

شیوع انواع دررفتگی‌های مادرزادی مفاصل لگن نوزادان یکروزه متولد شده

در مرکز آموزشی، درمانی کوثر (سال ۷۶ - ۱۳۷۵)

دکتر علیجان خواجه* دکتر قوام‌الدین قوامی** دکتر میرعماد مقدم امامی*** دکتر قسمت محمدزاده**** دکتر زهرا پیرزاده****

چکیده:

در یک بررسی توصیفی از ۵۰۰۰ نوزاد معاینه بارلو و ارتولانی بعمل آمد که ۱۱۳ نفر یافته مثبت فیزیکی داشتند. از این نوزادان رادیوگرافی و سونوگرافی لگن به عمل آمد. شیوع CDH ۶/۶ در هزار و نسبت ابتلاء دختران به پسران ۵/۶ بود. ۶۱ درصد از مادران نوزادان مبتلا سن بین ۱۶ تا ۲۳ سال داشتند و در ۶۴/۷ درصد از مادران، نوزاد مبتلا فرزند اول آنان بود. شایع‌ترین محل گرفتاری، هیپ چپ بود. ۷۹/۱ درصد مادران در شهر و حومه سکونت داشتند و آمار CDH در منطقه الموت کمتر و در مادران دارای قومیت ترک بیشتر بود. والدین ۷۰/۷ درصد نوزادان مبتلا نسبت فامیلی نداشته و یا نسبت‌های دوری داشتند. ۶۹/۱ درصد پدران کارگر و یاکشاورز بودند.

کلیدواژه‌ها: دررفتگی مادرزادی مفصل لگن

Keywords : CDH (Congenital Dislocation of Hip)

* استادیار گروه ارتوپدی

** استادیار گروه رادیولوژی

*** استادیار گروه کودکان

**** استادیار گروه کودکان

***** استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی قزوین

□ مقدمه :

بررسی میزان شیوع *CDH* در هر منطقه‌ای مهم است. تشخیص زود هنگام باعث اصلاح سریع وضع بیومکانیکی مفصل و تشخیص دیر هنگام موجب بروز مشکلات عدیده‌ای خواهد شد مانند: تحمیل اعمال جراحی پیچیده و سنگین، مخارج و هزینه‌های بیمارستانی و اعمال جراحی، باقی ماندن اسکارهای زشت و بدنام روی لگن این بیماران، اتلاف وقت بیمار و همراهان، خطر بروز عوارض متعدد اعمال جراحی، ارزیابی وسایل جراحی اینگونه بیماران، اشغال طولانی مدت تخت‌های بیمارستان، ایجاد مسائل روحی - روانی در بیمار و اطرافیان. حال آنکه در صورت تشخیص زود هنگام، عارضه به راحتی با گذاشتن پوشک‌های بیشتر بین پاها یا بچه و یا دادن بریس‌های ساده درمان خواهد شد.

علت *CDH* اغلب شلی کپسول مفصلی بوده و به دو

دسته تقسیم می‌شود:

- ۱- تراولوژیک (اشکال در *Cerm Plast* اولیه)
 - ۲- تیپیک که خود به سه دسته تقسیم می‌شود:
 - الف - دررفتگی که با مانور ارتولانی مشخص می‌گردد.
 - ب - قابلیت دررفتگی که با مانور بارلو معلوم می‌شود و ایجاد حس کلیک می‌کند.
 - ج - قابلیت نیمه دررفتگی که با مانور بارلو معاینه کننده بیرون‌زدگی و بی‌ثباتی مفصل را حس می‌کند (۱۲).
- از علل *CDH* می‌توان فاکتورهای ژنتیکی و فامیلی، نژادی و قومی، جغرافیایی، سن مادر، تعداد زایمان، نسبت فامیلی والدین، بیماری‌های دوران حاملگی، نمای جنینی، نوع زایمان، میزان آب داخل رحمی، پاره شدن زودرس کیسه آب، فصل زایمان، وجود آنومالی‌های همراه در نوزاد، جنس نوزاد، وزن نوزاد و ماچوریتی نوزاد را نام برد (۳).

استفاده از سونوگرافی در موارد مشکوک به *CDH*

کمک زیادی به تشخیص زودرس می‌نماید. آمار *CDH* در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و در کتب مرجع از صفر در هزار در قبایل بانتو (آفریقا) تا ۱۸۸/۵ در هزار در مانی‌توبا (کانادا) متفاوت است (۱۲).

□ مواد و روش‌ها :

تعداد ۵۰۰۰ نوزاد (۲۶۲۰ نفر دختر و ۲۳۸۰ نفر پسر) به مدت یکسال همه روزه توسط تیم معاینه کننده تحت معاینه کلی و مانورهای بارلو و ارتولانی قرار گرفتند. طرز معاینه قبلاً بین اعضای گروه هماهنگ و یکسان شده بود. جهت نوزادان تست مثبت، پرسشنامه‌ای تهیه شده و اطلاعات مورد نیاز در آن ثبت شد. سپس این نوزادان تحت بررسی‌های رادیوگرافی و سونوگرافی لگن قرار گرفتند.

□ یافته‌ها :

از ۵۰۰۰ نوزاد معاینه شده، ۱۱۳ نفر یافته بالینی مثبت داشتند که ۷۷ نفر دختر و ۳۶ نفر پسر بودند. پس از انجام سونوگرافی تنها ۳۳ نفر شامل ۲۸ دختر و ۵ پسر تأیید تشخیصی *CDH* شدند. آمار *CDH* با توجه به معاینه بارلو و ارتولانی ۲۲/۶ در هزار و براساس تأیید سونوگرافی ۶/۶ در هزار بود. بنابراین تنها $\frac{1}{3}$ موارد معاینه فیزیکی مثبت، سونوگرافی مثبت هم داشتند. ۶۹ نفر از مادران نوزادان مبتلا سن بین ۱۶ تا ۲۳ سال داشتند. ۶۴/۷ درصد از نوزادان مبتلا در شکم اول دنیا آمده بودند و تنها ۸/۸ درصد موارد در شکم چهارم متولد شده بودند. تأیید تشخیص سونوگرافی در تعداد حاملگی‌های بالا بیشتر بود.

از ۳۵ نفر نوزادانی که مادرانشان در روستا ساکن بودند و تست بارلو و ارتولانی مثبت داشتند تنها ۵ نفر تأیید تشخیص سونوگرافی شدند (۱۴/۲ درصد). در

فشارخون بالا ، ۳ نفر بیماری قلبی و عروقی و ۹ نفر مصرف دارو داشتند.

۶۴/۷ درصد هیپ‌های چپ یافته فیزیکی مثبت ، مورد تأیید سونوگرافی هم قرار گرفتند. این رقم در مورد هیپ راست ۱۸/۱ درصد و در مورد دو طرفه ۵۰ درصد بود. شایع‌ترین مفصل گرفتار با توجه به مانورهای بارلو و ارتولانی به ترتیب راست ، چپ و دو طرفه بود ولی پس از تأیید سونوگرافی به ترتیب عبارت بودند از چپ ، دو طرفه و راست. ۳۹/۵ درصد ارتولانی مثبت‌ها ، تأیید تشخیص سونوگرافی هم شدند. این رقم در مورد بارلو مثبت با علامت کلیک که دلیل قابلیت دررفتگی است ۲۸/۵ درصد و در مورد بارلو مثبت با حس بیرون‌زدگی که مؤید قابلیت نیمه دررفتگی است ، ۸ درصد بود.

پدران ۷۸ نفر از نوزادان دارای یافته فیزیکی مثبت ، کارگر یا کشاورز بودند (۶۹/۱ درصد). میانگین وزن ۷۴ نوزاد دختر ۳۲۱۶ گرم و ۳۵ نوزاد پسر ۳۱۰۶ گرم بود. میانگین قد ۷۴ نوزاد دختر ۵۰/۳ سانتی‌متر و ۳۵ نوزاد پسر ۵۰ سانتی‌متر بود. میانگین دور سر ۷۴ نوزاد دختر ۳۴/۱ سانتی‌متر و ۳۵ نوزاد پسر ۳۴/۲ سانتی‌متر بود.

بحث و نتیجه‌گیری :

آمار *CDH* در نقاط مختلف دنیا تفاوت چشمگیری با یکدیگر داشته و از صفر تا ۱۸۸/۵ در هزار متفاوت است. آمار *CDH* در این مطالعه براساس معاینه فیزیکی بارلو و ارتولانی ۲۲/۶ در هزار و بر طبق تأیید سونوگرافی ۶/۶ در هزار بود. شاید علت این اختلاف آماري مسائل زیر باشد :

معاینه فیزیکی بارلو و ارتولانی در ساعات اولیه تولد انجام می‌شد ، در حالی که سونوگرافی در روزهای بعد صورت می‌گرفت. از آنجائی که علت اصلی *CDH* ،

حالی که از ۵۷ نفر نوزادانی که مادرانشان ساکن شهر و حومه بودند ۲۳ نفر تأیید تشخیص سونوگرافی شدند (۴۰/۳ درصد). مادران ۵ نوزاد دارای معاینه فیزیکی مثبت ، ساکن منطقه کوهستانی الموت بودند که هیچکدام مورد تأیید سونوگرافی قرار نگرفتند. این رقم در مورد مناطقی نظیر قزوین ۴۰/۶ درصد ، حومه ۲۹/۴ درصد ، تاکستان ۵۰ درصد ، بوئین زهرا ۲۵ درصد و الموت صفر بود. ۶۹/۵ درصد مادران مراجعه‌کننده از قزوین و یا حومه بوده و ۸۰/۴ درصد این مادران قومیت ترک و یا فارس داشتند. ۵ نوزاد معاینه فیزیکی مثبت از مادران با قومیت کرد متولد شده بودند که در سونوگرافی هیچکدام تأیید نگردید. والدین ۲۴ نفر از نوزادان نسبت فامیلی نزدیک داشتند ، در مقابل ۶۱ نفر یا نسبت نداشته و یا نسبت‌های دوری داشتند.

آمار *CDH* در معاینه فیزیکی ۲/۴۸ درصد برای دختران در مقابل ۱/۲۶ درصد برای پسران بود. این رقم با تأیید سونوگرافی به ۰/۹۵ درصد برای دختران در مقابل ۰/۲۱ درصد برای پسران کاهش داشت. به طور کلی ابتلاء دختران ۴/۵ برابر پسران بود. در نوزادان معاینه فیزیکی مثبت زایمان طبیعی سه برابر سزارین بود. ۳۸/۵ درصد نوزادان سزارین شده معاینه فیزیکی مثبت ، مورد تأیید سونوگرافی هم قرار گرفتند ، در حالی که این رقم در نوزادانی که با زایمان طبیعی به دنیا آمده بودند ۲۷/۲ درصد بود.

۴۳/۹ درصد نوزادان معاینه فیزیکی مثبت و مورد تأیید سونوگرافی ، در پائیز بدنیا آمده بودند که این رقم در مورد فصل زمستان ۳۳/۳ درصد و فصل بهار و تابستان هرکدام ۲۱/۴ درصد بود. مادران ۲۱ نوزاد که مانور بارلو و ارتولانی مثبت داشتند در زمان حاملگی دچار بیماری بودند و یا دارو مصرف می‌کردند. از این مادران ۲ نفر دچار بیماری‌های عفونی ، ۶ نفر

- ۷- پر فشارخونی مادر در زمان حاملگی نسبت به بیماری‌های عفونی مادر در زمان حاملگی
- ۸- یافته فیزیکی مانور ارتولانی و یا بارلو مثبت در مورد هیپ راست نسبت به چپ
- ۹- یافته فیزیکی بارلو مثبت (حس بیرون زدگی) نسبت به ارتولانی مثبت یا دررفتگی (قابلیت نیمه دررفتگی)
- ۱۰- نوزادان پسر نسبت به دختر.
- با توجه به آمار بالای *CDH* در این مطالعه پیشنهاد می‌شود:
- تمام نوزادان در ساعات اولیه تولد با دقت و جدیت کامل در محیطی مناسب و آرام، تحت معاینات فیزیکی و بخصوص مانورهای بارلو و ارتولانی قرار گیرند.
- از تمام موارد مشکوک رادیولوژی و سونوگرافی لگن به عمل آید.
- به فاکتورهای مساعد کننده توجه کافی مبذول گردد.
- نوزادان دارای یافته بالینی و پاراکلینیکی مثبت جهت درمان به موقع بلافاصله به سرویس‌های ارتوپدی معرفی گردند.

شلی کپسول مفصلی است ممکن است پس از دفع استروژن مادری، کپسول مفصلی به تدریج سفت‌تر و سونوگرافی منفی شود و چون معاینه کننده‌ها متعدد بودند طبیعی است نتایج و قضاوت‌های متفاوتی را نسبت به سمع کلیک و یا حس بیرون زدگی داشته باشند.

میانگین وزن دختران در این مطالعه ۱۱۰ گرم بیشتر از پسرها بود و بطور متوسط ۰/۳ سانتی‌متر هم بلند قدر بودند. این دو عامل می‌تواند باعث اشغال شدن بیشتر رحم توسط نوزادان دختر و در نتیجه کاهش حرکات مفاصل لگن در رحم و عدم تکامل کافی مفصل هیپ شود (عیب مکانیکال). ۶۲ درصد از مادران نوزاد مبتلا سن بین ۱۶ تا ۲۳ سال داشتند و ۶۴/۷ درصد نوزادان مبتلا در شکم اول بدنیا آمده بودند که این ممکن است به لحاظ کوچک‌تر بودن حجم رحم باشد (عیب مکانیکال). در ۳۱/۹ درصد موارد در سونوگرافی، درجاتی از پاتولوژی در لبروم (چنبره فیبروکارتیلاژ دور حفره استاپولوم) گزارش شد.

در این مطالعه فاکتورهائی وجود داشت که نسبت به موارد مشابه کمتر مورد تأیید سونوگرافی قرار گرفتند شاید عامل آن بیشتر درجاتی از شلی کپسول مفصلی بوده است که پس از سفت شدن کپسول، از نظر سونوگرافی نرمال گزارش شدند. این فاکتورها عبارتند از:

- ۱- ساکنان روستا نسبت به شهر و حومه
- ۲- منطقه کوهستانی الموت نسبت به منطقه هموار قزوین
- ۳- قومیت کرد نسبت به ترک
- ۴- زایمان طبیعی نسبت به سزارین
- ۵- زایمان شکم اول نسبت به شکم‌های بعدی
- ۶- فصل بهار و تابستان نسبت به پاییز

جدول ۱:

میزان فراوانی CDH در مناطق مختلف و محل سکونت

محل سکونت	نتیجه سونوگرافی	جمع	حومه	بوئین زهرا	الموت	تاکستان	قزوین
نرمال (معاینه فیزیکی مثبت)	۶۳	۲۴	۳	۵	۱۲	۱۹	
چپ	۱۳	۳	۲	-	۳	۵	
راست	۷	۳	۱	-	۱	۲	
دوطرفه	۹	۲	-	-	۱	۶	
جمع کل	۹۲	۳۲	۶	۵	۱۷	۳۲	
جمع سونوگرافی مثبت	۲۹	۸	۳	-	۵	۱۳	

جدول ۲:

نسبت مبتلایان دختر به پسر در CDH

جنس نوزاد	نتیجه سونوگرافی	جمع	پسر	دختر
نرمال (معاینه فیزیکی مثبت)	۶۵	۲۵	۴۰	
چپ	۱۴	۲	۱۲	
راست	۷	۲	۵	
دوطرفه	۹	۱	۸	
جمع کل	۹۵	۳۰	۶۵	
جمع CDH در سونوگرافی	۳۰	۵	۲۵	

جدول ۳:

آمار فراوانی CDH در ارتباط با محل گرفتاری هیپ

معیانه فیزیکی	نتیجه سونوگرافی	جمع	دوطرفه	راست	چپ	درصد CDH در سونوگرافی
نرمال (معاینه فیزیکی مثبت)	۶۴	۱۴	۳۳	۱۷		
چپ	۱۴	۲	۱	۱۱		٪۴۶/۶
راست	۷	۱	۶	-		٪۲۳/۳
دو طرفه	۹	۷	۲	-		٪۳۰
CDH با توجه به معاینه فیزیکی	۹۴	٪۲۱/۹	٪۵۱/۶	٪۲۶/۶		

مراجع :

1. Atar-D : Lehman-WB : Grant-AD *Orttop-Rev* 1992-Oct : 21 (10) : 1189-97.
2. Behrman - Nelson *text book of pediatric orthopaedic problems* 1992 Edition 14.
3. Crenshaw - Campbel - *Operative orthopaedics and treatment* Edition 7 1991.
4. Fronchin - F : Lacalondola - G : Molfetta - C Muscolo-V : Onaglia volla - L - Ital - J - *Orttop treatment* 1992 : 18 (2) 261-9 : Ultra souna-for.
5. Fredric-N. Silverman-Jerald. P. Kuhn 1993 (184-189) *caffy. n Pediatric x. Ray diagnosis I.*
6. Hensinger-CDH-The *orthopaedic clinical of North America* 1987 P : 595-617.
7. Morace 1991 : *Clinical orthopaedic Examination.*
8. Piter V. Scales *pediatric orthopaedic clinical prattice*-1990.
9. *Pediatric clinical. North America - common orthopaedic problems* 1980 (33-6).
10. Sharrard *pediatric orthopaedic & Fractures* 1991.
11. Turec *orthopaedic Edition 2* 1983.
12. Tachdjian *pediatric orthopaedics second Edition-Vol-1* (297-549) 1990.
13. Valdis Crri-L. Campagnero-JG : Arso-R : *Chir - Organi Mor* 1992 - Jal. Sep : 77 (3) : 219-31.

Downloaded from journal.qums.ac.ir at 14:07 +0330 on Tuesday March 19th 2019