

Χωλότητα στο παιδί

ΧΡ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ¹, Π. ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ², ΑΝ. ΓΑΡΜΠΗ³, Γ. ΣΑΠΚΑΣ⁴

¹Επιμελητής Β΄ Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γ.Ν. Βόλου

²Επιμελητής Β΄ Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος, «Π & Α Αγλαΐα Κυριακού»

³Επικ. Επιμελητής Β΄ Ορθοπαιδικής Κλινικής, Βενιζέλειο Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

⁴Αναπλ. Καθηγητής Πανεπ. Αθηνών, Ν. Metropolitan Αθήνα

Με τον όρο χωλότητα αναφερόμαστε στη μη φυσιολογική βάδιση, η οποία μπορεί να προκαλείται λόγω άλγους, μυϊκής δυσλειτουργίας ή κάποιου τύπου παραμόρφωσης. Η χωλότητα δεν είναι ποτέ φυσιολογική και η αιτία που την προκαλεί πρέπει πάντα να διερευνάται και να καθορίζεται. Ο πίνακας των αιτιολογικών παραγόντων είναι μεγάλος. Καθυστέρηση στη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό βαθμού νοσηρότητα και θνητότητα. Ένα πλήρες ατομικό ιστορικό, μια λεπτομερής κλινική εξέταση, είναι αρχικά τα πιο χρήσιμα εργαλεία προσέγγισης ασθενούς με χωλότητα. Στη συνέχεια, μπορεί να προστεθούν ο κατάλληλος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος.

Η φυσιολογική βάδιση δεν εξαρτάται μόνο από τη φυσιολογική λειτουργία και χωρίς άλγους των αρθρώσεων και των μυών, αλλά και από το άθικτο νευρολογικό σύστημα. Η χωλότητα μπορεί να οφείλεται σε κάτι πολύ απλό, όπως ακατάλληλο υπόδημα ή ύπαρξη πέτρας εντός υποδήματος, όπως επίσης μπορεί να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση ενός κακοήθους όγκου. Στη διαφοροδιάγνωση της χωλότητας υπεισέρχονται και οι φυσιολογικές στροφικές παραμορφώσεις, όπως βλαισοποδία, καθώς και οι φυσιολογικές παραμορφώσεις του πρόσθιου τμήματος του άκρου πόδα.

Αξιολόγηση βάδισης

Ο τρόπος βαδίσματος των παιδιών διαφέρει από των ενηλίκων και μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της βρεφικής, νηπιακής και παιδικής ηλικίας. Τα νήπια έχουν το δικό τους χαρακτηριστικό τρόπο βαδίσματος. Βαδίζουν με ευρεία βάση και πιο γρήγορο ρυθμό σε σύγκριση με τους ενήλικες. Στην ηλικία των τριών ετών, είναι ικανό το παιδί να σταθεί στο ένα του πόδι για περισσότερο από ένα δευτερόλεπτο. Στην ηλικία των επτά ετών ο τρόπος βαδίσματος πλησιάζει των ενηλίκων. Ο κύκλος της βάδισης περιλαμβάνει τη φάση αιώρησης (40%) και τη φάση στηρίξεως του σκέλους (60%). Στη διάρκεια της φάσης αιώρησης παρατηρείται προοδευτική πρόσθια κλίση της πυέλου με κάμψη του ισχίου, κάμψη του γόνατος - το οποίο τελικά εκτείνεται

και πελματιαία κάμψη της ποδοκνημικής, η οποία τελικά φέρεται σε ουδέτερη θέση.

Κατά τη διάρκεια της φάσης στηρίξεως του σκέλους παρατηρείται προοδευτική οπίσθια κλίση της πυέλου με έκταση του ισχίου. Στην αρχική επαφή, το γόνατο φέρεται σε έκταση, με την ποδοκνημική σε ουδέτερη ή ελαφρά πελματιαία κάμψη. Στο μέσο της φόρτισης, το γόνατο φέρεται σε έκταση και η ποδοκνημική σε ουδέτερη θέση. Στο προ-αιωρήσεως στάδιο, το γόνατο ευρίσκεται σε κάμψη, η ποδοκνημική επίσης σε πελματιαία κάμψη, ενώ ο πρόσθιος πόδας φέρεται σε ραχιαία έκταση από το ύψος των μεταταρσιοφαλαγγικών αρθρώσεων.

Τύποι χωλότητας

Ανταλγική χωλότητα (Antalgic limp)

Αυτός ο συνηθισμένος τύπος χωλότητας οφείλεται στον πόνο. Η φάση στηρίξεως είναι βραχύτερη στην προσβληθείσα πλευρά και το παιδί πατάει το πόδι του στο έδαφος επιφυλακτικά. Επιπρόσθετα, μειώνει τη διάρκεια φόρτισης και το φυσιολογικό πόδι φέρεται γρήγορα μπροστά.

Χωλότητα λόγω αδυναμίας του μέσου γλουτιαίου μυός (Gluteus medius limp)

Η χωλότητα είναι μηχανικής αιτιολογίας και αφορά το ισχίο. Κατά τη φάση στηρίξεως, ο μέσος γλουτιαίος μυς συσπάται στην ίδια πλευρά και διατηρεί τη λεκάνη στο φυσιολογικό επίπεδο. Σε ανεπάρκεια του μυός παρατηρείται κλίση προς

τα κάτω της λεκάνης στην αντίθετη πλευρά.

Ο ασθενής προκειμένου να διατηρήσει την ισορροπία του αποκλίνει τον κορμό του προς την προσβληθείσα πλευρά. Αυτό προκαλεί μια τυπική ταλάντευση κατά τη διάρκεια της φάσης στηρίξεως, με αποτέλεσμα χαρακτηριστικό τύπο βαδίσματος (Trendelenburg gait ή abductor lurch), μια αιώρηση από τη μια πλευρά προς την άλλη. Ο Trendelenburg τύπος βάδισης μπορεί να είναι αποτέλεσμα κάποιας μεταβολής στο σημείο στήριξης (υπομόχλιο - άρθρωση του ισχίου), όπως το συγγενές εξάρθρημα ή μεταβολής στο μοχλοβραχίονα - αυχένα του μηριαίου, όπως στο συγγενή βραχύ αυχένα, ραιβό ισχίο ή λόγω μυϊκής αδυναμίας, όπως παρατηρείται σε νευρομυϊκές παθήσεις.

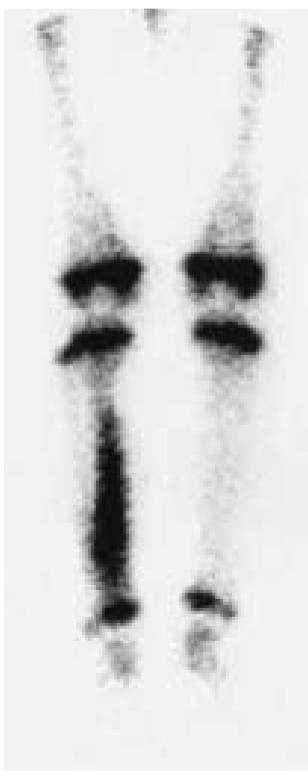
Αμφοτερόπλευρη αδυναμία του μέσου γλουτιαίου προκαλεί το χύνειο βάδισμα (βάδισμα με ταλάντευση των γλουτών).

Χωλότητα λόγω αδυναμίας του μείζονος γλουτιαίου μυός (Gluteus maximus limp)

Το παιδί βαδίζει με τον κορμό σε υπερέκταση προκειμένου να διατηρήσει το κέντρο βάρους πίσω από την άρθρωση των ισχίων. Χαρακτηριστικός τύπος βάδισης σε ασθενείς με μυϊκή δυστροφία Duchene.

Χωλότητα λόγω αδυναμίας του τετρακέφαλου μυός (Quadriceps femoris limp)

Το παιδί κλειδώνει το γόνατο κατά τη διάρκεια της φάσης



Εικόνα 1. Σπινθηρογράφημα των οστών με τεχνήτιο 99 σε 3 ετών αγόρι. Αυξημένη πρόσληψη ραδιοφαρμάκου στη δεξιά κνήμη.



Εικόνα 2. Απλή ακτινογραφία στη δεξιά κνήμη, όπου απεικονίζεται ένα Toddler κάταγμα στο περιφερικό της τμήμα.



Εικόνα 3. Πτερο-σκαφοειδής συνοστέωση σε απλή ακτινογραφία άκρου ποδός.

στήριξης, τοποθετώντας το χέρι του στο μηρό και φέρει το κέντρο βάρους του μπροστά. Χαρακτηριστικός τύπος βάδισης σε ασθενείς με πολιομυελίτιδα.

Βάδιση περιαγωγής (circumduction gait)

Ο τύπος αυτής της βάδισης χαρακτηρίζεται από υπέρμετρη απαγωγή του ισχίου κατά τη διάρκεια της φάσης αιώρησης. Η περιαγωγή λειτουργικά βραχύνει το μέλος και επιτρέπει βάδιση με δύσκαμπτο γόνατο. Επίσης, παρατηρείται σε ασθενείς με επώδυνη ποδοκνημική, όπου αυτός ο τύπος βάδισης απαιτεί λιγότερο κίνηση της ποδοκνημικής.

Βάδιση ιπποποδίας (Equinus gait)

Μπορεί να οφείλεται σε περιφερική νευροπάθεια ή σε κάκωση των νεύρων των ραχιαίων εκτεινόντων του άκρου πόδα.

Κατά τη φάση αιώρησης του βήματος, το πόδι πέφτει σε θέση ιπποποδίας (πτώση) και αν δε σηκωθεί ψηλότερα από ότι συνήθως από το έδαφος, τότε τα δάκτυλα θα συρθούν στο έδαφος.

Καλπαστικός βηματισμός (Steppage gait)

Τα πόδια σηκώνονται υπερβολικά ψηλά από το έδαφος. Οφείλεται είτε σε κάποιο πρόβλημα με την ιδιοαισθητικότητα και την ισορροπία, είτε σε αμφοτερόπλευρη πτώση του άκρου ποδός.

Βηματισμός με την πτέρνα (Calcaneus gait)

Το παιδί βαδίζει με την πτέρνα. Οφείλεται συνήθως σε νευρομυϊκή διαταραχή ή μπορεί και σε τραυματισμό της ποδικής καμάρας.

Αταξικού τύπου βάδιση (Ataxic gait)

Η αταξία (Friedreich's ataxia) οδηγεί σε διαταραχή της ισορροπίας στη βάδιση, η οποία αντιρροπείται από ένα βηματισμό με ευρεία στήριξη (ανοικτά πόδια) ή αρκετές φορές με ένα ανεξέλεγκτο ασταθές βάδισμα.

Βηματισμός με επιφυλακτικότητα (Cautious gait)

Το παιδί βαδίζει αργά με επιφυλακτικότητα προκειμένου να αποφύγει ενοχλήσεις στη σπονδυλική στήλη. Τυπικό παράδειγμα αποτελούν επώδυνες καταστάσεις της σπονδυλικής στήλης, όπως είναι η δισκίτιδα.

Υστερικό βάδισμα (Hysterical gait)

Στην περίπτωση της μη εύρεσης κάποιας νοσολογικής κατάστασης μετά από ενδελεχή κλινικό έλεγχο θα πρέπει να διερευνείται και η πιθανότητα της υστερικής κατάστασης.

Ιστορικό

Η προσεκτική λήψη ενός ιστορικού μπορεί να περιορίσει τη μεγάλη λίστα πιθανών αιτιών της χωλότητας στα παιδιά. Η ηλικία είναι ένας σημαντικότερος παράγοντας καθορισμού του αιτιολογικού παράγοντα (Πίνακας 1).

Επίσης, το πότε και πώς ξεκίνησε η χωλότητα στο παιδί, καθώς και η χρονική διάρκεια που παρατηρείται η χωλότητα στο παιδί. Η αιφνίδια εμφάνιση ανταλγικής χωλότητας, χωρίς προηγούμενο ιστορικό, οδηγεί συνήθως στην πιθανή ύπαρξη κάποιας φλεγμονώδους κατάστασης, λοίμωξης ή ενός τραύματος. Ωστόσο, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι το παιδί μπορεί να μας αποπλανήσει, ιδιαίτερα εάν η κάκωση έγινε κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας που έχει ξεχασθεί. Η προσδευτική εμφάνιση χωλότητας μπορεί να οφείλεται σε κάποια αδιάγνωστη μέχρι τότε νευρολογική ή νευρομυϊκή νόσο. Εάν η χωλότητα σχετίζεται με άλγος, η πάσχουσα πλευρά πρέπει να εντοπιστεί. Η νηπιακή ηλικία απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή, δεδομένου ότι η ακριβής περιγραφή των συμπτωμάτων είναι δύσκολη. Τα νήπια συχνά αρνούνται να φορτίσουν το πάσχων μέλος, αλλά δύσκολα εντοπίζουν το άλγος. Στην παιδική ηλικία πολλές φορές η εντόπιση του άλγους είναι πιο εύκολη συγκριτικά με τους ενήλικες. Το άλγος στο ισχίο συχνά αναφέρεται στην έσω πλευρά του μηρού ή του γόνατος. Σημαντικότερο γεγονός είναι ο καθορισμός των χαρακτηριστικών του άλγους. Στη διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση της χωλότητας πρέπει να προστεθεί η λευχαιμία, η οποία συνοδεύεται με χωλότητα και άλγος στα κάτω άκρα.

Άλγος επιδεινούμενο τις πρωινές ώρες είναι σημείο νεανικής χρόνιας αρθρίτιδας. Διαλείπων άλγος και σχετιζόμενο κυρίως με τις δραστηριότητες οδηγεί σε σύνδρομο υπέρχρησης. Άλγος εντοπιζόμενο σε πολλές αρθρώσεις αναφέρεται κυρίως σε φλεγμονώδεις καταστάσεις.

Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση πρέπει να αρχίσει με την εκτίμηση της όλης γενικής κατάστασης του ασθενούς. Η γενική κλινική εικόνα, εάν το παιδί έχει όψη βαρέως πάσχοντος, πυρετό, είναι καθοριστικής σημασίας για τον καθορισμό του αιτιολογικού παράγοντα. Σε μια τέτοια περίπτωση σκεπτόμαστε μια λοίμωξη ή και τη λευχαιμία.

Πολλά πράγματα μπορεί κανείς να μάθει με το να παρατηρήσει τον τρόπο που στέκεται το παιδί και το πώς βαδίζει. Η εξέταση ενός παιδιού με χωλότητα απαιτεί πολλές φορές μεγάλη επιμονή και υπομονή. Τα μη συνεργάσιμα παιδιά δύσκολα μπορεί να εκτιμηθούν. Η κλινική εξέταση είναι προτιμότερο να γίνεται με το παιδί γυμνό και χωρίς υπόδημα.

Κατά την επισκόπηση, το πόδι εξετάζεται κυρίως για τραύμα, είσοδος στα μαλακά μόρια του νυχιού, για οίδημα ή ερύθημα και περιορισμό ή όχι του εύρους κίνησης της άρθρωσης. Επίσης, ανατομικά προβλήματα ή παραμορφώσεις στα κάτω άκρα πρέπει να παρατηρούνται, ενώ γίνεται έλεγχος για ανισοσκελία, ύπαρξη κύφωσης ή σκολίωσης, περιοχή υπερτρίχωσης στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Επώδυνες περιοχές ψηλαφητικά εντοπίζονται και προσδιορίζεται η μυϊκή ισχύς των άκρων. Η λεπτομερής νευρολογική κλινική εξέταση βοηθάει στον αποκλεισμό νευρολογικών προβλημάτων.

Η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση της χωλότητας στα παιδιά δεν πρέπει να περιορίζεται σε μια λεπτομερή ορθοπαιδική εξέταση. Προβλήματα με την κοιλιακή χώρα και τα γεννητικά όργανα πρέπει να διερευνώνται. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η σκληροειδίτιδα και η συστροφή όρχεως.

Απεικονιστικός έλεγχος

Ο καθορισμός του αιτιολογικού παράγοντα δεν είναι πάντα εύκολος μόνο με την κλινική εξέταση. Πολλές φορές αναγκαίος είναι ο κατάλληλος απεικονιστικός έλεγχος.

Η απλή ακτινογραφία είναι ο πιο απλός και συνηθισμένος τρόπος εξέτασης. Η φυσιολογική ακτινογραφία δεν αποκλείει την ύπαρξη παθολογίας. Καταστάσεις όπως ένα Toddler κάταγμα ή ένα κάταγμα εκ κοπώσεως απαιτούν

επαναληπτικές ακτινογραφίες, γιατί αρχικά ακτινολογικά δεν είναι ορατές. Η οξεία οστεομυελίτιδα δεν είναι ακτινολογικά ορατή τις πρώτες εβδομάδες. Η διαφοροδιάγνωση της σπητικής αρθρίτιδας και της παροδικής υμενίτιδας του ισχίου ακτινολογικά δεν είναι εύκολη.

Το υπερηχογράφημα είναι ένα πολύτιμο διαγνωστικό τεστ για τον έλεγχο συλλογής υγρού στην άρθρωση του ισχίου, αλλά δεν είναι ειδικό. Ο περιορισμός του υπερηχογραφήματος έγκειται στο γεγονός ότι δεν μπορεί να διακρίνει το αρθρικό υγρό, το πύον ή το αιμάτωμα.

Το σπινθηρογράφημα των οστών με τεχνήσιο 99 προσφέρει επιπλέον βοήθεια σε μια δυσκολοδιάγνωστη περίπτωση με χωλότητα. Το σπινθηρογράφημα των οστών είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στα πρώιμα στάδια της νόσου, δείχνει αυξημένη πρόσληψη ραδιοφαρμάκου και εντοπίζει μια βλάβη πολύ γρηγορότερα από ότι η απλή ακτινογραφία. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στον καθορισμό της οστεομυελίτιδας, του κατάγματος εκ κοπώσεως ή Toddler και νεοπλασιών.

Η αξονική τομογραφία απεικονίζει καλύτερα τις οστικές δομές και τις ανωμαλίες τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η συνοστέωση των οστών του ταρσού.

Η μαγνητική τομογραφία είναι χρήσιμη στον καθορισμό μιας φλεγμονής, κυρίως σε μη συνηθισμένες ανατομικά περιοχές, όπως της πυώδους μυοσίτιδας. Επίσης, βοήθεια προφέρει στην εκτίμηση βλαβών του νωτιαίου μυελίου, των οστικών όγκων, καθώς και των όγκων των μαλακών μοριών ή του αρθρικού χόνδρου.

Εργαστηριακός έλεγχος

Οι περισσότερες ρουτίνες εργαστηριακές εξετάσεις δεν είναι ούτε ειδικές ούτε ευαίσθητες, αλλά όταν συνδυαστούν με πληροφορίες που παρέχουν το ιστορικό, η κλινική εξέταση και οι απεικονιστικές εξετάσεις, μπορεί να βοηθήσουν στον καθορισμό της διάγνωσης. Οι εργαστηριακές εξετάσεις έχουν ένδειξη σε υποψία φλεγμονώδους κατάστασης, λοίμωξης ή νεοπλασίας. Η γενική αίματος, η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών ΤΚΕ, η CRP (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη) είναι εξετάσεις πρώτης γραμμής, ενώ εάν υπάρχει ένδειξη, βασικές εξετάσεις είναι τα αντιπυρηνικά αντισώματα, ο ρευματοειδής παράγοντας και η παρακέντηση ενδοαρθρικού υγρού.

Συνηθισμένα λάθη στη διάγνωση

Η καθυστέρηση της διάγνωσης σε ένα παιδί που παρουσιάζει χωλότητα δεν είναι τις περισσότερες φορές επικίνδυνη για τον ασθενή. Όμως, υπάρχουν και επείγουσες καταστάσεις που απαιτούν την άμεση παρέμβαση, διάγνωση και θεραπεία.

Κακοποίηση παιδιού

Η πιθανότερη αιτία κατάγματος σε παιδί κάτω των δύο ετών είναι η κακοποίηση του παιδιού, ιδιαίτερα όταν δεν σχετίζεται με κάποια κάκωση.

Συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου

Η μη έγκυρη διάγνωσή του στη βρεφική ηλικία και η μη αντιμετώπισή του οδηγεί σε μεγαλύτερη ηλικία σε χωλότητα. Η διάγνωση είναι δυνατόν να διαφύγει σε αμφοτερόπλευρη βλάβη.

Παροδική υμενίτιδα

Πρέπει να γίνει διαφοροδιάγνωση με τη σπητική αρθρίτιδα του ισχίου. Είναι δυνατόν να γίνουν λάθη, κυρίως κατά την έναρξη των συμπτωμάτων. Η παροδική υμενίτιδα παρουσιάζεται κυρίως άνω των δύο ετών.

Επιφυσιολίσηση μηριαίας κεφαλής

Η καθυστερημένη διάγνωση είναι συνήθης. Ο πόνος παρατηρείται συχνά στο γόνατο. Ένα συνηθισμένο λάθος είναι η μη λήψη ακτινογραφίας στο ισχίο, επειδή το παιδί έχει άλγος στο γόνατο. Μια μικρότερη βαθμού ολίσθηση είναι εύκολο να διαφύγει στην ακτινογραφία. Το μόνο ακτινογραφικό σημείο μπορεί να είναι η διεύρυνση του αυχνητικού χόνδρου.

Άλγος ανάπτυξης

Πολλές φορές θέτεις εύκολα τη διάγνωση του άλγους ανάπτυξης, ενώ υποκρύπτονται άλλες πολύ σοβαρές καταστάσεις. Το άλγος ανάπτυξης χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση αργά το απόγευμα ή όταν σηκώνεται το παιδί από τον ύπνο, ενώ είναι εντελώς ασυμπτωματικό το πρωί. Το άλγος ανάπτυξης δε σχετίζεται με χωλότητα.

Πίνακας 1. Αίτια χωλότητας στην παιδική ηλικία

• 1-3 ετών

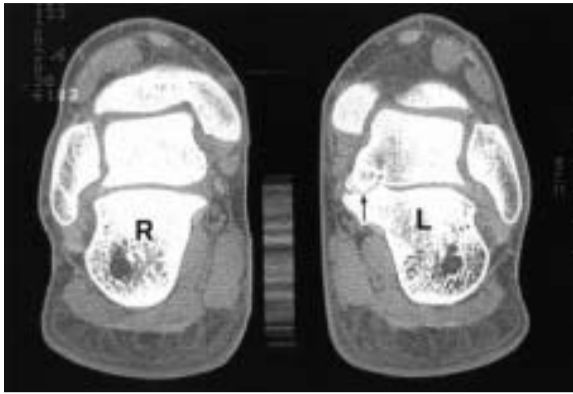
- Σηπτική αρθρίτιδα
- Οστεομυελίτιδα
- Τραύμα - Toddler's fracture
- Ξένο σώμα στο πόδι
- Αναπτυξιακή δυσπλασία ισχίου
- Νεανική χρόνια αρθρίτιδα
- Ραιβό ισχίο
- Δισκοειδής μηνίσκος
- Δισκίτιδα
- Νευρολογικές διαταραχές
- Κακοήθης νεοπλασία

• 4-9 ετών

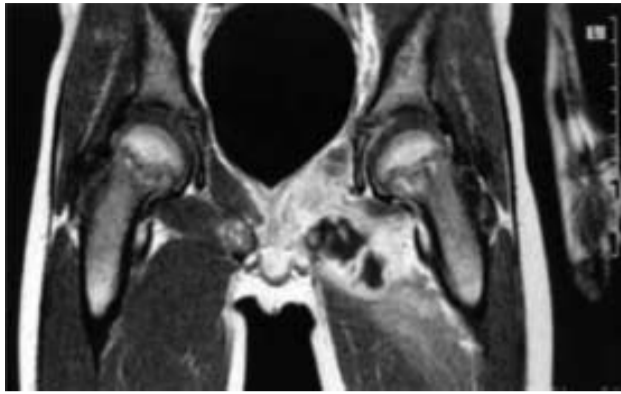
- Τραύμα
- Υμενίτιδα ισχίου
- Legg - Calve-Perthes
- Σηπτική αρθρίτιδα
- Οστεομυελίτιδα
- Αποφυσίτις πτέρνας
- Kohler's disease
- Επικουρικό σκαφοειδές
- Είσοδος στα μαλακά μόρια του νυχιού του ποδιού
- Νευρολογικές διαταραχές
- Μυϊκή δυστροφία Duchene
- Νεανική χρόνια αρθρίτιδα
- Αρθρίτιδα Lyme
- Καλοήθης οστική βλάβη
- Κακοήθης νεοπλασία

• 10-15 ετών

- Τραύμα - Κάταγμα καταπόνσης (stress fracture)
- Σύνδρομο υπέρχρησης
- Επιφυσιολίσηση μηριαίας κεφαλής- Οστεοχονδρίτιδα Freidberg
- Διαχωριστική οστεοχονδρίτιδα
- Συνοστέωση των οστών του ταρσού
- Κακοήθης νεοπλασία



Εικόνα 4. Πτεροσκαφοειδής συνοστέωση σε αξονική τομογραφία οπίσθιου άκρου πόδα.



Εικόνα 5. Η μαγνητική τομογραφία δείχνει ένα απόστημα στην περιοχή των προσαγωγών μυών (πυώδης μυσσίτις).



Εικόνα 6. Η μαγνητική τομογραφία σε 4 ετών κορίτσι δείχνει δισκοειδή μηνίσκο.



Εικόνα 7. Διεύρυνση του συζευκτικού χόνδρου (βέλη), χαρακτηριστικό ακτινολογικό σημείο επιφυσιολίσθησης μηριαίας κεφαλής.

Άλγος στο γόνατο

Πολλές φορές η παθολογία υφίσταται σε άλλη άρθρωση. Στους εφήβους, η συνηθέστερη αιτία είναι το σύνδρομο υπέρχρησης. Το γόνατο αποτελεί συνήθως εντόπιση οστεομυελίτιδας ή νεοπλασίας.

Ανισοσκελία

Η χωλότητα είναι δυνατόν να είναι αποτέλεσμα ανισοσκελίας. Διαφορές άνω των δύο εκατοστών δεν μεταβάλλουν τον τρόπο βαδίσματος και δεν πρέπει να θεωρούνται αιτία χωλότητας.

Λευχαιμία

Η οξεία λευχαιμία είναι η συνηθέστερη νεοπλασία στα παιδιά. Μυοσκελετικά ενοχλήματα παρατηρούνται στο 20% των περιπτώσεων.

Νεανική χρόνια αρθρίτιδα

Ένα από τα πρωιμότερα σημεία είναι η χωλότητα. Διαφοροδιάγνωση πρέπει να γίνει από την δρεπανοκυτταρική αναιμία, ρευματικό πυρετό, λαχνοοζώδη υμενίτιδα, αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία, σύνδρομο Reiter.

Οστεοχονδρίτιδα Freiberg

Εμφανίζεται κυρίως στην κεφαλή του δεύτερου μεταταρσίου, με μεγαλύτερη επίπτωση στα κορίτσια της εφηβικής ηλικίας. Έχει χαρακτηριστικό ακτινολογικό εύρημα.

Πολλά πράγματα μπορεί κανείς να μάθει με το να παρατηρήσει τον τρόπο που στέκεται το παιδί και το πώς βαδίζει. Η εξέταση ενός παιδιού με χωλότητα απαιτεί πολλές φορές μεγάλη επιμονή και υπομονή. Τα μη συνεργάσιμα παιδιά δύσκολα μπορεί να εκτιμηθούν. Η κλινική εξέταση είναι προτιμότερο να γίνεται με το παιδί γυμνό και χωρίς υπόδημα

Νευρολογικές και νευρομυϊκές παθήσεις

Η διάγνωση μπορεί να διαφύγει στην πρώτη εξέταση. Υπάρχουν παθήσεις που χαρακτηρίζονται από αργή και προοδευτική εξέλιξη. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί η μυϊκή δυστροφία Duchenne, ενώ μπορεί να προστεθούν και οι όγκοι του νωτιαίου μυελού. Ασυμπτωματικού τύπου χωλότητα σε νήπιο μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση εγκεφαλικής παράλυσης.

Σιωπηρά κατάγματα

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το κάταγμα Toddler, ένα κάταγμα που παρατηρείται στο περιφερικό άκρο της κνήμης, σε ηλικίες από 9 μηνών έως τριών χρονών και δεν είναι εύκολο να διαγνωστεί με την απλή ακτινογραφία. Σημαντική βοήθεια προσφέρει το σπινθηρογράφημα των οστών με τεχνήσιο 99.

Χωλότητα υστερίας

Χωρίς εμφανή αιτία πρέπει να διερευνάται η παρουσία ψυχολογικών παραγόντων.

Παθολογία στην κοιλιακή χώρα και στο ουροποιογεννητικό σύστημα

Γι' αυτό το λόγο αναγκαία είναι εξέταση του παιδιού και από παιδίατρο ή παιδοχειρουργό.

Συμπέρασμα

Παιδί που παρουσιάζει χωλότητα χρειάζεται πολύ προσεκτική και λεπτομερή εξέταση. Η διάγνωση μπορεί να είναι μν είναι εύκολη από την πρώτη επίσκεψη, ενώ δεν πρέπει να διαφύγουν επείγουσες καταστάσεις, όπως σηπτική αρθρίτιδα στο ισχίο. Είναι προτιμότερο να εξεταστεί το παιδί από παιδίατρο και ορθοπαιδικό. Η σωστή κλινική εξέταση,

το λεπτομερές ιστορικό, η απλή ακτινογραφία και ο εργαστηριακός έλεγχος γενική αίματος, ΤΚΕ και CRP, πρέπει να είναι η πρώτη διαγνωστική προσέγγιση παιδιού με χωλότητα.

Βιβλιογραφία

1. Aronson J, Garvin K, Seibert J, Glasier C, Turkey EA. Efficiency of the bone scan for occult limping toddlers. J Pediatr Orthop 1992; 12:38-44.
2. Chohan S, Killian JT. Evaluation of acute gait abnormalities in preschool children. J Pediatr Orthop 1990; 10:74-78.
3. Connolly LP, Treves ST. Assessing the limping child with skeletal scintigraphy. J Nucl Med 1998; 6:1056-1061.
4. De Boeck H, Noppen L, Desprechins B. Pyomyositis of the adductor muscles mimicking an infection of the hip. J Bone Joint Surg 1994; 76-A:747-750.
5. Fischer SU, Beattie TF. The limping child: Epidemiology, assessment and outcome. J Bone Joint Surg 1999; 81-B:1029-1033.
6. Flynn JM, Widmann RF. The limping child: Evaluation and diagnosis. J Am Acad Orthop Surg 2001; 9:89-98.
7. Grattan-Smith JD, Wagner ML, Barnes DA. Osteomyelitis of the talus: An unusual cause of limping in childhood. AJR 1991; 156:785-789.
8. Halsey MF, Finzel KC, Carrion WV, Haralabatos SS, Gruber MA, Meinhard BP. Toddler's fracture: presumptive diagnosis and treatment. J Pediatr Orthop. 2001; 21(2):152-156.
9. Loder RT. Controversies in slipped capital femoral epiphysis. Orthop Clin North Am. 2006; 37(2):211-221.
10. Miralles M, Gonzalez G, Pulpeiro JR, et al. Sonography of the painful hip in children: 500 consecutive cases. AJR Am J Roentgenol. 1989; 152(3):579-582.
11. Myers MT, Thompson GH. Imaging the child with a limp. Pediatr Clin North Am. 1997; 44(3):637-658.
12. Oudjhane K, Newman B, Sang K, Young LW, Girdany BR. Occult fractures in preschool children. J Trauma 1988; 28:858-860.
13. Phillips V. The child with a limp. Orthop Clin North Am 1987; 18:489-501.
14. Rogalsky RJ, Black GB, Reed MH. Orthopaedic manifestations of leukaemia in children. J Bone Joint Surg 1986; 68-A:494-501.
15. Schindler A, Mason DE, Allington NJ. Occult fracture of the calcaneus in toddlers. J Pediatr Orthop 1996; 16:201-205.
16. Stahl JA, Schoenecker PL, Gilula LA. A 2 1/2-year-old male with limping on the left lower extremity. Orthop Review 1993; 22:631-636.
17. Thomas S, Tytherleigh-Strong G, Dodds R. Adductor myositis as a cause of childhood hip pain. J Pediatr Orthop 2002; 11-B:117-120.
18. Tuten HR, Gabos PG, Kumar SJ, Harter GD. The limping child: A manifestation of acute leukemia. J Pediatr Orthop 1998; 18:625-629.