



www.pediatric-rheumatology.printo.it

PIJNSYNDROMEN

1 Fibromyalgie syndroom synoniemen

Fibromyalgie behoort tot de pijnsyndroom groep gekenmerkt door pijn aan spieren, gewrichten en botten.

Wat is het ?

Fibromyalgie is een ziekte gekarakteriseerd door chronisch en diffuus verspreide pijn, gevoelige plekken in de zachte weefsels (spieren en pezen), en ernstige vermoeidheid.

Hoe vaak komt het voor?

Fibromyalgie komt vooral voor op de volwassen leeftijd. Het wordt maar zelden gerapporteerd op de kinderleeftijd, voornamelijk in adolescenten. Het betreft vaker vrouwen dan mannen. De klachten van kinderen met Fibromyalgie lijken veel op de klachten van kinderen met een gelocaliseerd idiopathisch spierpijn syndroom.

Wat zijn de typische klinische kenmerken ?

De patiënt klaagt over een diffuse pijn in de dieper gelegen weefsels. De ernst van de pijn is subjectief. De pijn zit in beide lichaamshelften en zowel in de bovenste als de onderste extremiteit. De patiënte slaapt slecht en 's ochtends na het ontwaken voelt de patiënt zich niet fris en uitgerust.

Een andere hoofdklacht is ernstige vermoeidheid, samengaan met een afname van de hoeveelheid lichamelijke activiteiten die uitgevoerd kunnen worden.

Patiënten met fibromyalgie klagen vaak over algemene symptomen als hoofdpijn, het gevoel dat de armen en benen opgezwollen zijn zonder dat dit werkelijk zo is, en een doof gevoel.

Deze klachten leiden tot angst, depressie, en veel schoolverzuim.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Een voorgeschiedenis van gegeneraliseerde pijn in 4 lichaamsgebieden, en met een duur langer dan 3 maanden, samen met pijn in 11 van de 18 beschreven pijnlijke drukpunten bij lichamelijk onderzoek maken dat de diagnose fibromyalgie gesteld kan worden.

Het aanwezig zijn van drukpunten wordt bepaald met druk van de duim, hetgeen even betrouwbaar is als het gebruik van de pijndrempelmeter, een speciaal apparaatje dat de pijn meet.

Hoe wordt fibromyalgie behandeld?

Het is erg belangrijk om de door de ziekte veroorzaakte angst te verminderen door de patiënt en zijn/haar familie uit te leggen dat, alhoewel de pijn ernstig en reëel is, er geen

schade zal optreden aan de gewrichten en dat er geen aanwijzingen zijn voor een onderliggende ziekte die zou leiden tot schade aan bijvoorbeeld de gewrichten of spieren. De behandeling wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team, en is gebaseerd op 3 principes.

Het meest belangrijk is een geleidelijk opbouwend fitness programma te starten, waarbij zwemmen de beste oefening is. Ten tweede wordt een gedrags therapie gestart, individueel of in groepsverband.

Tot slot hebben sommige patiënten medicatie nodig om weer goed te kunnen slapen. Het gebruik van een speciaal kussen dat de nek ondersteunt tijdens de slaap kan nuttig zijn.

Prognose

Het is niet makkelijk te herstellen van fibromyalgie, het vergt veel inspanning van de patiënt en essentieel is de ondersteuning door zijn/haar familie. In het algemeen is het herstel bij kinderen veel beter dan bij volwassenen, en de meeste kinderen zullen volledig herstellen. Het langdurig en regelmatig mee blijven doen aan een lichamelijke oefenprogramma blijkt de meest belangrijkste factor voor herstel te zijn.

2. GELOCALISEERD IDIOPATHISCH SPIERPILN SYNDROOM

Synoniemen

Sympathische reflexdystrofie, Complex regionaal pijn syndroom

Wat is het?

Extreem ernstige pijn van een extremiteit van onbekende oorzaak, vaak geassocieerd met huid veranderingen.

Hoe vaak komt het voor?

Er zijn geen betrouwbare gegevens over de frequentie van voorkomen. Het is wel bekend dat het vaker voorkomt bij adolescenten (debuut klachten rond de 12 jaar) en meisjes.

Wat zijn de belangrijkste klachten?

Vaak is er een al langer bestaande voorgeschiedenis van zeer ernstige pijn in een extremiteit, die niet respondeert op diverse behandelingen, en toeneemt in de tijd. Vaak is de pijn zo ernstig dat het getroffen ledemaat niet meer gebruikt kan worden.

Sensaties die voor de meeste mensen niet pijnlijk zijn, zoals bijvoorbeeld lichte aanraking, kunnen resulteren in extreme pijn bij de patiënt, dit heet "allodynie".

De combinatie van deze klachten verstoort het dagelijks leven van de patiënt enorm, en leidt tot veel schoolverzuim.

Een deel van de patiënten ontwikkelt geleidelijk veranderingen van de kleur van de huid (bleek of paars gevlekt voorkomen), in de temperatuur (vaak kouder) of de transpiratie. Soms houdt de patiënt het aangedane ledemaat in een gefixeerde, ongewone houding, daarbij elke beweging weigerend.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Tot een paar jaar geleden werden deze pijnsyndromen allen met een eigen naam omschreven, maar, in beschouwing nemend dat van de meeste de oorzaak onbekend is

en de behandeling hetzelfde, de huidige trend is om ze onder een noemer te brengen, namelijk de gelokaliseerde spier en skelet pijnsyndromen. De diagnose wordt gesteld als voldaan wordt aan een aantal criteria.

De diagnose is met name gebaseerd op het klinisch beeld, bestaande uit de kenmerken van de pijn (ernstig, al langer bestaand, leidt tot beperking van activiteiten, niet reagerend op behandeling, aanwezigheid van allodynie) en het lichamelijk onderzoek. Andere onderliggende ziektes moeten uitgesloten worden, meestal is het onderzoek hiervoor al gedaan voor de patiënt bij de kinderreumatoloog komt. Laboratoriumonderzoek is altijd normaal.

Behandeling

De aanpak die het beste werkt is het opstarten van een oefenprogramma welke begeleid wordt door fysio- en ergotherapeuten, met of zonder gedragstherapie. De behandeling vraagt veel van alle betrokkenen: vooral van patiënt, maar ook van zijn/haar familie en het behandelend team. Vaak is begeleiding door een psycholoog gewenst, ook vanwege de stress die de ziekte (en de fysieke behandeling) oplevert.

Diverse andere behandelingen, alleen of in combinatie, zijn geprobeerd (waaronder antidepressiva, biofeedback trainingen, transcutane zenuwstimulatie, gedragstherapie) zonder zeker resultaat.

Prognose

Deze ziekte heeft een betere prognose in kinderen dan in volwassenen. Vrijwel alle kinderen herstellen uiteindelijk volledig.

Dagelijks leven

De patiënt moet aangemoedigd worden om een zo normaal mogelijk activiteitsniveau te handhaven. Als deelname aan het normale schoolprogramma niet lukt, met school een aangepast programma opstellen. Ook een blijvend contact met leeftijdsgenoten is essentieel om sociale isolatie te voorkomen.

3. ERYTHROMELALGIE

Dit is ook bekend onder de term erythermalgia. De naam van de ziekte is opgebouwd uit 3 Latijnse woorden: erythros (rood), melos (ledemaat) en algos (pijn). Het komt maar zeer zelden voor, en als het voorkomt komt het vaak familiaal voor. De meeste kinderen zijn rond de 10 jaar als ze zich presenteren met deze ziekten. Het komt vaker voor bij meisjes. Erytromelalgie wordt gekenmerkt door een brandend gevoel in voeten of, minder vaak, in handen die warm, rood en gezwollen zijn. De klachten nemen toe na blootstelling aan warmte en worden sterk verlicht door het koelen van de getroffen voet(en) of hand(en), soms dusdanig dat sommige kinderen weigeren hun voeten uit het ijswater te halen. Het vermijden van hitte en zware lichamelijke inspanning lijken het beste effect te hebben. Kinderen reageren in het algemeen niet op NSAID's (non-steroidal anti-inflammatory drugs) in tegenstelling tot volwassenen. Bloedvatverwijdende middelen kunnen helpen.

4. Groeipijnen

Wat is het ?

Groeipijn is een onschuldige klacht, gekenmerkt door een bepaald patroon van pijn in de benen, gewoonlijk bij kinderen tot 10 jaar.

Hoe vaak komt het voor?

Het is een van de meest frequente oorzaken van pijnklachten in de benen.

Wat zijn de belangrijkste klachten?

De pijn begint vooral in de benen (kuiten, in de knieholte of ter plaatse van de dij). De pijn zit meestal in beide benen. Gewoonlijk begint de pijn in de namiddag of in de nacht. Het kind wordt er soms wakker van. Soms is de pijn heviger na een inspannende dag. De pijn duurt meestal 10 tot 30 minuten, hoewel het ook wel eens uren kan duren. De pijnintensiteit varieert van mild tot hevig. Groeipijnen komen en gaan, met pijnvrije periodes van dagen tot maanden. Een enkele keer is de pijn dagelijks.

Hoe wordt de diagnose gesteld ?

Het karakteristieke patroon van de pijn in combinatie met een normaal lichamenlijk onderzoek van de arts leidt meestal tot de diagnose. Aanvullend onderzoek is niet nodig.

Behandeling

Uitleg over de onschuldige aard van deze aandoening voorkomt onnodige ongerustheid bij patiënt en familie. Tijdens de aanval helpen massage of lichte pijnstillers soms. Kinderen die erg veel pijn hebben krijgen soms een avonddosis ibuprofen.

Prognose

Groeipijnen hebben geen enkele relatie met ernstige aandoeningen van spieren of andere inwendige organen. Gewoonlijk verdwijnen de pijnen spontaan na verloop van tijd in het 14^e tot 16^e jaar. In de adolescentie is de pijn in vrijwel alle gevallen verdwenen.

5. Benigne Hyperlaxiteit Syndroom**Wat is het?**

Bij het Benigne Hyperlaxiteit Syndroom (BHS) is er sprake van pijn in de ledematen ten gevolge van een toegenomen beweeglijkheid van de gewrichten, zonder dat er aanwijzingen zijn voor een onderliggende ziekte. Het BHS is daarom geen ziekte, maar een variatie op normaal: sommige mensen zijn van nature stijver dan anderen, mensen met het BHS zijn uitgesproken soepel of lenig.

Hoe vaak komt het voor?

BHS komt veel voor op de kinderleeftijd, waarbij aantallen gerapporteerd worden van 25 tot 50% van de kinderen onder de leeftijd van 10 jaar. De frequentie van voorkomen neemt af met de leeftijd. In sommige studies wordt BHS vaker gerapporteerd in meisjes, terwijl in andere studies er geen verschil gevonden wordt in de aantallen van jongens en meisjes. Het lijkt meer voor te komen in de West-Afrikaanse bevolkingsgroepen dan in de blanke bevolkingsgroep. BHS komt vaak familiair voor.

Wat zijn de belangrijkste klachten?

De hyperlaxiteit of toegenomen beweeglijkheid van de gewrichten resulteert vaak in wisselend aanwezige, terugkerende pijnklachten die met name aan het eind van de dag opkomen of 's nachts. De pijn wordt met name gevoeld in knieën, voeten of enkels en lijkt niet oppervlakkig, maar juist dieper gelokaliseerd te zijn. Bij kinderen die piano, viool of iets dergelijks spelen zijn het vaak de vingers die pijnklachten geven. Lichamelijke inspanning kan de pijn doen opkomen of doen toenemen. In het algemeen wordt aan de gewrichten zelf geen afwijkingen gezien, heel zelden kan het betreffende gewricht iets gezwollen zijn.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Twee vergelijkbare sets van criteria worden gebruikt om de diagnose BHS te stellen: de zogenaamde Beighton Score en de aangepaste criteria van Carter en Wilkinson (tabel 2 en afbeelding 2/Hyperlaxiteit).

Behandeling

Behandeling is slechts zeer zelden nodig. Als het kind bij het sporten, zoals voetbal, schoolgymnastiek of volleyballen, regelmatig kneuzingen of verzwikkingen van de gewrichten oploopt, kan een brace van het betreffende gewricht of fysiotherapie om lokaal de spiergroepen in kracht te doen toenemen overwogen worden.

Adviezen voor het leven van alledag

Het BHS is nogmaals geen ziekte, maar een goedaardige conditie waarvan de (pijn)klachten afnemen met het ouder worden. Ouders moeten zich bewust zijn dat het grootste risico voor kinderen met BHS bestaat uit overbezorgdheid. Kinderen moeten aangemoedigd worden om een normaal niveau van lichamelijke inspanningen passend bij de leeftijd te handhaven, inclusief deelname aan sporten die ze graag willen doen.

6. Kortdurende gewrichtsontsteking

Synoniemen

Vluchtige gewrichtsontsteking, geïrriteerde heup, coxitis fugax.

Wat is het?

Pijnlijkheid met vochtophoping van het heupgewricht waarvan de oorzaak niet bekend is. Het beeld herstelt spontaan zonder schade aan te richten.

Hoe vaak komt het voor?

Het is de meest voorkomende oorzaak van een pijnlijke heup op de kinderleeftijd. 2 tot 3% van de kinderen op een leeftijd tussen de 3 en de 10 jaar zullen dit eenmaal doormaken. Het komt vaker voor in jongens, en wel 3 tot 4 keer vaker dan in meisjes.

Wat zijn de klachten?

Een pijnlijke heup en mank lopen. Lang niet alle kinderen geven de pijn ter hoogte van de heup aan. Meestal wordt de pijn gepresenteerd als pijn ter plaatse van de lies, het bovenbeen of soms zelfs in de knie. De pijn ontstaat meestal plotseling. De meest

voorkomende eerste presentatie van de klachten is als kinderen wakker worden en niet meer willen lopen of mank lopen.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Het lichamelijk onderzoek is karakteristiek: het kind mankt en heeft een beperkte beweeglijkheid van de heup. In slechts 5% van de gevallen zijn beide heupen aangedaan. Röntgenfoto's zijn normaal, afhankelijk van het lichamelijk onderzoek wordt besloten of er al dan niet een röntgenfoto wordt gemaakt.

Therapie

Hoofdpijler van de behandeling is (bed)rust. Pijnstillers als paracetamol of NSAID's (in het bijzonder ibuprofen) zijn zinvol om de pijnklachten te verminderen. In een heel enkel geval als de pijnklachten zeer ernstig zijn, kan tractie van het been overwogen worden. Dit is een behandeling die in het algemeen niet thuis plaatsvindt. Meestal herstelt dit beeld spontaan, met of zonder pijnstilling, binnen 6 tot 8 dagen.

Prognose

De prognose ofwel de verwachting op de lange termijn is uitstekend, met volledig herstel en meer dan 99% van de kinderen. Als een kind eenmaal een coxitis fugax heeft doorgemaakt, is het niet ongevoel om een nieuwe episode(s) van coxitis fugax door te maken. Het beloop is dan meestal milder, met een kortere duur van de klachten dan bij de eerste episode. Minder dan 1% van de kinderen ontwikkelt op termijn de ziekte Legg-Calvé-Perthes. Het is overigens niet duidelijk wat het verband precies is tussen Legg-Calvé-Perthes disease en coxitis fugax. Met name weet men niet of de ziekte van Legg-Calvé-Perthes een complicatie is van de eerder doorgemaakte coxitis fugax, of dat de pijnklachten van de heup bij de eerste episode al veroorzaakt werden door een beginnende Legg-Calvé-Perthes ziekte.

7. Patellofemorale pijn

Introductie

Patellofemorale pijn is het meest voorkomende overbelastingssyndroom op de kinderleeftijd. Het behoort tot de groep van aandoeningen die ontstaan ten gevolge van herhaaldelijke, eenzijdige intensieve bewegingen van een bepaald deel van het lichaam. Deze aandoeningen worden vooral op de volwassen leeftijd gezien, denk bijvoorbeeld aan de tennis- of golfelleboog en komen minder voor op de kinderleeftijd.

Synoniemen

Patellofemorale syndroom, chondromalacie van de patella, chondromalacie van de knieschijf, chondromalacie, knieklachten.

Wat is het?

Patellofemorale pijn ontstaat op het moment dat lichaamsactiviteiten leiden tot belasting van het patellofemorale gewricht. Het patellofemorale gewricht wordt gevormd door het onderste deel van het bovenbeen (femur) en de knieschijf (patella) (zie afbeelding 3/knie en patellofemorale gewricht). De term chondromalacie van de patella of chondromalacie

in het algemeen wordt ook gebruikt voor dit overbelastingssyndroom. De zijde van de knieschijf die scharniert met het bovenbeen is namelijk bedekt met kraakbeen waarin kleinere veranderingen gezien kunnen worden.

Hoe vaak komt het voor?

Het is zeer ongewoon in kinderen jonger dan de leeftijd van 8 jaar. De frequentie van voorkomen neemt toe met de leeftijd, met een piek in de pubertijd. Gemiddeld klagen 1 tot 3% van de gezonde kinderen ouder dan 10 jaar over deze pijn ter hoogte van de knieschijf. Patellofemorale pijn komt vaak voor bij meisjes. Daarnaast komt het ook vaker voor in kinderen met uitgesproken X-benen (genu valgum) of O-benen (genu varum).

Wat zijn de voornaamste klachten?

Het karakteristieke klachtenpatroon bestaat uit pijn ter hoogte van de knieschijf die toeneemt bij rennen, traplopen, springen of op de hurken zitten. De pijnklachten nemen ook toe na een langere tijd stilzitten met de knieën gebogen.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Patellofemorale pijn in gezonde kinderen is een diagnose die gesteld wordt op basis van de resultaten bij lichamelijk onderzoek. Laboratoriumonderzoek of röntgendiagnostiek is niet nodig. Pijn kan uitgelokt worden door druk op de knieschijf. Ook kan de pijn uitgelokt worden door de knieschijf te fixeren terwijl de grote strekspier (quadriceps) van het bovenbeen aangespannen wordt (zie afbeelding 4).

Behandeling

In het algemeen is geen behandeling nodig. Als er geen onderliggende ziekte aantoonbaar is, dan is het een goedaardige aandoening die in de loop van de tijd spontaan herstelt. Als deelname aan sportactiviteiten beperkt wordt door de pijnklachten, kan overwogen worden om fysiotherapie te starten met als doel versterken van de spierkracht van de grote strekspier van het bovenbeen (quadriceps). Koelen van het kniegewricht ter plekke kan de pijn na inspanning doen verminderen.

Adviezen voor het dagelijks leven

Ondanks de pijnklachten moet geprobeerd worden de kinderen een zo normaal mogelijk leven te laten leven. Deelname aan sporten is geen bezwaar, maar kan beperkt worden door het optreden van de pijnklachten. Eventueel kan een knie-brace overwogen worden ter vermindering van de pijnklachten bij lichamelijke activiteiten.

8. Epifysiolyse van het bovenbeen

Wat is het?

Verplaatsing door onbekende oorzaak van de kop van het bovenbeen door de groeischijf heen (zie afbeelding 5). De groeischijf bestaat uit kraakbeen wat aan de boven- en onderzijde omgeven wordt door botweefsel. Dit is het meest kwetsbare onderdeel van het botweefsel. De groei van elk bot in ons lichaam vindt plaats vanuit de groeischijf. Uiteindelijk wordt het kraakbeen van de groeischijf ook gemineraliseerd en verandert in

hetzelfde botweefsel als waar het eerst omgeven mee was. Op dat moment zal het bot niet meer verder groeien.

Hoe vaak komt het voor?

Het is een zeldzaam ziektebeeld dat 3 tot 10 op honderdduizend kinderen betreft. Het komt vaker voor in de puberteit (bij jongens in de leeftijdscategorie 12 tot 16 jaar, bij meisjes in de leeftijdscategorie 10 tot 14 jaar). De ziekte komt twee keer zo vaak voor bij jongens dan bij meisjes. Ook is er vaker sprake van overgewicht bij kinderen die deze aandoening ontwikkelen.

Wat zijn de voornaamste klachten?

De kinderen klagen over pijn in de heup of het been, dit toenemend bij lichamelijke inspanning. Er is sprake van een verminderde beweeglijkheid van de heup. De pijn kan ook aangegeven worden ter plaatse van de dij (zijkant van de bovenbenen). In 15% van de kinderen zijn beide heupen aangedaan.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

De bevindingen bij lichamelijk onderzoek zijn karakteristiek, met een duidelijk verminderde heupfunctie. De diagnose wordt bevestigd door het maken van een röntgenfoto van beide heupen. Naast een conventionele voor-achterwaarts opname wordt een opname volgens Lauenstein geadviseerd (zie afbeelding 5).

Behandeling

Het operatief inbrengen van een pen om de kop van het bovenbeen terug te brengen en te stabiliseren op de juiste plek.

Prognose

De prognose hangt sterk af van de tijdsduur die is verstreken tussen het moment van afglijden van de kop van het bovenbeen en op het moment dat de diagnose gesteld is. Verder is ook de ernst van de verplaatsing van de kop van het bovenbeen van belang.