

خلع الورك الولادي تحديد عوامل الخطورة

الدكتور حاتم فضة¹

(تاريخ الإيداع 25 / 3 / 2019. قُبِلَ للنشر في 9 / 5 / 2019)

□ ملخص □

أجريت هذه الدراسة في مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية على 123 طفل حديث الولادة ممن لديهم خلع ورك ولادي بعمر من أسبوع حتى 4 أشهر في الفترة ما بين 2015/05/1 إلى 2017/05/01 صنفت نتائج الدراسة حسب عوامل الخطورة والتي تضمنت جنس المولود . المجيء المقعدي أثناء الولادة . قلة السائل الامنيوسي . القصة العائلية لوجود خلع ورك ولادي . كذلك قسمت مجموعة الدراسة إلى سبع فئات حسب نموذج الإصابة في تصنيف Graf كان هدف الدراسة تحديد عوامل الخطورة في خلع الورك الولادي . في هذه الدراسة حصلنا على النتائج التالية :

كانت الإصابة بخلع الورك الولادي عند 95 طفلة انثى ما يعادل 77% وعند 28 طفل ذكر أي 23% . ترافقت الإصابة مع المجيء المقعدي في 19 حالة ما يعادل 16% ومع قلة السائل الامنيوسي في 18 حالة أي ما يعادل 15% .

كانت لدى 8 حالات قصة خلع ورك ولادي عائلية 6% . كانت حالات الشك السريري 97 حالة وجدنا في هذه الدراسة حسب تصنيف Graf

إن الإصابة من النموذج Ila+ كانت عند 94 حالة أي 73% ومن النموذج Ila- عند 16 حالة 13% . Iib 5 إصابات 4% وفي Iic 3 إصابات أي 3,2% في النموذج Iid إصابتان 1,6% وحالة واحدة من النموذج . Iiii 0,8% بينما كانت حالات النموذج IV اثنتان 1,6% .

الكلمات المفتاحية: خلع الورك الولادي، التصوير بالأشعة فوق الصوتية.

¹ مدرس - قسم الأشعة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

Developmental Dysplasia of The Hip Risk Factors

Dr. Hatem Fidda²

(Received 25 / 3 / 2019. Accepted 9 / 5 / 2019)

□ ABSTRACT □

The current study included 123 cases of high risk for developmental dysplasia of the hip at AL- Assad University Hospital in Lattakia between 01-05-2015 and 01-05-2017.

The newborns ages ranges from 1 weak to 4 month

The purpose of the study was to determine the risk fctors of developmetal dysplasia of the hip

Risk factors for developmental dysplasia of the hip in this study include : Female Gender 95 cases (74,4%), wheres male newborn included 28 cases(23%) , Breach presentation 19 cases (16%), Oligohydramnios 18 cases(15%) , Familial history of hip dyplasia 8 cases(6%),

Clinical suspicios 97.

Depending on Graph types the newborns were divided in to 7 goups:

Type IIa+ included (94) cases 76.4%, type IIa- (16) 13%, type IIb(5)4% , type IIc (4) 3.2% type IId (2) 1.6% , type III(1) 0.8% case and type IV(2) 1.6% cases

In this study the left hip was affected in 90 cases of infant and the right hip in 33 cases

Keywords: Congenital hip Dislocation , Ultrasonography

² Assistant Professor, Deparment of radiology, Faculty of Medecine Tishreen University, Lattakia, Syria

مقدمة:

مصطلح يستعمل لوصف العلاقة الغير طبيعية بين رأس الفخذ والجوف الحقي. خلع الورك الولادي من أكثر إصابات الجهاز الحركي عند حديثي الولادة وتتراوح شدة الإصابة بين عدم استقرار مفصل الورك مع او بدون عسر تصنع الجوف الحقي وحتى درجة الخلع غير القابل للرد هذا يؤدي إلى قصر الطرف وتحدد حركة التبعيد. (1-3-4-5)

أول من وصف اكتشاف خلع الورك الولادي بالفحص السريري Ortolani عام 1937م وحتى يومنا هذا يعتبر اختبار Ortolani و Barlow's القاعدة الأساسية للمسح السريري لتحري خلع الورك الولادي. الطبيب المتمرس وذو الخبرة العالية يستطيع ان يكشف سريريا الخلع وتحت الخلع من النماذج type d و type III و type IV ولكن هناك خطر من عدم اكتشاف الخلع البسيط type IIa و type IIb / عدم نضج المفصل / (20) حالياً الأمواج فوق الصوتية تعتبر الوسيلة المثالية في تشخيص خلع الورك عند حديثي الولادة بالإضافة إلى أنها تعطينا معلومات عن الغضروف والنسج الرخوة للمفصل فهي تسمح برؤية حركة رأس الفخذ ضمن المفصل عدا عن ذلك أنها سهلة ورخيصة الكلفة وغير راضة. تتراوح نسبة حدوث خلع الورك الولادي بين 5 - 25% من حديثي الولادة. وذلك حسب الجغرافيا و عرق السكان (6-7) التشخيص الباكر والمعالجة المناسبة يؤدي إلى نتائج أفضل مما تكون عليه عند اكتشاف الخلع متأخراً .

أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية البحث من كون نتائجه تفيد في كشف خلع الورك الولادي باكراً وخاصة ممن لديهم عوامل خطورة وقد كان الهدف من هذا البحث

1-تحديد عوامل الخطورة بالنسبة لخلع الورك الولادي.

2-تصنيف عوامل الخطورة حسب الأهمية.

طرائق البحث ومواده

أجريت الدراسة بين الفترة 2015 /5/1 و 2017/5/1 م في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية. تألفت مجموعة الدراسة من 123 طفل ممن لديهم إصابة بدرجات مختلفة من عسر تصنع الورك. أعمارهم تراوحت بين أسبوع وحتى أربعة أشهر ، أجري الفحص بالأمواج فوق الصوتية بواسطة مسبار خطي بتردد عالي حتى 10 ميغاهرتز بعد اختبار Ortolani و Barlow's

في الحالات الـ 123 كانت عدد حالات التشخيص السريري الأكيد 74 حالة وحالات الشك 23 أما الحالات التي اجري فيها الايكو بدون علامات سريرية 26 وكان معظمها من التصنيف IIa+

وقد جمعت معلومات تخص الام والطفل(كالعمر+معلومات عن الولادة كالمجيء وكمية السائل الامنيوسي+القصة العائلية).

تم تصنيف الإصابات بحسب Graf

1 - ورك type II a+ زاوية A /الفا/ بين 50 - 59 /ورك غير ناضج/.

2 - ورك type II a- زاوية A بين 50 - 59 / تأخر نضج/.

- 3- ورك type II b زاوية A بين 50 - 59 والعمر اكبر من 3 أشهر / تأخر نمو/.
- 4- ورك type II c زاوية A بين 43 - 49 وزاوية B/ بيتا/ اصغر من 77 .
- 5- ورك type II d زاوية A بين 43 - 49 وزاوية B اكبر من 77.
- 6- ورك type III زاوية A اصغر 43 Labrum. مدفوع للأعلى.
- 7- ورك type IV زاوية A اصغر 43 Labrum. مدفوع للأسفل.

النتائج والمناقشة:

الجدول رقم 1 يبين توزع الإصابات حسب عوامل الخطورة

الجنس	عدد الحالات	المجيء المقعدي	قلة السائل الامنيوسي	قصة عائلية ايجابية	إصابة الورك الأيمن	إصابة الورك الأيسر
إناث	95	15	13	7	21	77
ذكور	28	14	5	3	12	13

من الجدول 1 يظهر أن عدد الإناث المصابات بلغ 95 طفلة أي 77% وعدد الذكور 28 طفل أي 23%. كما ان عدد الحالات المرافقة لمجيء مقعدي 15 طفلة و 4 أطفال أي 19 طفل والنسبة 16%. اما في قلة السائل الامنيوسي فكانت الإصابة عند 13 طفلة أنثى و 5 أطفال أي 18 طفل والنسبة 15% إصابة الورك الأيسر بلغت 77 حالة في الإناث و 13 حالة في الذكور والمجموع 90 حالة والنسبة 73% إصابة الورك الأيمن بلغت 21 حالة في الإناث و 12 حالة في الذكور والمجموع 33 حالة النسبة المئوية 18,7 %

الجدول 2 رقم يبين تصنيف الإصابة حسب Graf

الجنس	Ila+	Ila-	Ilb	Ilc	Ild	III	IV
اناث	73	12	5	3	1	0	2
ذكور	21	4	0	1	1	1	0

في الجدول 2 نرى أن عدد الإصابات من النموذج Ila+ 73 في الإناث و 21 في الذكور المجموع 94 والنسبة المئوية 76,4%

ومن النموذج Ila- عدد الإصابات 12 إناث و 4 ذكور المجموع 16 والنسبة المئوية 13%

ومن النموذج Ilb عدد الإصابات 5 إناث و 0 ذكور المجموع 5 والنسبة المئوية 4%

ومن النموذج Ilc عدد الإصابات 3 إناث و 1 ذكور المجموع 4 والنسبة المئوية 3,2%

ومن النموذج Ild عدد الاصابات 1 اناث و 1 ذكور المجموع 2 والنسبة المئوية 1,6%

ومن النموذج III عدد الاصابات 0 اناث و 1 ذكور المجموع 1 والنسبة المئوية 0,8%

ومن النموذج IV عدد الاصابات 2 اناث و 0 ذكور المجموع 2 والنسبة المئوية 1,6%

مقارنة النتائج بالدراسات العالمية

بلغ عدد الإناث المصابات بخلع الورك الولادي 95 طفلة أي 77% . وعدد الذكور 28 طفل أي 23%.

يتبين من ذلك أن حدوث الإصابة عند الإناث أعلى بكثير من الإصابة عند الذكور. وهذا يتوافق مع دراسة Paton (10) عام 2004 حيث وجد أن نسبة حدوث الإصابة عند الإناث أعلى بسبع مرات منها عند الذكور وكذلك مع دراسة Weinstein (11) عام 2001 الذي وجد أن 80% من الأطفال مع خلع ورك ولادي من الإناث .
المجيء المقعدي وجدناه عند 19 طفل من المجموعة أي 16% وهي نسبة عالية بالمقارنة مع الولادة المقعدية الطبيعية التي لا تتجاوز 3%.

كما أن قلة السائل الامنيوسي ترافقت مع 15% من الحالات أي 18 طفل.
هذا يتوافق مع دراسة Dante (12) عام 1997 أن أكثر عامل هو المجيء المقعدي وقلة السائل الامنيوسي . كذلك وجد Mohammed Shawky (15) عام 2015 أن المجيء المقعدي وقلة السائل الامنيوسي أعلى عند الإناث منها عند الذكور حيث بلغت في الذكور 5% وفي الإناث 22%.

إصابة الورك الأيسر شوهدت في 90 طفل والورك الأيمن في 33 حالة هذا يؤكد دراسة Storer and Skaggs (13) عام 2006 الذي قال ان إصابة الورك الأيمن تشكل 20% والأيسر 60% وإصابة الوركين 20%.
كما تبين من الدراسة أن لدى 10 اطفال أي 8% من الحالات قصة خلع ورك ولادي عائلية وهذا يتوافق مع دراسة Mohammed Shawky حيث بلغت النسبة إلى 6% .

بالنسبة لنموذج الإصابة:

تبين ان النسبة العظمى 94 طفل /73% من النموذج Ila+ وهذا يتوافق مع نتائج دراسة Dante et. al (12) عام 1997 حيث وجد ان 23,6- 57,6% من النموذج Ila 0,8- 7% من النموذج Ilc و Ild من ..- 1,1% والنموذج III او IV 0 وكذلك مع نتائج Roover (19) عام 2005 كانت الإصابة بنموذج Ila 32% وبالنموذج IIB 1,9% والإصابة بالنموذج Ilc 0,7% والنموذج III 0,7% وأخيراً النموذج IV 0,02%

الاستنتاجات والتوصيات :

- 1- وجدنا في الدراسة من المناسب ترتيب عوامل الخطورة التي ترافق خلع الورك الولادي كالتالي: المواليد الإناث - المجيء المقعدي - قلة السائل الامنيوسي - وجود قصة عائلية لخلع الورك الولادي.
- 2- نظراً لارتفاع نسبة الخطورة في المواليد الإناث يجب إجراء فحص الورك بالأشعة فوق الصوتية لكل المواليد الإناث وعدم الاكتفاء بالفحص السريري.
- 3- يجب الفحص بالأشعة فوق الصوتية لكل المواليد ذكور وإناث ممن لديهم قصة مجيء مقعدي أو قلة سائل امنيوسي او وجود قصة عائلية لخلع ورك ولادي.
- 4- يجب إعطاء أهمية خاصة عند فحص الورك الأيسر.

المراجع

- 1-Herring Ja. Developmental dysplasia of the hip. In Tachdjian,s pediatric orthopedics. Edited by Herring JA. B.W Saunders co Philadelphia 2002;513-646
- 2-Weintraub S and Grill F. Ultrasonography in Developmental Dysplasia of the hip. J .Bone Joint Surgery Am. 2000;82:1004.
- 3- Karen R. Carol .D. Kari R et al. Immediate Treatment Versus Sonographic for Mild Hip Dysplasia in Newborn,j. of Pediatrics. 2010;125:e9-e16
- 4- Clinical practice guideline;early detection of developmental dysplasia of the hip. Committee on quality Improvement. Subcommittee on developmental dysplasia of the hip. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2000;105:896-905
- 5-Palmen K. Prevention of congenital dislocation of the hip.The Swedish experience of neonatal treatment of hip joint instability. Acta Orthop Scand Suppl 1984; 208:1-107
- 6-Kolb A, Schweiger N .et al. Low incidence of early developmental dysplasia of the hip in universal ultrasonographic screening of newborns: analysis and evaluation of risk factors. In Orthop 2016; 40:123-7.
- 7-Shipman SA, Helfand M. Screening for developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review for the US Preventive Services Task Force. Pediatrics 2006; 117:e557-76.
- 8-de Hundt M, Vlemmix F, Bais JM, et al.Risk factors for developmental dysplasia of the hip: a meta- analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012;165:8-17
- 9- Shaw BA, Segal LS, Section on O. Evaluation and Referral for Developmental Dysplasia of the Hip in infants 2016 ; 138
- 10-Paton RW. Hopgood PJ and Eccles K. Instability of the neonatal hip: the role of early or late splintage. International Orthopaedics 2004; 28:270-73
- 11-Weinstein S. Developmental hip dysplasia and dislocation.In pediatric orthopaedic ed. by Morrissy RT, Weinstein SL, Lovel and Winter,s. Philadelphia: Lippicott Williams and Wilkins 2001: chapter 2, p. 905-56.
- 12- Dante B, Giuseppe A, Francesco A,et al. Screening for developmental dysplasia of the hip. Pediatrics: the official journal of American Academy. 1997; e5:99
- 13- Storer S and Skaggs D. Developmental dysplasia of the hip. Annual Clinical Focus on caring for children and adolescents. ACF; Am Fam Physicisn. 2006 ; 74(8):1310-1316
- 14-Ortiz-Neira CL, Paolucci EO, Donno T. A meta- analysis of common risk factors associated with the diagnosis of developmental dysplasia of the hip in newborns.Eur J Radiol 2012;81:e344-51.
- 15- Mohammed Shawky Abdullah, Ashraf Anas Zytoon. Developmental Dysplasia of the Hip: Optimal Ultrasound Screening Strategy Among High Risk Newborns.International Journal of Medical Imaging 2015; 3(3): 49-58.
- 16- G Mamouri, A Hamedi. Congenital Dislocation Of The Hip In Newborn Of Mashhad City. The International Journal of Pedhiatrics and Neonatology. 2003 Volume 4 Number 1.
- 17-Chan-A, Mccauley- K, Cundy-PG: perinatal risk factors for developmental dysplasia of hip, Pediatradiology , 44: 591-613, 1997.
- 18- Fanaroff-AA, Martin-RJ, Neonatal medicine,7th ed, Mossby-stlouis, 1 1621-1623, 2002.
- 19- Roover EA, Boere- Boonekamp MM, Castelen RM , et al. Effectiveness of ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip, Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005; 90:125-130
- 20- Omeroglu H, Koparal S (2001) the role of clinical examination and risk factors in diagnosis of developmental dysplasia of the hip: a prospective study in 188 referred young infants. Arch Orthop Trauma Surg 121 : 7-11