



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/NO/intro>

Tilstander som gir Smerter i Armer eller Bein

Versjon av 2016

1. Introduksjon

Mange sykdommer og tilstander i barneårene kan gi smerter i armer eller bein. Begrepet rommer flere ulike sykdommer og tilstander som har det til felles at de gir langvarige eller periodiske smerter i armer eller bein, men som har ulike årsaker og symptomer. For å sikre riktig diagnose, gjør legene en rekke undersøkelser for å se etter kjente sykdommer, inkludert alvorlige, som kan være mulig årsak til plagene.

2. Kronisk utbredt smertesyndrom (tidligere kalt Juvenil fibromyalgi)

2.1 Hva er det?

Fibromyalgi hører til en gruppe sykdommer med diffuse muskel-skjelettsmerter uten kjent årsak og kjennetegnes ved langvarige, utbredte smerter i muskel-skjelettsystemet. Det varer i minst 3 måneder og kan ramme både armer og ben samt rygg, mage, brystkasse, nakke og/eller kjeve i kombinasjon med uttalt tretthet og ulik grad av konsentrasjons-, problemløsnings- og hukommelsesproblemer (kognitive problemer).

2.2 Hvor vanlig er det?

Fibromyalgi er vanligst hos voksne. Innen barnemedisinen forekommer den hovedsakelig hos ungdommer, og kun hos ca. 1 %.

Den er vanligere hos kvinner/jenter enn hos menn/gutter. Når den opptrer hos barn og unge har mange av plagene felles trekk med de plagene man har ved "Komplekst regionalt smertesyndrom", se pkt. 3.

2.3 Hva er de vanligste symptomene?

Pasientene klager over diffuse smerter i muskel-skjelettsystemet. Styrken på smertene kan variere fra barn til barn, og kan komme fra alle deler av kroppen som armer, ben, rygg, mage, brystkasse, nakke og kjeve.

Barn eller ungdom som har fibromyalgi plages også ofte med søvnproblemer og en følelse av ikke å være uthvilt om morgenen. En annen vanlig plage er uttalt tretthet (utmattelse) og medfølgende redusert fysisk kapasitet.

Pasienter med fibromyalgi klager ofte over hodepine, hovne armer eller ben (armer og ben føles hovne selv om det ikke er synlige hevelser), nummenhet og av og til at fingrene kan bli blålige. Disse symptomene kan føre til engstelse, depresjon og økt skolefravær.

2.4 Hvordan stilles diagnosen?

En sykehistorie med generelle smerter i minst 3 kroppsområder som har vart i mer enn 3 måneder, sammen med ulik grad av tretthet, utilfredsstillende søvn og kognitive problemer (konsentrasjon, læring, hukommelse, problemløsning) vil gi diagnosen. I tillegg har mange pasienter ømme muskelfester på bestemte steder (triggerpunkter), men dette er ikke nødvendig for å få diagnosen.

2.4 Hva er behandlingen?

En viktig del av behandlingen er å berolige pasienten og familien. Selv om smerten er reell og kan være betydelig, skader ikke sykdommen kroppens vev og det er ikke en alvorlig fysisk sykdom.

Behandlingen består i et samarbeid mellom flere faggrupper og kan deles opp i 3 hovedområder. Det viktigste er å komme i gang med utholdenhetstrening med langsom og gradvis opptrapping av belastningen. Bassengtrening og svømming er spesielt gunstig. Andre del er kognitiv terapi, som kan gis individuelt eller i grupper. Tredje del er hjelp til bedre søvn og det kan bli nødvendig med sovemedisin i en kort periode.

2.7 Hva er fremtidsutsiktene (prognosen)?

Det krever stor innsats av både pasienten, familien og behandlingsteamet for at pasienten skal bli helt frisk. Generelt er prognosen bedre hos barn enn hos voksne og de fleste av barn/ungdom blir helt friske. Å sørge for regelmessig fysisk aktivitet, og å følge opp treningsprogrammet, er den viktigste faktoren for å bli frisk. Psykologisk støtte og hjelp med søvn, engstelse og depresjon kan være aktuelt, spesielt for ungdom.

3. Komplekst Regionalt Smertesyndrom Type 1 (Andre navn: Refleksdystrofi, Lokalisert Idiopatisk Muskel-skjelett Smertesyndrom)

3.1 Hva er det?

Tilstanden kjennetegnes ved sterke smerter i en arm eller et ben av ukjent årsak, ofte samtidig med hudforandringer.

3.2 Hvor vanlig er det?

Hyppigheten er ukjent. Det er mest vanlig i ungdomstiden (gjennomsnittlig debutalder er 12 år) og mer vanlig hos jenter enn hos gutter.

3.3 Hva er de vanligste symptomene?

Vanligvis har pasienten en lang historie med intense smerter i arm eller ben som ikke har bedret seg ved utprøving av ulike behandlinger og som øker med tiden. Ofte resulterer det etter hvert i at man ikke greier å bruke armen eller benet.

Lett berøring av det vonde området, kan oppleves ekstremt smertefullt. Dette kalles "allodyni". Tilsvarende berøring hos friske gir ikke smerter. Kombinasjonen av disse symptomene vanskeliggjør daglige aktiviteter, og barnet får ofte stort skolefravær.

Noen barn utvikler over tid forandringer i hudfarge (som kan bli blek eller fiolett marmorert), hudtemperatur (oftest kald) eller økt svetting i området. Hevelse kan også oppstå. Noen ganger holder barnet armen eller benet i en spesiell stilling og nekter å bruke den.

3.4 Hvordan stilles diagnosen?

Inntil for få år siden hadde syndromet forskjellige navn, men i dag er man enige om betegnelsen "Komplekst regionalt smertesyndrom".

Forskjellige kriterier brukes for å stille diagnosen.

Diagnostiseringen er basert på smerteopplevelsen (alvorlighetsgrad, varighet), begrensninger i aktivitet, manglende effekt av behandling, endret opplevelse av berøring (allodyn), i tillegg til funn ved legeundersøkelse.

Kombinasjonen av plager og funn er nokså karakteristiske. Diagnosen krever at man utelukker annen årsak til symptomene som kan håndteres av fastlege eller generell barnelege, før man henviser til barnerevmatolog, . Laboratorieprøver vil være normale og skanning (MR) viser bare uspesifikke forandringer av bein, ledd og muskler.

3.5 Hva er behandlingen?

Den beste behandlingen er intensiv fysisk aktivitet/trening veiledet av fysioterapeut og ergoterapeut, med eller uten behandling hos psykolog/psykiater. Andre behandlinger er også forsøkt, alene eller i kombinasjon; antidepressiva, biofeedback, transcutan nervestimulering (TNS) og kognitiv terapi, uten overbevisende effekt. Smertestillende medisiner virker som regel ikke. Det pågår forskning på sykdommen og bedre behandling vil forhåpentligvis utvikles ettersom man finner årsakene til plagene. Behandlingen er krevende for alle involverte; både barnet, foreldrene og behandlingsteamet. Psykologisk behandling er vanligvis nødvendig, fordi det for mange oppleves veldig belastende å ha sykdommen. Vanligste årsaken til at behandlingen ikke fullføres er utfordringen for familien i å akseptere sykdommen og følge opp behandlingsanbefalingene.

3.6 Hva er fremtidsutsiktene (prognosen)?

Prognosen er bedre for barn enn for voksne. Barn blir raskere friske enn voksne, men det kan ta tid og krever stor innsats, og forløpet vil variere i hvert enkelt tilfelle. Tidlig diagnose og behandling gir en bedre prognose.

3.7 Hverdagslivet

Barn bør oppmuntres til å opprettholde normalt aktivitetsnivå, gå på skolen og være sammen med venner som før. Det er avgjørende at barnet og pårørende forstår at det ikke er farlig å bruke det vonde benet/armen, men veldig viktig å bruke den.

4. Erytromelalgi

4.1 Hva er det?

Sykdommen kalles også "erythermalgi". Navnet stammer fra 3 greske ord: Erythos (rød), melos (arm eller ben) og algos (smerte). Det er en ekstremt sjelden sykdom, selv om man kan se opphopning i familier. Hvis barn rammes, er det som regel omkring 10 års-alderen og piker rammes oftere enn gutter.

Symptomene er en brennende følelse i et varmt, rødt og hovent ben – sjeldnere i en hånd. Symptomene forverres av varme og bedres ved avkjøling. Kulde kan være så effektivt, at barnet nekter å fjerne foten eller hånden fra iskaldt vann. Det beste for å unngå forverring er å unngå varme og kraftig fysisk aktivitet.

Mange typer medisiner kan brukes som behandling, bl.a. smertestillende, betennelsesdempende og medisin for å bedre blodsirkulasjonen. Behandlende lege må avgjøre i hvert enkelt tilfelle hva som er best egnet medisin.

5. Voksesmerter

5.1 Hva er det?

Voksesmerter er en godartet tilstand med karakteristiske smerter i bena eller armene som vanligvis oppstår hos barn mellom 3 og 10 år. Det kalles også "godartet bensmerter i barneårene" eller "tilbakevendende nattlige bensmerter".

5.2 Hvor vanlig er det?

Voksesmerter er en vanlig plage i barneårene. På verdensbasis rammer det 10-20 % av barn, og er like vanlig hos gutter som hos jenter.

5.3 Hva er de vanligste symptomene?

Smertene oppstår oftest i bena (skinnleggen, tykkleggen, lår eller baksiden av knærne) og vanligvis på begge sider. De kommer sent på dagen eller om natten, noe som gjør at barnet ofte kan våkne av det. Det er vanlig at det dukker opp etter fysisk aktivitet. Smertene varer vanligvis i 10-30 minutter, men kan enkelte ganger vare i timer. Intensiteten varierer fra mild til svært kraftig. Voksesmerter kommer og går med smertefrie perioder i dager eller måneder, men kan hos noen komme daglig.

5.4 Hvordan stilles diagnosen?

De karakteristiske smertene beskrevet ovenfor og normale funn ved legeundersøkelse fører til diagnosen. Blodprøver og røntgen er normale. Det kan være nødvendig med røntgenundersøkelser for å utelukke andre årsaker til plagene.

5.5 Hva er behandlingen?

For å redusere bekymring hos barnet og familien er det viktig å gi grundig informasjon om at tilstanden er godartet. Massasje og varme over det smertefulle området samt milde smertestillende medikamenter kan hjelpe. Har barnet ofte smerter kan en kveldsdose med ibuprofen (Ibux) hjelpe mot de verste smertene.

5.6 Hva er fremtidsutsiktene (prognosen)?

Voksesmerter er ikke forbundet med alvorlig sykdom og de forsvinner av seg selv hos alle etter hvert som barnet blir eldre.

6. Benign (godartet) hypermobilitetssyndrom (BHS)

6.1 Hva er det?

Hypermobilitet i denne sammenhengen betyr økt bevegelighet eller "løse" ledd. BHS er en tilstand hvor barna har smerter i armer og ben p.g.a. denne hypermobiliteten, uten at det samtidig forekommer en bindevevssykdom. BHS regnes derfor ikke som en sykdom, men er

variant av en normaltilstand.

6.2 Hvor vanlig er det?

BHS er veldig vanlig hos barn og unge, 10-30 % av alle barn under 10 år har det. Det er spesielt vanlig hos jenter, og det er ofte en opphopning i familier. Frekvensen avtar med økende alder.

6.3 Hva er de vanligste symptomene?

Hypermobilitet fører ofte til verking som kommer og går, spesielt på slutten av dagen eller om natten, og oftest i knær, føtter og/eller ankler. Barn som bruker fingrene mye (som f.eks. spiller piano, fiolin, ol) kan få smerter i fingrene. Fysisk aktivitet kan utløse eller øke smerten. En mild form for leddhevelse kan være tilstede.

6.4 Hvordan stilles diagnosen?

Tilstanden diagnostiseres på bakgrunn av bestemte kriterier for normal leddbevegelighet, og fravær av andre tegn på bindevevssykdom.

6.5 Hva er behandlingen?

Det er sjelden nødvendig med behandling. Hvis barnet utsettes for gjentatte belastninger i idrett (som fotball og turn) og for eksempel forstuer ankler eller andre ledd ofte, bør det trene muskelstyrke og eventuelt bruke leddstøtte (elastiske bind eller støtteskiner). Man kan evt. kontakte fysioterapeut for veiledning.

6.6 Hverdagslivet

Hypermobilitet er en godartet tilstand og vil som regel gå over med økende alder.

Barna bør oppmuntres til å opprettholde et normalt aktivitetsnivå med jevnaldrende, inkludert delta i idretter de er interessert i.

7. Forbigående hofteleddsbetennelse

7.1 Hva er det?

Forbigående hoftelddsbetennelse er en mild betennelse (liten mengde væskesamling i leddet) av ukjent årsak, og som går over av seg selv uten å ha gjort skade på leddet.

7.2 Hvor vanlig er det?

Forbigående hoftelddsbetennelse er den vanligste årsaken til hoftesmerter hos barn. Den rammer 2-3 % av barn i alderen 3-10 år, og rammer 3-4 ganger så mange gutter som jenter.

7.3 Hva er de vanligste symptomene?

De vanligste symptomene er hoftesmerter og halting. Hoftesmertene sitter i lysken, øvre del av låret og i sjeldne tilfeller i knær, og de kommer vanligvis akutt. Ofte starter det med at barnet fra morgenen av plutselig begynner å halte eller nekter å gå.

7.4 Hvordan stilles diagnosen?

Ved undersøkelse har barnet nedsatt og smertefull bevegelse i hoften, har ikke feber, er over 3 år og synes ellers frisk. Hos 5 % av barna er begge hofter rammet. Røntgen av hoften er vanligvis normal, men det kreves ikke at undersøkelsen utføres for å stille diagnosen. Derimot er det nyttig å gjøre ultralyd for å se grad av væske i leddet.

7.5 Hva er behandlingen?

Den viktigste behandlingen er hvile og avlastning som tilpasses graden av smerter. Betennelsesdempende medisiner som ikke inneholder kortison (NSAIDs) kan bidra til smerte- og betennelsesdemping. Tilstanden går vanligvis over i løpet av 6-8 dager. Hvis barnets bevegelsesmønster har endret seg, bør fysioterapeut kontaktes.

7.6 Hva er fremtidsutsiktene (prognosen)?

Prognosen er svært god og alle blir helt friske. Hvis plagene fortsetter i mer enn 10 dager, bør det vurderes om de skyldes andre årsaker. Det er ikke uvanlig at sykdommen kommer tilbake, men den er da vanligvis mildere og varer kortere enn første episode.

8. Patellofemoral smerte - knesmerte

8.1 Hva er det?

Patellofemoral smerte er det vanligste overbelastningssyndrom hos barn. "Overbelastningssyndromer" er en gruppe tilstander som forårsakes av gjentatte bevegelser eller vedvarende treningsrelatert skade på en bestemt kroppsdel, hovedsakelig ledd og sener. Overbelastningssyndromene er mest vanlig hos voksne (f.eks. tennis- eller golfalbue).

Patellofemoral smerte er karakterisert ved smerte fortil på kneleddet som oppstår i forbindelse med aktiviteter som fører til ekstra belastning på forbindelsen mellom kneskålen (patella) og nedre del av lårbenet (femur) (patellofemoral-leddet).

Blir det i tillegg til smertene forandringer av brusken på innsiden av kneskålen (patella) kalles det "chondromalacia patellae".

Mange andre begreper brukes også på tilstanden: patellofemoral smerte: patellofemoralt syndrom, fremre knesmerter, chondromalaci av patella, chondromalacia patellae.

8.2 Hvor vanlig er det?

Tilstanden er uvanlig hos barn under 8 år, men blir stadig vanligere oppover i tenårene og er vanligst hos jenter. Tilstanden ses oftere hos barn som har skjevstillinger i knærne, som ved kalvbenthet (genu valgus) eller hjulbenthet (genu varum), samt hos de som har en feilstilling av kneskålen eller instabil kneskål.

8.3 Hva er de vanligste symptomene?

Knesmerter på forsiden av kneet som forverres ved aktiviteter som løping, trappegang, huksitting eller hopping er de vanligste symptomene. Smertene kan også forverres etter langvarig sitting/ro der kneet er holdt i bøyd stilling.

8.4 Hvordan stilles diagnosen?

Hos ellers friske barn stilles diagnosen ut i fra en klinisk undersøkelse av barnet. Det er ikke nødvendig med blodprøver eller

røntgenundersøkelser. Smerten kan fremkalles ved å trykke kneskjellet rett ned mot kneleddet mens benet er strakt eller ved å dytte det i benets lengderetning (nedover mot leggen) mens lårmuskelen spennes.

8.5 Hva er behandlingen?

For de fleste barn som ikke har tilleggstilstander, som skjevstillinger av knærne eller instabilt kneskjell, er patellofemoral smerte en godartet tilstand som vil gå over av seg selv. Hvis smerten forstyrrer daglige aktiviteter eller sportsaktiviteter, bør man følge et styrke- og stabilitetstreningprogram for knærne samt unngå direkte belastning på knærne, som å stå/krabbe på knærne. Is (kuldepakning) over smertefullt ledd etter belastning kan lindre. Fysioterapeut kan evt. kontaktes for veiledning.

8.6 Hverdagslivet

Det er viktig at barn med tilstanden lever så normalt som mulig. Fysisk aktivitet bør tilrettelegges så de ikke fremkaller smerter. Er barnet veldig aktivt, kan en bandasje/ortose brukes på kneet. Fysioterapeut kan evt. kontaktes for veiledning.

9. Femoral epifysiolyse

9.1 Hva er det?

Tilstanden er forårsaket av en løsning av vekstsonen på lårbenets øvre ende (ved hoften). Vekstsonen er et område av knokkelen som, så lenge man er i vekst, består av brusk, og som er den svakeste delen av knokkelen. Når man er ferdig utvokst vil vekstsonen være omgjort til ben, som resten av knokkelen. Årsaken til tilstanden er ukjent.

9.2 Hvor vanlig er det?

Sykdommen er uvanlig, kun 3-10 av 100 000 barn pr. år får den. Den er vanligst hos ungdom og hos gutter. Overvekt ser ut til å øke risikoen for å få sykdommen.

9.2 Hva er de vanligste symptomene?

De vanligste tegnene på sykdommen er halting, smerter og redusert bevegelighet i hoften. Smertene øker ved fysisk aktivitet og kjennes vanligvis i øvre 2/3 eller nedre 1/3 av låret. Hos 15 % av barna rammes begge hofter.

9.4 Hvordan stilles diagnosen?

Det typiske er at man ved undersøkelse finner redusert bevegelighet i hoften. Diagnosen bekreftes ved røntgen, fortrinnsvis tatt med hoftene i utadrotert stilling, "froskeben-stilling".

9.5 Hva er behandlingen?

Tilstanden betraktes som et hoftebrudd og krever øyeblikkelig operasjon, der det settes inn pinner som stabiliserer den løse delen av knokkelen.

9.6 Hva er fremtidsutsiktene (prognosen)?

Dette varierer i hvert enkelt tilfelle og vil være avhengig av hvor lang tid som er gått mellom skade og behandling samt av hvor stor glidning det er snakk om.

10. Osteokondrose (osteonekrose, avaskulær nekrose)

10.1 Hva er det?

Ordet "osteokondrose" betyr "knokkeldød". Begrepet brukes om flere ulike tilstander der blodtilførselen til vekstsonene i de rammede knoklene er forstyrret. Ved fødsel består knoklene for det meste av brus, som er relativt myk, og som forbenes gradvis slik at knokkelen blir mer og mer hard og robust. Dette starter i vekstsonene og sprer seg gradvis med alderen til resten av knokkelen.

Hovedsymptomet er smerter. Sykdommen har ulike navn i forhold til hvilke knokler som er rammet.

Diagnosen bekreftes ved røntgenbilder. Bildene kan vise nedbryting og sammenbrudd av knokkelvev samt oppbygging og nydannelse av knokkelen.

Sykdommen er ganske vanlig, og selv om det kan synes som en alvorlig sykdom, er prognosen veldig god. Unntaket er hvis hoftelrådet ble veldig hardt angrepet. Enkelte av formene for osteokondrose er så vanlige at de ses på som en del av en normal variasjon av knokkelveksten (Sever's sykdom). Andre former kommer inn under gruppen av "overbelastningssyndromer"(Osgood-Schlatter, Sinding-Larsen-Johansson's sykdom).

10.2 Calvé-Legg-Perthe's sykdom

10.2.1 Hva er det?

Denne sykdommen medfører at lårbenshodet (øvre del av knokkelen nærmest hoften) ikke får nok blodtilførsel slik at leddhodet nedbrytes.

10.2.2 Hvor vanlig er det?

Dette er ikke en vanlig sykdom, kun rapportert hos 1 barn av 100 000 pr. år. Oppstår mellom 3 og 12 års alder, hyppigst mellom 4 og 9 år og ca. 80 % er gutter.

10.2.3 Hva er de vanligste symptomene?

De fleste barna har ulik grad av hoftesmerter og haltende gange, men noen kan også være helt uten smerter. Det vanligste er at kun en hofte er rammet, men 10 % får det i begge hoftene.

10.2.4 Hvordan stilles diagnosen?

Vanlige funn er at hoften er smertefull og har redusert bevegelighet. Røntgenbildene kan være normale i starten og først senere vise forandringene beskrevet ovenfor. CT og MR vil oppdage forandringene tidligere enn røntgen.

10.2.5 Hva er behandlingen?

Barn med Calvé-Legg-Perthe's sykdom bør alltid henvises til barneortopedisk avdeling. Det er avgjørende for diagnosen at det er gjort bildediagnostikk (ved røntgen, CT eller MR). Behandlingen

vurderes i forhold til sykdommens alvorlighetsgrad. Det kan være nok med kun observasjon i milde tilfeller, da knokkelen kan leges av seg selv uten skader av betydning.

Ved mer alvorlige tilfeller, vil målet for behandlingen være at lårbenshodet holdes på plass i hofteleddets mens oppbyggingen av nytt knokkelvev pågår. Slik kan lårbenshodet utvikle så normal form som mulig.

Dette kan man i ulik grad oppnå enten ved en skinne som holder hoften i en bestemt stilling (brukt på små barn) eller ved et kirurgisk inngrep for å bedre lårbeinets stilling, så lårhodet kommer godt inne i hofteskålen (kan være aktuelt hos større barn).

10.2.6 Hva er fremtidsutsiktene (prognosen)?

Prognosen avhenger av hvor utbredt forandringene på lårbenshodet er – jo mindre utbredelse, jo bedre prognose. Er barnet under 6 år vil også prognosen være bedre. Det tar mellom 2 og 4 år å bli helt frisk. Generelt vil det gå bra med 2/3 av de rammede hoftene både anatomisk og funksjonelt.

10.2.7 Hverdagslivet

Valg av nødvendig behandling vil avgjøre eventuelle begrensninger i hverdagslivets aktiviteter. For barn som bare skal observeres er det viktig at de unngår stor belastning på hoften, som hopping, løping og det å bære tungt, som en tung skolesekk. Dobbelt skolebok-sett kan være en måte å løse det på. Det er allikevel viktig at de lever så normalt som mulig og deltar på skolen og i aktiviteter som ikke medfører stor belastning på hoften.

10.3 Osgood-Schlatter's sykdom

Sykdommen er et resultat av gjentatte skader av det benede utspringet øverst på leggbenet som senere tilhørende kneskålen fester seg på (tuberositas tibia). Den forekommer hos ca. 1 % av ungdommer, og er mer vanlig blant de som driver med idrett.

Smertene blir verre ved aktiviteter som løping, hopping, gange opp eller ned trapper eller når man står på knærne. Diagnosen stilles ved fysisk undersøkelse, ved karakteristisk ømhet eller smerter, av og til sammen

med hevelse, ved området der senene fra kneskjellet festes øverst på skinnbenet (leggen).

Røntgen kan være normal eller vise små, løse bendeler ved festet for senene (tuberositas tibia). Behandlingen tar sikte på å justere aktivitetsnivået slik at man er smertefri, ha på ispose etter idrettsaktiviteter samt hvile. Sykdommen går over etter hvert. Fysioterapeut kan evt. kontaktes.

10.4 Sever's sykdom

Tilstanden kalles også "calcaneal apofysitis" og er en osteokondrose, altså forstyrret blodtilførsel til knokkelvevet med derpå følgende nedbryting av vevet, i hælen. Årsaken er trolig draget fra akillessenen, som fester seg der.

Det er en av de vanligste årsakene til hælsmarter hos barn og unge og er, som de andre osteokondrosene, knyttet til grad av aktivitet. Det oppstår vanligst i 7-10 års alder med hælsmarter og halting etter belastende aktiviteter og er mest vanlig hos gutter.

Diagnosen stilles etter en klinisk undersøkelse og eneste nødvendige behandling er å tilpasse aktivitetsnivået etter smertene. Har barnet allikevel smerter, kan en hælpute brukes. Tilstanden går over av seg selv.

10.5 Freiberg's sykdom

Ved denne tilstanden sees osteokondrose (nedbryting av knokkelvev) av knokkelhodet på 2. tå i foten (tåen ved siden av stortåen), trolig forårsaket av en skade. Den er sjelden og oppstår oftest hos tenåringsjenter. Smertene øker ved fysisk aktivitet. Ved undersøkelse finner man ømhet under knokkelhodet på 2. tå og av og til hevelse. Diagnosen kan bekreftes på røntgenbilder, men ofte først etter at plagene har vart i 2 uker. Behandlingen består i avlastning og evt. såle/pute under foten.

10.6 Scheuermann's sykdom

Scheuermann's sykdom eller "juvenil kyfose" (rund rygg oppstått i barneårene) er nedbryting av deler av ryggvirvelskivene. Den er vanligst hos gutter, og smertene øker ved aktivitet og bedres best ved

hvile. De fleste barna med sykdommen utvikler en dårlig holdning med eller uten smerter.

Man får mistanke om tilstanden ved funn ved legeundersøkelse (typisk knekkdannelse i ryggen). Diagnosen bekreftes ved røntgenbilder.

For å få diagnosen Scheuermann's sykdom skal barnet ha uregelmessigheter på ryggvirvlene og kileform på minst 5 grader på 3 etterfølgende virvler.

Behandling er sjelden nødvendig annet enn å tilpasse aktivitetsnivået etter plagene, følge med på utviklingen og, i sjeldne tilfeller, kan det være nødvendig med korsett.