

REZULTATELE NOASTRE ÎN PROFILAXIA LUXAȚIEI CONGENITALE DE ȘOLD

F. Vánky, Gy. Kézdi, M. Cosmuța, Ana Csizér, L. Fazakas, Alice Ciugudean

În majoritatea cazurilor luxația congenitală a șoldului de fapt nu apare în formă de luxație propriu-zisă, ci se dezvoltă după naștere pe terenul unor predispoziții și în mare parte sub influența unor factori mecanici. Acest fapt face ca profilaxia luxației să devină o problemă accesibilă.

Predispoziția se conturează prin laxitate articulară, decelabilă prin anumite manevre speciale. Semnul clinic cel mai util, care pune în evidență laxitatea articulară, este telescopajul și clacmentul care însoțește dislocarea și repunerea capului femural în cursul manevrei *Ortolani*.

Din cauza sensibilității crescute a nou-născuților la razele Röntgen și datorită efectului nociv se impune folosirea la minim a radiografiei. Radiografia în primele luni de viață reprezintă o încărcare a gonadelor, egală cu 500—600 mr, de zece ori mai mare decât doza anuală admisă (67 Mmr). În depistarea precoce nici semnele de suspiciune nu au valoare.

Literatura confirmă că pozitivitatea semnului lui *Ortolani* este egală cu predispoziția la luxație, manevra nu are urmări nocive, iar tehnica este simplă. Mai are și avantajul excluderii examenului radiologic în majoritatea cazurilor. În practică noi efectuăm examen radiologic tardiv pentru a controla configurația articulară la sugarii care n-au fost tratați, pentru că semnul lui *Ortolani* devine spontan negativ în primele 7 zile de viață, iar la cei tratați după terminarea tratamentului.

Asupra frecvenței predispoziției la luxație, statisticile sînt foarte divergente. *Sinios* în *Hamburg* a găsit 2,89%; *Dega* în *Poznan* 3,7%, iar *Slavik* într-o regiune a Cehoslovaciei a găsit 20%. Cauza divergenței datelor se explică prin faptul că autorii au examinat grupe de vîrstă diferite, precum și în faptul că frecvența are un caracter regional.

După *Sinios* 1/3 a cazurilor *Ortolani* pozitive se vindecă spontan, la 1/3, dacă nu se face tratamentul, luxația se dezvoltă întotdeauna, iar în restul cazurilor, evoluția este nesigură. *Bachmann* a găsit că la 3—4 cazuri cu displazie revine un caz de luxație. Proporția între sexe ca alare predispozantă, după *Faber*, este de 1,74/1. Această proporție se schimbă însă în caz de luxație de 5,4/1. Din aceasta reiese că la fete apare mai des luxația decât la băieți.

Triajul efectuat în clinica noastră, începînd din anul 1963, la un număr de 6.251 nou-născuți arată că în primele trei zile după naștere pozitivitatea semnului lui *Ortolani* apare la 106 copii, adică 1,73%. Proporția între sexe este de 5,46/1, ceea ce nu corespunde cu datele lui *Faber*. Nu am găsit în nici un caz asocierea predispoziției cu alte malformațiuni congenitale, care după *Francillon* apar în 8,7% dintre cazuri. Datele noastre corespund cu datele lui *Lange* și *Fleischhauer* asupra constatării că aceste asociații sînt rare.

Statistica noastră corespunde cu statistica lui *Sinios* și în aceea că aproape 1/3 din cazuri (34,5%) au devenit spontan negative în primele 7 zile de viață. Dintre

cei 108 copii găsiți pozitivi, 24 nu au revenit la control (22,8%), deci au rămas 45 copii (42,5%) care au fost tratați după metoda lui *Frejka* sau *Pavlik*.

Majoritatea predispozițiilor la luxație apar la prim-născuți, la fete, la cei cu prezența pelviană și la imaturi. Analizând rezultatele obținute reiese că procentajul la prim-născuți este de 2,16%, la fete 2,85%, la cei cu prezența pelviană 11,18% și la imaturi 0,78%.

Mai trebuie amintit, în legătură cu datele noastre, că dintre cei 24 de copii care nu s-au prezentat pentru control și tratament pînă în prezent, a apărut luxația în 3 cazuri, iar dintre cei 6.145 copii afirmați ca negativi în cursul triajului, luxația a apărut numai la un singur copil.

Pe baza rezultatelor din literatură și pe baza experienței noastre, sîntem convinși că semnul lui *Ortolani* este o metodă bună de diagnostic, că efectuarea triajului este necesară, după cum este necesară și luarea în evidență și tratarea copiilor găsiți pozitivi.

În legătură cu triajul subliniem că acesta trebuie făcut în primele zile ale vieții, fiindcă semnul lui *Ortolani* devine cu timpul negativ chiar în cazurile de predispoziție la luxație.

Ca principiu terapeutic: tratamentul trebuie început cît mai devreme, cel mai tîrziu în a 3-a săptămînă a vieții. Orice metodă de tratament este bună dacă membrele inferioare sînt immobilizate în mod elastic în poziție de abducție și dacă este menținută un timp suficient (cel puțin 3 luni).

Rezultatele tratamentului preventiv precoce sînt mult superioare tratamentului conservativ sau chirurgical. În regiunea Ferrara, în urma aplicării metodei de către *Ortolani*, luxația a dispărut aproape cu desăvîrșire. Dorim să accentuăm deosebită eficiență a atitudinii profilactice, iar introducerea pe scară cît mai largă a metodei va îmbunătăți indicele de morbiditate prin luxația congenitală de sold
Sosit la redacție: 17 decembrie 1967.

Bibliografie

1. ANDRÉN — S. von ROSEN: Acta. rad. (Stock.) (1960), 49, 169; 2. BACHMANN: Geb. u. Frhk. (1963), 23, 696; 3. BÁRÁNY: Orv. Hetilap (1963), 45, 2123; 4. BARLOW: Beitr. Orthop. u. Chir. Techn. (1958), 5, 292; 5. CAFFEY: Pediatrics (1956), 17, 632; 6. CARTER—WILKINSON: J. Bone. Jt. Surg. (1964), 46—B, 40; 7. COLEMAN: J. Amer. Med. Ass. (1956), II, 162, 548; 8. CSATO—NEMECSESKAY: Magy. Nőorv. L.: (1960), 1, 47; 9. DABADIE: Ann. Chir. Inf. (1966), 7, 253; 10. DEBRUNNER: Schweiz. Med. Wschr. (1964), 94, 1624; 11. DEGA: Edit. Acad. R.P.R. (1964). Probl. de chir. ortop. p. 169; 12. FALK: Orv. Hetilap (1965), 106, 2143; 13. FANKONI: Lehrbuch (1961), 869; 14. FREJKA: Beitr. Orthop. u. Chir. (1958), 5, 33; 15. FRITZSCH: Beitr. Orthop. Chir. (1958), 5, 20; 16. GORDON: Beitr. Orthop. Chir. (1958), 5, 607; 17. GSCHWEND: Schweiz. med. Wschr. (1959), 89, 790; 18. HACKENBROCK: Lehrbuch (1961), IV/1, 69; 19. HARGITAI: Orv. Hetilap (1966), 107, 2077; 20. HOFER: Beitr. Orthop. Chir. (1958), 5, 34; 21. HOWORTH: Arch. Pediatr. (1962), 1, 79; 22. HRABOVSKY: Orv. Hetilap (1963), 104, 2124; 23. KEISER: Beitr. Orthop. Chir. (1958), 5, 55; 24. KONCZ: Orv. Hetilap (1963), 104, 2115; 25. LÖHRE: Beitr. Orthop. Traum. (1965), 12, 316; 26. MANEKE: Mschr. Kinderhl. 6, (1961), 219; 27. MCCARROLL: Beitr. Orthop. Chir. (1958), 5, 612; 28. NNEVKCVSKY: Beitr. Orthop. Chir. (1958), 5, 10; 29. ORTOLANI: Kinderärztl. Prax. (1951), 19, 404; 30. PALMEN: Acta. Pediatr. (Uppsala). (1961), 50, suppl. 129; 31. PIATKOWSKI: Beitr. Orthop. Chir. (1958), 5, 58; 32. RĂDULESCU: Orthop. Chir. II. (1957), 305; 33. S. von ROSEN: Beitr. Orthop. Chir. (1958), 5, 284; 34. WITTENBORG: Radiol. Clin. n. Amer. (1964), 2, 235; 35. SCHOTT-STEADT: Beitr. Orthop. Chir. (1958), 5, 595; 36. SCHLEGEL: Handbuch. (1961), IV/1. 69; 37. SCHULTHEISS: Beitr. Chir. (1958), 5, 50; 38. SHERMAN-COLEMAN: J. Bone. Jt. Surg. (1965), 47—A. 589; 39. SINIOS: Mschr. Kinderhk. (1963), 8, 22; 40. WITTE: Mschr. Kinderhk. (1961), 6, 29; 41. STRO-NISOVLJEVIC: J. Bone. Jt. Surg. (1963), 45. A. 1147; 42. SCHULTHEISS: Zschr. Orthop. Beilagsheft zu Band 100 (1965).