

Lasten kasvukivut

Monien leikki- ja kouluikäisten ja heidän vanhempiensa iltapuhteita ja yöunta häiritsee kasvukipuina tunnettu ilmiö. Kasvukivuilla tarkoitetaan kasvukäisten ajoittain toistuvia, useimmiten iltaisin esiintyviä tai yöllä unesta herättäviä, alaraajoihin painottuvia kipuja. Kyse on viattomasta mutta kiusallisesta vaivasta ja todennäköisesti kaikkein yleisimmästä lasten kipuoireistosta. Kasvukivut kiusaavat kolmen ja 12 vuoden välillä, ja esiintyvyyksluvut vaihtelevat kahdesta 50 prosenttiin. Kasvukipujen syytä ei tunneta, eikä aiheuttajaksi voida todeta mitään elimellistä sairautta. Vaikka diagnoosi on usein selvä, tietyt erotusdiagnostiset mahdollisuudet on muistettava. Kasvukivut eivät nimestään huolimatta liity lapsen kasvuun – kasvaminen itsessään on kivutonta. Kasvukivut ovat epätasaisesti määritelty ja kuvattu ilmiö, mutta ovat tyypillisimmillään selvästi tunnistettava oireisto. Kasvukipuja on tutkittu ilmiön yleisyyteen nähden yllättävän vähän.

Ranskalainen Marcel Duchamp (1823) kuvasi joukon teini-ikäisiä nuoria, jotka kärsivät alaraajakivuista, ja hän nimesi tämän ilmiön kasvukivuksi. Duchamp arveli kipujen johtuvan luuston nopeasta kasvusta kasvupyrähdyksen aikana. Syyksi on arveltu myös reumakuumeen jälkeistä oireilua ja sen vaatimaa pitkäkestoista vuodelepoa. Vuonna 1939 Hawksley osoitti, ettei reumakuumeella ja kasvukivuilla ollut yhteyttä toisiinsa. Hän esitti kasvukipujen liittyvän lieviin ortopedisiin ongelmiin, kuten latuskajalkoihin ja pihtipolviin.

Naish ja Apley (1951) löysivät 168 lapsen joukosta ainoastaan yhdeltä kasvukivuista

kärsivältä ortopedista vaivaa (Osgood–Schlatterin taudin). He jakoivat tutkittavat lapset kipukovaltaan kahteen ryhmään. Ensimmäiseen kuuluivat lapset, joilla oli kipuja myös päiväaikaan. Näillä esiintyi myös uupumusta, heikentynyttä rasituksensietoa, tuki- ja liikuntaelinjärjestelmän ongelmia sekä tunne-elämän häiriöitä. Tämän ryhmän vanhemmilla oli lihasreumaa tai ”fibrosiittia”. Toiseen ryhmään luettiin lapset, joilla kipuja esiintyi vain iltat tai yöaikaan ja joiden vanhemmilla oli ollut vastaavanlaisia oireita lapsuudessa. Nykykäsitteyksen mukaan ensimmäisen ryhmän lapset vanhempineen olisivat saattaneet täyttää fibromyalgian kriteerit (Buskila 2009).

Naish ja Apley (1951) julkaisivat myös ensimmäiset kasvukipujen diagnostiset kriteerit. He hyväksyivät aineistoonsa ainoastaan lapsia, joilla oli kipuja tutkimuksen aikaan ja niitä oli esiintynyt vähintään kolmen kuukauden ajan. Näin päädyttiin pieneen, 4,2 %:n esiintyvyykslukuun.

Jo 1930-luvulla esitettiin psykologisten tekijöiden vaikututtavan kipujen syntyyn (Apley ym. 1951, Apley 1958). Tämä näkemys toistuu edelleen 2000-luvun kirjallisuudessa. Kasvukivuista kärsivillä lapsilla on raportoitu esiintyvän myös toistuvaa päänsärkyä, oksentelua, vatsakipuja ja kastelua (Apley ym. 1951). Vuonna 1958 Apley toi esille, kuinka toisiaan muistuttavia ovat oireistoltaan lasten toiminnalliset vatsakivut, päänsärky ja kasvukivut. Hän havaitsi näiden oireiden toistuvan usein jaksoittaisina.

Ekblom (1945) esitti ensimmäisenä mahdollisen yhteyden aikuisiän levottomien jalkojen ja kasvukipujen välillä. Molemmissa tiloissa oireet esiintyvät iltapainotteisesti ja levossa, ja molempia oireistoja tavataan usein

samoissa perheissä. Kolmekymmentä vuotta myöhemmin Ekblom (1975) kuvasi naispotilaan, joka aikuisiälläkin kärsi kasvukivuista ja lisäksi myös tyypillisistä levottomista jaloista. Ekblomin mukaan tapaus osoitti, että kyse on kuitenkin eri ilmiöstä.

Kasvukivuille ei ole täsmällistä määritelmää, mutta kyse ei ole määrittämättömästä raajojen kiputilasta. Kasvukivut ovat ehkä väärin ymmärretty ilmiö, eikä tämän vuoksi hoitokaan aina ole tuloksellista.

Lääketieteellisissä julkaisusarjoissa on vuoden 1823 jälkeen ilmestynyt vain 48 englanninkielistä artikkelia lasten kasvukivuista. Tähän määrään sisältyy 24 alkuperäistutkimusta ja 24 katsausartikkelia. Alkuperäistutkimusten joukossa on yksi ainoa satunnaistettu ja kontrolloitu mutta sokkouttamaton tutkimus kasvukipujen hoidosta (Baxter ja Dulberg 1988). Kasvukipujen esiintyvyydestä löytyy kymmenen englanninkielistä tutkimusta ja yksitoista kohorttitutkimusta, joissa on vertailtu kipujen ominaisuuksia ja ilmenemistä potilaiden ja vertailuryhmien välillä. Lisäksi kasvukivuista on julkaistu yksi koe-eläintutkimus (Noonan ym. 2004). Kasvukipujen esiintyvyydestä on tehty myös suomalainen tutkimus (Häkkinen ym. 1989).

Oireet

Kasvukivuista voivat kärsiä minkä ikäiset lapset tahansa, mutta tyypillisesti niitä esiintyy leikki-iässä ja varhaispuberteetissa (kolmen ja 12 ikävuoden välillä). Kasvukivut eivät siis ajoitu lapsen nopean kasvun vaiheisiin. Kivut ilmaantuvat nukahtamisen jälkeen tai nukkumaanmenon yhteydessä, symmetrisesti ja yhtaikaisesti alaraajoihin painottuen säärien etupuolelle, polvitaiteisiin tai jalkoihin. Reisien alueelle ja yläraajoihinkin ilmaantuvia kipuja on kuvattu. Suurimmalla osalla vaivat ilmaantuvat toistuvasti samalle anatomiselle alueelle (Häkkinen ym. 1989). Kivut herättävät lapsen unesta, tai lapsi liikehtii levottomasti. Unesta herättävä, levottomuutta aiheuttava kipu on luonteeltaan kovaa tai keskivaikeaksi luokiteltavaa. Illalla esiintyvä tai nukahtamiseen liittyvä kipu kuvataan yleensä lieväksi. Kivut esiintyvät yleensä

jaksoittaisesti: oireita voi esiintyä useampana iltana tai yönä peräkkäin, ja tätä seuraa kivuton jakso. Kipukohtaus saattaa kestää muutamista minuuteista useampaan tuntiin, mutta aamulla kipua ei enää esiinny. Päiväsaikaan kipuja ei ole eikä lapsen liikkumisessa ilmene poikkeavaa. Kasvukivut eivät koskaan aiheuta ontumista. Kipujaksoja voi olla muutamia, tai kipuja esiintyy lyhyellä aikavälillä, mutta ne saattavat kestää myös säännönmukaisina useita vuosia (Kaspiris ja Zafropoulou 2009).

Määritelmä ja diagnoosi

Kasvukipujen diagnoosi on kliininen ja esitiedoilla on keskeinen osuus. Diagnostisia tutkimuksia tai testejä ei ole olemassa (Peterson 1977, 1986). Erotusdiagnostiset ongelmat ovat vähäiset, virhediagnooseja on raportoitu vähän, eikä laboratoriotutkimuksia tarvita (Asadi-Pooya ja Bordbar 2007). Tärkeintä on erottaa leukemia ja luutuumorit kasvukivuista (TAULUKKO 1). Luutuumoreissa molempipuoliset oireet ovat harvinaisia. Haasteellista on tunnistaa osteoidi osteooma. Tähän harvinaiseen, hyvänlaatuiseseen luutuumoriin liittyy tylppä ja jomottava kipu säären, reiden tai selkärangan alueella. Oireet ovat alaraajoissa toispuoliset ja lisääntyvät yöaikaan. Kasvukivuissa oireita ei ole päiväsaikaan, toisin kuin osteoidissa osteoomassa (Swee ym. 1979).

Tutkimuksissa kasvukipujen diagnostisena määritelmänä on 1990-luvulta alkaen käytetty Petersonin hyväksymis- ja poissulkukriteereitä (Peterson 1977, 1986) (TAULUKKO 2). Kliinisesti kasvukivut määritellään toistuviksi alaraajakivuiksi, jotka kestävät yhtäjaksoisesti alle vuorokauden ja joihin ei liity selvää anatomisesti paikannettavaa kipukohtaa, nivelten liikerajoituksia, merkkejä traumasta eikä paikallista punoitusta tai turvotusta (Kaspiris ja Zafropoulou 2009). Suomalaisaineistossa kasvukipuja esiintyi 11–12 vuoden iässä myös yläraajoissa (Häkkinen ym. 1989). Kasvukipujen voimakkuus ja esiintulo näyttävät vaihtelevan suuresti, ja kipuja esiintyy sattumanvaraisesti. Petersonin (1977) määrittelemä kasvukipudiagnoosi voidaan tehdä sulkemalla pois muiden tilojen mahdollisuus.

TAULUKKO 1. Kasvukipujen erotusdiagnoosiikka.

Tautiryhmä	Tyypioireet
Ortopediset vaivat	Kipu ilmenee ja lisääntyy rasituksessa ja useimmiten helpottuu rasitusta vähentämällä Palpaatioarkuus Kipupiste on usein paikannettavissa
Tulehdukselliset nivelvaivat ja myosiitit	Niveloireet (turvotus, kuumeitus, kipu), sairaan nivelen/nivelten rasituksensieto heikentynyt Oireet painottuvat aamuun ja päiväsaikaan (liikutteluarkuus)
Tuumorit, syövät ja infektiot	Yleisoireita: väsymys, ruokahalun muutokset, heikentynyt suorituskyky ja rasituksensieto, epäselvä kuumeilu Yleistyneet tai vaikeasti paikannettavat kivut
Neurologiset sairaudet (levottomat jalat, neuropatiat ja muut neuromuskulaariset sairaudet)	Levottomissa jaloissa iltaisin esiintyvä alaraajojen ja jalkojen paikallinen liikuttelun tarve (ei varsinaista kipua eikä herätä unesta) Neuromuskulaaritaudeissa usein etenevät oireet, lihasheikkous, heikentyneet lihasvoimat, kömpelyys
Fibromyalgia	Uupumus, univaikkeudet, tyypilliset kipupisteet, mielialaoireet
Yleissairaudet (hypotyreoosi, keliakia, tulehdukselliset suolistosairaudet, nefroottinen oireyhtymä)	Väsymys, päänsärky, ruokahalun muutokset, vatsavaivat, kasvun hidastuminen, epäselvä kuumeilu Kipu paikantuu epämääräisesti Iho-oireita voi esiintyä
Aineenvaihduntasairaudet (Fabryn tauti, Gaucherin tauti)	Etenevät oireet, kipuja kaikkina vuorokauden aikoina, rasitus ja esim. ympäristön lämpötilamuutokset lisäävät oireita Fabryn taudissa kivut paikantuvat raajojen kärkioisiin Gaucherin taudissa sekä neuropaattisia että luustoperäisiä kipuja

Esiintyvyys

Kasvukivut ovat lasten kaikkein tavallisin ki-puoireyhtymä (Malin 2001). Lähes 70 %:lla potilaiden vanhemmista on esiintynyt kasvukipuja lapsuudessa (Häkkinen ym. 1989). Kasvukipujen hyvänlaatuisuus on yleisesti tunnettua, ja pelkästään niiden vuoksi käydään harvoin lääkärissä (Kaspiris ja Zafropoulou 2009).

Arviot esiintyvyydestä vaihtelevat välillä 2,6–49,4 % (Abu-Arafah ja Russel 1996). Suuri vaihteluväli selittyy kasvukipujen erilaisesta määrittelystä. Alle kouluikäisillä lapsilla kasvukipuja esiintyy yleisemmin kuin kouluikäisillä. Tuoreimmassa epidemiologisessa tutkimuksessa esiintyvyydeksi 4–12-vuotiaiden keskuudessa saatiin 24,5 % (Kaspiris ja Zafropoulou 2009). Kasvukivut määriteltiin Petersonin

kriteerien mukaan. Kreikassa alle neljätoista-vuotiaat lapset tutkii aina lastenlääkäri, ja tämä takautuva tutkimus toteutettiin lomakekyselynä runsaan viidensadan lapsen aineistossa. Otos oli 1,7 % kyseisen alueen lapsiväestöstä. Aineistoon otettiin lapset, jotka kävivät lastenlääkärillä puolen vuoden aikana mistä tahansa syystä. Tässä tutkimuksessa päädyttiin suureen esiintyvyydelukuun, mutta aineisto saattoi olla jo alun perin valikoitunutta. Vuoden seurannassa kipua esiintyi yli neljänneksellä (28,1 %:lla) vähintään kerran viikossa. Valtaosalla kasvukivut ilmenivät symmetrisesti alaraajoissa, ja suurimmalla osalla lisäksi ilta- tai yöaikaan.

Ainoassa suomalaistutkimuksessa on selvitetty kasvukipujen esiintyvyyttä aineistossa, joka koostui noin viidestäsadasta oululaisten peruskoulujen viidesluokkalaisesta (Häkkinen

TAULUKKO 2. Kasvukipujen määritelmä Petersonin (1977, 1986) mukaan: hyväksymis- ja poissulkukriteerit.

Arvioitavat piirteet	Hyväksymiskriteerit	Poissulkukriteerit
Kivun luonne ja kulku	Vuorotteleva Kivuttomia päiviä ja öitä	Vaihteleva Voimakkuus ja luonne muuttuva
Toispuolisuus tai yhtäaikaisuus	Molemmin puolin yhtäaikaisesti	Toispuolisuus
Kivun sijainti	Säären etuosa, pohkeet, polven takaosa	Nivelet
Kivun alkua	Myöhään iltapäivällä tai illalla	Kipu jatkuu seuraavaan aamuun ja päivään
Somaattiset löydökset	Normaali	Turvotus, punoitus, kipuarkuus Paikallinen trauma tai infektio Liikerajoitus nivelessä
Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset	Normaalit	Poikkeavuudet esim. perusverenkuvassa, radiologisissa tutkimuksissa
Aktiivisuuden rajoittuminen	Ei	Rajoittaa fyysistä aktiivisuutta

ym. 1989). Kasvukipuja oli esiintynyt 50 %:lla jossakin ikävaiheessa. Suurimmalla osalla ne olivat alkaneet neljän ikävuoden jälkeen. Pahimmillaan kivut olivat olleet 6–10 vuoden iässä. Sukupuolieroa ei tullut esiin.

Etiologiset teoriat

Kasvukipujen etiologiaa ei tunneta varmasti. Kirjallisuudessa on neljä teoreettista päälinjaa: 1) luuston nopea kasvu, 2) lihasten ja luuston väsyminen rasituksessa, 3) ortopediset vaivat ja anatomiset syyt sekä 4) psykososiaaliset tekijät.

Kokeellista tutkimusta edustaa Noonanin ym. (2004) työryhmä, joka mittasi lampaiden raajojen pituuskasvua. Kolmen karitsan raajojen nivelrustoon kiinnitettiin mikroanturit, ja tutkijat havaitsivat raajojen pituuskasvun tapahtuvan karitsan ollessa levossa. He päättelivät kasvukipujen aiheutuvan levonajaisesta kasvutapahtumasta. Epidemiologiset havainnot eivät ole kuitenkaan tukeneet tätä käsitystä: kasvukivut eivät ajoitu lapsen kasvupyrähdysten vaiheisiin.

Useammassa tutkimuksessa on tullut esiin fyysisen rasituksen ja kipujaksojen yhteys (Kaspiris ja Zafropoulou 2009). Liikunnallisesti aktiivisen päivän jälkeen lapsi on valit-

tanut illalla kipuja alaraajoissaan. Varsinaista kilpaurheilua harrastavilla nuorilla tätä yhteyttä ei ole todettu. Kaspiruksen ym. aineistossa yli sadalla kreikkalaislapsella (78,5 %) ilmeni yhteys fyysisen aktiivisuuden ja kasvukipujen välillä mutta kasvukivuista kärsi ainoastaan 17 urheilua harrastavaa lasta (13,1 %).

Ylipainon aiheuttamaa epäedullista jalkojen kuormitusta on pidetty yhtenä mahdollisena syynä kasvukipuihin, tästä yhteydestä ei ole näyttöä (Kaspiris ja Zafropoulou 2009). Nivelten yliliikkuvuutta pidetään niin kasvukipuihin kuin lasten fibromyalgiaankin liittyvänä ilmiönä (Lowe ja Hashkes 2008). Fibromyalgialle on tunnusomaista alentunut kipukynnys. Dolorimetrilla säären etuosasta mitattuna on osoitettu kipukynnyksen olevan kasvukivuista kärsivillä lapsilla matalampi kuin kivuttomilla (Hashkes ym. 2004). Lowe ja Hashkes (2008) pitävät lasten fibromyalgiaa ja kasvukipuja patofysiologialtaan toistensa kaltaisina.

Abu-Arafah ja Russel (1996) ovat esittäneet näkemyksen migreenin ja kasvukipujen kipumekanismien samankaltaisuudesta, ja tämä on johtanut ajatukset verenkierron syyhin. Osoitusta verenkierron poikkeavasta jakautumisesta alaraajoissa kasvukivuista kärsivillä lapsilla ei ole kuitenkaan saatu esiin skintigrafiaa eikä gammakuvauksessa (Hashkes ym.

2005). Aikuisilla migreenipotilailla on kuvattu erilaisia tarkemmin määrittämättömiä raajojen kiputiloja (Prakash ym. 2009), mutta käsitettä kasvukipu ei kuitenkaan näissä yhteyksissä ole mainittu.

Oululaisten kyselytutkimuksessa (Häkkinen ym. 1989) saatiin esiin merkitsevä ero päänsäryn ja vatsakipujen esiintymisessä vertaillaessa kasvukivuista kärsiviä lapsia samanikäisiin kivuttomiin lapsiin. Yhteys on tulkittu psykosomaattiseksi oireiluksi. Kasvukivut samoin kuin levottomat jalat lapsilla on liitetty myös aktiivisuuden ja tarkkaavuuden säätelyhäiriöön (ADHD) (Oberklaid ym. 1997). Yhdentoista kasvukivuista kärsivän lapsen unirekisteröintitutkimuksessa (polysomnografia) todettiin kymmenellä lapsella levottomat jalat. Heistä kuudella lapsella oli myös ADHD-oireisto. Unirekisteröinnissä ei tullut esille mitään eroja verrattaessa ADHD-diagnoosin saaneita niihin, joilla oli kasvukipuja mutta ei ADHD-diagnoosia (Rajaram ym. 2004). Waltersin (2002) mukaan kasvukivut voisivat olla heterogeeninen ilmiö ja levottomat jalat voivat olla osalla lapsista kasvukipujen syynä. Tarkkaavuushäiriön, levottomien jalkojen ja kasvukipujen välistä yhteyttä on myös kritisoitu. Mahdollisesti näitä tiloja yhdistää vain ”levoton uni”.

Mielenkiintoinen havainto koskee rintaruokintaa ja kasvukipuja. Kasvukipuja esiintyi Kaspiriksen ym. (2007) kyselytutkimuksen aineistossa 32,5 %:lla lapsista, joita ei ollut imetetty. Rintaruokintaa saaneista niitä esiintyi vain 19,6 %:lla. Yli neljäkymmentä vuorokautta kestänyt imetysjakso vähensi kasvukipujen ilmaantuvuutta.

Tuoreimman, täysin teoreettisen olettamuksen mukaan melatoniinin liiallinen erittyminen liittyisi kasvukipuihin. Käpylisäkkeen melatoniinineritys noudattaa vuorokausirytmää ja se lisääntyy pimeässä. Lapsuudessa melatoniinin erityks on huipussaan toisen ja viidennen ikävuoden välillä, jonka jälkeen erityks vähenee ja lisääntyy jälleen murrosiässä. Lisäksi fyysinen aktiivisuus lisää melatoniinin eritystä lapsilla (Makay 2009). Melatoniinia käytetään lääkkeenä lapsillakin, mutta kasvukipujen kaltaisista haittavaikutuksista ei ole raportoitu.

YDINASIA

- ▶ Lasten kasvukivut ovat yleinen mutta hyvänlaatuisen ja itsestään iän myötä rajoittuva oireisto.
- ▶ Kivut ilmaantuvat alaraajoihin iltaisin ja estävät lasta nukahtamasta tai herättävät lapsen unesta.
- ▶ Diagnoosi on kliininen. Lisäksi on arvioitava tuki- ja liikuntaelin- tai systeemisairausten mahdollisuus.
- ▶ Kipualueiden hieronta on yleensä riittävä hoito. Muun hoidon vaikuttavuudesta ei ole selvää näyttöä.

Kasvukipujen aiheuttajasta ei ole yksimielisyyttä, mutta suurimmassa osassa 1980-luvun jälkeisestä kirjallisuudesta mahdollisiksi syiksi esitetään alentunutta kipukynnystä ja luun lujouden heikentymistä säärien kipualueella. Vallalla olevan näkemyksen mukaan kyse on alaraajojen yllirasitustilasta (Kaspiris ja Zafropoulou 2009), mutta tällöin selitystä vaille jää kasvukipuihin liittyvä selvä vuorokausirytmä.

Hoito ja ennuste

Hieronta kipukohtauksen aikana lienee käytännössä yleisin hoito ja myös tehokkain. Lääkkeitä käytetään vähän, eikä niiden tehosta ole juuri tutkimuksia. D-vitamiinista tai kalsiumista ei ole apua kipujen lieventämisessä (Lowe ja Hashkes 2008). Niiden käytön takana lienee oletamus ”kalkin puutteesta”. Joissakin kyselytutkimuksissa vanhemmat ovat kertoneet tulehduskipulääkkeiden vähentävän oireita (Häkkinen ym. 1989). Muita käytettyjä menetelmiä ovat lämpöhauteet, lepo, paikallinen kylmähoito ja laastari. Näiden vaikuttavuudesta ei ole julkaisuja. Alaraajojen venyttelely voi lieventää oireita. Tämä havainto on tosin tehty hyvin pienessä lapsijoukossa (Baxter ja Dulberg 1988). Yksittäisissä tapaustutkimuksissa jalkaterän liiallista pronaatiota korjaavilla tukipohjallisilla on raportoitu olevan vaikutusta, vaikka jalkaterän asennolla ja toiminnal-

la ei ole selvää yhteyttä kasvukipuihin (Evans 2003). Käytännössä tukipohjallisista ei ole hyötyä.

Kasvukivut päättyvät yleensä 8–9 vuoden iässä, joillakuilla vasta toisella vuosikymmenellä. Pahimmillaan ne ovat hyvinkin kiusallinen vaiva. Vaikka oireisto rajoittuukin itsensä iän myötä, tehokkaille hoitomenetelmille olisi tarvetta.

Lopuksi

Kasvukivun käsitettä pidetään ongelmallisena, koska se on huonosti määritelty ja harhaanjohtava. Sen sijaan käytettäväksi on ehdotettu nimitystä lasten hyvänlaatuiset toistuvat yölliset raajakivut (Abu-Arafah ja Russel 1996). Nimitys kasvukivut ymmärretään kuitenkin samalla tavalla niin perheiden kuin lääkäreiden

keskuudessa. Se on edelleen käyttökelpoinen, tunnettu, sopivan lyhyt ja riittävän selvästi oiretta kuvaava ilmaisu. Kasvukivuista kärsiville lapsille ja heidän vanhemmilleen on tärkeintä selvittää oireen hyvänlaatuisuus ja yleisyys.

Kasvukipujen patofysiologia on tuntematon, eikä kipujen ja kipupaikkojen välillä ole selvää anatomista yhteyttä. Kasvukivut ovat tyypillisimmillään selkeä ja helposti tunnistettavissa oleva lasten hyvänlaatuinen oireisto. Hyvät esitiedot ja huolellinen kliininen arviointi riittävät diagnoosin. Lapsen kärsiessä toistuvasti hankalista kasvukivuista voidaan kokeilla lyhytaikaisesti kipulääkitystä parasetamolilla tai ibuprofeenilla, vaikka tutkimusnäyttö kipulääkkeiden tehosta tähän vaivaan puuttuu. Lapsen kipu on syytä ottaa todesta, ja kivun lieventäminen on perusteltua. ■

HARRI ARIKKA, LL, erikoislääkäri
TYKS, lastenkliniikka, lastenneurologinen yksikkö
20520 Turku

SIDONNAISUUDET

HARRI ARIKKA: Ei sidonnaisuuksia.

Summary

Growing pains in children

Growing pains refer to intermittently recurring pains locating in the lower extremities and causing arousal from sleep mostly in the evening or at night. This is an innocuous, albeit inconvenient ailment. Growing pains affect children at the age of 3 to 12 years and frequencies of occurrence vary from two to fifty percent. The cause of growing pains is not known, and no organic disease is assignable as an underlying cause. Although the diagnosis is often clear, certain differential diagnostic alternatives should be kept in mind. Despite their name, growing pains are not associated with the child's growth.

KIRJALLISUUTTA

- Abu-Arafeh I, Russel G. Recurrent limb pain in school children. *Arch Dis Child* 1996;74:336–9.
- Apley J. A common denominator in the recurrent pains of childhood. *Proc Roy Soc Med* 1958;51:1023–4.
- Asadi-Pooya AA, Bordbar MR. Are laboratory tests necessary in making the diagnosis of limb pains typical for growing pains in children? *Pediatr Int* 2007;49:833–5.
- Baxter MP, Dulberg C. "Growing pains" in childhood – a proposal for treatment. *J Pediatr Orthop* 1988;8:402–6.
- Buskila D. Pediatric fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2009;35:253–61.
- Duchamp M. *Maladies de la croissance. Memoris de Me'decine Practique Paris, Jean-Frederic Lobstein, 1823.*
- Ekblom KA. Restless legs. *Acta Med Scand Suppl* 1945;158:1.
- Ekblom KA. Growing pains and restless legs. *Acta Paediatr Scand* 1975;64:264–6.
- Evans AM. Growing pains: contemporary knowledge and recommended practice. *J Foot Ankle Res* 2008;1:4.
- Evans AM. Relationship between "growing pains" and foot posture in children: single-case experimental designs in clinical practice. *J Am Pediatr Med Assoc* 2003;93:111–7.
- Hashkes PJ, Friedland O, Jaber L, Cohen HA, Wolach B, Uziel Y. Decreased pain threshold in children with growing pains. *J Rheumatol* 2004;31:610–3.
- Hashkes PJ, Gorenberg M, Oren V, Friedland O, Uziel Y. "Growing pains" in children are not associated with changes in vascular perfusion patterns in painful regions. *Clin Rheumatol* 2005;24:342–5.
- Hawksley JC. The nature of growing pains and their relation to rheumatism in children and adolescents. *BMJ* 1939;1:155–7.
- Häkkinen J, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen J, Kouvolainen K. Lasten kasvukivut (Lapsen kipu ja sen hoito 3). *Suom Lääkäril* 1989;44:3291–6.
- Kaspiris A, Zafiropoulou C. Growing pains in children: epidemiological analysis in a Mediterranean population. *Joint Bone Spine* 2009;76:486–90.
- Kaspiris A, Zafiropoulou c, Tsadira O, Petropoulos C. Can breastfeeding avert the appearance of growth pains during childhood? *Clin Rheumatol* 2007;26:1909–12.
- Lowe RM, Hashkes PJ. Growing pains: a noninflammatory pain syndrome of early childhood. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2008;4:542–9.
- Makay B. Is there a role of melatonin in the development of growing pains? *Med Hypotheses* 2009;72:225.
- Malin M. Lasten nivelvaivat Suom Lääkäril 2001;56:4875–80.
- Naish JM, Apley J. "Growing pains": a clinical study of non-arthritic limb pains in children. *Arch Dis Child* 1951;26:134–40.
- Noonan KJ, Farnum CE, Leiferman EM, Lampl M, Markel MD, Wilsman NJ. Growing pains: are they due to increased growth during recumbency as documented in a lamb model? *J Pediatr Orthop* 2004;24:726–31.
- Oberklaid F, Amos D, Liu C, Jarman F, Sanson A, Prior M. "Growing pains": clinical and behavioral correlates in a community sample. *J Dev Behav Pediatr* 1997;18:102–6.
- Peterson HA. Growing pains. *Pediatr Clin North Am* 1986;33: 1365–72.
- Peterson HA. Leg aches. *Pediatr Clin North Am* 1977;24:731–6.
- Prakash S, Shah ND, Dholakia SY. Recurrent limb pain and migraine: case reports and a clinical review. *Cephalalgia* 2009;8:898–905.
- Rajaram SS, Walters AS, England SJ, Mehta D, Nizam F. Some children with growing pains may actually have restless legs syndrome. *Sleep* 2004;27:767–73.
- Swee RG, McLeod RA, Beabout JW. Osteoid osteoma: detection, diagnosis, and localization. *Radiology* 1979;130:117–23.