

بررسی گذشته‌نگر بیماران با دررفتگی نموی مفصل ران جراحی شده در بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز طی سالهای ۱۳۶۲ تا ۱۳۸۰

دکتر سیدعلی مرعشی^۱، دکتر سید سعید طباطبایی^{۲*}، دکتر سید عبدالحسین مهدی‌نسب^{۳**}، دکتر ناصر صرافان^{۴**}

خلاصه:

دیسپلازی نموی مفصل ران^۲ (DDH) طیفی از اختلالات مفصل ران است که به شکل‌های مختلف و در سنین مختلف تظاهر می‌نماید. در صورت تشخیص به موقع در دوران نوزادی، درمان بلافاصله شروع شده، استفاده از پاولیک هارنس^۳ در اکثر موارد با موفقیت همراه است. اما در صورت عدم تشخیص و یا عدم مراجعه به موقع بیمار، بخصوص بعد از سن شش ماهگی معمولاً نیاز به اعمال جراحی وجود دارد که با گذشت زمان هم درمان‌ها پیچیده‌تر و مشکل‌تر شده و هم نتیجه آن با موفقیت کمتری همراه است. هدف از این مقاله بررسی اعمال جراحی بر روی بیماران مبتلا به دیسپلازی نموی مفصل ران بوده که پس از سن ۶ ماهگی جهت درمان به بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز مراجعه نموده‌اند. این بیماران طی فروردین ۱۳۶۲ لغایت اسفند ۱۳۸۰ و از شهرهای مختلف استان خوزستان و همچنین استانهای مجاور (کهگیلویه و بویراحمد، ایلام و بوشهر) در مرکز درمانی مذکور تحت اعمال مختلف جراحی قرار گرفته‌اند. تعداد این بیماران ۱۳۳ نفر بوده (۱۲۰ دختر و ۱۳ پسر) بیشترین عمل جراحی انجام شده اداکتور تناتومی^۴ + جاناندازی باز^۵ + استئوتومی سالتر^۶ بوده است که در مورد ۷۵ تن از بیماران صورت گرفته است. سن بیماران از ۶ ماه تا ۱۰ سال بوده است. سمت مبتلا در ۳۳ درصد چپ، در ۲۷ درصد راست و در ۴۰ درصد دوطرفه بوده است.

واژه‌های کلیدی: دررفتگی نموی، اداکتور تناتومی، جاناندازی باز، سالتر استئوتومی.

مقدمه:

دیسپلازی نموی مفصل ران برای اولین بار در سال ۱۸۳۲ توسط آقای دوپویتترین^۷ و تحت عنوان دررفتگی مادرزادی سر استخوان ران توصیف گردید (۱). امروزه دیسپلازی نموی مفصل ران

* دانشیار و مدیر گروه ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز (بیمارستان امام خمینی (ره))

** استادیار گروه ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

۱- نویسنده مسئول

2- Developmental Dysplasia of the Hip (DDH)

3- Pavlik Harness

4- Adductor Tenotomy

5- Open Reduction

6 - Salter (Innominate) Osteotomy

7- Dupuytren

دریافت مقاله: ۸۱/۹/۳۰ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۳/۳/۱۳ اعلام قبولی: ۸۳/۳/۱۷

جراحی قرار گرفته بودند (طی دو مرحله) استخراج گردید. مشخصات و سوابق پزشکی موجود در پرونده بیماران (شرح عمل، شرح حال) استخراج گردیده برای هر بیمار در گروه جداگانه‌ای ثبت شده جهت مطالعه بعدی استفاده شد.

در مرحله بعدی براساس نشانی و یا شماره تلفن موجود در پرونده بیماران از والدین بیماران جهت معاینه و گرفتن رادیوگرافی فرزندانشان دعوت بعمل آمد که پس از مراجعه، از بیماران رادیوگرافی لگن بصورت ایستاده بعمل آمده معاینه کامل بالینی در پرونده جدید بیماران ثبت می‌گردید.

از کل بیماران دعوت شده ۸۵ نفر جهت معاینه مراجعه نمودند که نتایج آنان ثبت شد.

نکات مورد توجه در معاینه:

درد مفصل ران، لنگش، کوتاهی اندام عمل شده، محدودیت حرکتی مفصل ران جراحی شده، فلکشن کنترکچر هیپ، وجود نکروز آواسکولار سراسخوان ران، دررفتگی مجدد، نیمه دررفتگی، میزان پوشش سر، وجود تغییرات دژنراتیو مفصل ران و رضایت بیماران و والدین از جراحی.

از ابتدای سال ۶۲ تا انتهای سال ۱۳۸۰ تعداد ۱۳۳ بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند که نوع اعمال جراحی آنان در جدول زیر نوشته شده است:

به عنوان سندرمی که به مرور زمان ایجاد می‌گردد شناخته می‌شود. یعنی ساختمانهای تشکیل دهنده مفصل

ران در طی دوران جنینی^۱ طبیعی بوده بتدریج و بدلائل مختلف حالت غیرطبیعی بخود می‌گیرند.

بطوریکه این سندرم در دوران کودکی^۲ بصورت یک مفصل ران دررفته و در دوران بلوغ^۳ بصورت یک مفصل ران دررفته همراه با استابولوم تکامل نیافته کم عمق تظاهر می‌نماید که آن را بنام دیسپلازی هیپ می‌شناسیم. با تشخیص زودرس این بیماری، درمان ساده‌تر بوده امکان موفقیت درمان بیشتر است.

بیمارانی که در این مقاله تحت بررسی قرار گرفته‌اند آنهایی هستند که یا درمان اولیه در مورد آنان با شکست مواجه شده است و یا اصولاً جهت درمان مراجعه ننموده‌اند و در مورد تمام آنان اعمال جراحی روی مفصل ران از ساده‌ترین آنها که اکتور تانومی و جاناندازی بسته است تا اعمال پیچیده‌تر مثل کولونا^۴ و کیاری^۵ صورت گرفته است.

روش کار:

طی یک مطالعه گذشته‌نگر و براساس پرونده‌های موجود در بایگانی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز کلیه بیمارانی که بدلیل دررفتگی مادرزادی مفصل ران طی سالهای ۶۲ تا ۸۰ تحت عمل

- 1 - Embryogenesis
- 2 - Childhood
- 3 - Adolescence
- 4 - Collona
- 5 - Chiari

جدول ۱: خصوصیات سنی، تعداد و گروه‌های درمانی بیماران مورد مطالعه

گروه	تعداد بیماران	سن	
		حداقل	حداکثر
گروه اول	۸	۶ ماه	۱۳ ماه
گروه دوم	۷	۹ ماه	۳۶ ماه
گروه سوم	۷۵	۱۸ ماه	۶ سال
گروه چهارم	۳۴	۲ سال	۸ سال
گروه پنجم	۶	۸ سال	۱۰ سال
گروه ششم	۱	۱۰ سال	
گروه هفتم	۱	۲ سال*	
گروه هشتم	۱	۷ سال	
	۱۳۳	%۱۰۰	

- گروه پنجم: اکتورتنا تومی + جاناندازی باز + کوتاه کردن فمور + کیاری
 - گروه ششم: عمل پمبرتون استابولوپلاستی
 - گروه هفتم: عمل جراحی شلف
 - گروه هشتم: عمل جراحی کولونا
- شرح حال: نکته مشترک در شرح حال کلیه این بیماران استفاده از قنناق در دوره نوزادی بوده است. جنس بیماران: در مجموع ۱۳۳ بیمار ۱۲۰ نفر دختر (۹۰٪) و ۱۳ نفر پسر بوده‌اند (۱۰٪).
- سمت ابتلاء: ۳۳٪ بیماران گرفتار مفصل ران چپ، ۲۷٪ مفصل ران راست، و ۴۰٪ گرفتاری دوطرفه داشته‌اند.
- سابقه فامیلی: در ۱۷ تن از بیماران عمل شده ابتلای والدین یا خواهر یا برادر وجود داشت (۱۳٪).
- نوع زایمان: در ۱۰۰٪ بیماران زایمان طبیعی بوده است.

عوارض:

- ۱- درد: در بیمارانی که عمل موفق داشته‌اند شکایتی از درد وجود نداشت.
- ۲- دررفتگی مجدد: در کل بیماران ۱۸ نفر (۱۳/۵٪) دچار دررفتگی مجدد شدند که تحت عمل جراحی مجدد قرار گرفتند و نهایتاً از این بیماران ۱۲ نفر (۹٪) مجدداً دچار دررفتگی شده‌اند که در زمان مراجعه همچنان دررفتگی مفصل ران داشته‌اند.
- ۳- نکروز آوارسکولار سراسخوان ران: از ۸۵ موردی که جهت معاینه مجدد مراجعه نمودند و مورد بررسی قرار گرفتند ۸ مورد در طی درمان خود دچار نکروز آواسکولار

- * این بیمار ابتدا در سن ۱۸ ماهگی تحت عمل جراحی اکتورتنا تومی + سالتر قرار گرفته است و سپس در سن ۲ سالگی به علت دررفتگی مجدد تحت عمل جراحی شلف قرار گرفته است.
- گروه اول: اکتورتنا تومی + جاناندازی بسته
 - گروه دوم: اکتورتنا تومی + جاناندازی باز
 - گروه سوم: اکتورتنا تومی + جاناندازی باز+ استئوتومی سالتر
 - گروه چهارم: اکتورتنا تومی + جاناندازی باز+ کوتاه کردن فمور + استئوتومی سالتر

خفیف حاشیه پوست وجود داشته که در طی درمان، بدون عارضه بهبود یافته است و در بعضی از آنان اسکار بد شکل ایجاد نموده است.

۹- Cast Syndrome: بعلت اثر فشاری گچ در ۲ تن از بیماران رخ داده که در هر دو مورد بلافاصله گچ باز شده و درمان انجام گردیده عارضه مهم دیگری نداشته است.

۱۰- شکستگی استخوان تی‌بیا: در یک بیمار در محل بین کشش استخوانی پروکزیمال تی‌بیا شکستگی ایجاد شده که پس از باز کردن گچ اسپایکا بدون عارضه جوش خورد عارضه دیگری ایجاد نموده بود.

بحث:

بررسی آماری بیماران عمل شده در بیمارستان امام خمینی اهواز نشان‌دهنده فراوانی اعمال جراحی ترمیمی مانند استئوتومی سائلتر است که علت این امر می‌تواند تأخیر در تشخیص موارد بیماری باشد، اغلب بیماران هنگامی مراجعه می‌نمایند که به سن راه رفتن رسیده باشند و از لنگش شکایت دارند. علت دیگر می‌تواند کمبود امکانات مالی خانواده بیماران باشد که اغلب ماهها و سالها بعد از تشخیص جهت درمان مراجعه می‌نمایند.

۳۳ درصد بیماران درگیری مفصل ران چپ ۲۷ درصد درگیری مفصل ران راست و ۴۰ درصد درگیری دوطرفه داشته‌اند که بدین ترتیب در بیماران ما بیشترین موارد، درگیری دوطرفه مفصل ران بوده است که با آمار ارائه شده در کتب پایه ارتوپدی تفاوت دارد. بطوریکه در این کتب بیشترین موارد درگیری سمت چپ و سپس موارد

سر استخوان ران به صورت سرتاسری شدند که در مورد بیماری بود که حین عمل بین ۱۸ ماه تا ۳۰ ماه سن داشته‌اند و در هنگام معاینه با توجه به سپری شدن پروسه بیماری، تنها کوچک شدن هسته استخوانی سر استخوان ران را در این بیماران در پی داشته است.

۴- کوتاهی: متوسط کوتاهی در بیمارانی که تحت عمل جراحی ادکتورتناومی + سائلتر قرار گرفته‌اند یک سانتی‌متر و در بیمارانی که تحت عمل کوتاه کردن استخوان ران + سائلتر قرار گرفته‌اند ۱/۷ سانتی‌متر بوده است.

۵- از ۸۵ بیمار مورد معاینه ۶۵ نفر دچار لنگش بودند (۷۶٪) که در ۱۲ مورد به علت عود دررفتگی بوده، در بقیه لنگش خفیف وجود داشت.

۶- محدودیت حرکات مفصل ران: محدودیت ابدکشن مفصل ران بدرجات مختلف در اکثر بیماران وجود داشت که ناتوانی عمده‌ای را ایجاد نمی‌نمود. ولی محدودیت حرکات چرخشی مفصل ران در ۲۲ بیمار وجود داشت که در ۷ مورد از آنان آنقدر زیاد بود که از نشستن در وضعیت چهارزانو ممانعت می‌نمود.

۷- ضایعات عصبی: در هیچکدام از بیماران عمل شده ضایعه عصبی سیاتیک یا پروئنال مشاهده نشد اما در تعدادی از بیماران (۳۰٪) بیحسی در سمت خارجی ران احساس می‌شد.

۸- عفونت پس از عمل: در ۱۰٪ از بیماران مراجعه نموده سابقه وجود عفونت خفیف بصورت ترشحات جزیی محل عمل و نکروز

- لنگش بعنوان شایعترین شکایت بیماران در این مطالعه بوده است (۷۶٪) که هرچند ناتوانی عمده‌ای ایجاد نموده اما بعنوان یک شکایت همواره در این بیماران مطرح بوده است که می‌تواند باعث ضعف عضلات ابدکتور و کوتاهی یا بلندی طول اندام عمل شده باشد و با توجه به فراوانی عمل سالتر در این مطالعه، و بعضاً طول کشیدن مدت دررفتگی می‌توان انتظار ضعف عضلات ابدکتور را داشت همچنین در بعضی از موارد جراح ناچار به کوتاه کردن استخوان ران بوده است که متعاقب آن کوتاهی و لنگش را بدنبال داشته است.

- درگیری منسوبین درجه اول در ۱۳ درصد بیماران بوده است که تقریباً با آمار کلاسیک برابر است (۱۲ تا ۳۳ درصد) (۹ و ۱۰ و ۱۱).

- زایمان در ۱۰۰ درصد موارد طبیعی و سفالیک بوده هیچکدام از بیماران پوزانتاسیون بریچ نداشته‌اند. در حالیکه طی دو مطالعه (۷ و ۱۲) انسیدانس پوزانتاسیون بریچ در بیماران مبتلا به دیسپلازی نموی مفصل ران به ترتیب ۱۷ و ۲۳ درصد بوده است.

نتیجه:

بررسی نتایج درمانی بیماران مبتلا به دیسپلازی نموی مفصل ران در این مطالعه که همگی پس از سن ۶ ماهگی مراجعه نموده‌اند، بار دیگر بر لزوم تشخیص زودرس و درمان زودهنگام این بیماران و پیگیری مداوم بیماران تحت درمان تاکید می‌نماید. چرا که با تأخیر و یا عدم پیگیری دقیق بیماران تحت درمان، عوارض درمان‌های انجام شده بیشتر خواهد شد.

دوطرفه و بعد سمت راست گزارش شده است (۳ و ۴).

- توجیه درصد بالای موارد دوطرفه می‌تواند با توجه به ویژگیهای اجتماعی جمعیت مورد مطالعه باشد که یکی از موارد آن استفاده از قنناق جهت بستن نوزادان است که از علل مهم افزایش انسیدانس دیسپلازی نموی مفصل ران عنوان گردیده است (۳ و ۵ و ۶) و دیگر اینکه در موارد دوطرفه هنگامیکه کودک به سن راه رفتن می‌رسد لنگش او کمتر مشهود است و لذا والدین بیمار دیرتر جهت درمان مراجعه می‌نمایند و بهمین دلیل احتیاج به انجام اعمال پیچیده‌تر بر روی مفصل ران بیشتر است.

- جنس بیماران مؤید تفوق دختران بر پسران به نسبت ۹۰٪ به ۱۰٪ است که بیشتر از آمار ارائه شده در کتب پایه ارتوپدی است که این نسبت ۸۰ به ۲۰ عنوان گردیده است (۷ و ۸).

- دررفتگی مجلد در بیمارانیکه عمل جراحی سالتر در مورد آنان بدون انجام کوتاه کردن استخوان ران انجام شده است دو برابر شایعتر از مواردیست که کوتاه سازی ران نیز حین عمل انجام شده است و این مسئله اهمیت کوتاه نمودن استخوان ران را در حین عمل جراحی سالتر بیشتر مشخص می‌کند.

- محدودیت فلکشن واکستنشن مفصل ران در پیگیری‌های بعمل آمده کمتر از محدودیت حرکات چرخشی مفصل ران بوده است که علت این امر را می‌توان به عدم اصلاح کافی آنته ورشن سر فمور در حین عمل نسبت داد لذا برای رفع این مشکل توصیه می‌شود که آنته ورشن سر فمور قبل از عمل توسط CT مشخص گردد.

- 6- Race C. Herring J: Congenital dislocation of the hip: an evaluation of closed reduction. *J Pediatr Orthop.* 1983; 3: 166.
- 7- Carter Co. Wilkinson JA. Genetic and environmental factors in the etiology of congenital dislocation of the hip. *Clin. Orthop.* 1964; 33:119.
- 8- Wilkinson J: Prime factors in the etiology of congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg* 1963; 45-B: 268.
- 9- Wynne-Davies R. Acetabular dysplasia and familial joint laxity: two etiological factors in congenital dislocations of the hip. *J Med Genet* 1970; 7:315.
- 10- Bjerkreim I. Arseth PH. Congenital dislocation of the hip in Norway: late diagnosis CDH in the years 1970 to 1974 *Acta pediatr scand* 1978; 67: 329.
- 11- Heasbeck JF. Wright JG. Hedden DM. Is there a difference between the epidemiologic characteristics of hip dislocation diagnosed early and late? *Can J surg* 1995; 38:437.
- 12- Salter R. Etiology, Pathogenesis, and possible prevention of congenital dislocation of the hip. *Can. Med. Assoc. J* 1968; 98: 933.

- نکته دیگر آموزش به مادران در جهت عدم استفاده از قنداق جهت بستن نوزادان است که نقش بسیار مهمی در ایجاد دررفتگی مفصل ران در نوزادان مستعد دارد.

- نکته دیگر که در مورد اعمال جراحی این بیماران قابل ذکر است لزوم تعیین آنته‌ورشن دقیق سر استخوان ران قبل از اعمال جراحی از قبیل سائتر است که این امر با انجام سی‌تی‌اسکن مفصل ران امکان‌پذیر است.

منابع:

- 1- Dupuytren G: Original or congenital displacement of the heads of the thigh bones. *Clin. Orthop* 1964;33:3.
- 2- Dunn, PM. The anatomy and pathology of congenital dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1976;119:23.
- 3- Coleman SS. Congenital dysplasia of the hip in the Navajo infant. *Clin Orthop* 1968; 56: 179.
- 4- Dunn PM. Prenatal observation on the etiology of congenital dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1976; 119:11.
- 5- Laurenson R: The acetabular index: a critical review. *J Bone Joint Surg.* 1959; 41-B: 702.