

Hypermobilita

Hypermobilita je definována jako zvětšený rozsah kloubní pohyblivosti nad běžnou fyziologickou normu, a to jak ve smyslu joint play, tak v pasivním i aktivním pohybu.

- kompenzační hypermobilita
- hypermobilita při neurologickém onemocnění
- konstituční hypermobility
- lokální patologická (posttraumatická) hypermobilita

Důsledkem hypermobility segmentu může být nestabilita. Jejím klinickým projevem bývá často bolest.

Kompenzační hypermobilita – lokální patologická hypermobilita, která je důsledkem kompenzačních mechanismů při omezení rozsahu pohybu v jiném segmentu nebo kloubu. V terapii se zaměřujeme na hypomobilní segmenty. Po obnovení hypomobilního segmentu dojde ke spontánní úpravě funkce segmentu hypermobilního.

Hypermobilita při neurologickém onemocnění – postižení mozečku, periferní parézy, hypotonie při ADHD (attention deficit hyperactivity disorders), Downův syndrom, oligofrenie.

Na přechodu ke konstitucionální hypermobilitě jsou některé klinicky patologické stavy, jako **Marfanův nebo Ehlers Danlos syndrom**.

Konstituční hypermobilita – zvětšení kloubního rozsahu nad běžnou normu. Etiologie je nejasná, předpokládá se však insuficience mesenchymu, projevující se klinicky laxitou ligament a nitrosvalového podpůrného stromatu generalizovaně ve všech kloubech.

Laxita ligament má za následek nejen zvětšení rozsahu kloubní pohyblivosti, ale hlavně kloubní instabilitu.

Lokální patologická (posttraumatická) hypermobilita – spíše nestabilita, vzniká po traumatickém poškození pasivních stabilizátorů (kloubního pouzdra a vazů) daného pohybového segmentu.

Hypermobilita není onemocnění, ale klinickým popisem určité kvality vaziva. Kvalita vaziva ovlivňuje biomechanickou stabilitu myoskeletálního (zvláště kloubního) systému, výrazně se podílí na ochraně kloubu proti přetížení a tím nepřímo ovlivňuje rozvoj bolestivých stavů hybné soustavy v pozdějším věku.

Vzhledem k tomu, že konstitucionální hypermobilitu nepovažujeme za patologický stav, je tento klinický nález často přehlížen, jeho význam jako rizikový faktor nebrán v úvahu, pacient je při obtížích (zvláště bolestí) léčen mobilizačními technikami v hypermobilních segmentech, strečinkem nebo mu jsou indikována při obtížích myorelaxancia. Tyto terapeutické přístupy jsou však u hypermobilních pacientů kontraindikovány.

Konstitucionální hypermobilita je častější u žen a postihuje až 40% ženské populace. Je výraznější u mladých dívek, s postupujícím věkem se stává méně nápadnou, kolem 40 let věku zůstává stabilní a později se naopak zmenšuje.

Hypermobilita bývá symetrická nebo skoro symetrická co do lateralizace, může však být více vyjádřená v dolní nebo horní polovině těla. Výraznější symptomatologie na horní polovině těla je častější.

Diagnostika hypermobility:

- Kůže bývá jemná s volným podkožím, lze snadno vytvořit kožní řasu.
- Vyšetření svalového tonu
- Goniometrie
- Pohybové testy.

- *Thomayerova zkouška předklonu* při plně extendovaných kolenních kloubech. Normálně dospělý jedinec má být schopen se při maximálním předklonu dotknout špičkami prstů ruky podlahy. Hypermobilní jedinec může položit až celé dlaně na podlahu.

- *Zkouška pasivní elevace dolní končetiny* vleže na zádech je analogická Lasegueově zkoušce. Normální rozsah elevace se pohybuje mezi 80-90st flexe v kyčelním kloubu bez souhybu pánve. U hypermobilních je rozsah 100 st i více.

Vyšetření hypermobility dle Jandy:

1. Zkouška rotace hlavy
2. Zkouška šály
3. Zkouška zapažených paží
4. Zkouška založených paží
5. Zkouška extendovaných loktů
6. Zkouška sepjatých rukou
7. Zkouška sepjatých prstů
8. Zkouška předklonu
9. Zkouška úklonu
10. Zkouška posazení na paty

Dotazník Hakim a Graham

- předklon trupu – schopnost dát celé dlaně na podlahu bez pokrčení kolen
- ohnout palec tak, aby se dotknul předloktí
- výskyt luxací ramenního kloubu nebo česky v anamnéze
- subjektivní pocit pacienta, že má „gumové klouby“
- dovednost gymnastických prvků v dětství

Hypermobilita je potvrzena při více než 2 kladných odpovědích na uvedené otázky.

Vyšetření dle Cartera a Wilkinsona

1. Schopnost pasivní opozice palce kolmo k volární straně předloktí
2. Pasivní hyperextenze kloubů prstů
3. Hyperextenze větší než 10stupňů
4. Hyperextenze kolenních kloubů nad 10stupňů
5. Zvýšená pasivní dorzální flexe v hlezenním kloubu a everze chodidla nad fyziologickou normu

Pozitivní test 3 vyšetření značí pro konstituční hypermobilitu.

Beighton scóre

1. Maximální předklon trupu s extenzí kolen (1bod)
2. Hyperextenze loketních kloubů nad 10stupňů (2body)
3. Hyperextenze kolenních kloubů nad 10stupňů (2body)
4. Pasivní opozice palce nad 90stupňů (2body)
5. Pasivní extenze MP kloubů (2body)

Hypermobilita je potvrzena při dosažení skóre 4 a více bodů.