

Fysieke problemen bij groeiende kinderen.

Het grootste probleem situeert zich rond de groeispurt. De botten groeien het eerst en de spieren hebben het moeilijk om deze evolutie snel op te volgen, waardoor er een onevenwicht ontstaat tussen deze beide structuren. Via de pezen is er dus altijd een grote spanning van de spieren op het bot. Hierdoor krijgt men een veranderde timing en dus ook een slechte coördinatie. Men zegt dan van deze kinderen dat ze houterig lopen en spelen, gegeven waar ze helemaal niets kunnen aan doen. Dit is van voorbijgaande aard want eens de spieren zich opnieuw hebben aangepast aan de veranderde situatie, is het probleem opgelost. Je moet alleen proberen er voor te zorgen dat kinderen in deze fase niet overbelast raken, en het enige wat hier therapeutisch kan helpen is wat preventief aan lenigheid doen. Dit kan via actieve lenigheids-oefeningen, eventueel ook via statische stretching.

Avulsiefractuur : Een avulsiefractuur is het loskomen van een deel van het bot, op die plaatsen waar de pees aanhecht. Deze ontstaat meestal acuut bij jonge sporters (11 – 14 jaar), omdat de ligamenten en de pezen sterker zijn dan de epifysairschijven, die de aanhechting vormen van de pezen op het bot. Bij volwassenen zijn die helemaal verbeend en dus sterk, gegeven waardoor we in hun geval eerder een spier- of peesscheur zullen krijgen. Meestal ontstaat dit letsel door een hevige trap in de grond of bij het geven van een lange pass. Er ontstaat plots een te grote krachtinwerking van de pees op het bot, en aangezien dat bij kinderen nog week is kan dit afscheuren en loskomen.

De predispositieplaatsen situeren zich vnl. thv de heup :

SIAI : Musculus Rectus Femoris

SIAS: Musculus Sartorius

Troch. Minor : Musculus Iliopsoas

Behandeling : Als er geen volledige loslating is : rust met nadien het progressief opbouwen van de spierkracht. Bij loslating van het fragment gaat men eventueel operatief een klein vijsje plaatsen ter fixatie.

Osteochondritis dissecans : Dit is het loskomen van een fragment van het subchondrale bot en kraakbeen. Dit fragment kan soms de grootte hebben van een hazelnoot. Het is mogelijk dat dit fragment dan gaat zweven in het kniegewricht, met pijn en een mogelijk niet meer volledig kunnen buigen en / of strekken van de knie tot gevolg. Het komt 4 maal meer voor bij jongens dan bij meisjes en meestal thv. de mediale femurcondyl. De ouderdom van deze gekwetsten varieert van 15 tot 25 jaar. Bij de symptomen vinden we altijd pijn terug, meestal in combinatie met een gezwollen knie. De diagnose wordt bevestigd via radiologische onderzoek (RX – MR).

Behandeling : Als er geen volledige loslating is kan rust helpen met nadien het progressief opbouwen van de spierkracht. Bij loslating van het fragment gaat men via een arthroscopie de losse botstukjes verwijderen.

Chondropathie van de patella : Letsel dat we vaak zien optreden bij meisjes tussen de 12 en de 16 jaar. Het gaat hier om een ontsteking van het kraakbeen ter hoogte van de achterzijde van de knieschijf. Pijn treedt op wanneer de knieschijf wordt gedrukt of glijdt tegen het gewrichtsvlak van het dijbeen. Meestal komt dit voor bij jongeren die snel groeien en die geen goed spiersysteem hebben. Een zwakke Quadriceps, in combinatie met verkorte harmstrings ligt vaak aan de basis van dit letsel.

Symptomen : Diffuse pijn in het kniegewricht na een inspanning
Pijn bij het trappenlopen
Pijn wanneer men lang met de benen gebogen zit zoals bvb. in de bioscoop of bij lange autoritten.

Behandeling : In eerste instantie altijd het optrainen van de Quadriceps, in combinatie met stretchingoefeningen van de harmstrings en het voorste kniekapsel.
Als conservatieve middelen falen kan de chirurg een laterale release voorstellen.

PS. : Toch ook even aangeven dat er vaak een psychologische component aanwezig is, waarbij de patiënt al zijn klachten projecteert op zijn knie. Vroeger werd geringschattend gezegd : geef ze een goed lief en het is over. Dit komt omdat ze dan hun

problemen vergeten en hun gedachten op hun lief zetten. Doordat ze niet aan hun knie denken, hebben ze plots geen pijn meer. Dit is een boutade, maar toch zien we in de praktijk vaak dat er rond het kind allerlei problemen zijn: relatieproblemen van de ouders, ouders die in hun kinderen echte kampioenen zien en kinderen die met deze druk niet kunnen omgaan, afkeer hebben van het lopen in de turnles en daarvoor kniepijn aanwenden, enz.....

Ziekte van Osgood-Schlatter : Juveniele osteochondrose thv. de tuberositas tibiae, meestal bij jongens tussen 10 en 15 jaar. Dat is meestal hetgeen men leest wanneer men info opzoekt over dit probleem, maar daar heeft een leek niet veel aan. Ziehier dus hetzelfde in mensentaal. Zoals je hierboven hebt kunnen lezen, bestaat de mogelijkheid dat door een éénmalige grote kracht van de pees op het bot er een avulsiefractuur ontstaat. Hierbij wordt er een stukje bot quasi volledig losgetrokken van de rest van het bot. Wanneer er nu echter steeds een submaximale kracht wordt uitgeoefend op één stukje bot, ontstaan er minuskule letsels (mikroskopische fragmentjes op RX) thv. dat bot, hetgeen na verloop van tijd gaat ontsteken en dan gaat aanleiding geven tot pijn en tot krachtsverlies. Meestal zien we dit dus optreden bij jongens tussen 10 en 15 jaar, op het moment van de groeispurt en ook op het moment dat de trainingsarbeid wordt opgedreven.

Symptomen : De pijn situeert zich meestal thv. de verdikking op de tibia, net onder de knie. Deze plaats noemt men de tuberositas tibiae en is de aanhechtingsplaats van de pees van de Quadriceps. Naast de pijn is er dus ook steeds sprake van een duidelijke verdikking van het bot op deze plaats. In het begin klaagt de speler niet echt, hij heeft wel wat last maar ja, dat zal wat aan de vermoeidheid liggen. Naderhand treedt er pijn op na de inspanning, geleidelijk aan verergerend na het trappen van lange ballen, bij het springen en hurken. Ook de trap oplopen wordt zeer pijnlijk. Wanneer de irritatie zich situeert thv. de onderpool van de knieschijf noemt men dit de ziekte van Sinding-Larson-Johansson.

Behandeling : Eerst even stellen dat preventie de belangrijkste zaak is in dit verband. Eens de ziekte zich heeft ingesteld kom je in de problemen. Dat houdt in dat spelers tijdens de groeispurt een aangepast programma moeten volgen waarin zwaar belastende oefeningen (springen, knielen, hurken) moeten vervangen worden door technische en coördinatie-oefeningen. Jammerlijk genoeg houden te weinig trainers hier rekening mee. Ook is een algemene goede lenigheid van enorm belang in de preventie van dit probleem, vooral de Quadriceps, de harmstrings en de kuitspieren dienen voldoende soepel te zijn. Stelt het probleem zich toch, dan is de eerste therapie RUST. Daarnaast kunnen ijsapplicaties helpen de acute pijn te verlichten. Rond de revalidatie bestaan verschillende meningen, ik geef U de mijne voor wat ze waard is.

Behandeling : Het beste advies is de eerste 6 weken alle pijnlijke activiteiten te staken, eventueel kan deze periode verlengd worden als de pijn aanwezig blijft. Ondertussen kun je bij de kine lenigheidsoefeningen doen voor de Harmstrings, en isometrische tonifikatie-oefeningen voor de Quadriceps. Achteraf is het een absolute noodzaak de training geleidelijk aan op te bouwen. Sprinten, springen en schieten mag pas gebeuren nadat er geen reactie meer was op voorgaande technische trainingen. Ook lees je vaak dat deze ziekte self-limiting is, wat wil zeggen dat de speler de sport staakt omdat hij pijn heeft. Ik ben het daar niet helemaal mee eens want van zodra kinderen geen pijn meer hebben beginnen ze natuurlijk te voetballen. Alleen is het letsel dan nog niet genezen en blijft het dus actief. Mijn visie is dus, om bij superactieve kinderen die na 3 tot 4 weken nog steeds pijn hebben, ondanks de rust, een gips aan te leggen om hen het bewegen te beletten. Hoelang de globale revalidatie zal duren is moeilijk te bepalen, alleen is het zo dat dit lang kan duren als de sportactiviteiten niet tijdig werden gereduceerd of stopgezet.

Te korte Triceps : Dit zijn kinderen die hun hielen onvoldoende op de grond (kunnen) plaatsen en vaak op hun tippen lopen. Hierdoor hebben zij een gestoord marspatroon dat vaak leidt tot een overbelasting van hun middenvoet. De beste therapie hierbij is een inlegzool die zorgt voor hakverhoging met daarnaast het rekken van alle spieren aan de achterzijde van het been.

Belangrijk in dit geval is, om niet alleen te kijken naar de te korte kuitspieren, maar het been te bekijken in zijn geheel, dwz. dat je moet oog hebben voor de onderlinge verhouding van de spieren tov. mekaar. Men spreekt hier in de kinesitherapie over spierkettingen.

Ziekte van Sever : Je kan dit probleem qua ontstaan en verloop wat vergelijken met de Ziekte van Osgood-Schlatter thv. de knie. Alleen gaat het hier om een irritatie van de Achillespees en diens aanhechting op het bot. Dit letsel treedt het meest op bij jongens tussen 8 en 12 jaar, op het moment dat ze een groeiopstoot hebben. Schoenen met weinig schokabsorptie zoals bvb. voetbalschoenen, leiden sneller tot deze klachten. Zeker bij droge velden en in een periode waar er relatief hard wordt getraind (voorbereiding), moet men attent zijn voor dit probleem. Typisch aan dit probleem is het gestoord looppatroon bij de sporter, en het feit dat hij 's morgens bij het opstaan ontzettend stijf is in zijn kuit en moeilijk marcheert. Ook hier is de ziekte in theorie self-limiting, wat inhoudt dat de speler automatisch stopt door de pijn. Te vaak echter zien we dat actieve kinderen niet echt kunnen stilzitten, waardoor het probleem aanwezig blijft. In samenspraak met de behandelende geneesheer hebben we mijn eigen zoon, die leed aan dit probleem, gegipst gedurende 2 weken. Achteraf volstonden een zestal kine-sessies om hem er helemaal bovenop te helpen.

Olivier Beuckelaers

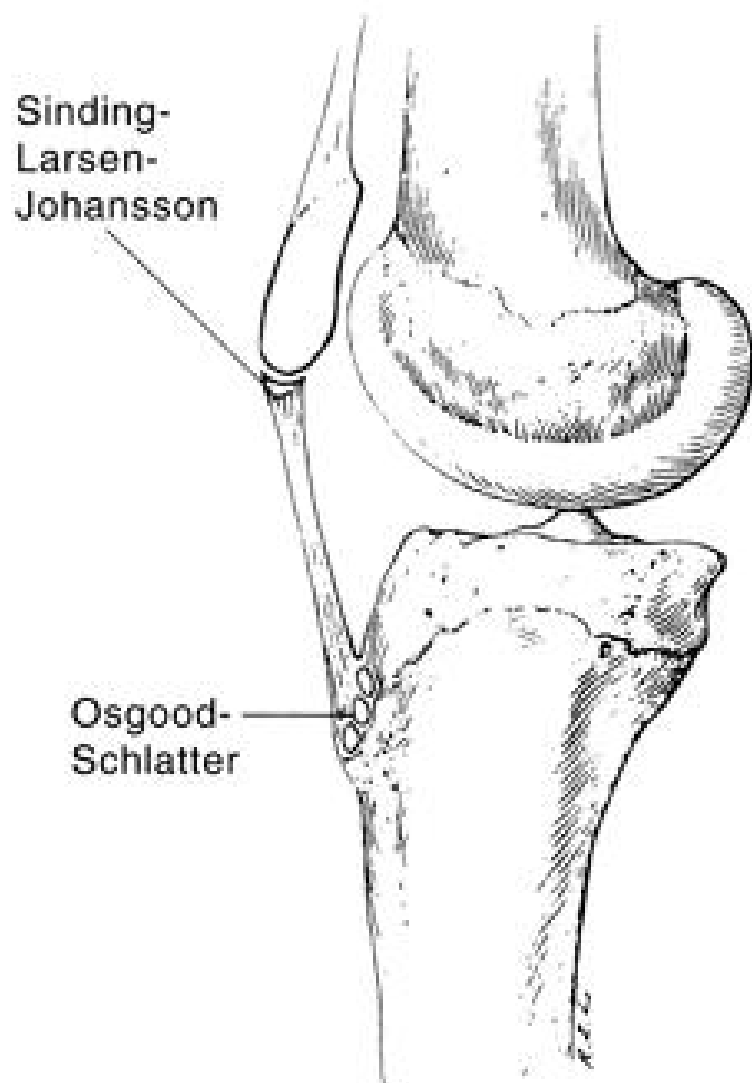


Figure 1