

Ergenlik dönemi kas-iskelet sistemi sorunları

Muskuloskeletal disorders in adolescence

Hüseyin Demir¹

Özet

Büyüme ve gelişme döneminin önemli bir bölümünü oluşturan ergenlik döneminde kas-iskelet sorunları sık görülmektedir. Romatizmal hastalıklar, kronik ağrı sendromları, sistemik vaskülitler, enfeksiyonlar, aşırı kullanma sendromları, spesifik ortopedik sorunlar, metabolik kemik hastalıkları, tümörler, periferik nöropatiler, primer kas hastalıkları ve psikosomatik sorunlar en sık görülen kas-iskelet sistemi sorunlarıdır. Ergenlerde kas-iskelet sistemi sorunlarının yaygın olması, semptomların erişkinlere göre farklılık göstermesi, geç kalmış ve yeterli olmayan tedavinin kalıcı sakatlıklara yol açma riskinin bulunması nedeniyle bu dönemdeki multidisipliner ve yetkin yaklaşım büyük önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Ergenlik dönemi, kas-iskelet sistemi sorunları, romatizmal sorunlar, fiziksel tıp, rehabilitasyon.

Summary

Musculoskeletal disorders is common in adolescence which is an important period of growth and development. Rheumatic diseases, chronic pain syndromes, systemic vasculitis, infections, overuse syndromes, specific orthopedic problems, metabolic bone diseases, tumors, peripheral neuropathies, primary muscle diseases and psychosomatic problems are the most common musculoskeletal problems. Because of the high frequency of musculoskeletal disorders among adolescents, differences in symptoms according to adults, presence of the risk of permanent disability due to delayed and inappropriate treatment; multidisciplinary and competent approach are important issues in this period.

Key words: Adolescence, musculoskeletal disorders, rheumatic disorders, physical medicine, rehabilitation.

Ergenlik dönemi çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olup, bu dönemdeki hastalıklar hem çocuklarda ve hem de erişkinlerde görülen hastalıklardan farklı özelliklere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ergenlik dönemini 10-19 yaş dönemi olarak kabul etmekte olup, toplumun %13-15'ini oluşturmaktadır.^[1] Çocuklarda ve ergenlerde kas-iskelet sistem problemleri oldukça fazladır. Birinci basamak hekimlerine başvuruların yaklaşık %20'sini kas iskelet sistemi sorunları oluşturmaktadır.

Birçoğu kendi kendini sınırlayan tablo olmakla beraber; lösemi, osteomyelit gibi hayatı tehdit eden patolojiler de olabilir.^[2]

Çocuklardaki en önemli kas-iskelet sistemi sorunlarını romatizmal hastalıklar, kronik ağrı sendromları, sistemik vaskülitler, enfeksiyonlar, aşırı kullanma sendromları, spesifik ortopedik sorunlar, metabolik kemik hastalıkları,

tümörler, periferik nöropatiler, primer kas hastalıkları ve psikosomatik sorunlar oluşturmaktadır (Tablo 1).

Adolesanlarda kas-iskelet sistemi sorunlarının tanı ve ayırıcı tanısı için detaylı anamnez ve fizik muayene yanında uygun tanısal girişimlere ihtiyaç vardır. Her dönemin kendine özgü bulguları olduğu gibi, tedavi yaklaşımları da farklıdır. Çocukluk gibi gelişme dönemindeki hastalıkların etkili ve erken tedavi edilmemesi ilerde telafisi mümkün olmayan gelişme gerilikleri ve sakatlıklara yol açma riski vardır. Bu dönemde yapılması gereken en önemli yaklaşımlardan bazıları ağrıyı azaltmak, eklem hareket açıklığını korumak, deformite gelişimini engellemek, tedavi ve hastalıkların normal gelişimi ve büyümeyi bozmasını engellemektir. Bunun için multidisipliner yaklaşım oldukça önemlidir. Ergenlerdeki bu sorunların tedavisinde pediatrist, pediatrik romatolog, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uz-

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, Prof Dr., Kayseri

manı, ortopedist, fizyoterapist, iş-üçraşı terapisti ve psikologdan oluşan bir ekibin multidisipliner yaklaşımı ile daha iyi bir sonuç alınması söz konusudur.^[2,3]

Çocukluk ve ergenlik dönemi sorunlarında yetkinlik oldukça önemlidir. Kas-iskelet sistemi sorunlarının yaygın olması, laboratuvar sonuçlarından çok kliniğin önemli olması, bulguların çocuklarda farklı seyretmesi, geç kalmış ve yeterli olmayan tedavinin kalıcı sakatlıklara yol açma riskinin bulunması gibi nedenler büyüme ve gelişme dönemindeki çocuklarda multidisipliner ve yetkin yaklaşımın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.^[4]

Kas-İskelet Sistemi Sorunlarına Yaklaşım Prensipleri

Çoğu pediatri kitaplarında kas-iskelet sistemi muayenesi yetersiz anlatılmaktadır.^[5] Ergenlerle uğraşan disiplinlerde kas-iskelet sistemi muayenesi, bu sistemi tutan hastalıkların iyi tanınması, gerekli durumlarda uygun disiplinlere yönlendirilmesi ve optimal tedavisi için hem tıp eğitiminde hem de aile hekimliği, pediatri, ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji gibi ilgili disiplinlerin uzmanlık eğitiminde kas-iskelet sisteminin daha fazla teorik ve pratik olarak yer almasına ihtiyaç vardır.

Küçük çocuklarda hastalık semptomları erişkinlere göre farklılık gösterir; şikâyetlerini tam aktaramayacak kadar küçük ve çekingen olabilir, doktora gelmekten korkabilir; dolayısıyla yakınlarından iyi bir anamnez ve gözlem çok önemlidir. Ergenlerde ise şikâyetlerini daha rahat ve anlaşılır aktarması mümkündür.

Hastanın öyküsünde aralıksız ağrı, gece ağrısı, ateş, kilo kaybı gibi önemli semptomlar malignensi ve enfeksiyöz hastalıklar açısından uyarıcı olmalıdır. Eklem şişli-

Tablo 1. Kas-iskelet sistemini tutan hastalıklar^[12]

<p>Enflamatuar hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> Juvenil idyoapik artrit Bağ dokusu hastalıkları <ul style="list-style-type: none"> - SLE - Juvenil dermatomyozit - Enflamatuar barsak hast. - Miks bağ dokusu hast. - Skleroderma - Pannikülit - SAPHO sendromu Vaskülitler <ul style="list-style-type: none"> - Kawasaki hastalığı - Henoch-Schonlein purpura 	<p>Mekanik/ortopedik sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none"> Eklem hipermobilitesi <ul style="list-style-type: none"> - Benign eklem hipermobilité sendromu - Lokalize hipermobilité - Marfan sendromu - Ehler-Danlos sendromu Iritabl kalça Perthes hastalığı Diğer osteokondritler Slipped üst femoral epifizis Kondromalazi patella Ön patella sendromu Bel ağrısı
<p>Enfeksiyöz/postenfeksiyöz</p> <ul style="list-style-type: none"> Viral/reaktif artrit Romatizmal ateş Septik artrit Osteoatiküler tüberküloz Brusella/Lyme/Fungal artrit 	<p>Metabolik hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> Gut Mukopolisakkaridoz Mukolipidoz Fabry hastalığı Alkaptonüri Lesch-Nyhan hastalığı
<p>Neoplastik</p> <ul style="list-style-type: none"> Lösemi Nöroblastoma Metastatik hastalık Primer kemik tümörleri 	<p>Hematolojik hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> Orak hücreli anemi Diğer hemoglobinopatiler Hemofili
<p>İdyopatik ağrı sendromları</p> <ul style="list-style-type: none"> RSD Fibromyalji Noktürnal idyopatik ağrı sendromu Yaygın idyopatik ağrı sendromu 	<p>Diğer</p> <ul style="list-style-type: none"> Sarkoidoz İmmun kompleks depo Septisemi Serum hastalığı İmmun yetmezlik ilişkili İlacı bağlı

ği varsa öncelikli olarak travma sorgulanmalı, travma öyküsü yoksa acil tablolardan biri olan septik artrit dışlandıktan sonra diğer romatizmal hastalıklar araştırılmalıdır.

Hastanın muayene odasına girmesi ile kişinin postürü, yürüyüşü, giyinmesi-soyunması, oturması-kalkması dikkatli bir şekilde gözlemlenmelidir. Detaylı anamnezden sonra, özgeçmiş, soy geçmişi sorgulanmalı, sistemlerin gözden geçirilmesini takiben detaylı kas-iskelet sistemi muayenesine geçilmelidir. Daha sonra tanıyı koymak için gerekli uygun tetkikler istenebilir.

Romatizmal Sorunlar

Genel olarak romatizmal sorunları enflamatuvar, mekanik ve davranışsal veya psikolojik olarak ayırabiliriz. İngiltere’de bir bölge hastanesine refere edilen hastalardan % 52’sinde mekanik-ortopedik, %22’sinde juvenil artrit, %7’sinde enfeksiyon, %2’sinin bağ dokusu hastalığı, %1’inde vaskulit, %1’inde hematolojik ve geriye kalan %15’inde ise diğer nedenlerle gelişen kas-iskelet sistemi sorunu olduğu bildirilmiştir.^[6]

Çalışmalarda Kuzey Amerika ve Batı Avrupa’da göre beyaz ırkta 16 yaş altı popülasyonda yıllık juvenil kronik artrit (JKA) insidansı 11-18/100.000 olarak bulunmuştur.^[7-9]

Bağ dokusu hastalıklarından polimiyozit ve dermatomyozitin yıllık insidansının 0.25-0.40/100.000, sistemik lupus eritematozusun ise 0.4-3.4/100.000 olduğu bildirilmiştir.^[10,11]

Çocukluk çağı kas-iskelet sistemi sorunlarından önemli nedenlerinden biri de eklem hipermobilitesi olup, bazı çalışmalarda prevalansı %2.3-30 olarak bulunmuştur.^[12]

Bölgesel ve yaygın ağrı sendromlarının çocuklardaki sıklığı konusunda yeterli çalışma yoktur. Ancak gittikçe bu konudaki çalışmalar rastlanmaktadır. Bir çalışmada fibromyalji sıklığı okul çağı çocuklarda % 6.2 olarak saptanmıştır.^[13]

Genel Tedavi Prensipleri

Enflamatuvar artritle giden romatizmal sorunlarda en önemli tedavilerden birisi ilaç tedavisidir. Çocuklar erişkinlerin küçük tipi olmayıp; fizyolojik, farmakokinetik ve bilişsel bakımdan farklılıkları dikkate alınmalıdır. Çocuklarda iyi kontrollü ve geniş ölçekli az sayıda ilaç çalışması mevcuttur.^[3] Çocuklarda ilaçların verilme yolu da ayrı bir konudur. Adolesanlarda ise okul dönemindeki çocukların ilaçlarının verilme sıklığı okula göre ayarlanmalıdır. Çocuklarda kas-iskelet sistemi sorunlarının başında ağrı ve tutukluluk olup ilaç ve ilaç dışı yöntemlerle tedavi edilir. İlaç tedavileri arasında basit analjezik, nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar, steroidler, hastalığı modifiye edici

ilaçlar, biyolojik ajanlar ve diğer ilaçları sayabiliriz. Çocukluk ve ergenlik döneminde kullanılan NSAİ ilaçlar arasında ibuprofen, diklofenak, proksikam, naproksen ve indometazin sayılabilir.

Çocuklarda özellikle juvenil idiopatik artrit (JIA) gibi mono veya oligoartitle seyreden romatizmal hastalıklarda intrartiküler steroid uygulamaları da sık uygulanan tedavi seçeneklerinden biridir.

Ağrı tedavisinde ilaç tedavisi, fizik tedavi uygulamaları (elektroterapi, masaj, sıcak-soğuk uygulamaları, iş- uğraşı tedavileri, gevşeme egzersizleri, hidroterapi, biofeedback, egzersiz, manuplasyon...gibi), davranış tedavisi ve ortez uygulamaları önerilmektedir.^[14-17]

Egzersiz kas-iskelet sistemi sorunlarında vazgeçilmez tedavilerden birisidir. Enflamatuvar artritlerin erken döneminde pasif, kronik döneminde ise aktif ve rezistif egzersizler ön planda tutulmalıdır.

Fizik tedavi modaliteleri ve hidroterapi ile ergenlerde kas gücünün artırılması, eklem hareket açıklığının korunması, fiziksel uygunluk, ağrının azaltılması, fonksiyonların korunması ve artırılması ve hayat kalitesinin artırılması amaçlanır.^[18]

Splintler, breysler ve ortezler ise istirahati sağlamak, enflamasyonu azaltmak, fonksiyonları artırmak, deformeiteyi önlemek, enerji tasarrufuna yardım etmek ve ağrıyı azaltmak amacıyla sık kullanılan yardımcı malzemelerdir.^[3]

Kaynaklar

1. Kasapçopur Ö, Arısoy N. Ergenlik çağında bağ dokusu hastalıkları. *Türk Pediatri Arşivi* 2011;46 (Özel Sayı):118-27.
2. Patel DR, Moore MD, Greydanus DE. Musculoskeletal diagnosis in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 2007;18:1-10.
3. Davis PJ, McDonagh JE. Principles of management of musculoskeletal conditions in children and young people. *Best Pract Res Clin Rheum* 2006;20: 263-78.
4. Foster H, Kay L. Examination skills in the assessment of the musculoskeletal system in children and adolescents. *Curr Paediatr* 2003;13:341-4.
5. Kay LJ, Baggott G, Coady DA, Foster HE. Musculoskeletal examination for children and adolescents: do standard textbooks contain enough information? *Rheumatology* 2003;42:1423-5.
6. Symmons D, Jones M, Osborne J et al. Paediatric rheumatology in the United Kingdom: data from the British Paediatric Rheumatology Group national diagnostic register. *J Rheumatol* 1996;23:1975-80.
7. Townner SR, Michet CJ, O’Fallon WM & Nelson AM. The epidemiology of juvenile arthritis in Rochester Minnesota 1960-1979. *Arthritis Rheum* 1983;26:1208-13.
8. Kunnano I, Kallio P & Pelkonen P. Incidence of arthritis in urban Finnish children. *Arthritis Rheum* 1986;29:1232-8.
9. Andersson Gare B, Fasth A. Epidemiology of juvenile chronic arthritis in South Western Sweden: a 5-year prospective study. *Pediatrics* 1992;90:950-8.

10. Pelkonen PM, Jalanko HJ, Lantto RK, ve ark. Incidence of systemic connective tissue diseases in children: a nationwide prospective study in Finland. *J Rheumatol* 1994;21:2143-6.
11. McCarty DJ, Manzi S, Medsger Jr. TA, ve ark. Incidence of systemic lupus erythematosus. Race and gender differences. *Arthritis Rheum* 1995;38:1260-70.
12. Davies K, Copeman A. The spectrum of paediatric and adolescent Rheumatology. *Best Pract Res Clin Rheum* 2006;20:179-200.
13. Gedalia A, Press J, Klein M, Buskila D. Joint hypermobility and fibromyalgia in schoolchildren. *Ann Rheum Dis* 1993;52:494-6.
14. Schanberg LE, Lefebvre JC, Keefe FJ, ve ark. Pain coping and the pain experience in children with juvenile chronic arthritis. *Pain* 1997;73:181-9.
15. Thastum M, Herlin T & Zachariae R. Relationship of pain-coping strategies and pain-specific beliefs to pain experience in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2005;53:178-84.
16. Eccleston C, Malleon PN, Clinch J, ve ark. Chronic pain in adolescents: evaluation of a programme of interdisciplinary cognitive behaviour therapy. *Arch Dis Child* 2003;88:881-5.
17. Christie D & Wilson C. CBT in pediatric and adolescent health settings: a review of practice-based evidence. *Pediat Rehabil* 2005;8:241-7.
18. Epps H, Ginnelly L, Utley M, ve ark. Is hydrotherapy cost-effective? A randomised controlled trial of combined hydrotherapy programmes compared with physiotherapy land techniques in children with juvenile idiopathic arthritis. *Health Technol Assess* 2005;9:1-76.

Geliş tarihi: 23.02.2012

Kabul tarihi: 16.05.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. Hüseyin Demir
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Algoloji Bilim Dalı, Kayseri
Tel: (0532) 546 50 64
e-posta: demirh@erciyes.edu.tr