

Η οσφυαλγία στα παιδιά

Εισαγωγή

Αντίθετα με τους ενήλικες, των οποίων η οσφυαλγία συνήθεστερα οφείλεται σε ψυχολογικά ή μηχανικά αίτια, η οσφυαλγία στα παιδιά αποτελεί σύμπτωμα υψηλού κινδύνου, ιδίως όταν επιμένει για περισσότερο από 15 μέρες.

Ένα λεπτομερές ιστορικό, η προσεκτική κλινική εξέταση και ο κατάλληλος εργαστηριακός, ακτινολογικός και γενικότερα απεικονιστικός έλεγχος, θα οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση.

Η παραπομπή του μικρού ασθενούς στον ορθοπαιδικό ή ακόμα καλύτερα στον παιδοορθοπαιδικό, θεωρείται επιβεβλημένη, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που ξεφεύγουν των γνωστικών ορίων του παιδιάτρου.

Ας σημειωθεί ότι: ο όρος "άλγος αναπτύξεως", ως διαγνωστική απάντηση δεν υφίσταται.

Διαγνωστική προσέγγιση

Ιστορικό

Λόγω του ότι τα παιδιά δεν μπορούν να δώσουν σαφείς και επαρκείς πληροφορίες για το πρόβλημά τους, κρίνεται σκόπιμη και απαραίτητη η παρουσία των γονέων κατά την λήψη του ιστορικού.

Η ηλικία του παιδιού, η έναρξη, η εντόπιση, η συχνότητα, η διάρκεια και ένταση των ενοχλημάτων καθώς και η συσχέτιση αυτών (των ενοχλημάτων) με τις δραστηριότητες του παιδιού αποτελούν ουσιώδη βοηθήματα διαγνωστικής προσέγγισης του προβλήματος.

Η γνώση του βαθμού της αθλητικής δραστηριότητας του παιδιού κρίνεται επίσης ουσιώδης καθώς και κάθε οξύ επεισόδιο πτώσης εξ' ύψους, τροχαίου ατυχήματος ή άλλου τραυματικού επεισοδίου.

Χρήσιμη επίσης αποβαίνει η καταγραφή: κινήσεων, δραστηριοτήτων ή φαρμάκων που ανακουφίζουν ή επιτείνουν τα ενοχλήματα του μικρού ασθενή.

Γενικά πρέπει να τονισθεί ότι ενοχλήματα από σπονδυλόλυση-σπονδυλολίση, νόσο του Schenberman, μυϊκή κάκωση και σύνδρομο υπέρχρησης μειώνονται με την ανάπαυση και τον κλινοστατισμό, ενώ ο νυκτερινός πόνος που ξυπνά τον μικρό ασθενή πρέπει να μας οδηγεί στην υποψία όγκου, φλεγμονής ή φλεγμονώδους κατάστασης μέχρις αποδείξεως του εναντίου.

Νυκτερινός πόνος: που έχει άμεση ανακούφιση με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή ασπιρίνη, πιθανότατα οφείλεται σε οστεοειδές οστέωμα.

Απαραίτητη τέλος θεωρείται η ερώτηση για αλλαγή ή ενοχλήματα στις συνήθειες της: κύστης ή του εντέρου καθώς και για την ύπαρξη ενοχλημάτων οσφυαλγίας στο οικογενειακό του περιβάλλον (μίμηση).

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει: μια πλήρη μυοσκελετική και νευρολογική εξέταση.

Η ευθυγράμμιση της Σ.Σ., η παρουσία ύβου ή παραμορφώσεων, η κινητικότητα, ο μυϊκός σπασμός και περιοχές ευαισθησίας, εκτιμούνται και καταγράφονται. Η νευρολογική εξέταση περιλαμβάνει: εκτίμηση της βάρ-

Γ. Ανυφαντής, Σπ. Καρδακάρης, Δ. Κάντας

**Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Ν. Κέρκυρας
(Απρίλης 2001)**

δισης, της ισορροπίας του συντονισμού και της μυϊκής ισχύος.

Εκτιμάται επίσης: η αισθητικότητα, η αντίδραση στον πόνο, τα εν τω βάθει αντανακλαστικά, και η παρουσία ή μη παθ/κών αντανακλαστικών (Babinski).

Επίσης η γυναικολογική εξέταση σε κορίτσια προεφηβικής ηλικίας με οσφυαλγία είναι απαραίτητη.

Έχει αναφερθεί (Letts και Haasbeet 1990), ως αίτιο οσφυαλγίας ο αιματόκολλπος λόγω: ατρησίας του παρθενικού μύνα.

Αιματολογικός έλεγχος

Περιλαμβάνει: Γ. αίματος - ΤΚΕ, CRP, γενική ούρων, αιμοκαλλιέργεια, δερμοαντίδραση Mantoux και όταν υπάρχει υποψία ρευματολογικής πάθησης κρίνονται απαραίτητα: τα αντιπυρηνικά αντισώματα, ο ρευματοειδής παράγων και: Το β27 HLA.

Απεικονιστικές Μέθοδοι

Απλή ακτινογραφία

Βοηθάει στη διάγνωση σε ποσοστό 36% περίπου, περιλαμβάνει: προσοπίσθια, πλάγια και λοξή λήψη (Η τελευταία για τη πιθανότητα σπονδυλόλυσης). Επίσης προβολές σε κάμψη και έκταση για την εκτίμηση αστάθειας, και της κινητικότητας της Σ.Σ.

Σπινθηρογράφημα

Χρησιμοποιείται ως δευτέρου επιπέδου απεικονιστική μέθοδος. Γίνεται με TC99. Όταν το απλό σπινθηρογράφημα είναι αρνητικό ή αμφισβητήσιμο συνιστάται: ο συνδυασμός σπινθηρογραφήματος, και αξονικής τοπογραφίας (SPECT - Single - photon Emission Computed Tomography).

Αξονική Τομογραφία

Θεωρείται: καλύτερη και πιο λεπτομερής διαγνωστική μέθοδος από το σπινθηρογράφημα.

- Τομές ενός χιλιοστού είναι χρήσιμες για τη διάγνωση και την εκτίμηση μιας σπονδυλικής βλάβης, έχει δε μεγαλύτερη ευαισθησία στις οστικές βλάβες (Giokaj και συνεργάτες 1998).

Ο Howard King (1999) προτιμά την μαγνητική τομογραφία, υπάρχουν όμως περιπτώσεις που ο συνδυασμός μυελογραφήματος με αξονική τομογραφία είναι περισσότερο αποτελεσματικό διαγνωστικό όπλο για τις παθήσεις της Σ.Σ.

Μαγνητική Τομογραφία

Η χρήση της θεωρείται ανεκτίμητη για τη διάγνωση: όγκων της Σ.Σ., τη συριγγομυελία. Το τελικό νημάτιο, τις δισκοκήλες, τις σπονδυλοδισκίτιδες και ορισμένες οστικές αλλοιώσεις.

Στο μειωνέκτημά της: το υψηλό κόστος και η χορήγηση γενικής αναισθησίας για την εκτέλεσή της στα μικρά παιδιά.

Αίτια

Τα αίτια της παιδικής οσφυαλγίας όπως προτάθηκαν από τον Bunnell το 1982 και τροποποιήθηκαν από

τον Thomson το 1993 κατατάσσονται ως εξής:

- A. Μηχανικά αίτια
- B. Αναπτυξιακά
- Γ. Φλεγμονώδη
- Δ. Συστηματικές παθήσεις
- Ε. Νεοπλασμάτα και
- Z. Ψυχογενή αίτια

A. Μηχανικά αίτια

1. Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου

Παρά το ότι συμβαίνει στους ενήλικες, η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου στα παιδιά και τους εφήβους θεωρείται ως αίτιο οσφυαλγίας σε ποσοστό μόνο 3%. Όπως και στους ενήλικες οι μισοσπονδύλιοι δίσκοι 04 05 και 05 11 είναι οι συχνότερα προσβαλλόμενοι.

-Θετικό σημείο Laseque βρίσκεται σε μεγάλη αναλογία, υπάρχει μυϊκός σπασμός, ανταλγική σκολίωση Σ.Σ. και διαταραχές της βάδισης.

Οι απλές ακτινογραφίες είναι συνήθως φυσιολογικές και ως εκ τούτου κρίνεται απαραίτητη η αξονική ή μαγνητική τομογραφία της περιοχής.

2. Επιφυσιολίσθηση της σπονδυλικής απόφυσης.

Παρατηρείται στην εφηβική ηλικία, σε αγόρια που ασχολούνται με την «άρση βαρών».

Τυπικά παρατηρείται: πρόπτωση της απόφυσης μέσα στο νωτιαίο κανάλι.

Κλινικώς μοιάζει με την κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου πιθανώς δε να συνυπάρχουν νευρολογικά σημεία όπως: μυϊκή αδυναμία και απουσία αντ/κών.

Ακτινογραφικά παρατηρείται: οστικό τεμάχιο μέσα στο νωτιαίο κανάλι.

Θεραπευτικώς ενδείκνυται η χειρ/κή αφαίρεση του οστικού τεμαχιδίου.

3. Σύνδρομο υπέρχρησης

- Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό και την φυσιολογική ακτινογραφία. Οφείλεται σε λανθασμένη τεχνική ή σε υπέρμετρη δραστηριότητα χωρίς την κατάλληλη προετοιμασία.

B. Αναπτυξιακά αίτια

1. Σπονδυλόλυση - σπονδυλολίσθηση

Ορίζεται ως: η λύση του ισθμού ενός σπονδύλου ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα (σπονδυλόλυση) και η συνεπεία ταύτης προς το πρόσω ολίσθηση του σώματος ενός σπονδύλου - επί του υποκειμένου του (σπονδυλολίσθηση).

Θεωρείται η συχνότερη αιτία οσφυαλγίας σε παιδιά μεγαλύτερα των 10 ετών και σε εφήβους.

Διακρίνεται σε:

- A. Δυσπλαστική
- B. Ισθμική
- Γ. Εκφυλιστική
- Δ. Τραυματική και
- Ε. Οφειλόμενη σε παθολογικά αίτια

Η ισθμική μορφή διακρίνεται: σε λυτική μορφή, σε

μορφή με επιμήκη ισθμό και σε καταγματική μορφή.

Η συμπτωματολογία εξαρτάται: από την ηλικία του παιδιού και τον βαθμό ολίσθησης.

Παιδιά κάτω των 10 ετών είναι κατά κανόνα ασυμπτωματικά.

Οι σφικτοί οπίσθιοι μηριαίοι, η προβολή προς τα πίσω του ιερού οστού, η αύξηση της οσφυϊκής λόρδωσης και η αίσθηση υπάρξεως «σκαλοπατιού» κατά την ψηλάφηση των ακανθωδών αποφύσεων είναι τα κυριώτερα ευρήματα.

Η διάγνωση βεβαιώνεται κυρίως με τον ακτινολογικό έλεγχο. Αξονική τομογραφία χρειάζεται μόνο σε αμφίβολες περιπτώσεις.

Η πρόγνωση εξαρτάται: από τη μορφή της σπονδυλολίστεσης, από τις τιμές των ακτινογραφικών μετρήσεων και από την ηλικία και το φύλο του πάσχοντος.

Η δυσπλαστική μορφή: συνήθως καταλήγει σε μεγάλη ολίσθηση και είναι συχνότερη στα κορίτσια.

Ο χαμηλός οσφυϊκός δείκτης και ο μεγάλος βαθμός κυρτότητας τους ιερού υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο ολίσθησεως.

Ποσοστό ολίσθησεως πάνω από 30% και αυξημένη γωνία ολίσθησεως αποτελούν επικίνδυνα σημεία.

Τέλος η ηλικία ταχείας αναπτύξεως (10 -15 ετών) ενέχει τον κίνδυνο αυξήσεως της ολίσθησεως.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Για τη σπονδυλόλυση: η θεραπεία είναι συνήθως συντηρητική (προσωρινός περιορισμός της δραστηριότητας, παυσίπονα και η τακτική παρακολούθηση).

Το ίδιο ισχύει και για την σπονδυλολίστεση με περιορισμένης εκτάσεως ενοχλήματα και ποσοστό ολίσθησεως μέχρι 25%.

Εφόσον όμως η ολίσθηση είναι μεγαλύτερη από 50% χωρίς υποκειμενικά ενοχλήματα, η μικρότερη του 50% αλλά με ενοχλήματα που επιμένουν, τότε η χειρ/κή επέμβαση θεωρείται επιβεβλημένη.

Θωρακική και οσφυϊκή νόσος του Scheuerman (Επιφυαίτης της Σ.Σ.)

Η θωρακική μορφή λόγω της αυξημένης θωρακικής κύφωσης προκαλεί αντισταθμιστική υπερλόρδωση της ΟΜΣΣ, η οποία επιφέρει σημαντικές δυνάμεις διατμήσεως στο επίπεδο του 05 και ως εκ τούτου αυξημένης πιθανότητας σπονδυλόλυσης (οσφυαλγία).

Η οσφυϊκή μορφή της νόσου παρατηρείται: σε εφήβους που συμμετέχουν σε βαρεία φυσική δραστηριότητα και εμφανίζονται με οσφυαλγία μηχανικής αιτιολογίας.

Θεραπευτικώς συνιστώνται: αποφυγή βαρείας φυσικής δραστηριότητας και φυσιοθεραπεία με ασκήσεις τόνωσης των ραχιαίων μυών της Σ.Σ.

Σκολίωση

Η ιδιοπαθής σκολίωση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία δεν είναι επώδυνη. Μια επώδυνη σκολίωση ιδιαίτερα με αριστερό θωρακικό ύβο επιδεινούμενη, θέτει υποψία σοβαρής υποκείμενης νόσου όπως: φλεγμονή, όγκος ή σπονδυλόλυση και σπονδυλολίστεση.

Φλεγμονώδη αίτια

Η πιθανότητα φλεγμονής της οσφυϊκής Σ.Σ., πρέπει να ελέγχεται σε κάθε περίπτωση οσφυαλγίας.

Η δισκίτις της παιδικής ηλικίας, η ασβεστοποίηση του μεσοσπονδυλίου δίσκου, η φυματιώδης σπονδυλίτις και η σηπτική σπονδυλίτις (μελιτοκοκκικής ή τυφικής αιτιολογίας) είναι: οι συχνότερες πλην όμως αρκετά σπάνιες φλεγμονώδεις αιτίες οσφυαλγίας.

Ο ακτινολογικός έλεγχος της περιοχής (ιερολαγόνιες) μαζί με τις σχετικές αιματολογικές, βιοχημικές εξετάσεις με την βοήθεια της αξονικής και της μαγνητικής τομογραφίας θα μας βοηθήσουν για τη διάγνωση.

Συστηματικές παθήσεις

Η νόσος του Gaucher, οι βλενοπολυσακχαριδώσεις, η νεανική οστεοπόρωση και η ροχίτιδα, η νεανική αγκυλωτική σπονδυλίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα διαταράσσουν την αρχιτεκτονική των σπονδύλων και δύνανται να προκαλέσουν οσφυαλγία.

Η ιδιοπαθής νεανική οστεοπόρωση είναι ασυνήθης συστηματική οστεοπενική πάθηση σ' ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό παιδί ηλικίας 8-15 ετών, απεικονίζεται σε απλή ακτινογραφία και η διάρκειά της κυμαίνεται από 1-4 χρόνια.

Νεοπλάσματα

Διακρίνονται σε όγκους που προσβάλλουν μόνο της Σ.Σ. (οστική συμμετοχή), το νωτιαίο μυελό, και παρασπονδυλικούς.

Αποτελούν το : 12% των αιτιών οσφυαλγίας

Κύρια συμπτώματα τόσο των καλοήθων όσο και των κακοήθων η οσφυαλγία, η σκολίωση της Σ.Σ., η χλωρότητα, η μυϊκή αδυναμία των κάτω άκρων και οι ορθοκυτικές διαταραχές.

Η πλειονότητα των πρωτοπαθών όγκων της Σ.Σ. στα παιδιά είναι καλοήθεις (60%) και αποτελούν το 3% του συνόλου των πρωτοπαθών οστικών όγκων.

Τα πιο συχνά καλοήθη νεοπλάσματα της παιδικής και εφηβικής ηλικίας είναι το οστεοειδές οστέωμα, το οστεοβλάστωμα η ανευρυσματική κύστη ο γιγαντοκυτταρικός όγκος και το Ηωσινόφιλο κοκκίωμα.

Το οστεοειδές οστέωμα: είναι ο πιο συχνός όγκος της Σ.Σ. καθώς και η συχνότερη αιτία δύσκαμπτης και επώδυνης σκολίωσης. Εντοπίζεται αρκετά συχνά στην ΟΜΣΣ, συνήθως στον αυχένα ή το πέταλο του σπονδύλου - χαρακτηρίζεται από νυχτερινό πόνο που υποχωρεί με ασπιρίνη.

Έχει χαρακτηριστική ακτινολογική εικόνα (κύστη με σκληρυντικά όρια και πύκνωση στο κέντρο), στο σπινθηρογράφημα με TC99 απεικονίζεται σαν θερμό σημείο. Η αξονική τομογραφία θέτει πολλές φορές τη διάγνωση. Η θεραπεία του είναι χειρ/κή αφαίρεση.

Οι κακοήθεις όγκοι που προσβάλλουν την παιδική Σ.Σ. είναι αρκετά ασυνήθεις.

Διακρίνονται: στους πρωτοπαθείς οστικούς όγκους στους νευρογενείς όγκους του νωτιαίου μυελού και στους μεταστατικούς. Το νευροβλάστωμα, το σάρκωμα και το αστροκύτωμα είναι οι συχνότεροι.

Το άλγος (στο σάρκωμα) η μυϊκή αδυναμία η διατα-

Το άλγος (στο σάρκωμα) η μυϊκή αδυναμία η διαταραχή της βάδισης και η παραμόρφωση της Σ.Σ. είναι το κυριώτερα συμπτώματα και ευρήματα.

Τα ραβδομυοσαρκώματα είναι ο συχνότερος κακοήθης όγκος των μαλακών μορίων στην παιδική ηλικία. Η μετάστασή του στην Σ.Σ. συμβαίνει σε ποσοστό 30-50% και σε παιδιά μικρότερα των 7 ετών.

Τέλος: κατά την βρεφική ηλικία παρασπονδυλικοί όγκοι όπως: το νεφροβλάστωμα, το νευροβλάστωμα και το τεράτωμα δυνατόν να προκαλέσουν οσφυαλγία ή τοπική διόγκωση. Εξ αυτών το νευροβλάστωμα διαγιγνώσκεται με την ανεύρεση του V.M.A. στα ούρα και έχει καλή πρόγνωση μετά επαρκή αφαίρεση και ραδιοθεραπεία.

Ψυχογενή αίτια

Πρέπει να τονίσουμε ότι για να τεθεί η διάγνωση της οσφυαλγίας ψυχογενούς ή αντιδραστικής σε γεγονός, αιτιολογίας, πρέπει σαφώς να αποκλεισθούν άλλες σοβαρές οργανικές παθήσεις.

Συνεπεία τούτου: χρειάζονται επανειλημμένες εξετάσεις ώστε να καταστή βέβαιος ο θεράπων ιατρός, ότι δεν υποκρύπτεται οργανική νόσος.

Βιβλιογραφία

1. An as, Vaccaro ar, Dolinskas Ca, Cotler JM, Balderston ,RA, Bauerle WB Differentiation between

spinal tumors and infections with magnetic resonance imaging. Spine 1991; 16: S334-S338.

2. Bodner RJ, Heyman S, Drummond DS, et al. The use of single photon emission computed tomography (SPECT) in the diagnosis of low-back pain in young patients. Spine 1988; 13: 115-1160.

3. Boxall D, Bradford DS, Winter RB, Moe JH. Management of severe Spondylolisthesis in children and Adolescents. JBJS 1979; 61A: 479-495.

4. Condad Eu, Olszewski Ad, Berger M, Powell E, Bruckner J. Pediatric spine tumours with spinal cord compromise. J Pediatr Orthop 1992; 12: 454-460.

5. Fairbanks jct, Pynsent PB, Van Poortvliet JA, et al. Influence of anthropometric factors and joint laxity in the incidence of adolescent back pain. Spine 1984; 9: 461.

6. Jackson DW, Wiltse LL, Cirincione RJ. Spondylolysis in the female gymnast. Clin Orthop 1976; 117: 68-73.

7. King Ha, Tufel D. Prospective study of back pain in children. Orthop Trans 1986; 10: 9-10.

8. Morita T, Ikata T, Katoh S, et al. Lumbar spondylolysis in children and adolescents. J Bone Joint Surgery Br. 1995; 77: 620-625.

9. Smith Ad. A benign form of osteomyelitis of the spine. JAMA 1993; 100: 353-337.

10. Turner PG, Hancock PG, Green JH, et al. Back pain in children. Spine 1989.