



<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 csontonál 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 elöl 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.