

# دررفتگی مفصل هانش

تشخیص - علائم بالینی و درمان در کودکان بزرگتر از یکسال

دکتر جواد تگرچی

دررفتگی مفصل هانش در اطفالی که راه می‌افتند با نوزادان تفاوت کلی دارد زیرا فرصت مناسب برای درمان این بیماران بطور محسوسی کاهش یافته است و نتیجه درمانی که از یکسالگی ببعد میتوان گرفت قابل مقایسه با هفته های اول نیست. در این مرحله لنگیدن که واضحترین علامت دررفتگی مادرزادی است طفل را به نزد طبیب میکشاند و در این موقع است که والدین بیمار بخوبی به وجود بیماری طفلشان پی میبرند. با تشخیص زودرس در همان روزهای اول عمر میتوان به آسانی این بیماران را معالجه کرد ولی وقتی سن آنها به هیجده ماهگی رسید با قرار دادن سر در داخل کوتیلوئید و بیحرکتی در گچ نمیتوان امیدوار بود که موقعی که طفل از گچ بیرون آورده شد، سر از حفره کوتیلوئید خارج نگردد. چه تجربه ثابت نموده است که از هیجده ماهگی ببعد قوه رشد حفره کوتیلوئید بطرزیکه قادر به نگهداری سر در داخل خود باشد بطور محسوسی کاهش مییابد و جز با عمل جراحی نمیتوان امیدوار بود که سر در داخل حفره بماند. از طرف دیگر وقتی سرفمور در حالت دررفتگی ماند و طفل روی آن راه رفت تغییراتی در کپسول ایجاد میشود که مانع دخول سر در داخل حفره کوتیلوئید میگردد. این تغییر همان تغییر شکل کپسول مفصلی بنام (Hourglass deformity) میباشد. همچنین بایست از همپرتروفیه و دراز شدن رباط گرد نام برد که مانع دخول سر بداخل حفره کوتیلوئید میشوند.

آیا تاجچه سنی نباید مفصل هانش دررفته را بدون عمل جراحی باز درمان نمود

کار مشکلی است و نمیتوان سن قطعی برای عمل جراحی نزد این بیماران تعیین نمود

ولی آماری که از بیک کلینیک مشهور ایتالیائی گرفته شده تاحدی موضوع را روشن میکند در این کلینیک از یکصد و شصت و دو بیماریکه تحت عمل جراحی باز برای جا انداختن سر فمور در حفره کوپیلوئید قرار گرفته اند هفتاد و دو درصد آنها از سه سال کوچکتربوده اند. باید متذکر شد که در رفتگی های مادرزادی هانش را ممکن است به طرق مختلف غیر جراحی باز جا انداخت و مدتی در گیج بیحرکت نمود ولی وقتی این بیماران را چهار سال یا بیشتر دنبال کنیم می بینیم که همان مفصل کاملاً جا افتاده یا بحالت نیمه در رفتگی در آمده و یا اینکه نکرور آسپتیک در سراسرخوان فمور شروع شده است و این خود میرساند که مانعی در سر راه دخول سر بداخل حفره استابلوم وجود داشته است .

علائم بالینی در رفتگی مادرزادی در اطفالی که براه افتاده اند :

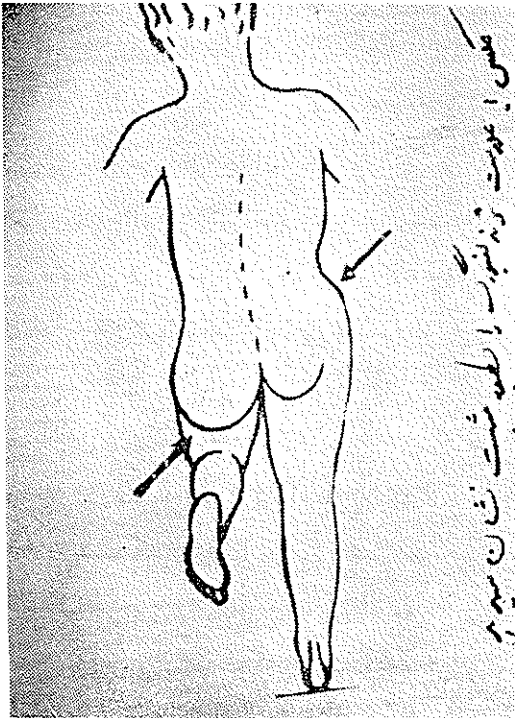
۱- طرز راه رفتن (Gait) این اطفال با اصطلاح می لنگند و این لنگش بعلت نقص کار عضلات آبدو کتور مفصل رانی خاصه رای میباشد . نقص عمل این عضلات در رشته بیومکانیک موضوع مفصل و جالبی است که از ذکر آن در اینجا خود داری میشود ولی مختصراً میتوان گفت که چون سراسرخوان فمور نقطه اتکائی ندارد موقعی که طفل وزن خود را روی پای در رفته میگذارد و پای سالم را از زمین بلند می کند لگن خاصره در طرف مقابل حالت افتادگی پیدا مینماید . اینرا بنام علامت ترند- لنبورگ (Trendlenburg) مینامند و این طرز راه رفتن را بنام (Gluteus medius lunch) در موارد در رفتگی دو طرفه راه رفتن بشکل اردک بوده و بنام (Waddling gait) نامیده میشود .

شکل صفحه بعد افتادگی کرت ایلیاک را در طرف سالم موقعی که طفل روی عضو سافله مبتلا به در رفتگی هانش میباشد نشان میدهد. این علامت همان علامت معروف ترند لنبورگ (Trendlenburg) میباشد .

۲- محدودیت حرکات آبدو کسیون ران که بعلت سفتی عضلات نزدیک کننده ران میباشد .

۳- کوتاهی عضو سافله مبتلا به در رفتگی مفصل هانش : وقتی در روی میز معاینه اندازه گیری هر دو عضو سافله را انجام دهیم عضو مبتلا کوتاهی محسوسی

دارد ولی این کوتاهی حقیقی نیست بلکه مجازی است و با کشش روی پا تاحدی این کوتاهی جبران میشود .



۴- زیاد شدن تقعر ستون فقرات کمری ساکراهی ( Hyperlordosis of lumbo-sacral ) این علامت وقتی طفل را از پهلو نگاه کنیم بخوبی مشاهده میشود و اولیاء اطفال از آن آگاهی دارند و به طبیب گوشزد می کنند که گودی کمر طفلشان زیاد شده است این هیپر لوردوز شدید همراه با جلو افتادگی شکم بوده که باز اولیاء طفل از آن مطلع هستند . دررفتگیهای دوطرفه کاملا نمایان است .

۵- وضع تروکانتر بزرگ : تروکانتر بزرگ استخوان ران بسمت بسالا تغییر مکان داده و فاصله آن تا کرت ایلیاک نسبت به طرف سالم کمتر است هم چنین برجستگی تروکانتر بزرگ را بطور واضح زیر پوست میتوان حس کرد .

۶- يك علامت که پاتوگونومونیک دررفتگی مفصل کوکسوفورال میباشد خم کردن زانوی سالم در موقع راه رفتن است بدین معنی که طفل برای جبران کوتاهی عضو ساقله مبتلا زانوی طرف سالم را در موقع راه رفتن خم نموده تا با کوتاه کردن

آن جبران کوتاهی طرف مقابل را بنماید .

علائم پر توننگاری : در رادیوگرافی روبرو از لگن خاصره علاوه بر مشاهده دررفتگی سرفمور از حفره کوتیلوئید علائم زیر مشاهده میشود :

۱- کو کساوالگا (Coxa valga) ازدیاد زیادتر از حد طبیعی زاویه گردن وتنه فمور را بنام کو کسا والگا مینامند. در این بیماران در اکثر موارد این کو کسا والگا ظاهر میباشد و با چرخش بداخل روی عضو مبتلا از بین میرود ولی باید اعتراف کرد که در تعداد معدودی از بیماران مبتلا به دررفتگی مفصل هانش این کو کسا والگا حقیقی است .

۲- چرخش بجلو گردن نسبت به تنه فمور (Anteversio) در حال طبیعی گردن استخوان فمور نسبت به تنه آن پانزده تا بیست درجه جلوتر قرار دارد ولی در این بیماران این زاویه گاهی به پنجاه درجه میرسد . گرچه متدهای زیادی برای اندازه گیری دقیق این ازدیاد زاویه چاپ شده است ولی هیچکدام دقیق و عملی نمیشد .

۳- بالا بودن اندکس استابولر : شیب حفره استابولوم در این بیماران از حد طبیعی بیشتر است .

۴- ناهمواری خط شن تون (Shenton's line)

تشخیص : تشخیص دررفتگی مادرزادی هانش در اطفالی که براه افتاده اند کار مشکلی نیست . مثبت بودن علامت تر ندلنبورگ - لنگیدن واضح اطفال درمورد یکطرفه بودن یا راه رفتن اردکی (Waddling gait) در دوطرفه بودن این عارضه از نظر بالینی تشخیص را آسان میکند وبالاخره رادیوگرافی روبرو از لگن خاصره که هر دو مفصل هانش در آن نمایان باشد کلید تشخیص است .

### درمان جراحی دررفتگی های مفصل هانش

اندیکاسیون عمل بر حسب سن: تعیین سن بیمار برای درمان جراحی کار مشکلی است اگر به آمارهای بزرگ توجه شود متوجه میشویم که دو ونیم سالگی حد بالای درمان غیر عمل جراحی است و از این سن ببعد باید با عمل جراحی باز سرفمور را

در حفره کوتیلوئید قرارداد. کسانی که تجربه کافی در عمل باز کردن و جا انداختن مفصل هانش دارند به مشکلاتی که در سر راه دخول سر بحفره کوتیلوئید میباشد واقفند و میدانند چه صدماتی به غضروف سرفمور - باطریقه جا انداختن بسته وارد خواهد آمد. بعلاوه چنانکه در پیش هم اشاره شد قدرت رشد حفره استابولوم هر چه سن بالاتر برود کاهش می یابد و در سن مثلا چهار سالگی جا انداختن سر بداخل حفره کوتیلوئید کافی نبوده و بعدها حالت نیمه در رفتگی عارض بیمار میگردد.

درمان جراحی که برای در رفتگی مفصل هانش بکار میرود باید بدو دسته تقسیم نمود:

۱- اعمالی که روی استخوان فمور انجام میگردد.

۲- اعمالی که روی لگن خاصره انجام میگردد.

چون منظور ما در اینجا شرح کامل هر یک از این اعمال جراحی نیست باختصار آنها را ذکر میکنیم و بیشتر روی استئوتومی لگن خاصره بحث میکنیم. قبل از هر گونه عمل جراحی این اطفال را باید اقلا ۳ هفته در کشش گذاشت تا سر از محل در رفتگی بیابن نزول کند. انقباض عضلات اطراف مفصل کوکسوفمورال از بین برود و بالاخره جا افتادن سر بعد از باز کردن کپسول آسانی انجام گیرد و با فشار مجبور نشویم سر را بداخل حفره کوتیلوئید بگذاریم.

اعمال جراحی که روی استخوان فمور انجام میگردد:

۱- Varus osteotomy در این عمل خط استئوتومی زیر تروکانتر بزرگ بوده و سر و گردن را نسبت به تنه در حال واروس میگذارد.

۲- Derotation osteotomy - این استئوتومی ممکن است زیر تروکانتر یا بالای لقمه های استخوان ران انجام گیرد منظور از آن اصلاح چرخش به خارج گردن نسبت به تنه است (Anteversion)

اعمالی که روی لگن خاصره انجام میگردد. این اعمال بچهار دسته تقسیم میشوند:

استئوتومی استخوان ایلیم بالای حفره کوتیلوئید. استابولوپلاستی ساختن سقف بالای ابروی حفره کوتیلوئید و بالاخره استابولوپلاستی با کپسول مفصلی که

بنام عمل (Colona) معروف است .

استئوتومی استخوان خاصره بالای حفره کوتیلوئید : در سال ۱۹۶۱ میلادی دکتر سالتر ( Salter ) اولین گزارش ۲۰ بیمار عمل شده خود را باین روش چاپ نمود . اصول این عمل بقرار زیر است :

در دررفتگی مادرزادی جهت حفره کوتیلوئید بطرزی قرار گرفته که عمق آن در بالا و جلو کم است بنابراین سر استخوان فمور در حال اکستانسیون و آدوکسیون از حفره کوتیلوئید خارج میشود . اصول استئوتومی استخوان خاصره روی این خواهد بود که بطریقی جهت حفره کوتیلوئید را عوض نموده و عمق آنرا زیاد نمود تا سر فمور را در جلو و بالا ببوشاند .

Chiari در سال ۱۹۰۰ میلادی يك نوع استئوتومی لگن شرح داده که بعد از قطع عرض لگن بالای حفره استابولوم قطعه تحتانی را بداخل جابجا میکنیم تا سقف بیشتری برای نگهداری سر فمور ایجاد شود .  
نگارنده ، تجربه ای روی این عمل ندارد .

#### اندیکاسیون عمل سالتر

۱- دررفتگی مادرزادی يك طرفه یا دوطرفه مفصل هانش از سن هجده ماهگی تا شش سالگی .

۲- سوب لو کسایون يك طرفه یا دوطرفه مادرزادی هانش از هجده ماهگی تا اوایل سن بلوغ .

۳- دررفتگیهای در اثر پولیومیلیت یا فلج اسپاستیک .

۴- دررفتگیهای مادرزادی هانش که قبلا توسط روشهای دیگر عمل شده و نتیجه نداده اند .

۵- دررفتگیهای هانش در تعقیب آرتريت چرکی این مفصل - غیر قرینه بودن لگن خاصره با دررفتگی هانش و بالاخره اسکولیوز ستون فقرات کمری که ثابت باشد همراه با دررفتگی مفصل هانش (Uncorrectable lumbar scoliosis)

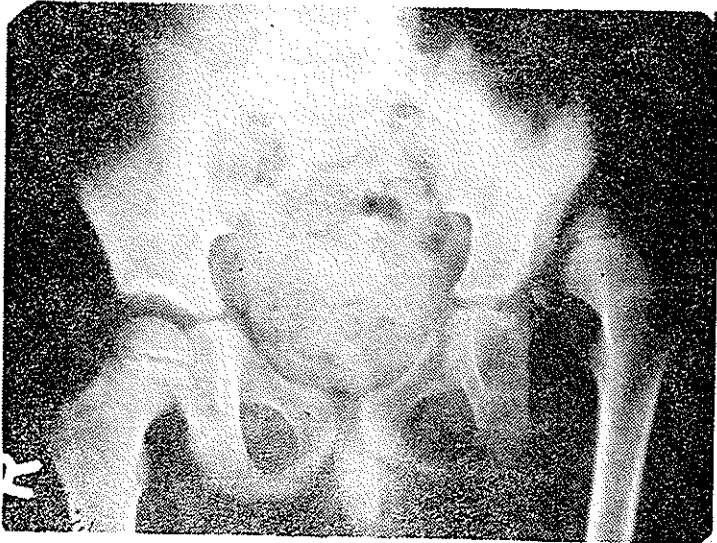
روش عمل استئوتومی استخوان خاصره (سالتر Salter )

در این عمل در زیر بیهوشی عمومی از راه شکاف کلاسیک خاصره ای رانی

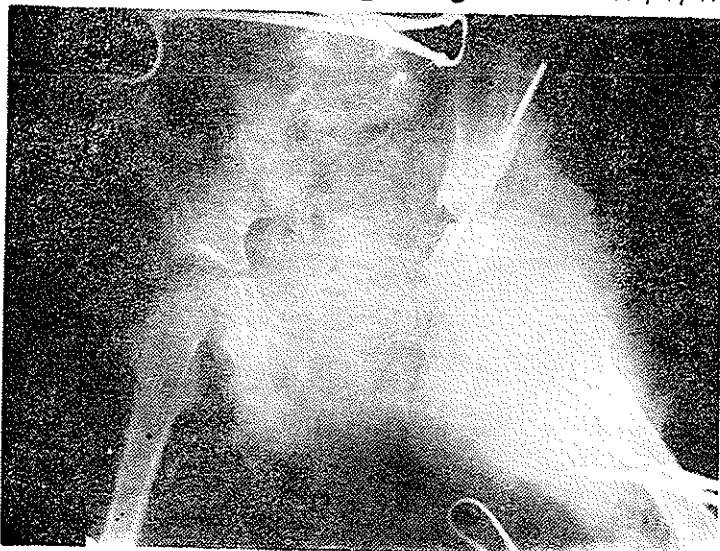
(ایلیوفمورال Ilio - femoral) از بین عضلات خیاطه و تانسور فاسیالاتا بکپسول مفصلی میرسیم بعد شکافی روی آپوفیز کرت ایلیاک میدهیم و آنرا از جلو بعقب بدو نیمه تقسیم میکنیم نیمه خارجی را از بال استخوان ایلیاک بطریقه زیر پریوستی جدا میکنیم. بعد از باز کردن کپسول و قرار دادن سر در داخل حفره کوتیلوئید متوجه میشویم که وقتی ران را در حال اکستانسیون و مختصر آدو کسیون بگذاریم سر از حفره مفصلی خارج میشود در اینموقع است که استئوتومی بال خاصره اندیکسیون دارد.

بعد عضله ایلیاک را با نیمه داخلی اپوفیز کرت ایلیاک از بال لگن جدا میکنیم تا به شیار ساکروسیاتیک برسیم. از این شیار یک پنس سر کج بطرف خارج هدایت میکنیم و با نوک پنس یکاره بنددار را Gigli میگیریم و بدین طریق استخوان ایلیوم را در بالای حفره کوتیلوئید از شیار ساکروسیاتیک تا خار قدامی تحتانی خاصره ای میبریم. در این موقع نیمه لگن خاصره بدو قسمت فوقانی و تحتانی از هم جدا است قطعه تحتانی را که شامل حفره استابولوم میباشد از قطعه فوقانی بطریقی باز میکنیم که قطعه تحتانی بطرف پائین جلو و خارج منحرف شود در این حال یک گرف استخوانی سه گوش در دهانه این باز شدگی میگذاریم و با سیم کیرشتر ثابت میکنیم. طول قاعده این گرف استخوانی نباید از فاصله خار قدامی فوقانی خاصره ای تا خار قدامی تحتانی خاصره ای کمتر باشد در این موقع سر را بداخل حفره کوتیلوئید جا می اندازیم و در حالی که کمک جراحان ران را در حال مختصر فلکسیون آبدو کسیون و رتاسیون انترن نگهداشته است، کپسول مفصلی ولایه های دیگر زخم را میدوزیم. سر سیم کیرشتر را در زیر نسج زیر پوستی قرار میدهیم که بعدها بتوان با سانی آنرا خارج نمود. سپس طفل را در گچ اسپایکا (Hip spica) قرار میدهیم.

مر اقبِت بعد از عمل. بعد از شش هفته زیر بیهوشی عمومی سیم را از لگن خارج نموده و برای مدت سه هفته پاهای طفل را در کفشی که هر دو پارا بحال آبدو کسیون قرار دهد میگذاریم بالاخره کم کم طفل میتواند براه افتاده و بزنگی خود ادامه دهد. شرح حال بیمارانی که با این طریقه عمل شده اند در اینجا گزارش میدهیم:



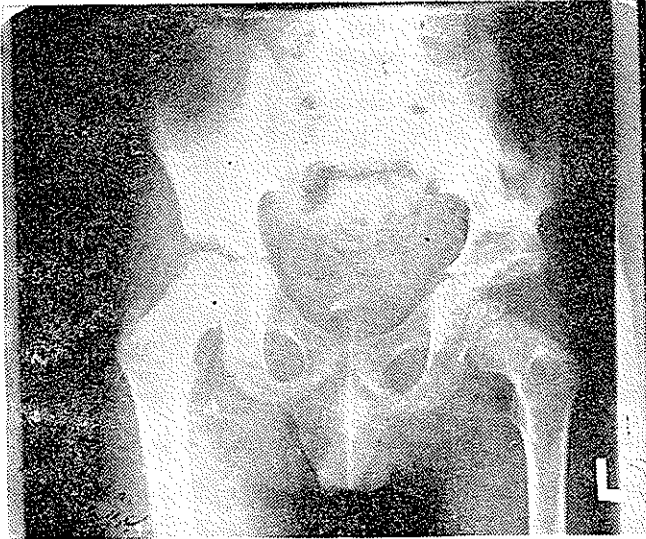
۱- س. ش. پنج ساله پسر بعلمت دررفتگی مادرزادی مفصل هانش چپ در تاریخ ۱۳۴۶/۲/۲۶ تحت عمل جراحی سالتر قرار گرفت عکسهای شماره ۲۵ و ۳



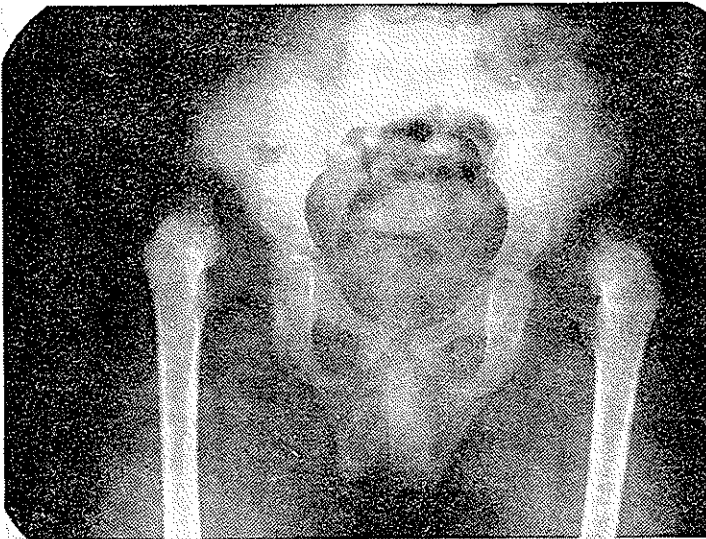
۴ و بترتیب عکس قبل از عمل - بلافاصله روی تخت عمل بعد از اتمام عمل سالتر و بالاخره یکسال بعد از عمل رانسان میدهد. چنانکه ملاحظه میشود هیچ گونه تغییری در شکل لگن خاصره ظاهر نشده و حفره کوتیلوئید دارای عمق کافی برای نگهداری سرفمور میباشد. از نظر کلینیکی این طفل بخوبی راه میرود ، لنگش ندارد - علامت

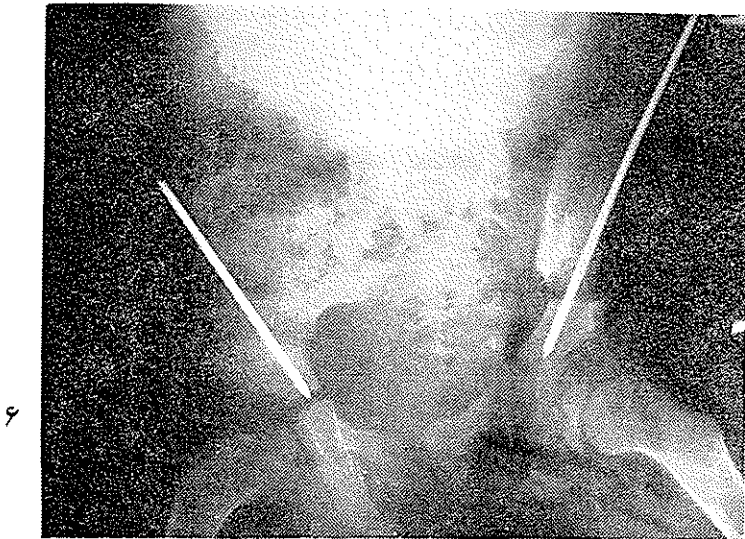


ترندلنبورگ منفی است و بالاخره اندازه گیری عضو سافله چپ هیچ کوتاهی را نشان نمیدهد.



۲- ح. ب. پسر سه و نیم ساله بعلت دررفتگی هردو مفصل هانش تحت عمل سالتر قرار گرفت عمل بفاصله سه هفته روی هردو مفصل هانش انجام شد در حال حاضر دو ماه از عمل مفصل هانش طرف راست و پنج هفته از تاریخ عمل روی مفصل هانش چپ میگذرد. عکسهای شماره ۵ و ۶ بترتیب عکس قبل از عمل و عکس موقع

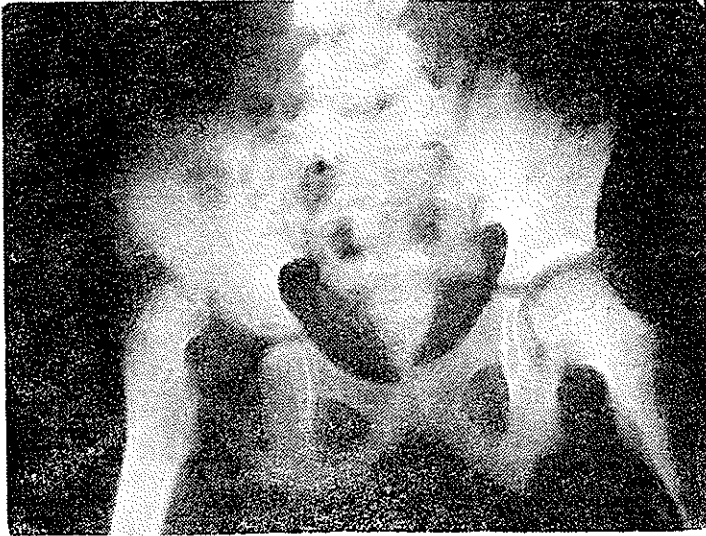




عمل ( سه هفته بعد از عمل روی هانش راست و بلافاصله روی تخت عمل پس از اتمام عمل سالتر روی هانش چپ) را نشان میدهد .

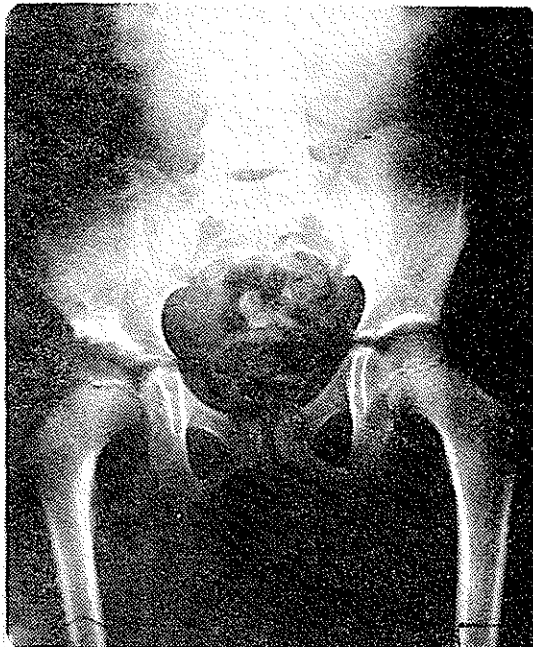
استابولوپلاستی بطریقه پمبرتون ( Pemberton )- در این روش بعد از اینکه با شکاف ایلیو فمورال بکپسول مفصل هانش رسیدیم و حفره مفصلی را از نسج فیبرو و چربی پاک کردیم شیار سا کرو ایلیاک را از طرف خارج لگن پیدا میکنیم . سپس با استئوتوم در بالای حفره کوتیلوئید استئوتومی انجام میدهیم بطریقی که شیب حفره استابولوم نقصان یابد و بتواند سر استخوان فمور را کاملا بپوشاند . فاصله ای که بین خطوط استئوتومی ایجاد شده است با پیوند استخوانی که از همان بال ایلیاک برداشته میشود پر میکنیم . با طریقه بالا میتوان اطفال را تا سن ده سالگی هم عمل نمود .

عکس های صفحه بعد بیماری را نشان میدهد که با این طریقه عمل شده است عکسهای شماره ۷ و ۸ بترتیب نمودار قبل از عمل و بعد از عمل پمبرتون میباشد فاصله بین دو عکس دو سال و دو ماه میباشد این طفل که در موقع عمل جراحی شش ساله بود و مبتلا به دررفتگی مفصل هانش طرف راست بود تحت عمل جراحی پمبرتون قرار گرفت .



۷

عکس پائین دو سال و دو ماه بعد از عمل گرفته شده است. از نظر بالینی لنگیدن وجود ندارد - کوتاهی عضو ساقه راست وجود ندارد و بالاخره علامت ترندلنبورگ منفی است .



۸