

Bolest nohy – Köhlerova nemoc

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.¹, MUDr. Jaroslava Bajerová², MUDr. Zdeňka Ráčilová³

¹Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

²Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie LF MU a FN Brno

³Klinika dětské radiologie LF MU a FN Brno

Klíčová slova: aseptická nekróza, kost člunková, léčba.

Key words: aseptic necrosis, os naviculare, treatment.

Pediatr. praxi 2015; 16(3): 197

V průběhu vánočního období 5letý chlapec (výška 114 cm [poměr hmotnost: výška 13. perc], hmotnost 18 kg [21. perc]) nadužíval domácí trampolíny – hoch skákal s krátkými přestávkami 2–3 hodiny denně. Přibližně 10. den od nástupu nového roku začal chlapec uvádět bolestivost levého nártu, obtížně si dokázal nazout levou botu. Při vyšetření v ortopedické ambulanci byly obě dolní končetiny normální konfigurace, hybnost kloubů kyčelních, kolenních a hlezenních nebyla omezena. Jedinou odchylkou bylo pouze diskrétní prosáknutí levého nártu provázené nevýraznou palpační citlivostí v oblasti base metatarzálních kostí. Na RTG snímku levé nohy byla prokázána téměř kompletní resorpce kosti člunkové – nález odpovídal aseptické nekróze os naviculare označované morbus Köhler I (MK; obrázek 1 a 2).

MK je relativně vzácné onemocnění, obvykle jde o lézi jednostrannou, mezi nemocnými převažují chlapci, nejčastěji ve věku 4–7 roků. Patofyziologie MK je vysvětlována vzájemným působením mechanických vlivů a opožděné osifikace. Kost člunková za fyziologických podmínek osifikuje jako poslední z tarsálních kostí a je vystavena určité kompresi ze strany dvou okolních kostí, a to os cuneiforme a talus, které osifikují dříve. Tlak těchto kostí může omezovat cévní zásobení os naviculare s následným rozvojem její avaskulární nekrózy. Věvodícím příznakem MK je měnlivá, ale i trvalá bolest nohy, její dorzum může být lehce prosáklé, ke změnám koloritu kůže nedochází. V důsledku bolesti bývá nezdůvěřivá postoj chůze – dítě přenáší váhu těla na zdravou dolní končetinu a zřetelně kulhá. Diagnostickou modalitou je prostý RTG snímek, na kterém může být os naviculare zcela resorbována nebo z ní zbývají fragmenty, kost může být také zcela sklerotická. Rozhodujícím opatřením léčby MK je klidový režim, nezbytná doba omezení chůze má trvat 4–6 týdnů. K odlehčení

Obrázky 1 a 2. RTG snímky levé nohy v AP a v šikmé projekci, šipky ukazují téměř kompletní resorpci os naviculare



chůze lze využít měkkých vložek, které se vkládají do boty pod patu chodidla. Lokálně je možno použít chladivé obklady. Prognóza choroby je příznivá, rodičům dítěte je však třeba zdůraznit, že k revitalizaci os naviculare dochází obvykle za delší dobu (6–18 měsíců) a je tedy zbytečné provádět časté RTG kontroly skeletu.

Pouze v úrovni hypotéz zůstává, zda některé údaje od našeho pacienta mohly přispět k rozvoji MK – anamnesticky bylo uvedeno, že chlapec téměř nejí maso, ryby vůbec; prokázána byla sideropenická anémie, snížení sérové koncentrace 25-OH vit. D a kostní věk byl o jeden rok opožděn (profylaxi křivice dostával do konce 1. roku života formou prep. Vigantol).

Pozn.: eponymum Köhlerova nemoc se vztahuje k německému lékaři Dr. med. Albanu Köhlerovi (1874–1947), který počátek své odborné kariéry věnoval chirurgii. Později byla centrem jeho profesního zájmu rentgenologie, v níž se soustředil zejména na choroby skeletu a plic. Známá je i morbus Köhler II (aseptická nekróza hlavičky II. metatarzu).

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.
Pediatrická klinika LF MU a FN Brno
Černopolní 9, 625 00 Brno
zdoleze@fnbrno.cz

