

SCHEUERMANNOVA CHOROBA A JEJÍ DŮSLEDKY PRO VOJENSKOU ČINNOST

Pplk. MUDr. Zdeněk ŠTĚPÁN, MUDr. Pavel HARTL

Jednou z chorob objevujících se u vojáků v základní službě, žáků vojenských škol i vojáků z povolání je Scheuermannova nemoc, která se při posuzování schopnosti k vojenské službě stává někdy předmětem polemiky, do které se zapojují nejen chirurgové, ortopédové, ale i rentgenologové při rtg diagnostice, neurologové při posuzování kořenových syndromů a rehabilitační pracovníci při léčbě této choroby.

Účelem práce je ujednotit názor na posuzování této choroby ve vojenských podmínkách. K tomuto účelu bych nejdříve probral základní projevy, diagnostiku s následky, z kterých bude závěr k posuzování vojenské služby vyplývat.

Do dnešních dnů není jednotný názor na etiologii nemoci a k tomu se pojí i různá pojmenování: chorobu popsal v r. 1913 Scheuermann, a to v jejím klinickém i rtg obrazu. Dále je tato choroba známa pod názvy — Kyphosis juvenilis seu adolescentium, Epiphysitis vertebralis, osteochondrosis juvenilis, osteochondropathia apophysium veterarum apod. Je to choroba dospívající mládeže, vyskytující se mezi 12—18 lety — u hochů 4krát častěji než u dívek. Brocher klade iniciální fázi choroby na 10. rok života. Výskyt choroby je v populaci udáván různě. Rübe a Hemmer při vyšetřování obyvatel Berlína v r. 1960 zjistili výskyt Scheuermannovy choroby u mužů v 27 %. Wasmann v r. 1951 vyšetřil celkem

581 000 dánských odvedenců a zjistil juvenilní osteochondrózu v 5 %. Daneron vyšetřil 1000 nastupujících amerických námořníků a změny na páteři ve smyslu Scheuermannovy choroby našel u 6 % vyšetřovaných. Loder a Amsler ze švýcarské letecké služby objevili M. Scheuermann u každého 10. vyšetřovaného kandidáta. Zajímavý je poznatek Rubaschova a Majkova, kteří vyšetřovali obratle z Altaje a severního Kavkazu, jejíž nositelé žili asi před 3000 lety před naším letopočtem a došli k závěru, že juvenilní kyfóza se dříve vyskytovala častěji. Mnoho autorů tvrdí, že venkovští nebo těžce pracující chlapci jsou postiženi chorobou 8krát častěji než chlapci stejného věku z měst.

Klinická symptomatologie není jednoznačná. Jednou souhlasí s morfologickými změnami, jindy najdeme příznaky vzdálené. Někdy jsme překvapeni minimálními klinickými projevy u velkého rtg nálezu, jindy naopak.

V podstatě rozeznáváme 2 typy onemocnění:

1. Akutní průběh, u kterého převládá maximální přetížení hrudní páteře, vzniká atrofie hrudních obratlů, do kterých vnikají z meziobratlových plotének Schmorlovy uzly. Kyfóza těžkého stupně se vyvíjí během několika málo měsíců. Toto onemocnění se vyskytuje v dětském věku, tj. zhruba okolo 12 let života. Tato forma je u nás vzácná. Typické příznaky pro toto akutní stadium pozoroval a popsal Frejka v době okupace, kdy mladí lidé, nezvyklí tě-

lesné práci, byli náhle nasazeni do nejtěžších zaměstnání.

2. Druhý typ probíhá chronicky. Brochel, Brendl a Beiberg rozdělili tento typ na 3 stadia. V prvním stadiu se ukazuje lehčí funkční postižení páteře. Začátek může být kladen již také na 10. věk života. Na rtg je možno prokázat různé změny okrajových apofýz ve smyslu deformace, segmentace nebo nerovnosti okrajů. Objevuje se zvětšená hrudní kyfóza, která není fixována. Ve druhém stadiu, které je kladeno do rozmezí 12—18 let, je hlavním znakem deformace obratlových těl, které nabývají klínovitěho tvaru, struktura obratlů se stává nepravidelnou. Zajímavé je, že v tomto stadiu adolescentní kyfózy zjišťujeme bolesti zřídka. Güntz je pozoruje u 25 % nemocných, podle Wiliama a Pughe chybí bolesti u 87 % vyšetřovaných. Pokud se obtíže vyskytnou, jsou málo charakteristické. Často se udává únava zad, bolesti jsou více méně difúzní, málokdy lokalizované na postižené obratle. Boolestivost při poklepu na spinální výběžky obratlů, jak to vidíme u spondylitidy, není v tomto stadiu pozorována. Neurologické symptomy, obzvláště radikulární bolesti rovněž nepatří ke klinickému obrazu Scheuermannovy choroby. Velmi často je však pozorováno ztuhnutí a zhroucení hrudní kyfózy. Fixovaná dorzální kyfóza leží v úseku Th 4—Th 12 s vrcholem Th 7—Th 10.

3. Třetí stadium nalézáme kolem 18 let. S 18. rokem floridní stadium choroby uhasíná a choroba sama nemá po růstové periodě žádný větší význam pro patologii dospělých. Teprve daleko později můžeme nalézt bolestivé indurace a myogelózy v m. trapesius, rhomboides či erector trunci. Několikrát se objevují bolesti bederní nebo krční páteře, mohou se objevovat brachialgie, lumbaga, mezižeburní neuralgie a ischialgie jako následek proběhlé Scheuermannovy choroby při porušení statiky obratlů, podmíněné následnými degenerativními změnami mezipáteřního spojení a kompresí kořenů. Na rtg snímcích vidíme splnutí apofýz s těly, která jsou klínovitě deformována a následkem je fixovaná kyfóza v postiženém úseku. Schmorlovy uzly, které jsou v tomto stadiu zřejmé, jsou důsledkem probíhajících plotének do sousedních obratlových těl.

Vedle klasické lokalizace na hrudní páteři byla popsána forma bederní (Lindemann 1932) a krční páteře (Fried 1966). Obě formy se mohou vyskytovat samostatně nebo s dorzální lokalizací.

Diferenciální diagnóza se týká jednak končitálních odchylek, jako je platyspondylie, a klínovitých obratlů bez změn struktury a výhřezů, jak je tomu i u statické kyfózy. Dále můžeme brát v úvahu zánětlivé procesy různé etiologie, které mohou mít několik společných morfologických příznaků. U Scheuermannovy choroby však i ve fázi floridní chybí celkové příznaky zánětu. U stavů posttraumatických, hlavně v pozdějších stadiích, může být velmi

obtížné rozlišení zvláště pokud šlo o mnohočetné kompresivní zlomeniny.

Přes nejasnou etiologii se u vzniku nemoci připouští nadměrné zatěžování páteře, nošení těžkých břemen, práce v předklonu, dlouhé stání, nedostatek vitamínů A, B, C, E i nedostatečná sekrece gonadotropního hormonu hypofýzy apod. Z těchto poznatků je odvozena i léčba, která má předejít dalšímu zvětšování kyfózy, popřípadě ji korigovat. Při zjištění akutního stadia nemoci nutno postiženého vyřadit z práce, léčit klidem v sádrovém lůžku po dobu 1—2 let. U nepřilíš těžkých forem postačí klid na rovném tvrdém lůžku s cíleně vedenou rehabilitací zádového svalstva. Doporučuje se i delší léčba acetylcholinová, vitamíny, kalcium, anabolika a klimatická léčba. Po zhojení procesu jsou nemocní schopni práce s menší svalovou námahou. Většinou jsou nemocní i při značném rtg nálezů bez obtíží.

Shrneme-li tedy klinický průběh Scheuermannovy choroby, zjišťujeme, že ve voj. podmínkách se akutní stadium může objevovat u žáků voj. gymnasií a škol a přehlédnutí této choroby může mít vážné důsledky pro postiženého. Tato forma vyžaduje také cílené léčení po dobu 1—2 let a podle předpisu Zdrav-2-1/1972 bod 722a) jsou tito nemocní neschopni vojenské služby.

Většina autorů, z kterých byla tato práce čerpána, se však shoduje v tom, že v 18. roce floridní stadium choroby zpravidla končí a posuzování k vojenské službě by tedy mělo být prováděno podle klinických projevů a rtg nálezů jednotlivců. To znamená, že v žádném případě se Scheuermannova choroba nerovná neschopnosti k vojenské službě. Právě v tomto bodě bylo v posuzování i podle dřívějších předpisů dost nesrovnalostí. Je třeba, aby se odborní lékaři, kteří tuto chorobu diagnostikují a posuzují, shodli na určitém postupu, který by nepoškodil nemocného a na druhé straně byl v mezích platných předpisů. Tento moment se týká hlavně vojáků v základní službě, u kterých by mělo být po 18 letech floridní stadium ukončeno a podle toho by mělo být posuzováno hlavně podle bodu D 722c — b-I-C podle sloupce I a podle sloupce II C1 u vojáků z povolání. Musíme si uvědomit, že tito lidé v civilním životě nemají zpravidla pracovní neschopnost ani invaliditu, a pokud tedy posuzujeme vojáky v základní službě nebo brance, musíme brát v úvahu i průběh choroby. Z toho vyplývá, jestliže je branec nebo voják v základní službě dnes pro výrazné potíže neschopen výkonu vojenské služby, při malém rtg nálezů může být pro tento nález při stabilizaci choroby do 1—2 let schopen vojenské služby s omezením (BI — C).

Na našem pracovišti jsme si po vzájemném rozboru s rentgenology a neurology vytvořili určité schéma pro posuzování této choroby k vojenské službě. Rtg nález je popisován třemi stupni, a to tak, že u I. st. jde o poškození jed-

noho obratle nebo dvou nevelkého rozsahu, u II. st. dvou a více obratlů a u III. st. jde o poškození hrudní, krční, event. lumbální páteře nebo snížení obratlů o více než $\frac{1}{3}$ těla. U II. a III. st. jsou popisovány i Schmorlovy uzly. Na základě tohoto pomocného rozdělení lékař-chirurg podle klinických projevů snadněji zařadí posuzování do kategorie BI — C nebo D. Tento vžitý systém se nám osvědčil, i když je pouze určitým návodem. Z řečeného vyplývá, že Scheuermannova choroba a její posuzování je ve značném vztahu k vojenské službě a naší snahou je předneseným článkem navodit jednotnost posuzování v celé naší armádě.

Literatura

1. Bláha, R.: Rentgenologie kostí a kloubů, 1. díl, 1. vydání. Praha, SZdN 1963, 440 s.
2. Brocher, J. E. W.: Die Wirbelsäulenleider und ihre Differentialdiagnose. 5. vyd. Stuttgart, G. Tieme, 1970, 881 s.
3. Frejka, B.: Základy ortopedické chirurgie. 1. vydání. Praha, SZdN 1964, 728 s.
4. Kolektiv autorů: Lékařské repetitorium. 3. vyd. Praha, 1967.
5. Kolektiv autorů: Speciální chirurgie. 1. díl, 1. vyd. Praha, 1968.
6. Učík, O.: Pracovní schopnost u chorob páteře. 1. vyd. Praha, 1960.
7. Beran, J., Ceněk, L., Pavelka, B., Suchomel J.: Koincidence juvenilní osteochondrózy (M. Scheuermanni) s méně obvyklými patologickými procesy na páteři. Čs. Radiol., 27, 1973, s. 238.