigolyának 5 fokos szögben meghajlott ék alakot

---

kell elől képeznie.

A Scheuermann-kór általában nem igényel kezelést azonkívül, hogy a gyermek aktivitási szintjét be kell állítani, a beteget megfigyelés alatt kell tartani, és súlyos esetekben hátmerevítő használatát kell előírni számára.