

آرتریت چر کی حاد مفصل خاصره‌ای رانی در اطفال و نوزادان

مجله نظام پرشکی

سال پنجم، شماره ۱، صفحه ۱۲، ۲۵۳۵

دکتر بهادر علمی هرنده

از اوائل دهه ۱۹۵۰ باینطراف اکثر مؤلفین معتقدند که تشخیص بیماری باید بموقع و هر چه زودتر داده شود و بلا فاصله پس از تشخیص، مفصل را باز کرده و ترشحات چر کی را خارج نمود بدین ترتیب ضایعات غضروف مفصلی بمراتب کمتر از مواردی است که مفصل را بطور مکرر پونکسیون کرده و آنتی بیوتیک داخل آن تزریق کرده بودند.

میکروباهای مولد بیماری معمولاً^{*} از راه جریان خون به مفصل خاصره‌ای رانی میرساند خواه در جریان یک بیماری عفونی یا در تعقیب عفونت سایر نقاط بدن مانند عفونت‌های دستگاه تنفسی، عفونت‌های روده‌ای، پوستی و بالاخره عفونت‌های ناف در نوزادان. بعلت قرار گرفتن قسمتی از گردن استخوان ران در داخل مفصل خاصره‌ای رانی گاه استئومیلیت انتهای فوکانی استخوان ران باعث آرتریت چر کی این مفصل می‌شود. البته عکس این مطلب هم صادق است بدین معنی که آرتریت چر کی، باعث استئومیلیت انتهای فوکانی استخوان رانی گردد. در بعضی از موارد تشخیص اینکه هبداعفونت کدام قسم است مشکل می‌باشد. پونکسیون ورید رانی که از اعمال رایج بخش اطفال است، گاه باعث آرتریت حاد چر کی می‌گردد که بعلت اهمیت خاص بطور جداگانه در مورد آن بحث خواهد شد. میکروباهای گوناگونی باعث این عفونت می‌گردند که شایعترین آنها عبارتند از:

استافیلوکلک - استرپتوکلک - کلی باسیل - هموفیلوس آنفلوائزرا. بعلل نامشخص نوع باکتریهایی که باعث آرتریت چر کی می‌گردند در سالهای اخیر تغییر کرده است. Heberling (۵) در سال ۱۹۴۱

مقدمه: آرتریت چر کی حاد مفصل خاصره‌ای رانی شایعترین آرتریت حاد نوزادان و اطفال بوده که باید مورد توجه هر طبیب عمومی، متخصص بیماریهای اطفال و جراح ارتوپدی باشد. عدم توجه در تشخیص سریع و درمان بموضع عواقب وخیمی داشته و عوارض غیرقابل جبرانی برای طفل باقی می‌گذارد. این بیماری برای اولین بار در سال ۱۸۷۴، بوسیله Tom Smith گزارش داده شد. او بیماری را در نوزادانی که دچار عفونت ناف و پوست بودند مشاهده کرد و ترشحات چر کی که از مفصل آنها خارج می‌شد محتوی غضروف سر استخوان ران بود. بنظر او آرتریت چر کی در نتیجه بازشدن آبسه اپیفیز یا متابفیز بداخل مفصل بوجود می‌آید یعنی این بیماری در تعقیب استئومیلیت ایجاد می‌گردد. در ضمن او اولین کسی بود که در رفتگی مفصل هیپ را در آرتریت چر کی مشاهده کرد.

بطور کلی هدف پزشکان قرن ۱۷ و ۱۸ موقعي که با این بیماری مواجه می‌شدند نجات کودک از مرگ بود. این پزشکان برای نجات کودک تمايل زیادی به قطع اندام داشتند. با پیشرفت علم طب طریقه درمان این بیماری نیز تغییر گرد. پزشکان قرن ۱۹ سعی خود را در حفظ اندام بکار برند. گرچه غالباً در مانهای آنها باعث انکیلوز مفصل می‌شد. ازاوائل قرن بیستم پزشکان سعی کردن که از انکیلوز مفصلی هم جلو گیری کرده و حرکات مفصل را حتی المقدور حفظ نمایند. برای اینکار روش‌های درمانی مختلفی بکار میرفت که عبارت بودند از تخلیه مکرر ترشحات مفصلی و تزریق آنتی بیوتیک‌ها در داخل مفصل و همچنین تجوییز آنتی بیوتیک‌ها از راه عمومی و یا حرکت کردن مفصل.

* بیمارستان توانبخشی شفای حیاتیان - تهران

علائم بیماری

بیماری عموماً با خرابی حال عمومی طفل شروع می‌شود. تب - لرز - بی‌قراری و گاه حالت توکسیک ممکن است علائم شروع بیماری باشد. البته در بعضی مواقع بدی حال عمومی زیاد جلب توجه نکرده و بیشتر علائم موضعی جالب توجه می‌باشند.

تور اطراف مفصل خاصره‌ای رانی - حساسیت شدید در قسمت قدامی و خلفی مفصل و بی‌حرکتی عضو که عموماً طفل ران را در حالت فلکیون وابداکسیون نگاه میدارد جلب توجه می‌کنند. اسپاسم عضلانی در عضلات اطراف مفصل وجود داشته و حرکات پاسیو مفصل فوق العاده دردناک می‌باشد.

در مراحل پیش‌فته ممکن است تموجی در ران احساس شود که مربوط به بازشدن آبسه در داخل ران می‌باشد.

در نوزادان، در ابتدا عموماً حال عمومی خراب نبوده و فقط بی‌حرکتی عضو، اسپاسم عضلانی عضلات اطراف مفصل و دردناک بودن حرکات مفصلی جلب توجه می‌کنند.

ازین رفقن نیض فمودال گاهی در این بیماران محسوس است. در حال عادی سروگردان استخوان ران زیر شریان رانی قرار می‌گیرد ولذا نیض فمودال محسوس است. در حالی که در ارتربیت چر کی، مایع چر کی داخل مفصل، حائل بین شریان رانی و گردن استخوان ران قرار گرفته و باعث ازین رفقن نیض فمودال می‌گردد.

بعد از مشکوک شدن باین بیماری برای تشخیص قطعی باید پونکسیون مفصل بعمل آید. این پونکسیون را بطرق مختلف میتوان انجام داد ولی ساده‌ترین راه پونکسیون مفصل از جلو است. برای این منظور نیض رانی را روی کشاله رانی لمس کرده و حدود ۲-۱/۵ سانتی‌متر در پائین و خارج آن سوزن را باطور عمود به پوست وارد می‌کنیم تا اراده‌کپسول شویم (سوزن ۱۸) در مواردی که نیض فمودال محسوس نیست نقطه وسط لیگمان انگوینال را پیدا کرده ۲-۱/۵ می‌گردد و آنرا به پلاسمین که میکنند روتئین ملفات گشته

عموماً چرک داخل مفصل تحت فشار بوده و پس از واردشدن سوزن در مفصل گاه پیستون سرنگ را عقب می‌زند.

از چرک بدست آمده باید لامی تهیه کرد و با رنگ آمیزی گرم رنگ کرد وزیر میکرو سکپ مشاهده نمود. همچنین چرک را برای کش و آنتی بیوگرام بازمایشگاه فرستاد.

علائم آزمایشگاهی

عموماً تعداد گلبوهای سفید افزایش می‌باید و در فرمول خونی ملاحظه می‌شود که تعداد گلبوهای سفید چند هسته‌ای افزایش یافته است. سرعت رسوب گلبوهی بالارفته و گاه در ساعت اول به صد میلی‌متر میرسد.

دویست و یك مورد از ارتربیت‌های چر کی را مطالعه کرد.

و در گزارش او هیچ موردی از عفو نت ناشی از هموفیلوس - آنفلوآنزا ذکر نشده است. در حالیکه Almquist (۱) در سال ۱۹۷۰، ۵ مورد از ارتربیت چر کی حاد کودکان را که در بین سالهای ۱۹۵۲-۱۹۶۶ در بخش ارتوپدی اطفال دانشگاه واشنگتن تحت درمان قرار گرفته بودند بررسی کرده و عواملی را که باعث این عفو نت شده بودند باینطريق گزارش داده است.

در شش ماه اول زندگی، میکروبهای مختلفی در ایجاد بیماری دخالت داشته‌اند.

از هفت ماهگی تا چهار سالگی هموفیلوس آنفلوآنزا مهمترین عامل این عفو نت بود (۶۶٪) و بعداز آن استافیلوکاک نقش مهمی داشته است.

از چهار سالگی بعده استافیلوکاک مهمترین میکروب مولایین بیماری بوده است.

البته در آمار دیگری که در بیمارستان اطفال یکی از شهرهای استرالیا انتشار یافته (۳) نشان میدهد که استافیلوکاک مهمترین عامل ارتربیت چر کی اطفال است و استرپتوکاک و هموفیلوس آنفلوآنزا در درجه دوم اهمیت قرار دارند.

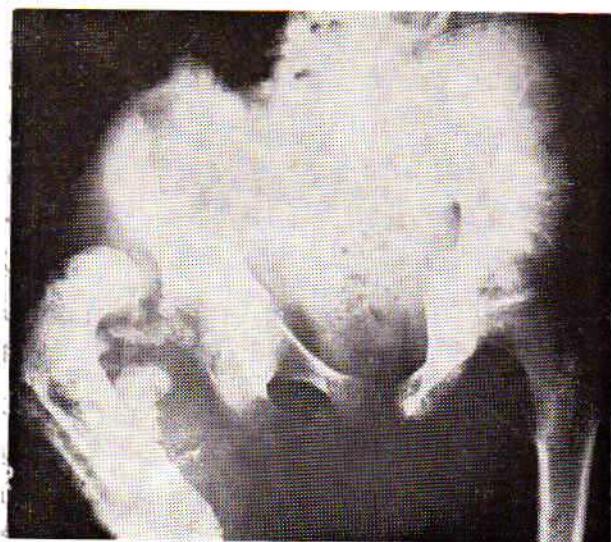
پاتولوژی

در مراحل اولیه عفو نت پرده‌های سینویال مفصلی پرخون شده و متعاقب آن سلوشهای آماسی بدغشاء سینویال نفوذ کرده باعث ترشح مقادیر قابل ملاحظه‌ای ترشحات چر کی بداخل مفصل می‌شود. این ترشحات محتوی مقادیر زیادی گلبوهای سفید چند هسته‌ای است که در اثر لیز شدن آنها، آنزیمهای پروتئینیکی آزاد می‌شوند و باعث از بین رفتن غضروف می‌گردد. علاوه بر این استافیلوکیناز و استرپتوکیناز مترشحه از استافیلوکاک و اسپرپتوکاک باعث فعال شدن پلاسموژن خون می‌گردد و آنرا به پلاسمین که میکنند روتئین ملفات گشته که موجب اضطراب خارجی می‌گردد.

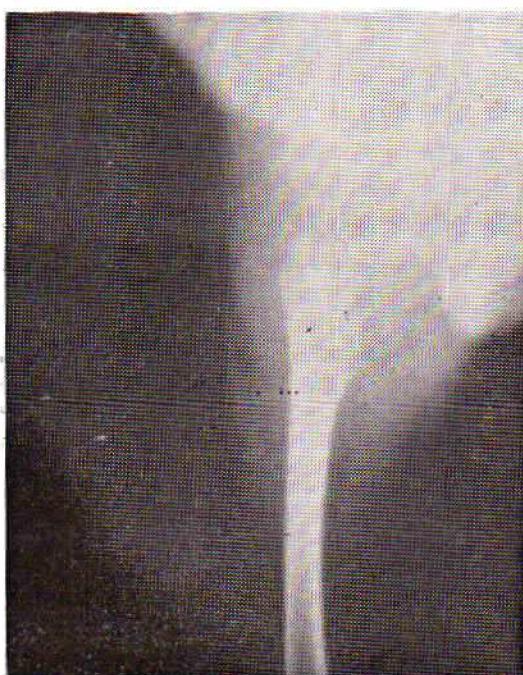
در مرحله ترمیم ضایمات التهابی مفصل پانوسی روی غضروف مفصلی تشکیل می‌گردد که خود باعث تجزیه بیشتر غضروف می‌شود.

پس از ازین رفتن غضروف مفصلی عموماً غضروف جدیدی جانشین آن نمی‌گردد، در نتیجه نسخ گرانولاسیون حفره مفصل را پر کرده و گاهی مواد آهکی هم در آن رسوب کرده و سرانجام باعث انکیلوز مفصلی می‌گردد.

در مراحل پیش‌فته عفو نت ممکن است به انساج اطراف مفصلی سر باز کرده یا اینکه استخوانهای مجاور را مبتلا کرده، باعث استئومیلیت انتهایی فوقانی استخوان ران یا استabolم گردد.



شکل ۲- دررفتگي مفصل خاصره‌اي راني و استئوميليت پيش‌رفته استخوان ران، متعاقب آرتربیت حاد چرکي در يك‌كودك ۷ ساله.



شکل ۳- آرتربیت حاد چرکي مفصل خاصره‌اي راني در يك‌كودك ۲ ساله پس از بازکردن مفصل و تخليله چرک . در اين شکل سراستخوان ران بکلي از بين رفته است .

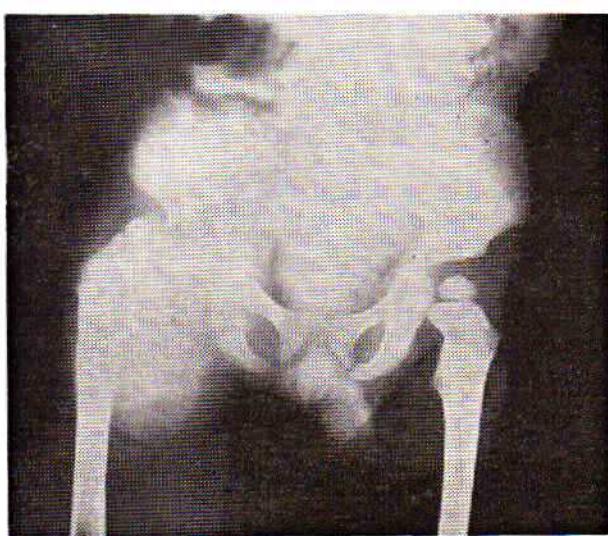
درمراحل پيش‌رفته‌تر که انهدام غضروف مفصلی بوجود آيد. کم شدن فاصله بين مفصلی آشکار مي‌گردد. درصورتیکه عفونت از مفصل به استخوان ران سرایت نماید علامت راديوبرافيک استئوميليت استخوان ران دیده ميشود.

کشت خون در تعداد زیادی از این بيماران مثبت است و درمواردی که مشکوک باين بيماري هستيم باید کشت خون از بيمار بعد عمل آوريم. کشت خون بهتر است قبل از تجويز آنتيبيوتิก و درموافقی که تب بيمار بالاست انجام گيرد و در فاصله چند ساعت چند مرتبه تكرار شود.

از همه مهمتر آزمایش ترشحات مفصلي است. در مرحله اول باید يك لام ساده از ترشحات مفصلي تهيه کرده و پس از رنگ آميزی ذير ميكروسكپ بینيم. ممکن است باکتريهای مولد بيماري در آزمایش مستقیم دیده شوند. تعداد گلبلوهای سفيد زیاد شده و اکثرآ از صد هزار بيشتر است و قسمت اعظم آنها را گلبلوهای سفيد چند هسته‌اي تشکيل مي‌دهند. البته درمواردی که استئوميليت انتهای فوكانی استخوان ران وجود دارد گاهی ترشحات مفصلي افزایش می‌باشد که عموماً محتوى گلبلوهای سفيد چند هسته‌اي است منتهی در اینجا باکتری در ترشحات مفصلي وجود ندارد. کشت و آنتيبيوتکرام از ترشحات مفصلي حتماً باید بعمل آيد. پروتئين مایع مفصلي افزایش يافته و قند آن کم ميشود.

علامت راديوبرافيک:

بزرگ شدن سایه نسوج نرم اطراف مفصل و افزایش افاسله بين انتهای فوكانی استخوان ران و استabolم از علامت دائمي عفونت چرکي حاد مفصل خاصره‌اي راني درمراحل اوليه بيماري است. در بعضی موادر راديوبرافي دررفتگي مفصلی را نشان مي‌دهد. گاه بلندشدن پريوست انتهای فوكانی استخوان ران مشهود است.



شکل ۱- دررفتگي مفصل خاصره‌اي راني در يك‌كودك ۲ ساله متعاقب آرتربیت حاد چرکي . نورم قبل ملاحظه نسوج نرم اطراف مفصل بخوبی مشهود است .

کرده و غالباً با تایج خوب همراه است. تخلیه هرچه زودتر چرک از مفصل که کپسول آنرا تحت فشار قرار داده است حائز اهمیت فوق العاده می‌باشد. زیرا تحت فشار بودن کپسول مفصلی جریان خون را در آن متوقف ساخته از طرفی باعث نرسیدن آنتی‌بیوتیک به مفصل گشته و از طرف دیگر موجب نکروز سر استخوان ران که عارضه نسبتاً شایعی است می‌شود.

بطور کلی درمان ارتربیت حاد چرکی مفصل خاصره‌ای رانی عبارتست از تخلیه هرچه زودتر چرک مفصلی.

استراحت دادن مفصل و تجویز آنتی‌بیوتیک مناسب.

در مورد چگونگی تخلیه چرک مفصلی نظریات متفاوتی وجود دارد:

یکدسته از جراحان معتقدند در صورتیکه چرک مفصلی غلیظ نباشد می‌توان آنرا بطور مکرر با پونکسیون مفصلی خارج نموده و پس از پونکسیون، آنتی‌بیوتیک مناسب را در مفصل تزریق کرد.

دسته دیگر معتقدند پونکسیون مفصلی برای درناز مفصلی کافی نبوده و باید با عمل جراحی مفصل را بازنموده و چرک را تخلیه کرد بعلاوه پونکسیونهای مکرر مفصل را در معرون غفونت رانی دیگر قرار میدهد.

بهترین طریقه برای خارج کردن چرک از مفصل، برش خلفی Ober است که در حقیقت برشی در امتداد گردن استخوان ران می‌باشد. پس از باز کردن مفصل باید آنرا بخوبی شستشو داده و یک آنتی‌بیوتیک مناسب داخل مفصل ریخت و کپسول مفصلی را به نسج اطراف دوخته و بعد از گذاشتن درن درزخم پوست را با بخیه شل بهم نزدیک کرد. و درن را بتدریج در مدت ۴-۵ روز از زخم بیرون کشید.

عده‌ای ترجیح میدهند بعد از خارج کردن چرک دولوله پلی‌اتیلن در مفصل گذاشته از یکیکی محلول آنتی‌بیوتیک رقیق وارد مفصل کرده و ازلوله دیگر مایبات را خارج کنند.

(Close. Irrigation. System)

در مورد نحوه بی‌حرکت کردن مفصل بعد از عمل عده‌ای بیمار را در گچ Spica می‌گذارند در حالیکه دسته دیگر معتقدند بی‌حرکت کردن مفصل در گچ باعث محدودیت حرکات مفصلی می‌گردد و ترجیح میدهند بیمار را در گشتن پوستی بگذارند.

در نوزادان باید پس از تخلیه چرک، ران را حداقل برای سه هفته در حالت ابدکسیون نگهداشت تا از دررفتگی مفصل جلوگیری شود. در صورتیکه اینکار انجام نشود گاهی دیده شده که پس از خاموش شدن عفونت اولیه مفصل در رفته است.

عوارض ناشی از ارتربیت حاد چرکی مفصل خاصره‌ای رانی در اطفال:

Eyre. Brown (۳) در سال ۱۹۶۰، عوارض زیر را در این بیماری ذکر کرده است:

۱- انهدام سر استخوان ران و دررفتگی مفصل خاصره‌ای رانی.

۲- انهدام غضروف رشد Epiphyseal Plate و بر جا ماندن سر استخوان ران در این موارد، سرپوشیده یک نسج فیبرو به گردن اتصال دارد.

۳- انهدام غضروف رشد Epiphyseal Plate و بر جا ماندن سر استخوان ران در این موارد، سرپوشیده یک نسج فیبرو به گردن اتصال دارد.

Coxa. Magna.

بعقیده او و Lloyd. Roberts (۶) معمولاً کالسینیکاسیون سر استخوان ران در این مفاصل بتأخیر افتاده بطور یک گاهی پیش از تصور می‌کند سر استخوان ران در اثر عفونت از بین رفته است. در این گونه موارد بهترین وسیله برای تشخیص، موقعیت سر استخوان ران ارتروگرافی مفصل خاصره‌ای رانی است که بدین وسیله شکل و اندازه سر استخوان ران را بخوبی مشخص می‌کند.

گاه ظهور سر استخوان ران که علامت بهبود عفونت می‌باشد با نکروز همراه می‌باشد که در اینصورت غالباً باعث پهن شدن سر استخوان ران می‌گردد.

ارتربیت حاد چرکی مفصل خاصره‌ای رانی نوزادان متعاقب پونکسیون ورید فمورال:

این عارضه باید مورد توجه هر متخصص اطفال باشد تا در موقع مواجه شدن با آن اقدامات لازم را هرچه زودتر بعمل آورد.

Chacha در سال ۱۹۷۱ (۲)، شانزده مورد از ارتربیت حاد چرکی مفصل خاصره‌ای رانی نوزادان را که متعاقب پونکسیون ورید فمورال بوجود آمده بود گزارش داده است.

بعقیده او برخورد سوزن بمفصل ران که در زیر ورید فمورال قرار دارد باعث تشکیل هما تو می‌دران می‌گردد که محیط مناسبی جهت رشد باکتریها است. میکروپیها معمولاً از راه جریان خون به مفصل رسیده و آرتربیت چرکی را در آن بوجود می‌آورند.

علامت بیماری معمولاً ۱-۲۴ روز بعد از پونکسیون آشکار می‌شود (بطور متوسط ۱۰ روز).

علامت عمومی آرتربیت چرکی غالباً در نوزادان زیاد مشخص نمی‌باشد لذا در هر نوزادی که پونکسیون ورید فمورال داشته و چند روز بعد از آن حرکات مفصل خاصره‌ای رانی او محدود و دردناک است یا ورم والتهاب در اطراف مفصل یا تاحیه تناسلی وجود دارد باید مشکوک به آرتربیت چرکی مفصل خاصره‌ای رانی شد و آزمایش‌های لازم دیگر را برای تشخیص قائمی بعمل آورد.

درمان:

تشخیص بموقع و درمان سریع از انهدام غضروف مفصلی جلوگیری

چه نوع آنتی بیوتیک باید مصرف کرد؟

می‌آید. این نکروز بتدریج باعث جذب تدریجی آن میگردد. در اینگونه موارد حداقل ۴-۳ ماه باید کودک را از راه رفتن منع کرد تا از تغییر شکل تدریجی آن جلو گیری شود.

در صورتیکه پس از درمان عفونت مفصلی در رفتگی وجود داشته باشد و سر استخوان ران زیاد خراب نشده باشد، باید سعی کرد آنرا باعمن جراحی یا با مانور جا اندخت. در مواردی که سر در اثر عفونت بکلی از بین رفته باشد بعضی از جراحان سعی میکنند بوسیله‌ای انتهای فوکانی استخوان ران را دراستابولم ثابت کنند تا از بالا رفتن آن که موجب تغییر شکل بیشتر میشود جلو گیری کنند مثلاً Harmon (۱۹۷۴) در سال (۴) پیشنهاد کرد که قسمت فوکانی سر استخوان ران را طولاً دونیم نموده و قسمت داخلی آنرا کج کرده داخل منص کذاشت.

در هر حال بعلت آسیب دیدن غضروف رشد (Epiphyseal plate) انتهای فوکانی استخوان ران رشد طبیعی اندام دچار اختلال شده و کوتاه خواهد ماند که برای اصلاح آن باید در موقع مناسب اقدام لازم بعمل آید.

خلاصه

۱- تشخیص بموقع و درمان سریع آرتربیت حاد چر کی اطفال و نوزادان از عوارض و عواقب بدفر جام آن جلو گیری کرده و نتایج خوبی دربردارد.

۲- در ساله‌ای اخیر عفونت‌های مفصلی ناشی از هموفیلوس انفلوانزا بعلل نامعلوم افزایش یافته است.

۳- آرتربیت حاد چر کی مفصل خاصره‌ای رانی گاهگاهی در نوزادان متعاقب پونکسیون و دید رانی دیده میشود که طبیب متخصص اطفال مخصوصاً باید آنرا در نظر داشته باشد.

۴- بهترین نتایج درمانی با در نظر مفصل باعمل جراحی واستراحت دادن به مفصل باکشش پوستی و تجویز آنتی بیوتیک مناسب بدست می‌آید.

REFERENCES:

- 1- Almquist. E.E. The changing Epidemiology of septic arthritis in children. Clinical Orthopaedic and Related Research. 68-96. Jan. 1970.
- 2- Chacha. Suppurative arthritis of The hip in infancy. Journal of Bone and Joint Surgery. 53 A. 538. April 1971.
- 3- Eyre_Brook, A.L. Septic arthritis of the Hip and Osteomyelitis of the upper end of the femur in infants. Journal of Bone Joint Surgery. 42. B. 11. Feb. 1960.
- 4- Harmon. P.H. Reconstruction for loss of Femoral Head and Neck in children from acute infectious arthritis. Journal of Bone and Joint Surgery. 24. A_576- 1942.
- 5- Heberling. J. A. Review of two hundred and one cases of suppurative arthritis. J. Bone and Joint Surgery. 23A_917. 1941.
- 6- Lloyd Roberts. G. C. Suppurative arthritis of in fancy. Some observations upon prognosis and Management. J. Bone and Joint Surgery. 42.B-707. November. 1960.
- 7- Paterson. D.C. acute suppurative arthritis in infancy and childhood. J. Bone and Joint Surgery. 52.B- 474. Aug. 1970.
- 8- Sharard. W.J. Paediatric orthopaedic and. Fractures. Blackwell. 1971.

همانطور که قبل اشاره شد پس از پونکسیون مفصلی ترشحات چر کی را باید برای کشت آنتی بیوتیک آزمایشگاه فرستاد. و بدین ترتیب آنتی بیوتیک مناسب را انتخاب نمود. معمولاً حاضر شدن جواب آنتی بیوتیک گرام ۴۸ ساعت بطول می‌انجامد. این سؤال پیش می‌آید که در این ۴۸ ساعت چه آنتی بیوتیکی باید مصرف شود؟

Almqist با توجه به شایعترین باکتریهای که باعث این عفونت در سنین مختلف میگردند پیشنهاد میکند تا حاضر شدن جواب آنتی بیوتیکی زیر مصرف شود:

در ۴ماه اول زندگی کاتامیسین (Kanamycin) + متمیسیلین (Ampicillin) از شش ماهگی تا چهار سالگی آمپی سیلین (Ampicillin) ،

از چهار سالگی پی بعد متمیسیلین (Methicillin) ،

آنتی بیوتیک متناسب را باید ۴-۶ هفته اداهه داد.

علاوه بر درمانهای فوق، درمانهای عالمی دیگری که در کلیه بیماریهای عفونی بکار میرود، درینجا نیز باید بکار برده شود. ادامه درد و محدودیت حرکات مفصلی و اسپاسم عضلانی علیرغم معالجات فوق دلبل بر وجود ضایعات عمیق مفصلی است. با وجود ادامه آنتی بیوتیک و بی حرکت کردن مفصل، حرکات مفصلی بتدریج در دنگر افزایش محدودتر میگرد. در این موقع بتدریج علامت رادیو-گرافی که دال بر انهدام غضروف مفصلی است آشکار میشود.

جوش دادن مفصل Arthrodesis در این اطفال نباید بالا فاصله پس از پیدا شدن ضایعات مفصلی صورت گیرد. زیرا گاهی برخلاف انتظار با وجود ضایعات آشکار رادیو لوژی بهبود غیرقابل تصوری بوجود می‌آید. جوش دادن مفصل فقط باید در صورتی انجام گیرد که درد ادامه یافته و محدودیت حرکات مفصل زیاد باشد یا مفصل در وضعیت معموب دچار انکیلوز شده باشد.

نکروز سر استخوان ران از عوارض شایع آرتربیت حاد چر کی مفصل خاصره‌ای رانی است که در نتیجه ترسیدن خون آن بوجود