

# **BÓLE KOSTNE I TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ JAKO OBJAWY WIODĄCE W PRZEBIEGU ZABURZEŃ MINERALIZACJI [..]**

**I Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 6-8.10.2005**

Streszczenia:

Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2005, vol 7 (Supł. 1), s162-164.

**P36**

**BÓLE KOSTNE I TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ JAKO OBJAWY WIODĄCE W PRZEBIEGU ZABURZEŃ MINERALIZACJI KOŚĆCA U 2 CHŁOPCÓW**

Koźłataj W., Szewczyk L.

Klinika Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej AM w Lublinie.

Adres do korespondencji: Klinika Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej Akademii Medycznej, ul. Chodźki 2, 20-093 Lublin

Słowa kluczowe: osteoporoza, Z -score, bóle kostne, zaburzenia chodu

Wstęp

Zaburzenia mineralizacji kości w wieku dziecięcym sprawiają wiele trudności diagnostycznych. Z powodu błędnego przekonania, iż problem zaburzeń mineralizacji kości jest marginalny w tej grupie wiekowej, pacjenci często przez wiele lat cierpią, nim zostanie postawione właściwe rozpoznanie.

Cel

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przypadków potwierdzających tezę, iż należy dołożyć wszelkich starań, aby podnosić stan świadomości lekarskiej tak, aby w diagnostyce

różnicowej bólów kostnych i zaburzeń motoryki u dzieci częściej uwzględniali także możliwość istnienia zaburzeń mineralizacji tkanki kostnej.

Materiał, wyniki

Przedstawiamy krótki opis historii 2 chłopców, u których diagnostyka nie uwzględniająca zaburzeń mineralizacji kości nie pozwalała, przez długi czas, na postawienie właściwego rozpoznania.

1. Chłopiec M.S. lat 10 6/12.

Od 10 miesięcy uskarżał się na uporczywe bóle kończyn dolnych, osłabienie mięśniowe, pobolewania kręgosłupa. W wieku 9 8/12 lat rozpoznano u niego „skręcenie stawu skokowego lewego”, co stało się powodem czasowego ograniczenia aktywności ruchowej (3 tygodniowe unieruchomienie kończyny w opatrunku gipsowym). Unieruchomienie nie przyniosło pozytywnych rezultatów. Chłopiec zaczął skarżyć się na bóle obu kończyn dolnych, pojawiły się trudności w chodzeniu, które interpretowano jako zaburzenia równowagi. Pacjent był „obserwowany” przez lekarza rodzinnego, następnie konsultowany przez innych lekarzy. Stawiano kolejne rozpoznania: podejrzenie kolagenozy, podejrzenie boreliozy oraz sugestie polineuropatii.

Ostateczne rozpoznanie – idiopatyczna osteoporoza młodzieńcza. DEXA- BMD L2-L4: 0.531g/cm<sup>2</sup>; Z -score -normy polskie: -3.28 s.d. Z chwilą poprawy mineralizacji tkanki kostnej całkowite ustąpienie objawów subiektywnych.

2. Chłopiec L. M. lat 16.

Od 7 lat nasilające się bóle stawowe, potem kostne, brak łaknienia oraz znaczne wychudzenie (BMI 16.4 w wieku 16 lat). Od 7 lat diagnozowany przez ortopedów, internistów, reumatologa, pediatrów i rehabilitantów, pojawiały się także sugestie konieczności badania psychiatrycznego. Poza lekami przeciwbólowymi, okresowym unieruchomieniem (w tym łupkami gipsowymi) i witaminami nie stosowano żadnego leczenia. Z uwagi na narastające bóle stawowe, a następnie kostne pacjent ograniczał aktywność ruchową, co między innymi mogło być jednym z czynników wpływających na stopniowe pogłębianie się zaburzeń mineralizacji tkanki kostnej (osteoporoza z

unieruchomienia).

Rozpoznanie: osteoporoza w przebiegu zespołu Marfana. DEXA BMD L2-L4 Z-score = -2.6 s.d. W wyniku zastosowanego kilkunastomiesięcznego leczenia i wielokrotnie modyfikowanego schematu terapeutycznego bóle kostne ustąpiły niemal całkowicie (ostatnio: alendronian sodu,  $\alpha$ -calcidol, NaHCO<sub>3</sub>, preparaty Ca i Mg) Ustąpienie bólów kostnych wpłynęło pozytywnie na stan psychiczny pacjenta i wzrost jego aktywności ruchowej. Zaobserwowano też wzrost łaknienia (poprawa stanu psychicznego po złagodzeniu dolegliwości).

Wnioski

Przedstawione powyżej informacje stanowią bodziec do szerszego propagowania diagnostyki densytometrycznej u pacjentów pediatrycznych zgłaszających bóle kostne, a zwłaszcza u tych, u których współistnieją trudne do wyjaśnienia zaburzenia motoryki (głównie chodu).

**P36**

**OSTEALGIAS AND DECREASED MOTOR ACTIVITY AS LEADING SYMPTOMS OF BONE MINERAL CONTENT DISORDERS IN 2 BOYS**

Koźłataj W., Szewczyk L.

Department of Paediatric Endocrinology and Neurology,  
Skubiszewski Medical

University of Lublin, ul. Chodźki 2, 20-093 Lublin, Poland

Keywords: osteoporosis, Z -score, ostealgia, dysbasia.

Introduction

The cases of improper bone mineralization in children make a good deal of diagnostic problems. Because of the conviction, that these diseases are rare, the patients suffer for many years before the right diagnose is made out.

Aim

We present this paper to show the necessity of popularize densitometric methods as paediatric diagnostic procedures, especially in cases with the presence of symptoms suggesting bone mineralization disorders -such as ostealgia and decreased

motor activity.

## Subjects and results

We present short medical histories of 2 boys with bone mineralization problems suffering for a long time because of the lack of the proper medical diagnosis.

### 1. Boy M.S. at the age of 10 6/12.

He has been suffering from nagging pains in lower limbs, deficient muscular power and pains in spine for a period of 10 months. At the age of 9 8/12 the diagnosis "a sprain of left ankle" was made, the left limb was plastered and the boy was told to reduce his physical activity for 3 weeks. This therapeutic method has not cured the boy and he started complain of pains in both lower limbs and of dysbasia. These symptoms were interpreted as problems with keeping the body balance. The boy has been diagnosed by some doctors. The diagnoses: suspicion of a collagen disease, borreliosis or polyneuropathy were suggested.

Finally, idiopathic juvenile osteoporosis was diagnosed. These were present all criteria described by Dent (the beginning before the puberty, pains in lower limbs and spine, deficient muscular power, dysbasia and the faulty posture).

The densitometric data were as follows: (DEXA) BMD L2-L4: 0.531g/cm<sup>2</sup>; (Z -score -polish norm: -3. 28 s.d.). Data from the anamnesis and results of additional investigations were sufficient to exclude the eventuality of secondary osteoporosis.

### 2. Boy L.M the age of 16.

For 7 years, the boy has been suffering arthralgias, then ostealgias and lack of appetite leading to malnutrition (body mass index 16.4).

For 7 years, the boy has been examined by orthopaedists, internists, a rheumatologist, paediatricians and rehabilitants. There have been presented suggestions to perform psychiatric examination. Our patient has been cured only with analgesics and vitamins. From time to time plaster casts were used to immobilize limbs.

Because of intensive pains his locomotion activities had been

reduced causing (probably) decrement of bone mineralization (osteoporosis due to immobilisation).

Diagnosis: osteoporosis as a symptom of Marfan's syndrome. BMD L2-L4 (DEXA) has been estimated at -2.-6 s.d. (significant decrement of mineral bone density).

As the effect of long-lasting and frequently modified therapy the pains have nearly subsided. The therapy (with bisphosphonates (alendronate),  $\alpha$ -calcidol with calcium salts and NaHCO<sub>3</sub> to force alkalinization) has reduced ostealgias and has had a positive influence on locomotion activity of the patient as well as on state of nutrition.

### Conclusions

The informations (presented above) are the arguments for popularization of the densitometry as the very useful diagnostic procedure in paediatrics. These methods should be very useful as diagnostic tools in patients with ostealgias, especially with co-existent decreased motor activity (mainly dysbasia).