

IZVENSKLEPNE OSTEOHONDROZE

Vane ANTOLIČ

Uvod

Osteohondroze predstavljajo skupino bolezni, kjer se pojavlja nenormalen razvoj ravnega hrustanca v predelu apofiz v sklepu ali pa v predelu ravnih plošč. Osteohondroze so idiopatska stanja, za katere je značilna nenormalna enhondralna osifikacija, tako hondrogeneza kot tudi osteogeneza, kar pa nastane ob predhodno normalnem mehanizmu rasti.

Sklepne osteohondroze so primarne (npr. Freibergova bolezen) in sekundarne npr. Perthesova bolezen in osteohondritis disekans.

Izvensklepne osteohondroze s starim imenom imenujemo tudi apofizitisi. Nastanejo lahko v predelu narastišč ligamentov in tetiv in tudi v predelih, kjer so velike obremenitve.

Osteohondroze so sklepne, izvensklepne in v področju ravnih plošč.

Etiologija

Etiologija osteohondroz še vedno ni povsem jasna, v poštev pa prihajajo različne razlage: vaskularna, hormonalna genska, metabolična in tudi infektivna. Mnogi verjamejo, da je razlog za nastanek osteohondroz tudi mikrotravma oziroma ponavljajoče se obremenitve, ni pa jasno, zakaj se pri nekaterih razvijejo, pri drugih pa ne. Diagnoza je običajno odvisna od rentgenskih sprememb, tako, da so številne osteohondroze imenovane po avtorju, ki jih je prvi opisal.

Običajno zadostuje simptomatsko zdravljenje, čeprav dokazov, da to skrajša čas bolezni, pravzaprav ni.

Izvensklepne osteohondroze oziroma apofizitisi tipično nastanejo v obdobjih hitre rasti, so po trajanju samoomejujoče in se praviloma pozdravijo brez posebnih posledic.

Osgood-Schlatterjeva bolezen

Bolezen sta v letu 1909 opisala Nemeč Schlatter in Anglež Osgood. Bolezen nastane tipično pri dečkih med 12 in 15 letom in pri deklicah med 11 in 13 letom. Bolezen je petkrat pogostejša pri mladih atletih v primerjavi z mladimi, ki se ne ukvarjajo s športom. Bolečina se povečuje z večjim obremenjevanjem. Najprej se pojavi po športnih aktivnostih in se

Bolečina nastane v predelu tibialnega tuberkla in je lahko enostranska ali dvostranska.

Pri kliničnem pregledu obstaja bolečnost v predelu distalnega narastišča patelarnega ligamenta.

izboljša z mirovanjem. Sčasoma je bolečina lahko prisotna med samim treniranjem in tudi v mirovanju. Običajno bolečine niso tako hude, da bi otroci takoj prišli k zdravniku, nenadno poslabšanje lahko pomeni akutno frakturo, ki lahko nastane na predhodnem apofizitisu. Prisotni so tudi znaki patelo-femoralnega stresnega sindroma.

Klinična slika je razmeroma tipična, diferencialna diagnoza je pri tipični klinični sliki praktično nična. Na rentgenskem posnetku je vidna fragmentirana apofiza, lahko pa obstaja tudi ločen osifikacijski center v predelu tibialnega tuberkla. Zelo pogosto tudi po koncu boleznin in po končani rasti ostane izbočina tibialnega tuberkla, sicer pa ni nikakršnih dolgoročnih posledic. Izjemoma se lahko pojavi abrupcija narastišča. V terapiji priporočamo ohlajanje z ledom, občasne razbremenitve, v primeru hujših težav pa tudi nesteroidni antirevmatik ali analgetik, v poštev prihajajo tudi protivnetna mazila, občasno pa tudi opornice in bandažiranje. Priporočamo tudi raztezne vaje in vaje za krepitev kvadricepsa in hamstringov.

Apofizitis kalkaneusa – Severjeva bolezen

Bolečina pri palpaciji je prisotna zadaj na kalkaneusu in tipično ni prisotna iz plantarne strani.

Bolezen je opisal Sever leta 1912. Razvije se pri mladih dečkih, športnikih, med 10 in 12 letom, pri deklicah med 8 in 10 letom, to je v zgodnji dobi pospešene rasti. Bolečina je zadaj na peti in je lahko enostranska ali obojestranska. Do poslabšanja prihaja ob večjih obremenitvah, pogosta je tudi jutranja bolečina. Z mirovanjem se bolečine zmanjšajo, pri večjih obremenitvah so lahko bolečine prisotne tudi ves dan. Bolečine lahko trajajo, dokler se fize ne zaprejo, to je tudi do 15. leta, vendar je to redko.

Med kliničnim pregledom moramo ocenjevati dolžino Ahilove tetive pri iztegnjenem in tudi pri pokrčenem položaju kolena.

Pri dolgotrajnejših primerih lahko pride tudi do skrajšanja Ahilove tetive in otrok hodi po prstih. Na rentgenski sliki so vidne spremembe gostote kosti, fragmentacija in nepravilnosti apofize, pogosto so enake spremembe prisotne tudi pri asimptomatskih otrocih. Etiološko prihaja v poštev mikro poškodba. Zelo pomemben dejavnik pri tem je lahko tudi prekratka Ahilova tetiva. Priporočamo hlajenje, zmanjšane fizične aktivnosti, lokalno utiranje mazil. V poštev prihajajo tudi podpetni amortizacijski vložki. V primeru zelo hudih težav priporočamo tudi imobilizacijo. Pomembne so raztezne vaje za Ahilovo tetivo in tudi drugih stopalnih mišic, pa

tudi vaje za krepitev teh mišic. Napoved je odlična in ni nikakršnih posledic. V diferencialni diagnozi pomislimo predvsem na stresno frakturo kalkaneusa, kjer pa je palpatorna bolečnost prisotna po celem kalkaneusu in ne samo v njegovem zadnjem delu. Pri atipični klinični sliki pomislimo tudi na tumorje.

Apofizitis pogačice – Sinding-Larsen-Johanssonova bolezen

Bolezen sta ločeno opisala Sinding-Larsen leta 1921 in Johansson 1922. Bolezen nastane pri fizično aktivnih dečkih med 9 in 12 letom in pri deklicah med 7 in 10 letom. Včasih je bolečina prisotna tudi v predelu narastišča kvadricepsa na pogačico, kar je redkeje. Bolečina se tipično poveča pri aktivnostih, kjer prihaja do velikih obremenitev kolena, na primer pri počepanju in pri skokih. Bolečina lahko postane celodnevna, če otroci nadaljujejo z nezmanjšano športno aktivnostjo. Težave so tipično prisotne od nekaj tednov do nekaj mesecev, simptomi so redko akutni.

Palpatorno obstaja bolečnost v predelu narastišča patelarnega ligamenta na pogačico, pogosto je tudi prekratek tonični del kvadricepsa, nekateri imajo tudi višjo pogačico. Na rentgenski sliki ni posebnosti, včasih je prisotna kalcinacija v predelu stika s tetivo. Priporočamo led, zmanjšanje fizičnih aktivnosti, nesteroidne antirevmatike, lokalne protivnetne kreme. Pri hudih težavah priporočamo tudi kratkotrajno imobilizacijo.

Apofizitisi v predelu narastišč mišic na medenico

Prizadete so lahko spina iliaca anterior superior in inferior, tuberositas ischii in zgornji del medenice. Bolečina se pojavlja v predelu prizadete apofize in običajno so bolečine moteče, ne pa tudi hudo inhibirajoče.

Pogosto so nekatere mišice prekratke, npr. sartorius, rektus femuris, abduktorji in hamstringi, kar lahko predstavlja etiološki dejavnik za nastanek apofizitisa. Na rentgenski sliki je lahko fragmentacija in nenormalnost prizadete apofize. Priporočamo led, občasne razbremenitve, mišica mora biti topla in zato priporočamo nošnjo posebnih ozkih športnih

Bolečina je v predelu spodnjega pola pogačice.

Pri diferencialni diagnozi moramo upoštevati možnost prenešene bolečine iz kolka. Pri nenadnem poslabšanju so možne tudi avulzijske frakture.

Bolečine nastanejo pri mladih športnicah in športnikih med 9 in 13 letom, pogosto pri teku in pri športih, kjer je veliko skakanja (ples, gimnastika in drsanje).

hlač. Potrebne so raztezne in krepitvene vaje za kolčne mišice. Dolgoročnih posledic ni. V diferencialni diagnozi moramo izključiti akutne frakture v predelu medenice.

Ismelinova bolezen – apofizitis baze pete metatarzale

Bolečina je v predelu pete metatarzale in je tipično prisotna pri obremenjevanju oziroma pri aktivnosti in se tipično zmanjša v mirovanju.

Bolezen je opisal Ismelin v letu 1912. Nastane pri adolescentnih športnikih v obdobju hitre rasti, zlasti med plesalci, telovadci, drsalci in ostalimi, kjer so velike obremenitve sprednjega dela stopala. Težave nastanejo počasi, lahko pa se akutno tudi povečajo.

Palpatorno obstaja bolečnost v predelu narastišča kite peroneus brevis. Na rentgenu so običajne spremembe značilne za apofizitise. Apofiza pete metatarzale se pojavi med 12 in 13 letom in se zapre med 17 in 18 letom. Etiološki dejavnik za nastanek te bolezni je lahko tudi prekratka kita peroneus brevis. Priporočamo led in razbremenitve. Potrebne so raztezne in krepitvene vaje peronealnih mišic, pa tudi ostalih mišic stopala in gležnja. V poštev prihaja tudi bandažiranje. Posebnih posledic ni, lahko pa nastane nekoliko širša baza pete metatarzale, kar je lahko moteče pri nošnji obutve. Lahko nastanejo tudi frakture, to je običajno po akutni poškodbi in takrat se pojavi tudi večja občutljivost in tudi oteklina. Te frakture občasno težko zaraščajo in nastajajo tudi psevdootroze.

Medialni epikondilitis – Adamsova bolezen

Bolečina je na medialni strani komolca, nastane počasi, simptomi so lahko prisotni več tednov, preden pridejo k zdravniku.

Bolezen je opisal Adams leta 1968. Tipično nastane pri mladih atletih, ki mečejo žogo, značilno naprimer pri baseballu. Bolečine se povečajo pri metanju žogice.

Komolca pogosto ni mogoče popolnoma iztegniti, ulnarni živec je redko prizadet. Rentgen pokaže nepravilnosti in fragmentacijo medialnega epikondila. Pri tej bolezni gre za preobremenitve v predelu narastišča pronatorjev in fleksorjev podlahti in tudi v predelu ulnarnega kolateralnega ligamenta. V zdravljenju priporočamo prenehanje metanja žoge, raztezne in krepitvene vaje, potrebno je tudi ugotoviti, če je tehnika metanja pravilna. Če kljub bolečinam nadaljujejo s treningi, lahko pride do povečane rasti v predelu medialnega epikondila.

Trakcijski apofizitis olekranona

Nastane pri pogostih in močnih kontrakcijah tricepsa pri skelletno nezrelem komolcu, pogosto pri igralcih basebala, pa tudi pri potapljačih in telovadcih. Apofiza olekranona nastane med 8 in 10 letom in se zapre med 14 in 17 letom.

Rentgensko slikanje pokaže tipične spremembe v smislu skleroze, nenormalnosti in fragmentacije apofize olekranona. Priporočamo razbremenitve, raztezne in krepitvene vaje za celo zgornjo okončino. Včasih pride do hipertrofije olekranona, razvijejo se lahko prosta telesa. V diferencialni diagnozi mislimo na stresne frakture. Zdravljenje je podobno ostalim apofizitisom, v primeru prostih teles pa je indicirana tudi operativna terapija.

Zaključek

Izvensklepne osteohondroze oziroma apofizitisi so tipični razlogi za bolečine v najstniškem obdobju. Poznati je potrebno tipične klinične slike in pri vsakem odmiku od tipičnosti misliti na druge diagnoze. Vedno moramo misliti tudi na tumorje in vnetja. V poštev prihajajo tudi avulzijske frakture. Pri športnikih je vedno potrebno preverjati tudi samo tehniko in dolžino dnevnega in tedenskega treniranja. Skrbeti je potrebno za primerno razteznost in moč mišic.

Literatura

1. Siffert R. Classification of osteochondrosis. Clin Orthop 1981;158:10.

Na otip je boleč olekranon, gibljivost v komolcu je normalna, občasno je tudi rahla oteklina v predelu olekranona.

Bolečine, ki jih izzove fizična aktivnost, zmanjšanje bolečin pri mirovanju, bilateralnost in dolgotrajnost težav, dokazujejo apofizitis.