

# UNELE ASPECTE ALE ARTICULAȚIILOR DISPLAZICE LA COPII

## SOME ASPECTS OF DYSPLASTIC JOINTS IN CHILDREN

Rusanovschi Gr.

SCMC "V. Ignatenco"

### Rezumat

Majoritatea devierilor în dezvoltarea articulației coxofemorale au loc în perioada prenatală, la nou-născuți și copii mici, datorită creșterii rapide a capului femural, comparativ cu creșterea acetabulului. Pentru copii în al doilea an de viață, creșterea acetabulului prevalează dezvoltarea capului femural, și la vârsta de 3-5 ani diferența în rata de creștere dispare. Displazia coxofemorală netratată duce la schimbări posturale, datorită diferenței de lungime a membrilor inferioare, exprimată clinic de la vârsta de 3 ani, ca rezultat a intensificării activităților fizice. Tratamentul a coxa valga displazică este atât chirurgical, cât și ortopedic.

### Summary

Most of the deviations in coxofemoral joints development come on prenatal period, in newborns and toddlers, due to the rapid growth of the femoral head, in contrast with the acetabulum growth. For children in their second year of life the growth of the acetabulum prevails the development of the femoral head, and at the age 3 to 5 the differences in growth rate disappear. Untreated coxofemoral dysplasia lead to postural changes due to different length of the legs, expressed in clinical manifestations since the age of 3, as a result of intensification of physical activity. The treatment of dysplastic coxa valga is both surgical and orthopedic.

### Introducere

În perioada dezvoltării articulației coxofemorale, de la naștere până la maturitate, putem selecta următoarele etape: prenatal și postnatal. Majoritatea devierilor în dezvoltarea articulațiilor coxofemorale apar în perioada prenatală, care, pe parcursul dezvoltării articulației, se realizează în maladiile luxantă a șoldului, de diferite grade, luxații, subluxații, etc. Articulațiile displazice sunt apreciate la nou-născuți și copii în primii ani de la naștere. Greutatea de apreciere a acestor articulații, în majoritatea cazurilor este legată de lipsa datelor anatomice concrete care vizează această patologie.

Dar cu ce aceasta se determină?

Reieșind din examinările noastre, în această grupă intră copiii cu articulațiile instabile, retard în dezvoltare, articulațiile care provoacă semn „Jarde”, afectare de hipertonus muscular a m. adductori, dereglări cerebrale ale tonusului muscular, etc., apare necesitatea evidențierii acestei noțiuni.

Pentru a concretiza denumirea de articulație displazică este bine de apreciat dinamica de dezvoltare a șoldurilor intrauterin și postnatal, care este legată cu dezvoltarea șoldului intrauterin. (Tihonenco E.S.)

Este necesar de apreciat indicele părții proximale de femur (Unghiul cervico-diafizar-UCD, unghiul Antetorsie-UA) și acetabulului (unghiul de înclinație al fosei acetabulului), mărimea capului femural și fosei acetabulului, unghiul cotilfizar Moroz.

S-a depistat că la începutul a celei de-a doua etapă de dezvoltare intrauterină șoldul este bine format și pe parcursul creșterii nu apar schimbări majore. Mărimea UCD este în limitele 124-145 grade, UA 18-35 grade, unghiul de înclinație verticală a fosei acetabulului 50-65 grade, unghiul înclinației frontale 15-40 grade.

La nou-născuți și la copiii în primul an de viață, capul femural crește mai intensiv decât acetabulul, indexul de introducere a capului femuralului în acetabul, care se apreciază prin corelația mărimii fosei acetabulului către mărimea epifizei

capului femuralului, și este mai mică de 1. La copiii din al doilea an de viață dezvoltarea acetabulului prevalează dezvoltarea capului femural și la vârsta de 3-5 ani inegalitatea dispare.

Devierile displazice netratate la timp aduc pe parcursul creșterii copilului la apariția diferitelor forme de inegalități, care se manifestă prin apariția simptomelor clinice: fatigabilitate în a doua jumătate a zilei sau după efort fizic major, refuzul prelungirii unei plimbări sau a activității sportive, dureri la nivelul articulației genunchiului sau șoldului, apărute după efort fizic. Tabloul clinic debutează după vârsta de 3 ani, când activitatea fizică a copilului devine mai intensă.

Analizând datele literaturii, experiența secției, noi am evidențiat unele etape în diagnosticarea și tratarea acestor copii în perioada creșterii. Noi am studiat Coxa valga, care este o patologie proximală a femurului, caracterizată prin majorarea unghiului cervico-diafizar. Majoritatea publicațiilor din literatură tratează coxa valga ca un component al articulației displazice de șold. [1,6,9] Este cunoscut însă faptul că există o diformitate în formă de coxa valga displazică, pe fundalul dezvoltării fiziologice a cotilului, care la rândul ei provoacă dereglări biomecanice în articulația șoldului, duce la decentrarea capului femural în cotilul normal, la dereglări statico-dinamice și degenerativ-distrofice, finisându-se cu osteoartroza deformantă și invalidizarea copilului. [1,5] În plus la cele expuse mai sus, ținem să menționăm clasificarea anomaliilor de femur propusă de A. Pappas (1989).

### Material și metode

Studiul a fost efectuat pe un lot de 144 pacienți cu vârste cuprinse între 3 și 18 ani cu coxa valga displazică, predominând vârsta de la 7 până la 14 ani (peste 72%) și sexul feminin (circa 60%).

Pe baza datelor clinice și radiologice, pacienții au fost repartizați în trei grupe (I grupă – 21 pacienți (23,6%), II grupă – 66 copii (74,15%), III grupă – 2 copii (2,25%)).

Conform rezultatelor de examinare, au fost implementate

metode chirurgicale de corecție în corespundere cu modificările morfologice ale patologiei. Copiilor li s-a efectuat tratamentul de recuperare și au fost studiate rezultatele la distanță.

Copiii incluși în lotul de studiu au fost examinați clinic prin aprecierea volumului mișcărilor în articulația șoldului, aprecierea formelor și valorilor redorilor, simptomelor Tomas, Drahman, aprecierea inegalității de segment, a dereglării de mers.

Examinarea radiologică a permis aprecierea unghiului cervico-diafizar, unghiului Alsberg, unghiului antetorsiei, unghiului cotil-fizar Moroz la articulațiile de șold.

### Discuții

Spre deosebire de alte malformații ortopedice vădit pronunțate, cu semne clinice clare, coxa valga displazică este o patologie ce nu se vizualizează. În numeroase patologii ale locomotorului se apreciază valgizarea proximală a femurului, dar această modificare patologică este secundară și pacienții analogici în studiul prezentat nu au fost incluși.

Diagnosticul de coxa valga displazică este bazat pe semne clinice și radiologice. În coxa valga displazică semnele clinice sunt slab pronunțate și nu există nici unul care ar putea fi considerat patognomic. Dinamica de avansare a semnelor clinice permite evidențierea a trei perioade în dezvoltarea coxa valga displazică. Prima este perioada incipientă, de compensare, când sunt prezente semnele clinice subiective, care dispar după un repaos. Perioada a doua, medie, de subcompensare, este caracterizată prin avansarea semnelor subiective și apariția durerilor în articulațiile de șold și genunchi, după orice activitate fizică. Perioada a treia, tardivă, este cea de decompensare și se caracterizează prin intensificarea semnelor subiective și apariția semnelor de dereglare a funcției șoldului. În această perioadă se determină: dereglarea de mers, șchiopătarea, formarea contracturii de flexie, limitarea flexiei, contractura de abducție, limitarea mișcărilor de rotație, semnele pozitive Thomas, Drahman. Se evidențiază hipotrofia musculară.

Coxometria a permis constatarea coxa valga în cazurile cu următorii indici: unghiul cervico-diafizar peste 140°, unghiul Alsberg peste 60°, unghiul cotil-fizar Moroz peste 20°, unghiul antetorsiei peste 10°.

Examinarea clinico-radiologică a permis repartizarea copiilor în trei grupe. În prima grupă au fost incluși copiii cu prezența datelor subiective, fără dereglare de funcție și radiologic fără majorarea antetorsiei. În grupa a doua au fost incluși copiii cu limitare de flexie în articulația șoldului și majorarea evidentă radiologică a antetorsiei. În grupa a treia au fost incluși copiii cu tablou clinic extrem de complicat: flexia în articulația șoldului până la 15°-20°, era imposibilă poziția șezândă. Pentru a îndeplini această funcție absolut necesară, copiii erau nevoiți să efectueze abducția maxim posibilă și rotația externă în articulațiile de șold, după ce devenea posibilă flexia necesară a coapsei. Cercetările ulterioare au dovedit că patologia dată este datorată anomaliei tractului ilio-tibial, care a fost congenital concreșcut la baza trohanterului mare.

### Concluzii

1. Cercetarea complexă a unui lot de copii n=144 cu coxa valga displazică a permis evidențierea clinică a trei perioade în patologia dată, 3 grupe cu particularități de tablou clinic, radiologic și metode de corecție chirurgicală corespunzătoare.

2. Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al copiilor cu coxa displazică au fost constatate în dependență de coxometrie (unghiul cervico-diafizar peste 140°, unghiul Alsberg peste 60°, unghiul cotil-fizar peste 20°, unghiul de antetorsie peste 10°, unghiul cervico-epifiza proximală peste 5°) prezența sindromului algic în articulația genunchiului și (sau) șoldului, după efortul fizic, și vârsta copilului peste 3 ani.

3. Osteosinteza fragmentelor după osteotomia de corecție în coxa valga displazică la copil trebuie de efectuat cu mijloace fine, de asigurat fixare calitativă, relativ stabilă, de exclus traversarea fixatoarelor prin colul și capul femural, de exclus acțiuni mecanice în direcția suprafețelor cartilaginoase articulare ale șoldului.

4. Conduita de bază a tratamentului de recuperare îi aparține gimnasticii active (gimnastică curativă, masaj, prelucrarea mișcărilor și alt.), precum și mersul tardiv (peste 4 luni după intervenție) la început cu sprijin dozat pe membrul operat și tocmai la 6 luni postoperator – cu povara totală fără cârje, asigură restituiră suprafețelor articulare în condiții noi biomecanice, create cu ajutorul operației de corecție a coxa valga displazică.

### Bibliografie

1. Antonescu D. Patologia aparatului locomotor. București: Editura Medicală, 2008, vol. II, p. 487.
2. Denischi A., Dinulescu I., Medrea O. Coxartroză. București: Publistar, 1997, p. 24.
3. Goția D. Patologia ortopedică a șoldului la copil. Iași: Editura „Gr. T. Popa”, 2005, p. 178-179.
4. Moroz P. Metode chirurgicale inventate în corecția malformațiilor congenitale ale locomotorului la copil. Anale științifice Asociația chirurgilor pediatri universitari din Republica Moldova. Chișinău, 2006, vol. VII, p. 35.
5. Корж А.А. и др. Диспластический коксартроз. М., 1986, с. 208.