

Jarosław Czubak

Dysplazja stawu biodrowego u dzieci – przemijające zagrożenie

Rozwój poradni preluksacyjnych

Badania ultrasonograficzne
stawów biodrowych

Innowacje w ortopedii i terapii osteoporozy, Warszawa

11.01.2013

Częstość występowania

• Dega	4%	1956
• Ponseti (USA)	0.14%	1947
• Coleman (USA)	0.91%	1956
• Stanislavjevic (USA)	0.58%	1962
• Drescher (Niemcy)	2.2%	1957
• Heitmer (Niemcy)	5.2%	1975
• Komprda (Czechy)	5%	1976

Poradnie preluksacyjne- Badanie kliniczne noworodka

Specyfika badania noworodka

- Delikatna badanie palpacyjne
- Delikatne wywoływanie objawów niestabilności
- „Nie zostawiaj białych śladów na skórze” (Salter)

Podczas badania nie używaj siły większej niż potrzebnej do trzymania w palcach jajka

„Obchodź się z noworodkiem jak z jajkiem”



Badanie kliniczne noworodka

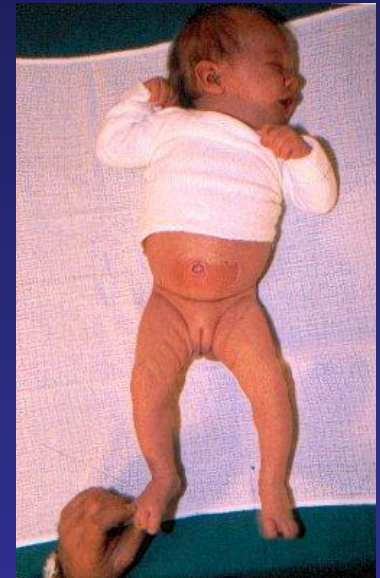
- Oparte bardziej na „czuciu” niż objawach

„More feeling than signs”

Badanie kliniczne DDH

DDH skojarzone z przykurczem przywiedzeniowym (Green and Griffin 1982)

- Asymetria fałdów pośladkowych i udowych
- Skośne ustawienie miednicy
- Względna nierówność kończyn
- Przykurcz przywiedzeniowy biodra dysplastycznego
- Przykurcz odwiedzeniowy biodra przeciwstawnego
- Test Obera
- Test pronacyjny



Diagnostyka

Najważniejsze:

- Wczesne badanie kliniczne (do 48 godz.) w celu wykrycia niestabilności
- Dokładne monitorowanie noworodków z niestabilnością stawów biodrowych
- **Im wcześniej wykryje się niestabilność stawów biodrowych tym krótsze i łatwiejsze leczenie**

Obrazowanie-RTG

- Wczesna diagnostyka – łatwe rozpoznanie
- Tylko dla diagnostyki różnicowej:
 - PFFD
 - zapalenie stawu biodrowego

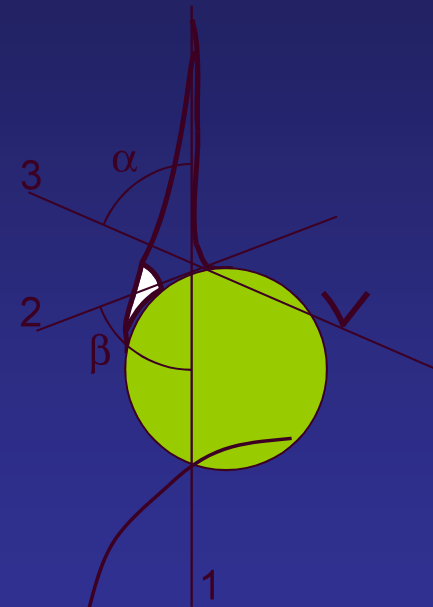


Obrazowanie-USG

- R. Graf (1980) bad. USG statyczne w czasie rzeczywistym

Nowa era w diagnostyce DDH w Europie

- T. Harcke (1984) badanie dynamiczne w czasie rzeczywistym
- G. Dahlstroem (1986) dostęp przedni
- T. Terjesen (1989) korelacje między RTG a USG
- S. Suzuki (1991) Obraz USG obu bioder



Zapobieganie



- USG – zbyt czułe badanie

100% zwiększenie zastosowania
szelek Pavlika po wprowadzeniu
bad. USG (Toennis et al. 1990)

Jarosław Czubak

Model badań przesiewowych stawów biodrowych – wyzwanie i dylemat



Klinika Ortopedii, Ortopedii i Traumatologii
Dziecięcej Centrum Medycznego Kształcenia
Podyplomowego w Warszawie
SPSK im. prof. Adama Grucy w Otwocku

Ultrasound measurements of the newborn hip

Comparison of two methods in 657 newborns

Jaroslaw Czubak, Tomasz Kotwicki, Tomasz Piontek and Hubert Skrzypek

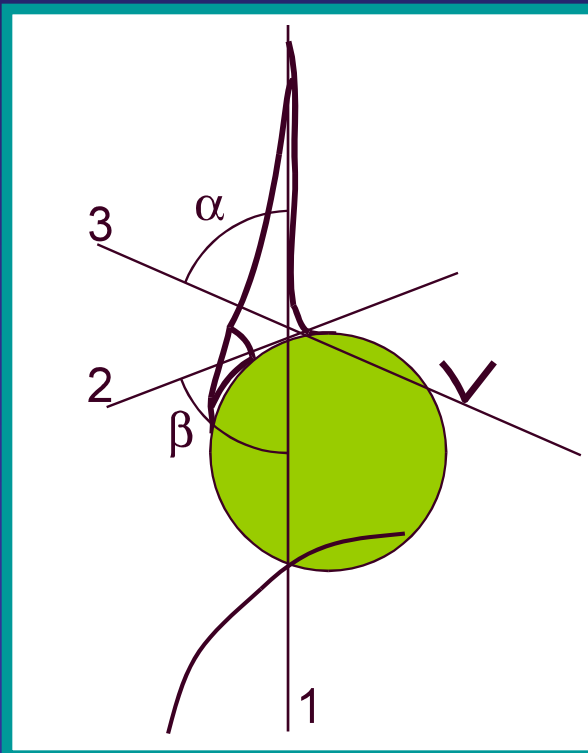
**Jarosław Czubak, Tomasz Kotwicki, Tomasz Piątek,
Hubert Skrzypek**

**Porównanie wyników badań stawów biodrowych
noworodków metodą *Grafa* i *Terjesena* — propozycja
zmiany zasad badań przesiewowych**

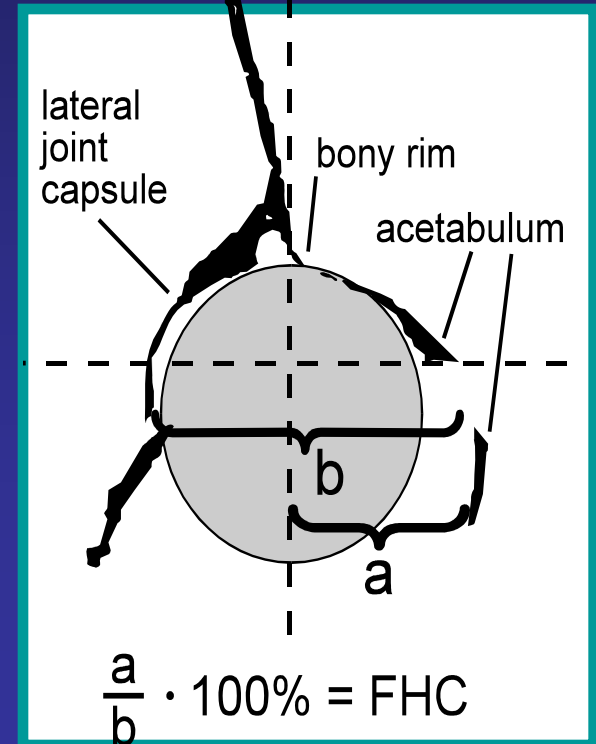
Z Kliniki Ortopedii Dziecięcej AM w Poznaniu IOiR AM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. med. W. Marciniak

Graf vs Terjesen

Metoda Grafa



Metoda Terjesena



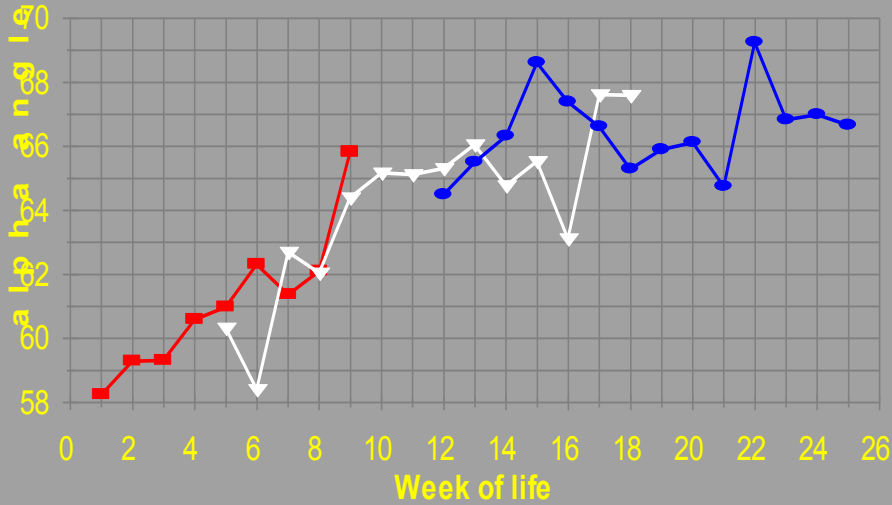
Metoda Grafa

Typ	%
I	67.7
II a	29.1
II c	2.0
D	0.2
III	1.2
IV	0.5

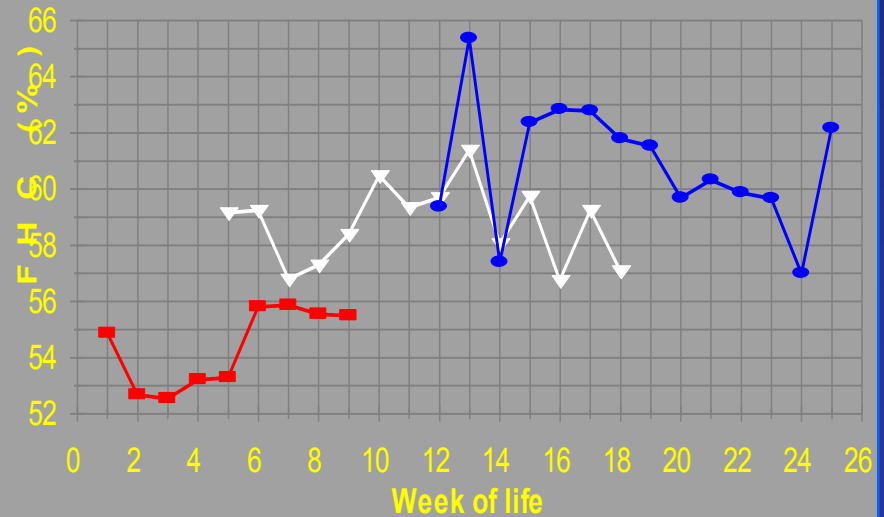
Metoda Terjesena

	FHC	%
norma	>50%	82.8
prawdopodobna dysplazja	40-49%	14.3
podwichnięcie	10-39%	2.7
przemieszczenie	<10%	0.2

metoda Grafa



metoda Terjesena



Ograniczony program badań przesiewowych

Dzieci bez czynników ryzyka



USG stawów biodrowych: 9 – 12 tydzień życia

Ograniczony program badań przesiewowych

Dzieci z czynnikami ryzyka:

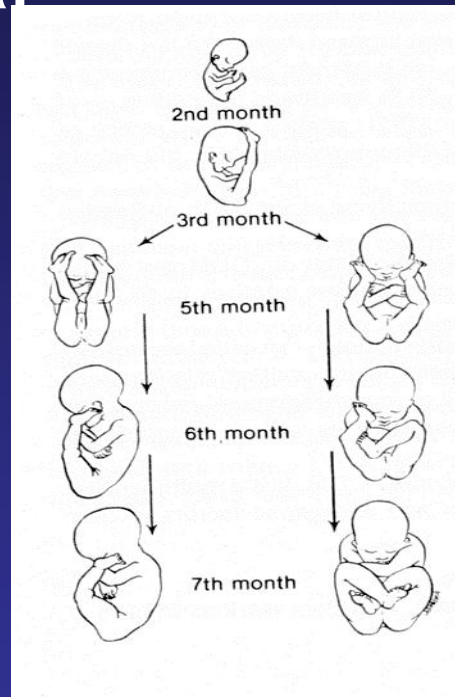


- Wywiad rodzinny
- Położenie miednicowe
- Ograniczone odwodzenie
- Dodatni objaw Ortolaniego
- m.c. > 4000g



USG stawów biodrowych
na oddziale noworodkowym

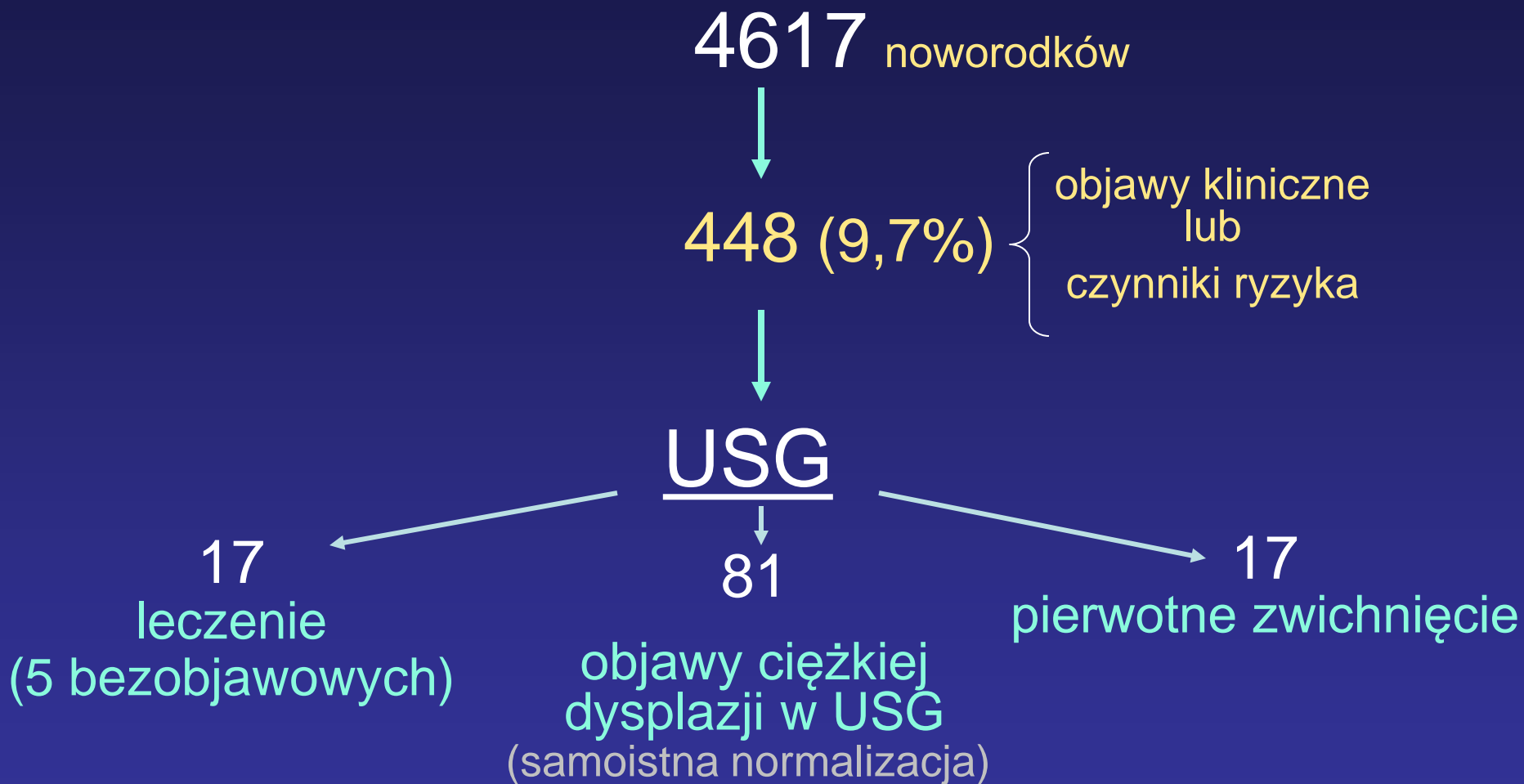
(najpóźniej do końca 2 tygodnia życia)



R. Graf i wsp. JPO – B, 1993; 2: 115 – 121

- badania przesiewowe na oddziale położniczym
- wyleczenie DDH bez AVN i bez leczenia operacyjnego
- brak późnych rozpoznań
- obniżenie kosztów po wdrożeniu powszechnego badania przesiewowego w pierwszych dniach życia

W.S.P. Clarke i wsp. JBJS, 1989; B – 71: 9-12



wskaźnik późnych rozpoznań – bez zmian!!!

T.Terjesen i wsp. JBJS, 1996; 78-B: 636-640.

- 306 / 9952 urodzonych (po porodzie nieprawidłowości w USG, bez objawów klinicznych)
- 6 lat obserwacji
- Badanie USG powtarzano co 4 - 8 tygodni
- Rtg w 4 m.ż. - normalizacja u 291 dzieci
- 15 dzieci – leczenie (przetrwale kryteria dysplazji w USG)

T.Terjesen i wsp. JBJS, 1996; 78-B: 636-640.

- brak utrwalonych zwichnięć
- zastosowanie ortezy - normalizacja radiologiczna

Wniosek:

nieprawidłowy lub
podejrzany obraz USG

+

brak
objawów klinicznych

nie wymaga leczenia zaraz po porodzie

A. Tegnander i wsp. JPO – B, 1994; 3: 86 – 88

Porównanie różnych programów badań przesiewowych

Badanie	Późne rozpoznania
Kliniczne (pediatra)	2,6/1000
Kliniczne + USG	0,7/1000
Kliniczne (lekarze mniej doświadczeni)	5,3/1000

A. Tegnander i wsp. JPO – B, 1994; 3: 86 – 88

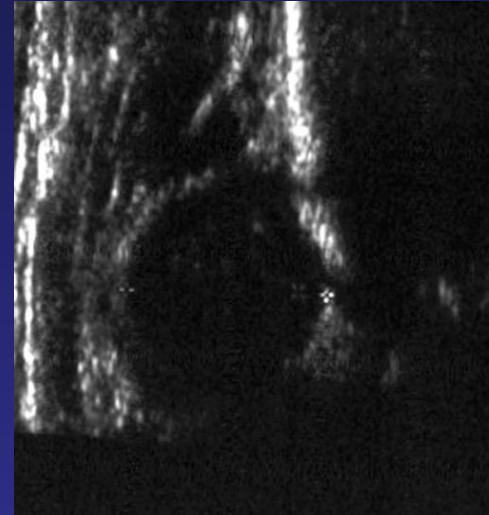
USG



Zmniejszenie liczby późnych rozpoznań
(ale nie eliminacja)

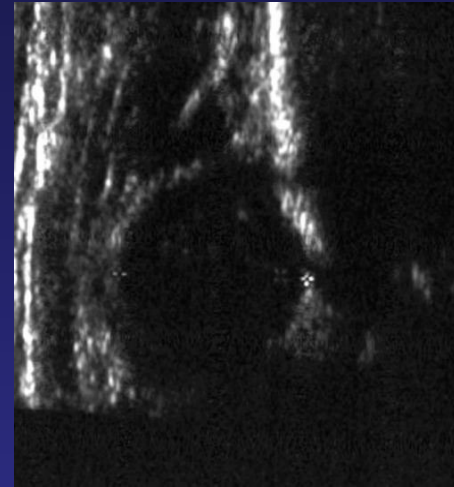
Algorytm

- Noworodki: 24h – badanie kliniczne i USG
- 72h – ponowne badanie kliniczne
- WYNIK: stawy stabilne (IA,B):
- Koniec badania (poza cz. ryzyka)



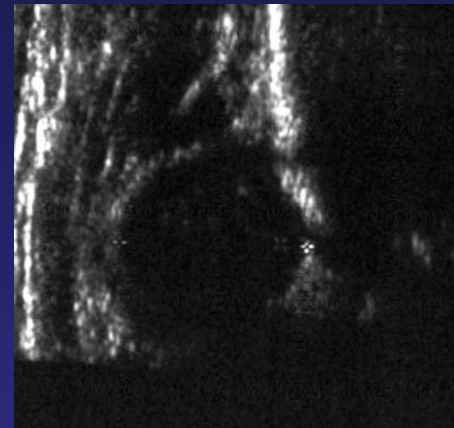
Algorytm

- Wynik: stabilne, IIa – IIc lub cz. ryzyka
- Ponowne badanie 6-9 tydzień
- POPRAWA: ponowna kontrola 3 tyg
- POPRAWA: ponowna kontrola 3 mies
- Ostatnia kontrola 12mż=
Klin.+USG+RTG



Algorytm

- Wynik: stabilne + D-IV i niestabilne I-IV
- Ponowne badanie do końca 2 tyg:
- Brak zmiany lub pogorszenie:
- START leczenia: szelki Pavlika
- Kontrole 1-2 tygodnie
- Poprawa: jw.
- Brak poprawy: zamknieta repozycja vs otwarta



Podsumowanie

- 1. Wybrany model badań przesiewowych wpływa na uporządkowanie systemu badań
- 2. Model zmniejsza liczbę badań
- 3. Pozwala zapewnić lepsze wykorzystanie funduszy NFZ
- 4. Model badań wymaga stałej popularyzacji wśród: neonatologów, pediatrów, ortopedów, położnych, radiologów i specjalistów w ultrasonografii narządu ruchu

Dziękuję za uwagę!!!