

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

سندرم های درد اندام ها

نسخه 2016

1- مقدمه

خیلی از بیماریهای کودکان میتواند سبب درد در اندامهای کودکان گردد. Pain Limb رخدادهای از گروهی برای عمومی اصطلاح یک "اندامها درد های سندروم" Syndromes پزشکی مختلف با علل و و تظاهرات بالینی متفاوت است که وجه مشترک همه آنها درد متناوب اندامها است برای رسیدن به این تشخیص، پزشکان کلیه بررسی های لازم در مورد علل شناخته شده، شامل بیماریهای جدی، که می توانند سبب درد اندام شوند را مورد بررسی قرار می دهند.

2- سندرم درد منتشر مزمن (که قبلا سندرم فیبرومیالژی جوانان نامیده می شد).

1.2 این سندرم چیست؟

فیبرومیالژی متعلق به گروه "syndrome pain musculoskeletal amplified" ("سندرم درد های عضلانی - اسکلتی تشدید یافته") می باشد. فیبرومیالژی سندرمی است که با درد منتشر و طولانی مدت در سیستم عضلانی-اسکلتی، که اندام فوقانی، تحتانی، کمر، شکم، قفسه سینه، گردن یا چانه را به مدت حد اقل 3 ماه تظاهر می یابد و به همراه احساس خستگی، اختلال در خواب و بروز مشکلاتی در سطح توجه، استدلال و حافظه مشخص میشود.

2.2 شیوع این بیماری چقدر است؟

فیبرومیالژی عمدتاً در بالغین اتفاق می افتد. در کودکان بیشتر در سنین نو جوانی گزارش شده و میزان شیوع آن حدود 1% است. دختران بیشتر از پسران مبتلا می شوند. کودکان مبتلا به این سندرم از نظر خیلی از خصوصیات بالینی با کودکان مبتلا به syndrome pain regional complex (سندرم درد مختلط ناحیه ای) شباهت دارند.

3.2 مشخصات بالینی ویژه این بیماری چیست؟

بیماران از درد منتشر اندام ها شکایت می کنند هر چند شدت این درد از یک کودک به کودک دیگر ممکن است متفاوت باشد و درد ممکن است در هر قسمتی از بدن (مانند اندام های فوقانی و تحتانی، پشت، شکم، قفسینه سینه، گردن و چانه) اتفاق بیفتد. این کودکان معمولا دچار مشکل خواب هستند و خواب خوبی که خستگی آنها را از بین برده و احساس تازگی فراهم کند ندارند و هنگام بیدار شدن از خواب همچنان احساس خستگی میکنند، شکایت اصلی دیگر در این بیماران احساس خستگی شدید به همراه کاهش توان فیزیکی در آنها است.

بیماران مبتلا به فیبرو میالژیا مکررا از سردرد، تورم کمر (احساس ورم میکنند هر چند ممکن است هیچ تورمی دیده نشود)، کرختی و برخی اوقات تغییر رنگ مایل به آبی در انگشتان شکایت می کنند. مجموعه این علائم منجر به اضطراب، افسردگی و غیبت مکرر از مدرسه می گردد.

4.2 این بیماری چگونه تشخیص داده می شود؟

سابقه وجود درد کلی در حداقل 3 ناحیه از بدن، برای حداقل 3 ماه، همراه با درجات مختلفی از احساس خستگی، اختلال خواب و اختلالات شناختی (توجه، یادگیری، استدلال، حافظه، تصمیم گیری و توان حل مشکلات) راهنمای تشخیصی است. بسیاری از بیماران در برخی از نواحی بدن، نقاط دردناکی points trigger (دردهای واکنش انگیز) را در عضله بیان میکنند که البته این یافته برای تشخیص ضروری نیست.

5.2 چگونه میتوان این بیماری را درمان کرد؟

یک موضوع مهم کاهش دادن اضطراب خانواده و بیمار با توضیح دادن این مسئله است که گرچه این دردها واقعی و شدید هستند، اما مفاصل بیمار آنها دچار تخریب نخواهد شد و بیماری جدی در کار نیست. مهمترین و موثرترین بخش درمان، تنظیم یک برنامه ورزشی مناسب بهبود دهنده قلبی-عروقی است شنا کردن بهترین ورزش برای این بیماران است. موضوع دوم شروع یک برنامه درمانی شناختی-رفتاری بصورت فردی و گروهی است. در نهایت برخی از بیماران ممکن است برای بهبود وضعیت خواب نیاز به دارو داشته باشند.

6.2 پیش آگهی بیماری چگونه است؟

بهبودی کامل این بیماری نیازمند تلاش فراوان بیمار و حمایت اساسی خانواده وی دارد. بطور کلی نتیجه در کودکان خیلی بهتر از بزرگسالان است و بیشتر آنها کاملا بهبود پیدا می کنند. پذیرش یک برنامه ورزشی منظم بسیار اهمیت دارد. حمایت روحی و روانی به اندازه مصرف دارو در بهبود خواب بیمار، اضطراب و افسردگی دوران نوجوانی موثر است.

3- سندرم درد پیچیده ناحیه ای تیپ 1 Syndrome Pain Regional Complex Type1 - (اسامی دیگر : دیستروفی سمپاتیک رفلکسی، سندرم درد موضعی عضلانی-عصبی با علت ناشناخته)

1.3 این سندرم چیست؟

درد بسیار شدید اندام به دلیل ناشناخته که اکثر اوقات با تغییرات پوستی همراه است.

2.3 میزان شیوع آن چقدر است؟

هیچ اطلاع موثقی در مورد شیوع این بیماری در دست نیست. چیزی که مشخص شده این است که شیوع آن بیشتر در دوران بلوغ (سن متوسط آن در حدود 12 سالگی) بوده و در دخترها بیشتر دیده میشود.

3.3 علائم اصلی چیست؟

غالباً يك داستان طولانی از درد شدید اندامها که به درمانهای مختلف پاسخ نداده و باطبی زمان افزایش یافته است وجود دارد. شدت درد در حدی بیان میشود که خیلی از اوقات مانع از بکار بردن عضو دردناک میشود است.

مواردی که در بیشتر مردم بدون احساس درد است مثل لمس سطحی ، در این بیماران میتواند باعث درد شدید شود. به این پدیده غیر عادی "allodynia" گفته میشود مجموعه این مسائل بر فعالیت روز مره کودکان مبتلا اثر گذاشته و غالباً باعث غیبت زیاد از مدرسه خواهد شد.

پس از مدتی در عده ای از این بیماران تغییراتی در پوست بصورت رنگ پریدگی و منقوط شدن پوست و نیز تغییرات درجه حرارت (غالباً بصورت کاهش) و یا نمناک شدن پوست دیده میشود. تورم اندام نیز ممکن است دیده شود. گاهی از اوقات کودک پایش را دریک حالت غیر عادی نگه میدارد و از انجام هرگونه حرکتی امتناع میکند.

4.3 بیماری چگونه تشخیص داده میشود؟

تا چند سال قبل این سندرم ها به اسامی گوناگونی نامیده میشدند ، اما امروزه پزشکان تحت عنوان سندرم های syndrome pain regional complex به آنها اشاره می کنند. معیار های مختلفی برای تشخیص این بیماران بکار رفته است. .

تشخیص این بیماری بالینی است و بر اساس نحوه و میزان درد) شدید، طول مدت، محدودکننده فعالیت، عدم پاسخ به درمان و وجود "آلودینیا" و معاینه بالینی مشخص میشود مجموعه شکایت ها و یافته های بالینی کاملاً اختصاصی است. تشخیص این بیماری نیازمند رد بیماریهای دیگری است که غالباً قبل از مراجعه بیمار به روماتولوژیست کودکان توسط

سایر پزشکان انجام گرفته است. آزمونهای آزمایشگاهی طبیعی هستند. MRI ممکن است تغییرات غیر اختصاصی در استخوان، مفصل و عضله را نشان دهند.

5.3 چگونه میتوان آن را درمان کرد؟

بهترین روش برخورد با این بیمار، انجام تمرینات ورزشی منظم زیر نظر متخصص کاردرمانی با یا بدون روان درمانی است. سایر روش های درمانی به تنهایی یا همراه هم بکار برده شده است مانند استفاده از داروهای ضد افسردگی، روش های بیوفید بک، تحریک عصب از طریق پوست و رفتاردرمانی بدون اینکه نتیجه قطعی داشته باشد. داروهای ضد درد معمولاً تاثیری ندارند. در مورد درمان تحقیقات در جریان است و این امیدواری وجود دارد که در آینده درمانهای بهتری براساس شناخت علت بیماری به دست آورده شود. درمان برای تمام افراد درگیر شامل کودکان، خانواده آنان و تیم درمانی دشوار است. به دلیل استرس ناشی از بیماری مداخلات روانشناختی غالباً ضروری است. بخشی از مشکلات درمانی ناشی از نحوه برخورد خانواده بیمار در پذیرش تشخیص و همراهی با درمانهای پیشنهادی است که از علل مهم شکست درمان بشمار میرود.

6.3 پیش آگهی:

بیماری در کودکان پیش آگهی بهتری نسبت به بالغین دارد. در مجموع اکثر کودکان سریع تر از بالغین بهبود پیدا میکنند. اگرچه تا ایجاد بهبودی مدتی طول خواهد کشید و نحوه بهبود یافتن از کودکی به کودک دیگر متفاوت است. تشخیص و مداخله زود هنگام منجر به پیش آگهی بهتری می شود.

7.3 زندگی روزمره چگونه است؟

این کودکان بایستی به داشتن فعالیت عادی، رفتن منظم به مدرسه و شرکت در فعالیتهای دسته جمعی باهمسالان خود ترغیب شوند.

4- اریترومالژیا

1.4 این بیماری چیست؟

نام این بیماری که با نام دیگر Erythralgia (اریترمالژیا) نیز شناخته میشود از سه کلمه یونانی red-erythos, limb-Melos و pain-algos گرفته شده است. بیماری بشدت نادر است ولی امکان بروز آن در افراد مختلف یک خانواده وجود دارد. بیشتر کودکان مبتلا به این بیماری در حدود 10 سالگی علائم شان بروز میکنند. این بیماری در دخترها شایع تر است. بیماری اریترومالژیا با احساس سوزش و گرمی و قرمزی و تورم در پاها و به میزان کمتری در دست ها مشخص میشود. علائم آن با قرار گرفتن در معرض گرما شدت پیدا میکند و با سرد کردن آنهاها بهبود می یابد، این اختلاف در حدی است که اغلب کودکان

حاضر به خارج کردن پا از آب یخ نمیشوند. سیر بیماری سخت و رنج آور است. به نظر میرسد اجتناب از حرارت و ورزشهای شدید موثرترین شیوه کنترل بیماری است. داروهای مختلف و متعددی برای کنترل درد این بیماران بکار رفته است شامل داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی، مسکن ها و داروهائی که گردش خون را افزایش می دهند (این داروها "وازودیلاتور" نامیده می شوند). این بسته به نظر پزشک است که برای هر کودکی کدام درمان مناسب تر است.

5- دردهای رشد

1.5 این بیماری چیست؟

درد های رشد سندرم خوش خیمی است که به نوعی درد اختصاصی اندام ها که غالباً در کودکان در سنین بین سه تا ده سالگی بروز میکند اطلاق می گردد. نام های دیگر آن "درد خوش خیم اندام ها در کودکان" یا "درد های شبانه عود کننده اندام ها" می باشد.

2.5 میزان شیوع آن چقدر است؟

دردهای رشد یکی از شکایات متداول دوران کودکی است. ابتلا در پسران و دختران مساوی است و حدود 10% تا 20% کودکان دنیا به آن مبتلا می شوند.

3.5 علائم اصلی بیماری چه هستند؟

اکثر اوقات درد در پاها (ساق، پشت پا، ران یا در پشت زانوها) بروز می کند و معمولاً دو طرفه است. درد در انتهای روز یا در هنگام شب بروز میکند و اغلب کودک را از خواب بیدار میکند. والدین معمولاً بروز درد را در کودک بدنبال فعالیت فیزیکی گزارش میکنند. حملات درد معمولاً بین 10 تا 30 دقیقه طول میکشد، هر چند ممکن است از چند دقیقه تا چند ساعت ادامه پیدا کند. میزان درد ممکن است از خفیف تا شدید متغیر باشد. دردهای رشد متناوب هستند و ممکن است فواصل بدون درد از چند روز تا چند ماه وجود داشته باشد. در برخی از موارد حملات درد ممکن است همه روزه دیده شود.

4.5 چگونه تشخیص داده میشود؟

الگوی مشخص درد عدم وجود درد صبحگاهی همراه با طبیعی بودن معاینات بالینی، راهنمای تشخیصی است. به عنوان یک قانون نتایج مطالعات آزمایشگاهی و رادیو گرافی همیشه طبیعی هستند. هر چند برای رد سایر اختلالات ممکن است انجام رادیو گرافی لازم شود.

5.5 دردهای رشد را چگونه میتوان درمان کرد؟

توضیح دادن خوش خیم بودن طبیعت این پدیده اضطراب کودک و خانواده را تخفیف

می‌دهد. دردوره های درد ماساژ موضعی و داروهای مسکن میتواند کمک کننده باشد. در کودکانی که اپیزودهای تکراری درد داشته باشند شبی یک دوز ایبوپروفن میتواند به تخفیف درد کمک کند.

6.5 پیش آگهی بیماری چگونه است؟

دردهای رشد با هیچ نوع بیماری عضوی جدی همراه نیستند، در اغلب موارد تا آخر دوران کودکی شفا پیدا میکنند. در 100% موارد با بزرگتر شدن کودک ناپدید خواهند شد.

6- سندرم هیپر موبیلیتی خوش خیم

1.6 این سندرم چیست؟

هیپر موبیلیتی کودکانی را شامل می شود که مفاصل لقی یا انعطاف پذیر داشته باشند. به این پدیده شلی مفاصل هم گفته میشود. برخی از این کودکان ممکن است دردهم داشته باشند. سندرم هیپر موبیلیتی خوش خیم BHS Syndrome Hypermobility Benign کودکانی را شامل میشود که دردهای اندام ناشی از افزایش قابلیت حرکت (در دامنه حرکتی) مفاصل پیدا میکنند بدون اینکه هیچگونه بیماری بافت همبند به همراه داشته باشد. به این ترتیب BHS یک بیماری محسوب نمی شود بلکه یک نوع یافته طبیعی تلقی می گردد.

2.6 میزان شیوع آن چقدر است؟

یک وضعیت بسیار شایع در بین کودکان جوانان است، که در 10% تا 30% کودکان کمتر از 10 سال و بویژه در دختران دیده میشود. غالباً با افزایش سن فرکانس آن کاهش پیدا میکند. خیلی از اوقات در افراد فامیل دیده هم میشود .

3.6 علائم اصلی آن کدام است؟

هیپر موبیلیتی معمولاً بصورت دردهای عمیق و تکرار شونده ای است که در انتهای روز ، یا هنگام شب پدیدار میشود و بطور متناوب در زانوها، پاها و قوزکها ظاهر میشود. در کودکانی که پیانو، وپولون ویا سازهای دیگر مینوازند این دردها میتواند در مفاصل انگشتان دست ایجاد شود. فعالیت های بدنی و ورزش باعث شروع یا ازدیاد درد میشود. بندرت ممکنست مختصر تورم مفصلی وجود داشته باشد.

4.6 چگونه تشخیص داده می شود؟

سندرم هیپر موبیلیتی بر اساس معیارهایی که قبلاً تنظیم شده و میزان حرکت مفصل را مشخص میکند و در غیاب سایر علائم بیماریهای بافت همبند تشخیص داده میشود.

5.6 چگونه میتوان این بیماری را درمان کرد؟

هیپر موبیلیتی خیلی بندرت نیاز به درمان دارد. در صورتیکه کودک با ورزشهای خاصی مثل فوتبال، یا ژیمناستیک در معرض آسیبهای مکرر قرار داشته و به دفعات دچار پیچ خوردگی یا کشیدگی مفاصل شود تقویت عضلات و محافظت مفاصل ضرورت پیدا میکند (بانداز الاستیک یا استین هائی که کارکرد اندام را راحت تر میکند بدون اینکه در ساختمان آن تغییری بوجود آورد).

6.6 زندگی روزمره این کودکان چگونه است؟

هیپر موبیلیتی یک پدیده خوش خیم است که با افزایش سن بهبود پیدا میکند. خانواده ها باید بدانند که خطرات اصلی این است که کودک از زندگی طبیعی باز داشته شود. کودکان بایستی به داشتن یک سطح طبیعی از فعالیت تشویق شوند. و این شامل هر ورزشی که کودک به آن علاقمند است می شود.

7- سینوویت گذرا

1.7 این بیماری چیست؟

سینوویت گذرا یک التهاب خفیف مفصل (تجمع خفیف مایع داخل مفصل) با علت نا شناخته در مفصل هیپ (مفصل رانی لگنی) است که خودبخود و بدون هیچ آسیبی به مفصل بهبود پیدا میکند.

2.7 میزان شیوع آن چقدر است؟

شایعترین علت دردهای در نزد کودکان سینوویت گذرا است. 2 تا 3 در صد کودکان 3 تا 10 ساله را مبتلا میکند. در پسرها تا حدی شایعتر است بطوری که در مقابل ابتلای یک دختر 3 تا 4 پسر به آن مبتلا هستند.

3.7 علایم اصلی بیماری کدامند؟

لنگیدن و درد مفصل هیپ علایم اصلی سینوویت گذرا هستند. درد هیپ میتواند بصورت درد در کشاله ران، قسمت فوقانی ران یا گاهی درد زانو، که معمولا بصورت ناگهانی بروز می نماید خود را نشان دهد شایعترین نحوه بروز آن بیدار شدن کودک با لنگش و یا امتناع وی از راه رفتن است.

4.7 چگونه تشخیص داده میشود؟

معاینه فیزیکی راه تشخیص است تشخیص سینوویت گذرا با مشاهده لنگیدن بیمار و نیز دردناک بودن و کاهش حرکات مفصل هیپ در یک کودک بالای 3 سال که تب نداشته و

بیماری دیگری نیز ندارد گذاشته میشود. در 5 درصد موارد، درگیری مفصلی دو طرفه است. رادیوگرافی ساده از مفصل هیپ معمولاً طبیعی است و در خیلی از موارد عملاً انجام نمی شود. بر خلاف آن سونوگرافی مفصل هیپ در تشخیص سینوویت هیپ بسیار مفید است.

5.7 چگونه میتوان این بیماری را درمان کرد؟

اساس درمان استراحت متناسب با میزان درد است. مسکن های ضد التهابی غیر استروئیدی برای کاهش درد و التهاب بکار برده میشوند. این حالت غالباً بطور متوسط بعد از 6 تا 8 روز از بین میرود.

6.7 پیش آگهی

پیش آگهی عالی است ، با بهبود کامل در 100% کودکان(بر طبق تعریف این بیماری موقتی است). اگر علائم بیش از 10 روز باقی بماند باید بیماری هی دیگر را در نظر گرفت. پدیدار شدن اپیزود جدید از سینوویت گذرا بصورت خفیف تر و بمدت کوتاهتر از اپیزود اول ناشایع نیست.

8-درد کشکی رانی زانو

1.8 این بیماری چیست؟

درد پاتلوفمورال شایعترین سندرم دردهای به علت فعالیت در کودکان است. این گروه بیماریها ناشی از حرکات تکراری مداوم یا بدنبال آسیب های بعد از ورزش در نقطه بخصوصی از بدن شامل مفاصل و تاندون های خاص بوجود می آیند. این نوع اختلالات در بزرگسالان شایع تر از کودکان است(مانند بیماری آرنج تنیس بازان، سندرم تونل مچ دست و غیره).

درد پاتلا فمورال(کشکی رانی)به دردی اشاره دارد در قسمت جلوی زانو که با فعالیت هایی که بار اضافی به مفصل پاتلا فمورال(مفصلی که از استخوان کشک زانو و قسمت انتهایی استخوان ران تشکیل شده است) وارد می کنند گسترش می یابد وقتی که درد زانو همراه با خوردگی در سطح داخلی(غضروف) کشکک باشد اصطلاح "کندروما لاسی پاتلا" در مورد آن بکار برده میشود. مترادف های زیادی برای درد پاتلا فمورال وجود دارد شامل: سندرم پاتلا فمورال، درد جلوی زانو، کندرمالاسی پاتلا.

2.8 میزان شیوع آن چقدر است ؟

در کودکان کمتر از 8 سال بندرت دیده میشود ، در نوجوانان شایع تر است. درد پاتلوفمورال در دختران شایعتر است. همچنین در کودکانی که زانوهایشان به نحوی زاویه داشته باشد،

مثل knees-knock پاهای پرانتزیبا کجی زانو varum genu، و نیز کسانی که عدم تقارن یا ناپایداری کشکک دارند شایع تر است .

3.8 علایم اصلی آن چیست؟

علامت اختصاصی بیماری درد جلوی زانو است که با فعالیتهایی از قبیل دویدن، بالا رفتن یا پائین آمدن از پله، چمباتمه زدن و یا با پرش شدت پیدا میکند. درد پاتلوفمورال همچنین با خم کردن طولانی زانو در هنگام نشستن تشدید می یابد.

4.8 چگونه تشخیص داده میشود؟

درد پاتلوفمورال در کودکان سالم يك تشخیص بالینی است (تست های آزمایشگاهی یا رادیوگرافیک ضرورت ندارد). درد را می توان با ایجاد فشار روی زانو یا با کشیدن کشکک به طرف بالا در حالیکه عضلات چهار سر ران منقبض باشد ایجاد نمود.

5.8 چگونه میتوان این بیماری را درمان کرد؟

در بیشتر کودکان اگر درد زانو با بیماری دیگری (مثل اشکال در زاویه زانو یا لغزندگی کشکک) همراه نباشد حالت خوش خیمی است که به خودی خود خوب میشود. در صورتیکه درد در فعالیتهای ورزشی و یا فعالیتهای روزمره ایجاد اختلال نماید، برنامه ریزی برای تقویت ماهیچه چهارسر ران میتواند کمک کننده باشد. قرار دادن یخ به از بین بردن دردهای بعد از ورزش کمک میکند.

6.8 زندگی روزمره این کودکان چگونه است؟

کودکان بایستی زندگی طبیعی خود را داشته باشند. میزان فعالیت بدنی باید در حدی باشد که کودک دچار درد نشود. کودکانی که فعالیت ورزشی زیاد دارند میتوانند از زانوبند یا آتل های زانو استفاده نمایند.

9- لغزش اپی فیز سر استخوان ران

1.9 لغزندگی اپیفیز سر فمور (ران) چیست؟

لغزندگی اپیفیز بعلت جابجاشدن سر استخوان ران از صفحه رشد ایجاد میشود که علت آن مشخص نیست. صفحه رشد يك صفحه غضروفی است که مثل ساندوویچ بین دو قسمت از بافت استخوانی سر فمور قرار گرفته است. این ناحیه ضعیفترین قسمت استخوان است و به استخوان اجازه رشد می دهد . با معدنی شدن و بصورت استخوان درآمدن آن رشد استخوان متوقف خواهد شد.

2.9 میزان شیوع آن چقدر است؟

لغزندگی اپیفیز سرران بیماری نادری است که 3 تا 10 نفر از هر 100000 کودک را مبتلا میکند. در نوجوانان و در پسرها شایعتر است. بنظر میرسد چاقی فاکتور مساعدکننده این بیماری باشد.

3.9 علایم اصلی آن چیست؟

لنگیدن و درد و کاهش یافتن حرکات مفصل رانی لگنی علائم اصلی هستند. درد ممکنست در قسمت فوقانی (دوسوم فوقانی) و یا تحتانی (یک سوم تحتانی) ران ایجاد شود و با افزایش فعالیت بدنی افزایش خواهد یافت. در 15 درصد موارد درگیری دو طرفه است.

4.9 چگونه تشخیص داده میشود؟

لغزندگی اپیفیز سر فمور با کاهش یافتن حرکات مفصل رانی لگنی در معاینه بالینی مشخص میشود. تشخیص با رادیوگرافی که بهتر است در حالت آگزبال (یا پای قورباغه) انجام شود تأیید خواهد شد.

5.9 چگونه میتوان این بیماری را درمان کرد؟

این وضعیت یک اورژانس ارتوپدی محسوب می شود و نیاز به جراحی و گذاشتن pin دارد. که به وسیله آن سر فمور در محل خود فیکس می شود.

6.9 پیش آگهی چگونه است؟

پیش آگهی آن بستگی به مدت و میزان لغزندگی سراسخوان ران قبل از تشخیص و انجام درمان دارد. و از کودکی به کودک دیگر متفاوت است.

10- استئو نکروز (اسامی دیگر: استئو نکروز، نکروز آواسکولر)

1.10 استئو کندروز چیست؟

کلمه استئو کندروز به معنای "مرگ استخوانی" است و به گروهی از بیماریها با علت نامشخص اطلاق می شود که به علت نامشخصی جریان خون به مراکز استخوانسازی استخوان های مبتلا قطع شده است. در بدو تولد استخوانها بیشتر از غضروف، که بافت نرمی است، ساخته شده اند. در طول زمان این بافت نرم توسط بافت سخت و معدنی شده، یعنی استخوان جایگزین میشود. این جایگزینی در محلهاي خاصی از استخوان که مراکز استخوانسازی نامیده می شود شریع شده و با طی زمان در بقیه استخوان منتشر میشود. علامت اصلی این بیماری درد است. بر اساس استخوان درگیر، بیماری اسامی مختلفی

دارد.

تشخیص با بررسی های رادیو گرافیک تایید می شود. در رادیوگرافی به ترتیب تکه تکه شدن قطعه ای بصورت bone the within Islands جزایری در میان استخوان، کلاپس می نظر به تر سفید تصویر در استخوان، استخوان تراکم افزایش) اسکروز، Break down آید) خیلی از اوقات استخوان از نو تشکیل شده (تشکیل استخوان تازه) و قوام استخوانی مجدداً بوجود میآید.

گرچه این بیماری میتواند خیلی جدی باشد اما در نزد کودکان بسیار شایع بوده و به استثنای موارد درگیری وسیع مفصل رانی لگنی پیش آگهی آن عالی است. بعضی از فرمهای استئو کندرز آنقدر شایع هستند که بعنوان variant normal یا "اشکال طبیعی" در نمو استخوان به شمار می آیند disease s'Sever. بقیه در گروه سندرم های فعالیت بیش از حد قرار می گیرند disease Johansson-larsoen-Sinding, Schlatter-Osgood.

2.10 - بیماری Perthes-Calve-Legg.

1.2.10 این بیماری چیست؟

این بیماری از تخریب در سر استخوان ران (نزدیکترین قسمت از استخوان ران به لگن) ناشی از فقدان رگ بوجود میآید.

2.2.10 شیوع این بیماری چقدر است؟

بیماری شایعی نیست، یک مورد در هر 10000 کودک گزارش شده است. بیشتر در پسرها بیشتر دیده می شود (یک دختر در برابر 5/4 پسر) و در سنین بین 3 تا 12 سالگی، بخصوص در کودکان 4 تا 9 ساله دیده می شود.

3.2.10 علائم اصلی آن چیست؟

بیشتر کودکان با لنگیدن و در جات مختلفی از درد مفصل سر ران مراجعه میکنند. بعضی موارد ممکن است درد وجود نداشته باشد. غالباً فقط يك طرف گرفتار است ولي در 10% موارد بیماری دوطرفه است.

4.2.10 چگونه تشخیص داده میشود؟

حرکات مفصل رانی لگنی (هیپ) اختلال داشته و یا ممکن است دردناک باشد. رادیوگرافی در ابتدا ممکنست طبیعی باشد ولي بعد سیري راکه در مقدمه گفته شد پیدا خواهد کرد. اسکن استخوانی و MRI بیماری را زودتر از رادیوگرافی نشان میدهند.

5.2.10 چگونه این بیماری را می توان درمان کرد؟

کودکان مبتلا به Perthes-Calve-Legg همیشه باید به بخش ارتوپدی کودکان ارجاع شوند. تصویر نگاری برای تشخیص ضروری است. درمان بستگی به شدت بیماری دارد. در موارد خیلی خفیف ممکن است تحت نظر گرفتن بیمار کافی و بهبود خودبخود استخوان با کمترین آسیب صورت گیرد. .
در موارد شدید بیماری، هدف از درمان حفظ جایگیری مناسب سرران در مفصل لگن می باشد، بطوریکه با شروع و تشکیل استخوان تازه، سر استخوان ران شکل کروی خود را پیدا کند.
این هدف ممکن است بدرجات مختلفی با استفاده از آتل هایی که لگن را باز نگه میدارند (در کودکان کوچکتر) یا بوسیله عمل جراحی استئوتومی و برش قسمتی از استخوان و قرار دادن سر استخوان ران در وضعیت مناسب (در کودکان بزرگتر) حاصل شود.

6.2.10 پیش آگهی

بستگی به میزان درگیری سر فمور (هرچه کمتر باشد بهتر) و نیز سن کودک (کمتر از 6 سال بهتر است) خواهد داشت. بهبود کامل 2 تا 4 سال طول می کشد. مجموعاً در حدود دو سوم از مفاصل رانی لگنی که مبتلا شده اند نتایج ساختاری و عملکردی خوبی پیدا خواهند کرد.

7.2.10 زندگی روزمره

محدودیت فعالیت های روز مره برای این کودکان بستگی به درمان انجام شده خواهد داشت. کودکانی که تحت نظر هستند باید از وارد آمدن فشارهای سنگین بر لگن (پريدن و دویدن) اجتناب کنند. در عین حال از نقطه نظرهای دیگری مثل رفتن به مدرسه و شرکت در فعالیتهایی که نیاز به تحمل وزن نداشته باشد بایستی زندگی عادی شان حفظ گردد.

3.10 بیماری Schlatter-Osgood

این بیماری به علت ایجاد ضربه های مکرر به مراکز استخوانی برجستگی استخوان درشت نی (تاج استخوانی کوچکی که در قسمت فوقانی ساق پا قرار دارد) در کنار تاندن (رباط) کشکک بوجود می آید. در 1% نوجوانان دیده میشود و در کسانی که ورزش میکنند بیشتر دیده میشود.

درد این بیماران با فعالیتهایی از قبیل دویدن، پريدن، از پله بالا و پائین رفتن و چهارزانو نشستن شدت می یابد. تشخیص بیماری توسط معاینه بالینی با مشخص شدن حساس بودن نسبت به درد (تندرنس) یا درد کاملاً مشخص در محل اتصال رباط استخوان کشکک به استخوان درشت نی که گاهی با ورم همراه است.

رادیوگرافی ممکنست طبیعی باشد و یا اینکه قطعات کوچک استخوانی در ناحیه برجستگی درشت نی را نشان دهد. درمان شامل تعدیل میزان فعالیت بیمار برای نگهداشتن وی در یک وضعیت بدون درد، قرار دادن یخ بعد از ورزش و استراحت است. این وضعیت در طی زمان بهبود می یابد.

4.10 - بیماری Sever

این بیماری که apophysitis Calcaneal نیز نامیده میشود. عبارت از استئوکندروز زائده پاشنه و احتمالاً در ارتباط با کشیدگی زرد پی آشیل میباشد. بیماری یکی از شایعترین علل درد پاشنه در کودکان و نوجوانان بشمار می آید. مثل سایر اشکال استئوکندروز، این بیماری نیز با فعالیت رابطه دارد و در جنس مذکر بیشتر دیده میشود. شروع آن غالباً در 7 تا 10 سالگی با درد پاشنه و گاهی درد اندامها به دنبال ورزش میباشد.

تشخیص این بیماری با معاینه بالینی است. نیازی به درمانی غیر از متعادل کردن فعالیت کودک برای اجتناب از درد نیست. در صورتیکه این امر کمک کننده نبود استفاده از بالشتک های پاشنه توصیه میشود. بیماری بعد از مدتی بهبود خواهد یافت .

5.10 - بیماری Freiberg

استئوکندروز سردومین استخوان کف پائی میباشد. علت احتمالی این بیماری ضربه است. بیماری شایعی نیست و بیشتر موارد دختران نو جوان را مبتلا میکند. این درد با فعالیت شدت می یابد. معاینه بالینی درد ناحیه سر دومین استخوان کف پائی و گاهی تورم را نشان میدهد. تشخیص رادیوگرافی تأیید میشود، گرچه ممکنست از شروع علائم تا پیداشدن تغییرات آن دو هفته طول بکشد. درمان شامل استراحت و استفاده از بالشتکهای محافظ است.

6.10 - بیماری شوئرمن Scheuerman

بیماری شوئرمن یا roundback Kyphosis Juvenile "قوز کودکی" استئونکروز در ناحیه حلقه برجستگی بدنه مهره است. (استخوان روی بخش محیطی بالا و پائین هر مهره) . بیشتر در پسران نو جوان دیده میشود. بیشتر کودکان مبتلا به این حالت هیکل نامتناسب با یا بدون درد پشت پیدا میکنند. درد با فعالیت ارتباط دارد و ممکن است با استراحت بهتر شود.

تشخیص با معاینه بالینی مطرح می شود (با مشاهده وجود زاویه واضح در پشت) و با انجام رادیوگرافی تأیید می شود . برای اینکه بیماری شوئرمن تأیید شود کودک میبایستی نامنظمی صفحات مهره ای و گوه ای شدن قسمت قدامی حد اقل سه مهره با زاویه 5 درجه پیدا کرده باشد. بیماری شوئرمن غالباً نیاز به درمان دیگری غیر از تعدیل میزان فعالیت کودک ، تحت نظر داشتن و در موارد شدید استفاده از آتل طبی ندارد.