

CHIRURGIA ȘOLDULUI LA COPIL

HIP SURGERY IN CHILDREN

ХИРУРГИЯ БЕДРА У ДЕТЕЙ

Moroz P.¹, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, **Petrovici V.²**

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”

² IMSP SC Soroca

Rezumat

Lucrarea se bazează pe 50 de ani de experiență personală în tratamentul chirurgical la copii cu luxația congenitală de șold, coxa valga, coxa vara, epifizioliza juvenilă a capului femural, tumori benigne, fracturi ale colului femural, osteonecroza aseptică a capului femural, diverse anomalii.

Cuvinte cheie: tratament chirurgical, patologia șoldului, profilaxia coxartrozei.

Summary

This work is based on 50 years of personal experience of surgical treatment in children with congenital hip luxation, coxa valga, coxa vara, slipped epiphyses juvenile epiphysiolysis of the head of femur, benign tumors, femoral neck fractures, aseptic osteonecrosis of the head of femur, different anomalies.

Keywords: Surgical treatment, hip pathology, prevention of coxarthrosis.

Резюме

Работа основана на 50-летнем личном опыте хирургического лечения детей с врожденным вывихом бедра, вальгусной деформацией шейки бедра, варусной деформацией шейки бедра, юношеским эпифизиолизом головки бедра, доброкачественными опухолями, переломами шейки бедра, асептическим остеонекрозом головки бедра, различными аномалиями.

Ключевые слова: хирургическое лечение, патология бедра, профилактика коксартроза.

Introducere

Patologia congenitală a șoldului ocupă primul loc în patologia ortopedică la copil. Diagnosticul precoce și tratamentul ortopedic, permit în majoritatea cazurilor a evita intervenția chirurgicală. Ultima este indicată în cazuri de diagnostic tardiv, de insuccesul tratamentului ortopedic, în prezența anomaliilor complicate. Tratamentul chirurgical este unicul în fracturi de col femural, în epifizioliza juvenilă a capului femural, în procese tumorale, în unele consecințe ale osteomielitei, ale osteonecrozei aseptice a capului femural, etc.

Material și metode

În ultimii 50 de ani tratamentul chirurgical a fost efectuat la 441 copii cu vârsta de la 10 luni și până la 14 ani cu malformația luxantă bilaterală de șold în 62%, unilaterală – 38%. Scopul principal al tratamentului chirurgical constă în reducerea deschisă a luxației de șold, corecția dereglărilor patologice ale femurului proximal, plastia supraacetabulară, plastia capsulară fără dereglarea suprafețelor cartilajinoase ale capului femurului și ale cotilei (fig. 1-5). Deformitatea de coxa valga displastică (fig. 6, 7) cu cele trei tipuri a fost corectată la 353 copii cu vârsta de la 3 ani până la 18 ani prin metoda P. Moroz. Deformitatea de coxa vara congenitală (fig. 8, 9) a fost corectată la 46 copii cu vârsta de la 4 ani până la 13 ani prin metoda P. Moroz. Corecția chirurgicală a fost efectuată la 82 copii cu vârsta de la 5 ani până la 14 ani cu osteonecroza aseptică a capului femural (maladia Legg-Calve-Perthes-Waldenstrom – fig. 10, 11), a inclus osteotomia intertrohanteriană de corecție pentru centrarea capului femurului și foraj de col femural în caz de prezență a chistului. Tratament chirurgical au suportat 98 pacienți cu

epifizioliza juvenilă a capului femural cu vârsta de la 10 ani până la 17 ani prin fixare cu broșe după tracție scheletică preventivă (fig. 12-16). Osteosinteza închisă cu broșe în fracturi de col femural a fost efectuată la 23 copii cu vârsta de la 3 ani până la 11 ani, osteosinteza deschisă a fost efectuată la 12 copii cu fractura de col femural și trohanteriană tip III Touzet (fig. 17, 18) cu vârsta de peste 12 ani. Copiii au prezentat fracturi tip II și III după Delbet, gradul II-III după Pauwels și III-IV după Garden. Tratamentul chirurgical a fost unica metodă de tratament în tumorile benigne proximale de femur (osteoclastom, chist anevrizmal, chist osos solitar, osteodisplazia fibroasă, osteohondrom, hondrodisplazia exostoasă) la copiii cu vârsta de 3 ani până la 18 ani și includea rezecții marginale, înlăturarea stratului patologic, cu sau fără aloplastie. Tratament chirurgical au suportat 5 copii cu așa numita patologie „pocnitură de șold”. Operații paliative au fost efectuate la pacienții cu paralizii cerebrale și la pacienții cu luxații patologice de șold, ca consecințe ale osteomielitei epifizare la nou-născuți. Tratament îndelungat și nu cu mari succese sunt constatate în anomalii de femur proximal de tip Aitken.

Rezultate și discuții

Rezultatele cele mai bune în tratamentul chirurgical al luxației de șold congenital a fost obținut la copii cu vârsta între 2 și 6 ani. Noi nu folosim intervenții chirurgicale la vârsta sugarului prin metoda de reducere cu abord medial sau antero-medial cu secțiunea mușchilor adductori și iliopsoas, capsulotomie, reducerea luxației și imobilizare ghipsată. Așa intervenție nu corectează valgusul și antetorsia proximală de femur și nu dobândește plastia supraacetabulară. Noi nici o

dată nu am folosit osteotomie de bazin după Salter. Experiența noastră ne permite să ne limităm la plastia supraacetabulară după Pemberton, Berness, Dega, Moroz. La copiii cu vârsta până la 2 ani toate elementele tehnice sunt acceptabile, dar dificultăți prezintă tratamentul de recuperare și respectarea regimului ortopedic care pot provoca momente negative la calitatea tratamentului. Indicațiile către operații la copii cu coxa valga servesc indicii radiometrici (unghiul col-diafiza > de 140°, unghiul Alsberg > de 60°, unghiul cotil-fizar-Moroz peste 20°, dereglată linia Șenton, unghiul antetorsie mai mare de 10°), prezența sindromului algic la genunchi, la șold, prezența limitării de mișcări în articulațiile șoldului la tipul II și III. În coxa vara congenitală prezența coli lizis impune efectuarea intervenției de ambroșaj pentru a obține sinostoza pe zona fizară. Fără aceasta orice tentativă de corecție a unghiului col-diafiz este condamnată la insucces. Operația de bază în corecția coxa vara congenitală noi recomandăm după vârsta de 3 ani. Noi am modernizat metoda Criuk prin formarea a trei suprafețe de osteotomie cu transferarea lor în așa mod, ca să obținem corecția unghiului col-diafiza, alungirea colului femural și alungirea segmentului în întregime. Osteosinteza fragmentelor osteotomiate efectuăm cu broșe, introduse încrucișat, ce asigură metodă fină, minitraumatică și relativ stabilă. Insuccesul a avut loc în două cazuri datorată încălcării grosolane a regimului ortopedic. În maladia Legg-Calve-Perthes-Waldenstrom tratamentul chirurgical a fost efectuat prin osteotomia intertrohanteriană cu scop de varizare, centrarea capului femurului în cotilă, la prezența chistului – foraj. Osteosinteza este fină cu tija scurtă centromedulară și 2-3 broșe introduse încrucișat. Nu folosim fixatoare masive în formă de plăci și șuruburi, nu traversăm fixatoare prin colul și capul femurului. În epifizioliza juvenilă a capului femurului noi categoric refuzăm la tentativa reducerii forțate sub anestezie generală. Cu succes este aprobată tracția scheletică preventivă și mai apoi fixare în situ extraarticular cu 3-4 broșe, introduse din zona subtrohanteriană prin colul și capul femurului. Fixare cu șuruburi masive sau plăci figurale provoacă majorarea tensiunii intraosoase și apariția dereglărilor degenerativ-distrofice (necroze aseptice în 40-60% cazuri operate). Situație analogică are loc și în fracturi de col femural la copil. Tratamentul este unic – chirurgical, dar osteosinteza trebuie să fie fină, minitraumatică și relativ stabilă, în caz contrar indiscutabil vor apărea complicații ireductibile.

Concluzii

1. Chirurgia șoldului la copil fiind dificilă, având indicații stricte, este unica metodă de corecție a dereglărilor congenitale ale articulației, de restituire biomecanică complicată a șoldului și de efectuare a profilaxiei coxartrozei de la vârsta tinereții.

2. Cu tehnica de performanță trebuie de protejat suprafețele cartilajinoase ale articulației, de efectuat la necesitate plastii supraacetabulare, fără a deregla anatomia bazinului prin osteotomii de tip Salter, Chiari, etc.

3. Osteosinteza după osteotomii intertrohanteriene, subtrohanteriene, în epifizioliza capului femural, în fracturi de col femural trebuie efectuată cu mijloace fine, minitraumatice, relativ stabile pentru a evita fixatoare majore ce duc la dereglări degenerativ-distrofice.

4. Rezultatele tratamentului chirurgical sunt în dependență de tehnica chirurgicală, de respectarea strictă a regimului ortopedic și de calitatea tratamentului complex de recuperare pe toată perioada de creștere a copilului

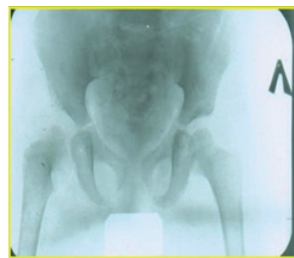


Figura 1. Malformația luxantă a șoldului pe dreapta



Figura 2. R-ma după operația de reducere deschisă, plastia supraacetabulară, osteotomia de corecție, centrarea capului femoral și osteosinteza.

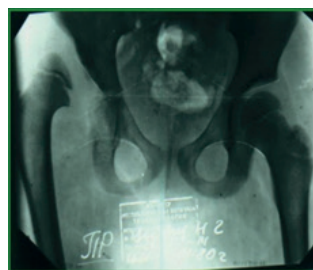


Figura 3. Luxație de șold pe dreapta la fetiță de 6 ani.

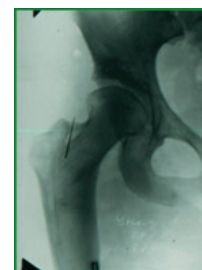


Figura 4. R-ma peste 20 ani după operație.



Figura 5. Rezultatul funcțional la aceeași pacientă.



Figura 6. Coxa valga displastică bilaterală la copil de 7 ani cu sindrom algic, dereglare de funcție.



Figura 7. Rezultat adecvat după corecție chirurgicală pe etape.



Figura 8. Coxa vara congenitală pe dreapta, scurtime de col femoral și a membrului, dereglare de funcție.

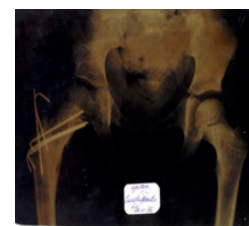


Figura 9. R-ma la același pacient după corecție chirurgicală, procedeu Moroz. S-a obținut corecția unghiului col-diafiză, alungirea colului femural și a membrului inferior.

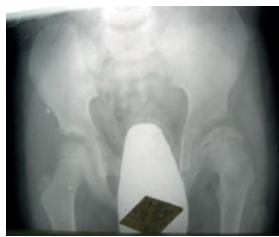


Figura 10. Consecințele maladiei Perthes pe stânga, decentrarea capului femurului, scurtimea membrului

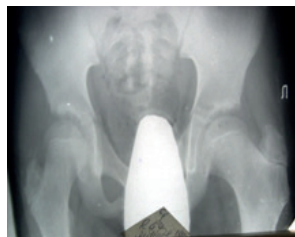


Figura 11. R-ma la același pacient peste 5 ani după corecție chirurgicală: forma, poziția adecvată a părții proximale a femurului.



Figura 16. Rezultat bun anatomic și funcțional peste 7 ani după operație la același pacient.

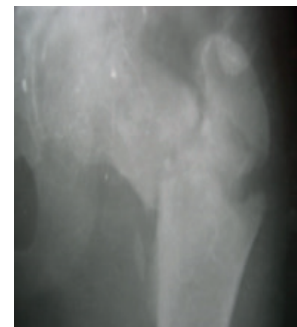


Figura 17. Fractură de col femoral Delbet III, Touzet III cu deplasarea fragmentelor.

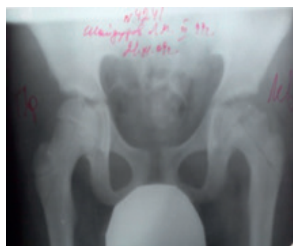


Figura 12. Epifizioliza juvenilă a capului femurului, forma cronică nedignosticată.



Figura 13. Forma acută pe fon cronic cu deplasare majoră la același pacient.



Figura 18. Consolidarea fragmentelor după osteosinteză cu 3 broșe a colului femoral și 2 broșe a trohanterului mare.



Figura 14. Adaptarea fragmentelor după tracție scheletică lentă la același pacient.



Figura 15. Fixare cu broșe după tracție scheletică

Bibliografie

1. Alves C., Steele M., Narayanan U., Howard A., Alman B., Wright Y. Open reduction and internal fixation of unstable slipped capital femoral epiphysis by means of surgical dislocation. J. Child. Ortop., 2012 V-6 №4 p.277-283.
2. El-Sayed M., Ahmed T., Fathy S., Zyton H. The effect of Dega acetabuloplasty and Salter innominate osteotomy on acetabular remodeling monitored by the acetabular index in Walking DDH. J. Child. Ortop. 2012, V-6. №6. p.471-477.
3. Chiari C., Wanke-Yellinek E., Peloschek P., Benesch T. Long-term results of chiari's pelvic osteotomy. J. Child. Ortop. 2012, V-6. №6. p.540-541.
4. Yavid M., Wedge Y.H. Radiographic results of combined Salter innominate and femoral osteotomy in Legg-Calve-Perthes disease in older children. J. Child. Ortop. 2009, V-3. №3. p.229-234.
5. Moroz P. Profilaxia chirurgicală în patologia șoldului la copil. În „Profilaxia chirurgicală în ortopedia și traumatologia pediatrică”. Chișinău. Central Editorial-Poligrafic Medicina, 2008, p. 20-32.
6. Dhar S., Ali M., Dar T.et ol. Delayed fixation of the transcervical fracture of the neck of the femur in the pediatric population. J. Child. Ortop. 2009, V-3. №6. p.473-477.