

تشخیص دررفتگی مادرزادی مفصل ران در ایران و آمار ۳۳۰۰ نوزاد

مجله نظام پزشکی

سال هفتم، شماره ۴، صفحه ۲۴۸، ۱۳۵۹

دکتر محمود رضائیان * دکتر احمد قانع بصیری - دکتر مسعود توسلی *

مقدمه :

دررفتگی مادرزادی مفصل ران یکی از مهمترین نقص‌های مادر-زادی است که اگر درمان نشود منجر به علیل بودن بیمار خواهد شد. تا چند سال قبل تشخیص آن در بدو تولد مشکل بود ولی در سال ۱۹۴۸ با پیشنهاد آزمون مخصوص توسط Ortoloni (۴)، متخصص عالی‌تدرایتالیائی و نیز آزمون Barlow (۲) در سال ۱۹۶۲، تشخیص این نقص در بدو تولد آسان شده و در نتیجه بسادگی قابل درمان است. بنابراین با درمان‌های جراحی میتوان از عوارض آن جلوگیری کرد. علت اصلی بیماری معلوم نیست ولی در جنس مؤنث چندین برابر بیشتر از جنس مذکر دیده میشود. بعلاوه وفور آن با وضعیت زندگی و جغرافیائی کاملاً ارتباط دارد. این بیماری در اقوام اسکیمو که در مناطق سردسیر زندگی میکنند و کودکان خود را با پاهای راست در پارچه می‌پیچند، (مانند قن‌داق پیچیدن در ایران) بسیار فراوان است و در سیاه‌پوستان آفریقا که کودک خود را از بدو تولد با پاهای باز در پشت حمل می‌کنند دیده نشده است. در دیگر نقاط جهان وفور این بیماری متفاوت است مثلاً در انگلستان و امریکای شمالی حدود ۱۵ در هزار و در جنوب ایتالیا ۶ در هزار نوزادان مبتلا میباشند، در پاکستان این بیماری نادر بوده و آمار مبتلایان در ایران نیز مشخص نیست. برای تعیین آمار تقریبی مبتلایان باین بیماری از ۳۳۰۰ نوزاد، در دو بیمارستان زنان و زایشگاه فرح سابق در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اولیه تولد معاینه بعمل آمد که نتایج آن در این مقاله ارائه میگردد.

روش معاینه و اهمیت تشخیص:

دررفتگی مادرزادی اگرچه در کودکان بزرگتر نشانه‌های واضح و فراوانی مثل کوتاهی یک عضو (در انواع يك طرفه)، طرز راه رفتن مخصوص مانند اردک (در انواع دوطرفه) داشته و در پر تو نگاری صد درصد مشخص میگردد، در نوزادان نشانه‌های واضحی ندارد. تنها با وقوف کامل بر این آزمایش‌ها میتوان بیماری را بی‌استفاده از پرتوشناسی مشخص و بسادگی درمان کرد. تشخیص این بیماری در حقیقت در درجه اول برعهده متخصصان زایمان است که در بدو تولد بیمار را معاینه می‌کنند. چنانچه در موقع تولد تشخیص داده نشود، این وظیفه برعهده متخصصان اطفال میباشد که کودکان را برای نخستین بار معاینه می‌کنند و چنانچه در این دومرحله تشخیص داده نشود، در موقع راه رفتن عموماً ناراحتی بیمار مشخص میگردد که مسلماً برای درمان بسیار دیر خواهد بود، زیرا با تشخیص در روزهای اول زندگی و نگهداری پاها توسط پارچه مخصوص در وضعیت دور از خط وسط (ابدو کسیون) بیماری تقریباً همیشه بدون عوارض قابل درمان است. در صورتیکه تا سن دو سالگی تشخیص داده نشود، مستلزم درمان جراحی گاه با اعمال متعددی است که صرفنظر از عوارض آنها نتیجه نیز ممکنست رضایتبخش نباشد. بنابراین باید به کلیه پزشکان آموزش داده شود که در نخستین روزهای تولد زندگی هر نوزاد، وی را برای تشخیص دررفتگی مادرزادی مفصل ران معاینه نمایند.

* بیمارستان ابن‌سینا - دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران

* بیمارستان زنان - تهران .

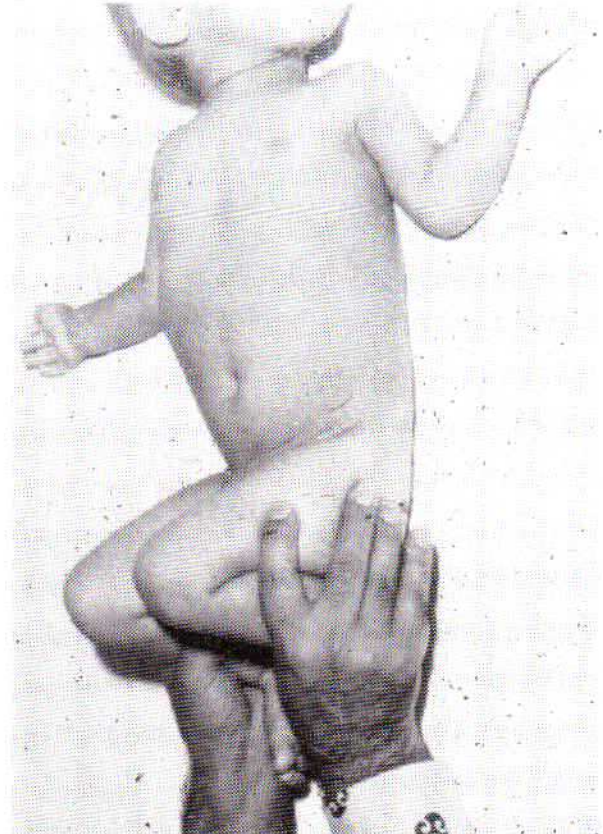
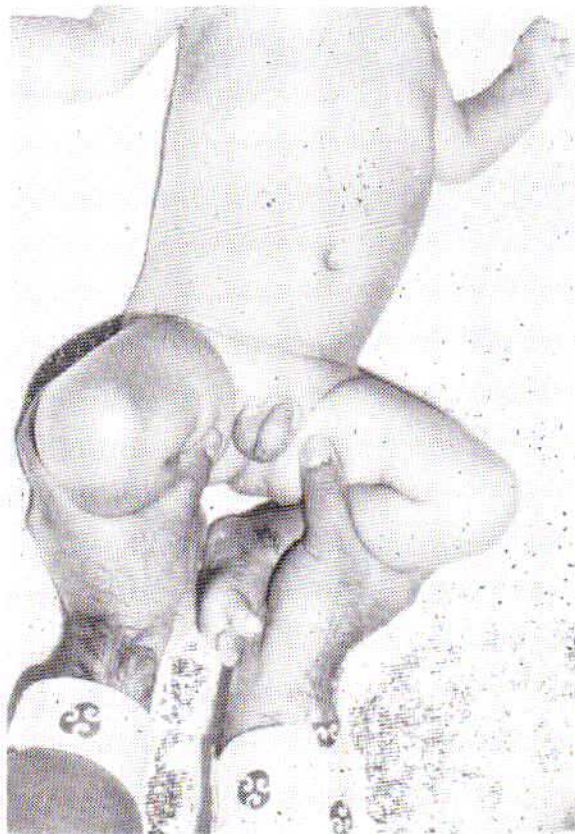
روش تشخیص:

از سال ۱۹۴۸، که اورتولونی آزمون خود را معرفی کرد در بسیاری از نقاط جهان نسبت به درمان این بیماری توجه خاصی شده است. امروزه آزمون اورتولونی را بیشتر برای معاینه کودکان چند ماهه مناسب میدانند و بجای آن آزمون Barlow را که در حقیقت يك شکل تغییر داده شده آزمون قبلی است برای معاینه نوزادان بکار میبرند. در این مطالعه از آزمون بارلو استفاده شده است. برای بررسی مفاصل رانها پس از معاینه عمومی بیمار، نوزاد را به پشت روی تخت معاینه می‌خواهاند و معاینه کننده در انتهای پاها ایستاده با دست‌های گرم و خشک شروع به معاینه میکند. نخست حرکات هر مفصل را جداگانه و بعد با هم بررسی میکند. دور کردن مفصل در رفته از خط وسط معمولاً شدیداً محدود است که خود نشانه بسیار خوبی است و باید بوجود دررفتگی مشکوک شد. در نوزاد طبیعی اگر ساق پا را در حالیکه ران به بدن و ساق بران عمود است گرفته بخارج حرکت داده شود (ابدوکسیون) سطح خارجی زانو تقریباً به میزان معاینه خواهد رسید. اگر دررفتگی وجود داشته باشد اولاً دامنه این حرکت محدود بوده و ثانیاً در جریان این حرکت ممکنست صدای دختصری

شنیده یا حس شود که دلیل برجسا افتادن دررفتگی خواهد بود (آزمون Ortoloni). انجام این عمل روی نوزاد کوچک مشکل است. بنابراین آزمون دیگری که به آزمون Barlow موسوم است انجام میشود.

آزمون Barlow:

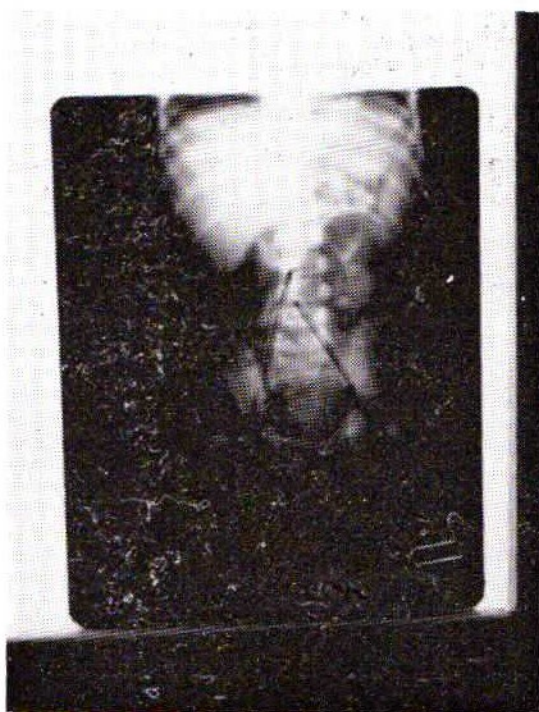
در حالیکه بیمار به پشت روی تخت خوابیده، معاینه کننده ساق پا را روی ران کاملاً خم کرده، ساق وران را در دست غیر هم نام خود میگیرد (با دست راست پای چپ و برعکس) بطوریکه انگشت وسط روی برجستگی بزرگ و انگشت شست روی برجستگی کوچک استخوان ران قرار گیرد. در این حال اگر با انگشت وسط از عقب به جلو فشار وارد آورده شود در مفصل طبیعی حرکتی مشاهده نخواهد شد و در حقیقت مفصل ران ثابت (Stable) خواهد بود در صورتیکه اگر دررفتگی وجود داشته باشد با این حرکت سر استخوان از روی بال استخوان ران بداخل حفره استابلوم خواهد لغزید که لغزش آن محسوس بوده و گاهی شنیده میشود. تنها با احساس این لغزش آزمون بارلو را مثبت دانسته بیمار را مبتلا به دررفتگی مفصل ران میدانند. این گروه در بررسی بیمار ران خود این روش را بکار برده‌اند (شکل ۱ و ۲). چنانچه در این مرحله



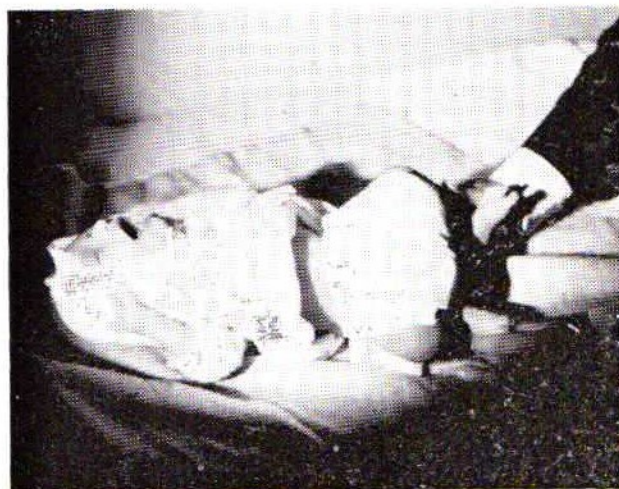
شکل ۱ و ۲- روش انجام آزمون بارلو

پرتونگاری در سنین چند ماهگی کمک واضحی به تشخیص می کند (شکل ۴). ولی در روزها و هفته های اول زندگی روش و مهارت خاصی برای انجام و خواندن آن لازمست. چنانچه بخواهند تشخیص را در این مرحله با پرتونگاری تأیید کنند باید بیمار را روی پشت در حالی که پاها راست و ۹۰ درجه از یکدیگر دور است (هر پا ۴۵ درجه بحال ابدو کسیون قرار گیرد) پرتونگاری قدامی - خلفی انجام شود. در این حال خطی که از لبه داخلی تنه استخوان ران بگذرد، در نوزاد طبیعی از پائین مفصل کمری - خاجی و در صورتیکه مفصل در رفته باشد این خط از بالای مفصل خاجی خاصه ای خواهد گذشت (شکل ۵).

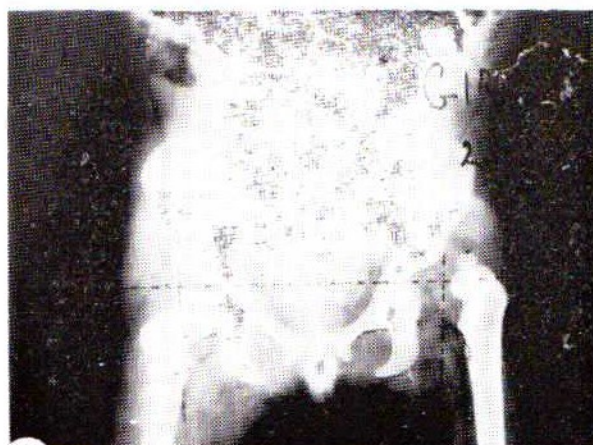
بیمار مبتلا به دررفتگی تشخیص داده شد کفایت که پارچه مناسبی را که اقل اش لایه باشد در داخل پاهای کودک قرار داده چهار گوشه آنرا در دو طرف کمر باسنجاق بهم وصل نمایند (شکل ۳) و به مادر آموزش دهند که کودک خود را در این وضعیت نگهداری کند. پس از شش تا هشت هفته بیمار را اگر معاینه کنند آزمون بارلومنی خواهد بود و دررفتگی در حفره استابلوم ثابت خواهد شد. در موارد مشکوک نیز باید بیمار را مبتلا فرض کرده و با همین روش درمان ساده عمل گردد زیرا هیچگونه ضرری برای بیمار ندارد در صورتیکه اگر دررفتگی در کار باشد درمان آن موجب پشیمانی خواهد شد.



شکل ۵- پرتونگاری لگن نوزاد



شکل ۳- طرز پیچیدن نوزاد مبتلا به دررفتگی مادرزادی مفصل ران



شکل ۴- نشانه های پرتونگاری مادرزادی در کودک چند ماهه که باید به نکات زیر توجه داشت.

نتایج: از مجموع ۳۳۰۰ نوزاد ایرانی ۱۶۸۸ (پسر و ۱۶۱۲ دختر) که در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول زندگی معاینه شدند ، ۳۵ نوزاد مبتلا به دررفتگی مفصل ران بودند (۱۹ نوزاد دو طرفه و ۱۶ تن یک طرفه و از این ۱۶ مورد ، ۱۲ مورد دررفتگی در طرف راست و ۴ مورد در طرف چپ). نسبت جنس مؤنث به مذکر تفاوت فاحشی نداشت (۱۸ دختر در مقابل ۱۷ پسر). کلیه مبتلایان برای درمان و پی گیری زیر نظر میباشند. دیگر نواقص این بیماران در مقاله جداگانه ای ارائه گردیده است. (مجله مرکز طبی کودکان).

بحث: بر اساس ارزیابی که از این نوزادان بعمل آمد اینطور نتیجه گیری شد که وفور دررفتگی مادرزادی مفصل ران با بعضی

- ۱- سر در رفته در سطح بالاتر قرار دارد .
- ۲- از حفر استابلوم دورتر است .
- ۳- خطی که قوس استخوان عانه را بگردن استخوان ران وصل میکند معمولاً قوس منظم را تشکیل میدهد. که در اینجا این قوس در طرف در رفته بهم خورده است.
- ۴- اگر خطی از محل تقاطع استخوانهای لگن در حفره های استابلوم وصل و دو خط از کناره های استابلوم بآن عمود شود معمولاً سر طبیعی استخوان ران باید در زاویه داخلی - تحتانی قرار داشته باشد.

ابتلاء طرف چپ حدود ۱٫۵ برابر بیشتر از طرف راست است .
ثالثاً دررفتگی دو طرفه نسبت به کل دررفتگی در ایران حدود ۴۴٪ و در آمار Malmö حدود ۲۴٪ است .

خلاصه: تشخیص زودرس و درمان دررفتگی مادرزادی مفصل ران در Malmö روی ۶۰۰۰ نوزاد بررسی شد و از بین آنها ۵۴۸ نوزاد دررفتگی مادرزادی داشتند و آزمایش‌های مجدد بالینی و پرتوشناسی شامل نمای قدامی - خلفی بطور متوسط در سن ده ماه و ده روز ثابت شد که تمام مفاصل درمان شده ، طبیعی بودند .
درمان دررفتگی مادرزادی مفصل ران بر اساس دو اصل Palmen و Von - rosen میباشد که عبارتند از :

- ۱- تقریباً همه دررفتگی‌های مادرزادی مفصل ران را میتوان در خلال چند روز اول بعد از تولد تشخیص داد.
- ۲- اگر مفصل در رفته فوراً جا انداخته شود و درمان مناسب انجام گیرد ، میتوان انتظار داشت که کاملاً طبیعی شود.

از آمارهای خارجی تفاوت کمی دارد. مثلاً وفور دررفتگی در ایران ۱۰٫۳ در هزار و در آمار بدست آمده در Malmö ۳٫۹ در هزار است. ولی بارلو در طالعه‌ای که روی ۹۲۸۹ نوزاد در سالفورد انگلستان انجام داده شیوع دررفتگی را ۱٫۵۵ در هزار و Von - rosen این رقم را در ناحیه Malmö سوئد ۱٫۷ در هزار گزارش داد. معتقدند این اختلاف شیوع ، بستگی به عوامل محیطی و ارثی دارد . اما آنچه که در آمار بدست آمده روی ۳۳۰۰ نوزاد جلب توجه میکند اینست که اولاً شیوع دررفتگی بین دختران و پسران چندان تفاوتی ندارد و نسبت ابتدای دختران به پسران حدود ۱/۲۵ است . ولی در آمار Malmö دختران ۳٫۵ برابر بیشتر از پسران گزارش شده است . و در بعضی آمارهای اروپائی دختران ۳ تا ۵ برابر بیشتر از پسران مبتلا شده‌اند ، ثانیاً در آمار ایران دررفتگی مفصل ران راست حدود سه برابر بیشتر از طرف چپ است در صورتیکه در آمارهای خارجی ابتدای مفصل طرف چپ بیش از طرف راست میباشد . بر طبق آمار Malmö

REFERENCES:

- 1- Anssari: Heidarabad University, Pakistan Personal Discussion, 1975,
- 2- Barlow, T. G.: Bone Joint Surgery 2: 299, 1962.
- 3- Dunn, P. M : Clinical Orth. 119: 11, 1976.
- 4- Ortoloni, M.: La Lussazioni Congenita dell'anca. Nuovi Criteri Diagnostici e Profiettco - correttive, Bologna. Cappelli. 1948.
- 5- Patterson, D. C.: Clini. Orth. 119: 28, 1976.
- 6- Von - rosn, S.: J. Bone Joint Surg. 2: 284, 1962.