



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

## **Sindroame Dureroase La Nivelul Membrelor**

Versiunea 2016

### **6. Sindromul benign de hipermobilitate**

#### **6.1 Ce este această boală?**

Hipermobilitatea se referă la copiii care au articulații flexibile sau slăbite. Fenomenul este numit și laxitate articulară. Unii copii pot avea dureri. Sindromul benign de hipermobilitate (SBH) se referă la copiii care prezintă dureri la nivelul membrelor, datorită mobilității sporite (amplitudine de mișcare) a articulațiilor, în condițiile absenței unei boli de țesut conjunctiv asociate. De aceea, SBH nu este o boală, ci mai degrabă o variație a normalului.

#### **6.2 Cât este de frecventă?**

SBH este o condiție extrem de frecventă la copii și tineri, prezentă în 10 până la 30% dintre copiii mai mici de 10 ani și în special la fete. Frecvența scade cu vârsta. SBH este adesea o afecțiune care se moștenește în familie.

#### **6.3 Care sunt principalele simptome?**

Hipermobilitatea determină dureri intermitente, profunde, la nivelul genunchiului, labei piciorului sau gleznelor, percepute la sfârșitul zilei sau noaptea. La copiii care cântă la pian, vioară etc., durerea poate afecta degetele. Activitatea fizică și exercițiile fizice declanșează sau accentuează durerea. Rareori, poate fi prezentă o ușoară tumefiere (umflare) a articulației.

---

## 6.4 Cum este diagnosticată?

Diagnosticul se face pe baza unui set pre-definit de criterii care cuantifică mobilitatea articulațiilor și lipsa altor semne de boli ale țesutului conjunctiv.

## 6.5 Cum putem trata boala?

Tratamentul este foarte rar necesar. Dacă copilul practică sporturi de impact (cum ar fi fotbalul sau gimnastica) și dezvoltă luxații/entorse frecvente, trebuie folosite mijloace de întărire musculară și de protecție articulară (genunchiere, gleznier).

## 6.6 Cum este influențată viața de zi cu zi?

Hipermobilitatea este o afecțiune benignă, care tinde să dispară cu vârsta. Familiile ar trebui să fie conștiente de faptul că riscul principal vine din împiedicarea copiilor de a duce o viață normală. Copiii trebuie încurajați să mențină un nivel normal de activitate fizică, inclusiv practicarea oricărui sport pe care îl doresc.

10.1 Ce este această boală? Cuvântul „osteocondroză” înseamnă „moartea osului”. Se referă la un grup divers de boli cu cauză necunoscută, caracterizat prin întreruperea fluxului sanguin către centrul de osificare al oaselor afectate. La naștere, oasele sunt în mare parte formate din cartilaj, un țesut moale care este înlocuit în timp cu un țesut mai mineralizat și mai rezistent (osul). Această înlocuire începe în anumite zone din fiecare os, așa numitele centre de osificare, răspândindu-se cu timpul în restul osului.

Durerea este principalul simptom al acestor afecțiuni. În funcție de osul afectat, boala primește denumiri diferite.

Diagnosticul este confirmat prin investigații de imagistică. Radiografia evidențiază fragmentarea osului („insule” în os), distrugere osoasă (rupere), scleroză (creșterea densității osului care este „mai alb” pe radiografie) și reosificare (formare de os nou), cu redefinirea conturului osos.

Deși poate suna ca o boală gravă, este destul de comună la copii și, cu excepția cazului în care se produce afectarea extensivă a șoldului, are un prognostic excelent. Unele forme de osteocondroză sunt atât de frecvente că sunt considerate o variație normală a dezvoltării osoase

---

(boala Sever). Alte afecțiuni pot fi incluse în grupa „sindroame de suprasolicitare” (bolile Osgood-Schlatter, Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Boala Legg-Calvé-Perthes 10.2.1 Ce este această boală? Această boală implică necroza avasculară a capului femural (partea osului coapsei cea mai apropiată de șold).

10.2.2 Cât este de frecventă? Nu este o boală frecventă, fiind raportat 1 caz la 10.000 de copii. Este mai frecventă la băieți (4-5 băieți pentru fiecare fată afectată), în intervalul de vârstă 3-12 ani, dar mai ales la copiii de 4-9 ani.

10.2.3 Care sunt principalele simptome? Majoritatea copiilor prezintă șchiopătare și grade variabile de durere la nivelul șoldului. Uneori durerea nu este prezentă deloc. De obicei este afectat un singur șold, dar în aproximativ 10% dintre cazuri boala este bilaterală.

10.2.4 Cum este diagnosticată? Mobilitatea șoldului este afectată și poate fi dureroasă. Radiografiile pot fi normale la debut, dar mai târziu apar modificările prezentate în introducere. Scanările osoase și imagistica prin rezonanță magnetică detectează boala mai devreme decât radiografiile.

10.2.5 Cum putem trata boala? Copiii cu boala Legg-Calvé-Perthes trebuie neapărat trimiși într-o secție de ortopedie pediatrică. Investigația imagistică este esențială pentru stabilirea diagnosticului. Tratamentul depinde de severitatea bolii. În cazuri foarte ușoare, supravegherea cazului poate fi suficientă, deoarece osul se vindecă de la sine, cu puține sechele.

În cazurile mai severe, tratamentul are ca obiectiv menținerea capului femural afectat în articulația șoldului, astfel încât, când începe formarea de nou țesut osos, capul femural să își recapete forma sferică.

Acest obiectiv poate fi atins, în grade variabile, prin purtarea unei orteze de abducție -la copiii mai mici- sau prin corecția chirurgicală a formei femurului (osteotomie, tăierea unui fragment de os pentru a menține capul femural într-o poziție mai bună) -la copiii mai mari.

10.2.6 Care este prognosticul? Prognosticul depinde de gradul de implicare a capului femural (cu cât mai puțin cu atât mai bine), precum

---

și de vârsta copilului (prognostic mai bun sub vârsta de 6 ani). Recuperarea integrală durează 2-4 ani. În general, aproximativ două treimi dintre șoldurile afectate au rezultate anatomice și funcționale bune pe termen lung.

10.2.7 Cum este influențată viața de zi cu zi? Limitările pentru activitățile de zi cu zi depind de tratamentul aplicat. Copiii aflați în observație trebuie să evite suprasolicitarea șoldului (sărituri, alergare). Cu toate acestea, trebuie să continue o viață normală, pot merge la școală și pot participa la alte activități care nu includ purtarea de greutate.

10.3 Boala Osgood Schlatter Această afecțiune rezultă din traumele repetate exercitate de către tendonul patelar asupra centrului de osificare a tuberozității tibiale (o mică creastă osoasă prezentă în partea superioară a piciorului). Boala este prezentă la aproximativ 1% dintre adolescenți și este mai frecventă la persoanele care practică sport. Durerea se accentuează în timpul activităților fizice: alergare, sărituri, urcat sau coborât de scări sau stat în genunchi. Diagnosticul se stabilește pe baza examenului fizic: sensibilitate sau durere foarte caracteristică, însoțite uneori de tumefiere la locul de inserție al tendonului rotulei pe tibie.

Radiografiile pot fi normale sau pot evidenția mici fragmente de os în regiunea tuberozității tibiale. Tratamentul implică reglarea nivelului de activitate pentru a evita apariția durerii, aplicarea de gheață după sport și odihnă. Această afecțiune se vindecă cu timpul.

10.4 Boala Sever Această afecțiune este numită și „apofizita calcaneană”. Este o osteocondroză a apofizei calcaneene a osului călcâiului, datorată probabil tracțiunii produse de tendonul lui Achile. Este una dintre cele mai frecvente cauze de durere în călcâi la copii și adolescenți. Ca și alte forme de osteocondroză, boala Sever este legată de activitatea fizică și este mai frecventă la sexul masculin. Debutul său este, de obicei în jurul vârstei de 7-10 ani, cu dureri în călcâi și, ocazional, cu șchiopătări după exercițiile fizice.

Diagnosticul se face prin examenul clinic. Tratamentul nu este necesar; singura măsură care se impune este ajustarea nivelului activității fizice și, dacă aceasta nu ajută, utilizarea unei protecții pentru călcâi. Această afecțiune se vindecă cu timpul.

---

10.5 Boala Freiberg Această afecțiune descrie osteonecroza capului celui de-al doilea metatarsian la nivelul piciorului. Cauza sa este, probabil, de natură traumatică. Nu este o boală frecventă și afectează mai ales adolescentele. Durerea se intensifică cu activitatea fizică. Examenul fizic evidențiază sensibilitate sub capul metatarsianului II și uneori chiar tumefiere. Diagnosticul se confirmă prin radiografie, dar modificările radiologice pot apărea abia după două săptămâni de la debutul simptomelor. Tratamentul include repaus și utilizarea unui suport metatarsian.

10.6 Boala Scheuermann Boala Scheuermann sau "cifoza juvenilă" este o osteonecroză a apofizei spinose a corpului vertebral (osul aflat la periferia de sus și de jos a fiecărei vertebre). Este mai frecventă la băieții adolescenți. Cei mai mulți copii cu această afecțiune au o postură greșită, cu sau fără dureri de spate. Dacă apare durerea, aceasta este în legătură cu activitatea și poate fi calmată prin repaus. Diagnosticul este suspectat la examenul fizic (angulare ascuțită la nivelul spatelui) și este confirmat prin radiografii. Pentru a primi un diagnostic de boală Scheuermann, copilul trebuie să aibă neregularități ale plăcilor vertebrale și o „angulare” anterioară de 5 grade la cel puțin trei vertebre consecutive.