

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎN DUREREA DE SPATE AXIALĂ LA COPIL

Leo Stati

Catedra de Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie Pediatrică USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

REZUMAT

Cele mai multe cazuri de durere de spate axială la copil fac parte din patologia de graniță dintre specialitățile medicale și chirurgicale.

Durerea continuă, cu o durată mai mare de 2 săptămâni poate fi semnul unei patologii severe, impunându-se investigarea clinică, de laborator și imagistică urgentă. Sunt prezentate diverse cauze care pot produce durere dorsală axială în perioada copilăriei: boala Scheuermann, scolioza simptomatică (secundară), spondiloliza, spondilolistezis, spondilodiscitele, sacroileitele, fracturile de coloană, tumorile coloanei vertebrale și spondiloartrapatiile reumatismale.

Cuvinte cheie: durere de spate, copil, cauze

În ultimele decenii se observă tendințe negative în dinamica parametrilor principali ai sănătății copiilor și adolescenților. Cea mai accentuată creștere a morbidității se înregistrează la copiii de vârstă școlară. În condițiile intensificării procesului educativ pe un fundal social-igienic defavorabil și într-o situație ecologică complicată, organismul copilului necesită o activitate fizică sporită, care lipsește din cauza factorilor enumerați (1,2).

Conform datelor Biroului Național de statistică al Republicii Moldova, în anul 2008, 727.500 de tineri au fost supuși unui screening vizând durerea dorsală axială; 8,5% au fost găsiți suferinzi, procent suficient de mare pentru a fi îngrijorător.

Conform clasificărilor internaționale, sindromul algic din cadrul maladiilor cu sediul în regiunea coloanei vertebrale este inclus în grupa XIII (maladii ale aparatului locomotor și țesutului conjunctiv). În literatura medicală contemporană sindromul algic vertebrogen fără semne de afecțiune a sistemului nervos periferic sunt considerate ca patologie a aparatului locomotor.

Experiența clinică acumulată în diagnosticul acestor afecțiuni demonstrează că medicii practicieni sunt insuficient informați referitor la patologia „durerii de spate” din cauza afecțiunilor aparatului locomotor, inclusiv a coloanei vertebrale, precum și a altor afecțiuni extra-vertebrale.

Dacă durerea de spate persistă mai mult de 2 săptămâni și/sau este supărătoare în timpul activităților fizice, se impune evaluarea diagnostică. În afara unei anamneze corecte, examenul fizic evaluează statusul global de sănătate al copilului, asocierea unor semne generale (febră, scădere în greutate), uneori modificări neurologice și/sau a altor organe. La fete, examenul ginecologic este obligatoriu (3).

În Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară, secția Ortopedie Pediatrică și secția Medicină de Familie a Universității „N. Testemițanu” din Chișinău, pe parcursul a doi ani (2014 și 2015), au fost examinați ortopedic 1.500 de copii cu vârsta între 7-18 ani. Durerea de spate a fost depistată la 9% din total (date nepublicate).

Explorarea paraclinică orientativă cuprinde teste pentru un eventual sindrom inflamator, evaluări imunologice și examinări imagistice pornind de la radiografia coloanei până la explorări aprofundate (scintigrafie, tomografie computerizată, RMN) atunci când evoluția bolii o impun. Metodele radiologice fiind de bază în diagnosticul durerilor de spate și scoliozei, bine-cunoscute și folosite pe larg în ortopedia pediatrică nu se recomandă pentru examinarea în masă și monitorizare în dinamică a copiilor și adolescenților, din cauza nivelului înalt de risc cancerigen pentru organismul în creștere.

Adresa de corespondență:

Leo Stati, Catedra de Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie Pediatrică USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova
E-mail: levstati@yahoo.com

Deși diferitele metode instrumentale de examinare a pacienților ortopedici au cunoscut o mare dezvoltare, examenul clinic rămâne esențial. Examenul ortopedic se realizează în poziție ortostatică (din spate, din față și profil), poziție șezândă și în decubit dorsal (2).

Există semne clinice caracteristice asociate durerilor de spate în funcție de etiologie. Durerea joasă de spate se poate însoți de incontinență urinară sau de tulburări neurologice la nivelul membrilor inferioare (hiposensibilitate cutanată, parestezii). Această simptomatologie impune investigații specifice urgente.

Prin examenul neurologic se depistează dereglările de sensibilitate și motricitate (2).

Este cunoscut faptul că diverse afecțiuni displazice, degenerativ-distrofice, posttraumatice și inflamatorii cu sediul la coloana vertebrală se manifestă prin sindrom algic în regiunea spatelui (2,3).

Boala Scheuermann (4), încadrată în grupa necrozelor osoase avasculare, de cauză necunoscută, este cea mai frecventă boală care se însoțește de durere a coloanei vertebrale la adolescent. Simptomatologia asociază durere în dreptul vertebrelor lezate și curbura cifotică progresivă. Localizarea obișnuită este la nivelul vertebrelor toracale medii (T_7 - T_9), dar uneori mai jos, la nivelul T_9 - T_{12}). Formele lombare sunt excepționale.

Durerea este atât spontană, cât și la mișcarea de flexie și extensie a coloanei și la percuția apofizelor spinoase. Intensitatea ei este variabilă, uneori poate lipsi. Absența paralelismului între durere și gradul cifozei face ca după vindecare cifoza să persiste cu sau fără durere asociată.

Localizarea lombară evoluează frecvent fără durere în perioada adolescenței, dar se produce fragilizarea discurilor intervertebrale și apariția precoce, la adultul tânăr, a spondilartrozei lombare.

Diagnosticul clinic de suspiciune a bolii Scheuermann este confirmat radiologic prin apariția de neregularități ale suprafețelor corpurilor vertebrale, pensare discală, cuneiformizare anterioară a corpurilor vertebrale și apariția nodulilor Schmorl (simptom radiologic caracteristic).

Scolioza esențială (4,5) este o afecțiune care se însoțește de durere extrem de rar. Atunci când scolioza se instalează pe un fond dureros axial posterior recent apărut, este o scolioză simptomatică, secundară. Cauza principală a durerii este de obicei o infecție de vecinătate (flegmon perinefretic) care produce contractură musculară ipsilaterală cu apariția curbării coloanei vertebrale în plan frontal, având curbura cu convexitatea în sens opus.

La fel acționează și un proces tumoral expansiv intracanalicular vertebral, care în plus se poate însoți de tulburări neurologice de compresiune medulară.

Spondiloliza (4,6) este considerată în prezent ca o fractură de stres și constă în apariția unei soluții de continuitate la nivelul istmului vertebral uni sau bilateral, la nivelul L_4 sau L_5 . Apare de obicei la sportivii care fac frecvent mișcări de hiperextensie (gimnastică, baschet).

Lombalgia este simptomul dominant, ea apărând atât spontan, cât mai ales la mișcarea de extensie a trunchiului și la rotația axială. Spondiloliza unilaterală poate fi asimptomatică, descoperită întâmplător cu ocazia unei radiografii efectuată în alt scop.

Radiografia coloanei lombare în incidență oblică evidențiază linia de osteoliză la nivelul istmului vertebral. Imaginea cea mai sigură pentru diagnostic se obține prin CT-scan.

Recuperarea se obține în 4-6 săptămâni prin repaus și imobilizarea coloanei lombare prin folosirea unei orteze adecvate.

Spondiloliza bilaterală se poate însoți de deplasarea anterioară a blocului vertebral subiacent, instituindu-se spondilolistezisul. Riscul de compresiune medulară în acest caz face ca tratamentul să fie mai agresiv impunându-se blocarea coloanei vertebrale prin artrodeză.

Spondilodiscita (7) este infecția discului intervertebral și a corpurilor vertebrale adiacente cu germeni piogeni banali (vechea denumire de „osteomielită vertebrală”) sau cu bacil Koch (morbul lui Pott). În 70% dintre cazuri infecția cu germeni banali afectează regiunea lombară; preponderența infecției tuberculoase este toracală.

Simptomatologia constă în rahialgii, uneori șchiopătare, febră moderată (38^0 - 39^0). Percuția apofizelor spinoase în zona afectată este dureroasă. Durerea spontană este frecvent nocturnă și nu este calmată de repaus.

Imaginea radiologică apare târziu, ca și în osteomielita cu alte localizări. Cariile vertebrale apar primele, apoi pensarea discului intervertebral. Aceasta dovedește că infecția este inițial osoasă, apoi se transmite discului. Examenul CT evidențiază mai bine și precoce leziunile.

Infecția tuberculoasă a coloanei este tot mai rară în prezent.

Sacroileita (8) este o infecție cu germeni nespecifici a articulației sacro-iliace și a versanțelor osoase ale acestei articulații.

Durerile sunt în regiunea lombară joasă, în general simptomatologia fiind foarte asemănătoare cu cea a spondilodiscitei cu sediul L_4 - L_5 .

Radiografia se pozitivează târziu prin apariția de iregularități și carii osoase, mai ales pe versantul iliac al articulației, însoțite de pensarea spațiului articular.

Pentru diagnosticul precoce este foarte utilă scintigrafia cu Tc_{99} .

Fracturile coloanei vertebrale sunt frecvente în cadrul accidentelor de circulație și a căderilor de la înălțime. În prezent, sporturile extreme pot avea aceleași consecințe.

Fractura poate interesa corpul vertebral prin tasare, mult mai rar arcul osos neural posterior. Afecțarea discului se traduce prin fisurare sau strivire.

Existența traumatismului, a durerilor dorsale, uneori a semnelor neurologice și examenul radiologic pozitiv sunt suficiente pentru diagnostic.

Hernia de disc însoțită de sindrom sciatic este rară la copil.

Durerile de postură. În cadrul unei activități sportive obișnuite mușchii dorsali pot lucra cu intensități diferite, ceea ce duce la oboseală mai mare din partea unora. Aceasta produce durere și secundar schimbarea posturii, care la rândul ei accentuează durerea.

Stenoza orificiilor spinale prin care ies nervii rahidieni poate avea cauze diferite; rezultă compresiune nervoasă radiculară cu simptomatologie neurologică.

Durerea de spate idiopatică este un diagnostic care trebuie pus cu multă atenție, după excluderea oricărei cauze posibile în urma investigațiilor complexe.

Fibromialgia, boală cronică neinflamatoare, este întâlnită la adolescent. Se traduce prin durere musculară difuză, inclusiv dorsală axială a trunchiului, oboseală, disfuncție cognitivă, tulburări de somn, anxietate, depresie. La nivel central crește sensibilitatea la durere, fapt tradus prin:

- hiperalgezie, adică durere disproporționat de mare față de amplitudinea factorului agresor.
- alodinia se manifestă prin sensibilitate dureroasă față de stimuli care în mod obișnuit nu produc durere (atingerea).

Tumorile rahisului, în 80% dintre cazuri, sunt benigne: cel mai frecvent se întâlnește granulomul eozinofil, apoi osteoblastomul, osteomul osteoid și chistul osos aneurismal. Simptomatologia constă în rahialgii însoțite de redoare segmentară a coloanei (5,6).

Granulomul eozinofil se localizează la corpul vertebral și simptomatologia sa frustă face ca de multe ori să fie descoperit în stadiul sechelar sub forma aplatizării corpului (fosta „vertebră plană“ a lui Calvé).

Osteoblastomul și *osteomul osteoid* se localizează la nivelul arcului posterior și atunci când durerile nu au suport vizibil radiologic, scintigrafia pune în evidență hiperfixație intensă. Ulterior apare imaginea radiologică de osteoliză, uneori cu caracter suflant.

Chistul osos aneurismal are radiologic același aspect osteolitic suflant, dar localizarea de elecție este la lama vertebrală și apofiza transversă.

Tumori ale părților moi rahidiene cu localizare variată:

- tumori intradurale-extramedulare: meningiomul (foarte rar este malign), tumori ale tecilor nervoase și ale rădăcinilor medulare, totdeauna benigne (schwanom, neurofibrom).
- tumori intramedulare: gliomul cu localizare obișnuit cervicală, foarte dificil de extirpat chirurgical.

Sarcomul Ewing, cea mai frecventă tumoare malignă vertebrală asociază frecvent la durere manifestări neurologice. Localizat în arcul neural posterior al vertebrei, are aspectul radiologic al unei formațiuni osteolitice, mai mult sau mai puțin ovalară. Preoperator se impune examenul RMN pentru aprecierea extensiei în părțile moi vecine.

Osteosarcomul este foarte rar localizat la vertebre și apare la adolescent.

Tumorile metastatice sunt rarissime la copil.

Spondilartropatiile juvenile (9-12) sunt un grup de afecțiuni aparținând reumatismului cronic al copilului (debut înainte de vârsta de 16 ani) având ca trăsături comune: durerea rahidiană, toracică, fesieră și/sau redoare matinală lombară sau dorsală, artrită (articulații mari), entezită, talalgie, degete deformate, îngroșate. Alte manifestări se asociază variabil: irită acută, uretrită nongonococică sau cervicită, diaree, prezența sau antecedente de psoriazis, balanită, entero-colopatie cronică. Diferențele privind trăsăturile clinico-evolutive, asocierile lezionale, prezența unor factori de risc au conturat următoarele forme clinice: spondilartropatia nediferențiată, spondilita anchilozantă (pelvispondilită), artrita reactivă, artrita psoriazică și reumatismul entero-colopatiilor cronice.

În *spondilartropatia nediferențiată* simptomele inaugurale frecvente sunt artralgiile, artrita membrilor (monoartrita, oligoartrita, mai rar poliartrita) și enteziopatiile. Leziunile axiale pot surveni după ani de evoluție. Durerea axială poate fi acuzată spontan sau trebuie căutată. În ordinea frecvenței s-a raportat: durere lombară, fesieră (artrită sacroiliacă), dorsalgii, cervicalgii.

În *pelvispondilita reumatică* (spondilita anchilozantă juvenilă), afectarea axială este rară la debut (10-20%), tabloul clinic fiind dominat de artrita periferică și enteziopatie. Durerea axială se agravează progresiv, dar dispare după instalarea anchilozei.

Reumatismul psoriazic atestat de prezența psoriazisului și/sau a antecedentelor familiale de psoriazis, asociază dureri lombosacrate și/sau în șold prin sacroileită, dureri în alte articulații mari.

În *reumatismul entero-colopatiilor*, durerea coloanei vertebrale și a articulațiilor sacroiliace pot apărea la momente diferite în raport cu colita (uneori după ameliorarea acesteia).

CONCLUZII

Durerea de spate cu caracter persistent (câteva săptămâni) la copil, având o paletă etiologică largă și înscriindu-se ca simptom unic al unei entități clinice, presupune un diagnostic diferențial laborios.

Depistarea precoce și încadrarea corectă diagnostică a durerii de spate la copil rămâne o problemă stringentă în ortopedia contemporană. Din cauza lipsei examinărilor medicale periodice în școli, copiii cu dureri de spate și diformități ale coloanei vertebrale sunt deseori omiși, rămân fără atenția părinților, profesorilor și medicilor.