Οσφυϊκός Πόνος στην Παιδική και Εφηβική Ηλικία

Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα έχει αναδείξει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την επιδημιολογία, την διάγνωση, την θεραπεία και την πρόγνωση του οσφυϊκού πόνου στην παιδική και εφηβική ηλικία. Αυτό το έντυπο παρουσιάζει αυτές τις πληροφορίες και παρέχει στοιχεία σχετικά με μερικές παρανοήσεις. Βέβαια, υπάρχουν πολλά ακόμα που χρειάζεται να ανακαλύψουμε.

Επιδημιολογικά στοιχεία και ποσοστά.
1. Ο οσφυϊκός πόνος επηρεάζει 3-4 στα 10 παιδιά/εφήβους κάποια στιγμή. Από αυτά το 1/3-1/5 θα εμφανίσουν επίμονο πόνο που θα διαρκέσει πάνω από 3 μήνες, σε καθημερινή βάση ή θα έχει επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητές τους, όπως στο σχολείο ή στην συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες (1-5).
2. Ο πόνος στην σπονδυλική στήλη στους νέους μπορεί να συνυπάρχει με πόνο στα άνω και κάτω άκρα (6).
3. Ο συνήθης ετήσιος ρυθμός διαβούλευσης πρωτοβάθμιας περίθαλψης ανά 10.000 άτομα (ηλικίας 3 έως 17 ετών) για τον πόνο της σπονδυλικής στήλης είναι 101 (95% CI 86 έως 115), με παρόμοια επίπτωση στα αγόρια και στα κορίτσια. Οι συμβουλές για τον πόνο της σπονδυλικής στήλης υπολογίζεται στο 1% σε εφήβους και σε παιδιά στην γενική ιατρική κάθε χρόνο (7, 8). Η επιδημιολογία και τα ποσοστά διαβούλευσης αυξάνονται με την ηλικία (7, 8).

Παράγοντες κινδύνου.
4. Η έρευνα καταδεικνύει ότι τα κορίτσια, με μεγαλύτερο ύψος, που καπνίζουν, με χαμηλά ή μέτρια επίπεδα ψυχικής δραστηριότητας, με ιστορικό σπονδυλικού πόνου από τους γονείς και κακή ψυχική υγεία είναι πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη σπονδυλικού πόνου στην παιδική και εφηβική ηλικία (3, 5, 9-12).
5. Αν και η βαριά σχολική τσάντα, τα θρανία στα σχολεία, η μυϊκή δύναμη, η ευλυγια, η στάση του σώματος και η οδόν του υπολογιστή συχνά συσχετίζονται με τον οσφυϊκό πόνο σε παιδιά και εφήβους, οι συστηματικές ανασκοπήσεις δεν βρίσκουν σαφείς συσχετίσεις ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες και την ύπαρξη πόνου (13, 14).

Διάγνωση.
6. Οπως και στους ενήλικες, η κλινική διάγνωση βασίζεται στα συμπτώματα, όποτε η απεικόνιση δεν είναι τόσο αξιόπιστη (15). Αν και τα δεδομένα είναι ελάχιστα, ανάμεσα το 95-98% των εφήβων με οσφυϊκό πόνο μπορούν να χαρακτηριστούν ως μη μηχανικά προκαλούμενος πόνος, δηλαδή χωρίς μια διακριτή και αναγνωρισμένη παθολογοανατομική προέλευση (4, 16).
7. Αν και ο πόνος στη σπονδυλική στήλη, στην παιδική και εφηβική ηλικία, μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός για την ανήχεια της σωματικής παθολογίας, το γεγονός ότι επηρεάζει το 40% του πληθυσμού δεν το καθιστά ικανό για να θεωρηθεί αναγκαίος ο απεικονιστικός έλεγχος (4).
8. Αν και τα αρχικά σημάδια για την σπονδυλαρθρίτιδα μπορεί να εμφανιστούν στην εφηβική ηλικία, δεν μπορούν να διαγνωστούν σε αυτό το στάδιο με την απεικόνιση παρά μόνο στην ενηλικίωση. Επιπλέον, ελλείμματα σπονδυλικών τόξων και οίδημα στο μυελό των οστών μπορούν να
Therapeia.

9. Οι συστάσεις για την κλινική διαχείριση του οσφυκού πόνου στους ενήλικες (εναρμονική συμμετοχή του ασθενή, κοινή λήψη αποφάσεων, γενικές συμβουλές για τον ύπνο και την φυσική δραστηριότητα, επικέντρωση σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες) είναι πιθανόν εφαρμόσιμες και στα παιδιά, αλλά ακόμα διερευνάται (19).

10. Άν και περισσότερες από 3.500 κλινικές μελέτες έχουν ελέγξει διαφορετικές στρατηγικές θεραπείας για τους ενήλικες με πόνο στην σπονδυλική στήλη (αρχείο κλινικών δοκιμών του ΠΟΥ), λιγότερες από 12 μελέτες περιλαμβάνουν παιδιά ή εφήβους, αφήνοντας ένα σημαντικό ερευνητικό κέντρο στην γνώση μας για αποτελεσματικές στρατηγικές θεραπείας (5).

Πρόγνωση.

11. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις προτείνουν ότι το περίπτωμα 10-15% των νέων με οσφυκό πόνο, εμφανίζουν επίμονα συμπτώματα (διάρκεια πόνο από 3 μήνες) (1-5). Παράλληλα αυτά, υπάρχει έλλειψη προσπαθητικών μελετών, έτσι ώστε να κατανοήσουμε μακροπρόθεσμα την πρόγνωση για τα άτομα που έχουν λάβει ή όχι θεραπεία για τον οσφυκό πόνο (5).

12. Οι προγνωστικοί παράγοντες για τον μακροχρόνιο πόνο (>3 μήνες) μοιάζουν να είναι παρόμοιοι με αυτούς των ενήλικων με οσφυκό πόνο. Σε αυτούς περιλαμβάνονται ψυχολογικά παράγοντες (άγχος, συμπτώματα κατάθλιψης και συναισθηματικά μεταπτώσεις), η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (οικογενειακό εισόδημα), παράγοντες κοινωνικής ζωής (ύπνος και φυσική δραστηριότητα) και η γενικότερη υγεία (19-21). Λόγω της έλλειψης μελετών στα παιδιά και στους εφήβους, μπορεί να υπάρχουν και άλλοι προγνωστικοί παράγοντες για το συγκεκριμένο πλήθυσμο.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ


ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Michael SkovdållRathleff
Department for Health Science and Technology
Center for General Practice
Aalborg University, Denmark

Kate M Dunn
School of Medicine
Keele University, United Kingdom

Steven Kamper
University of Sydney & Nepean Blue Mountains Local Health District
Sydney, Australia

Kieran O’Sullivan
School of Allied Health
University of Limerick, Ireland

Christian Lund Straszek
Department for Health Science and Technology
Center for General Practice
Aalborg University, Denmark

Department of Physiotherapy
University College of Northern Denmark
Thorvaldur Palsson  
Department for Health Science and Technology  
Aalborg University, Denmark

Lise Hestbæk  
Department of Sports Science and Clinical Biomechanics  
University of Southern Denmark

ΚΡΙΤΕΣ

Tonya Palermo, PhD  
Professor  
Seattle Children’s Research Institute  
Seattle, Washington, USA

Leon Straker, PhD  
John Curtin Distinguished Professor  
School of Physiotherapy and Exercise Science  
Curtin University, Australia

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Βενέρη Αικατερίνη, PT, MSc Cand., OMT  
Θεοτοκάτος Γεώργιος, PT, PhD Cand., OMT