

ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO PRECOCE DELLA DEA

A.Pagliazzi, A.Novembri



Con il termine **DISPLASIA EVOLUTIVA DELL'ANCA (DEA)** si comprende un ampio spettro di anomalie che va dalla semplice instabilità dell'anca per lassità capsulare alla completa lussazione (LCA) con dislocazione dell'epifisi femorale (Tachdjian, 1990).



DISPLASIA GRAVE (LCA) 8%

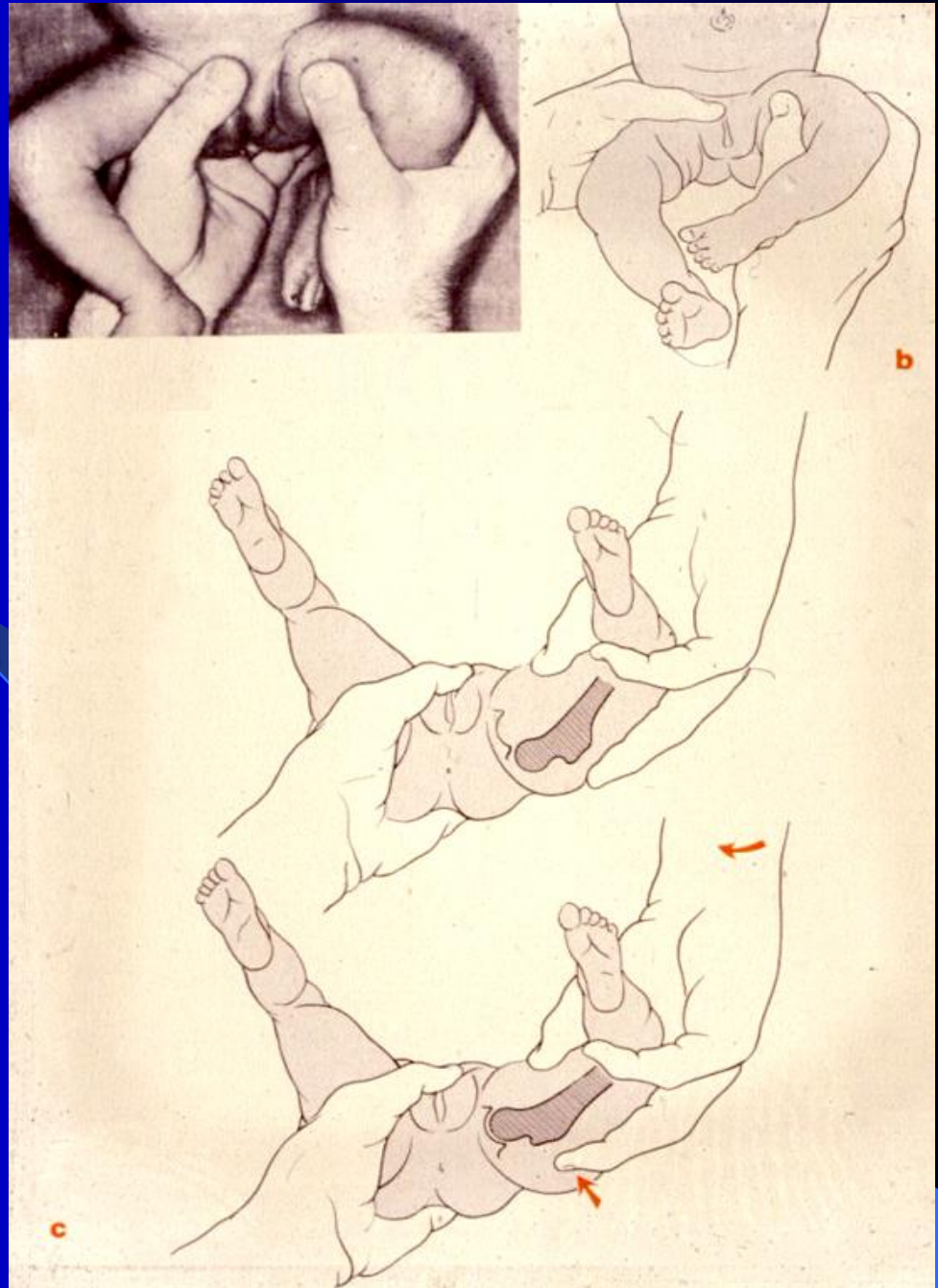
DISPLASIA MEDIA E LIEVE (DEA) 92%

L'esame clinico DEVE essere effettuato dal pediatra, dall'ortopedico o dal fisiatra ricercando i segni clinici di DEA in modo accurato e tale esame deve essere ripetuto nel tempo non limitandosi ad una sola osservazione.

L'analisi della letteratura evidenzia che vi sono solo due segni clinici totalmente affidabili

- Segno dello scatto di Ortolani**
- Test di Barlow**

**Manovra di Ortolani
che riduce
anca lussata alla nascita**



OSSERVAZIONI

- Segno dello scatto + = anca lussata
- Segno dello scatto - = possibile anca displasica
- Ridotta abduzione anca = sospetto DEA
- **Possibile** assenza di segni clinici anche in displasie gravi
- Segni clinici **sempre** presenti nella lussazione ma segno dello scatto positivo a 6-8 sett. **solo** nelle lussazioni in soggetti molto lassi

**lussazione anca nel neonato con
ridotta abduzione anca sin con
apparente accorciamento femore
e pliche asimmetriche**

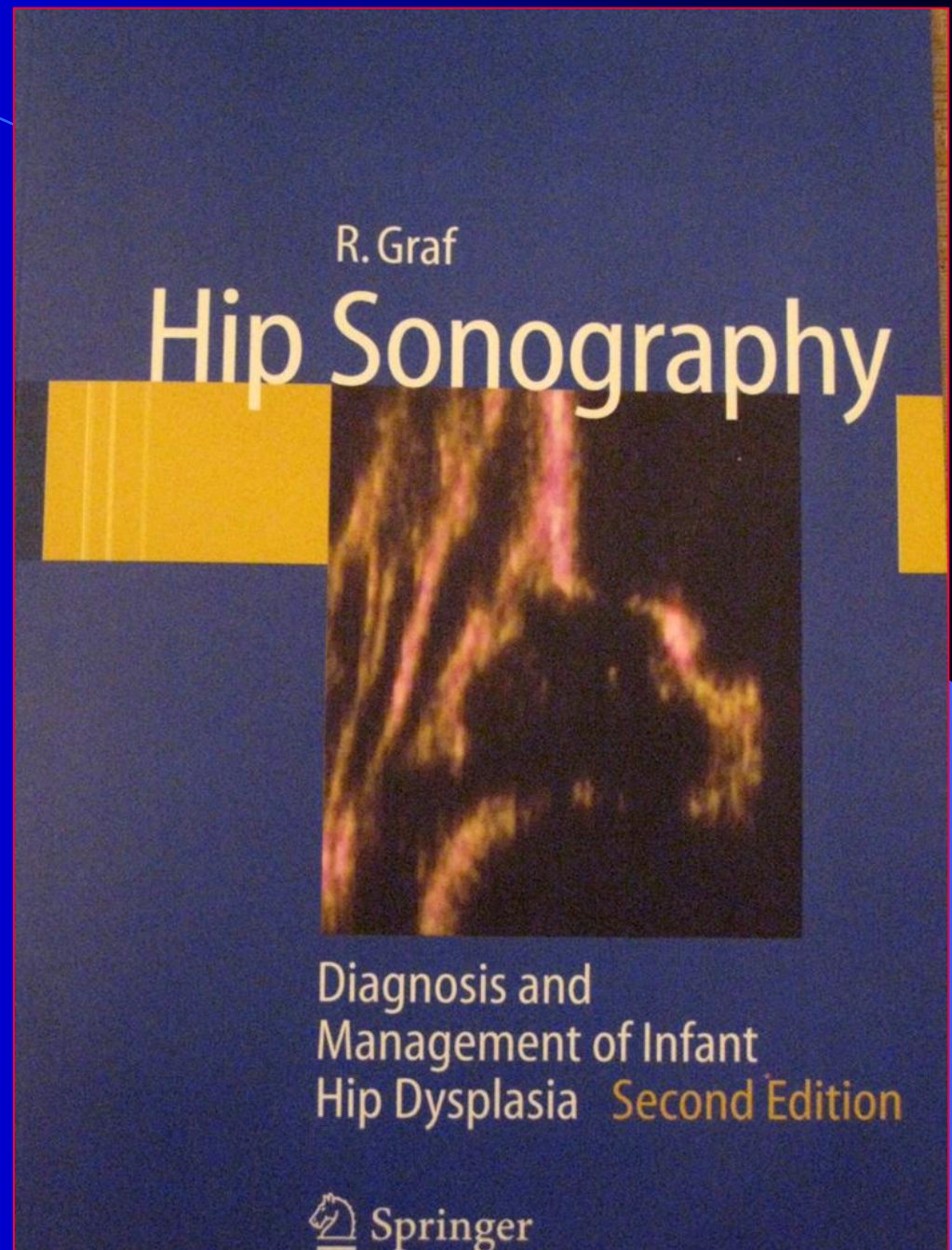


l'esame della letteratura mostra comunque una scarsa considerazione dei seguenti segni clinici, definiti difficilmente oggettivabili e con basso grado di sensibilità.

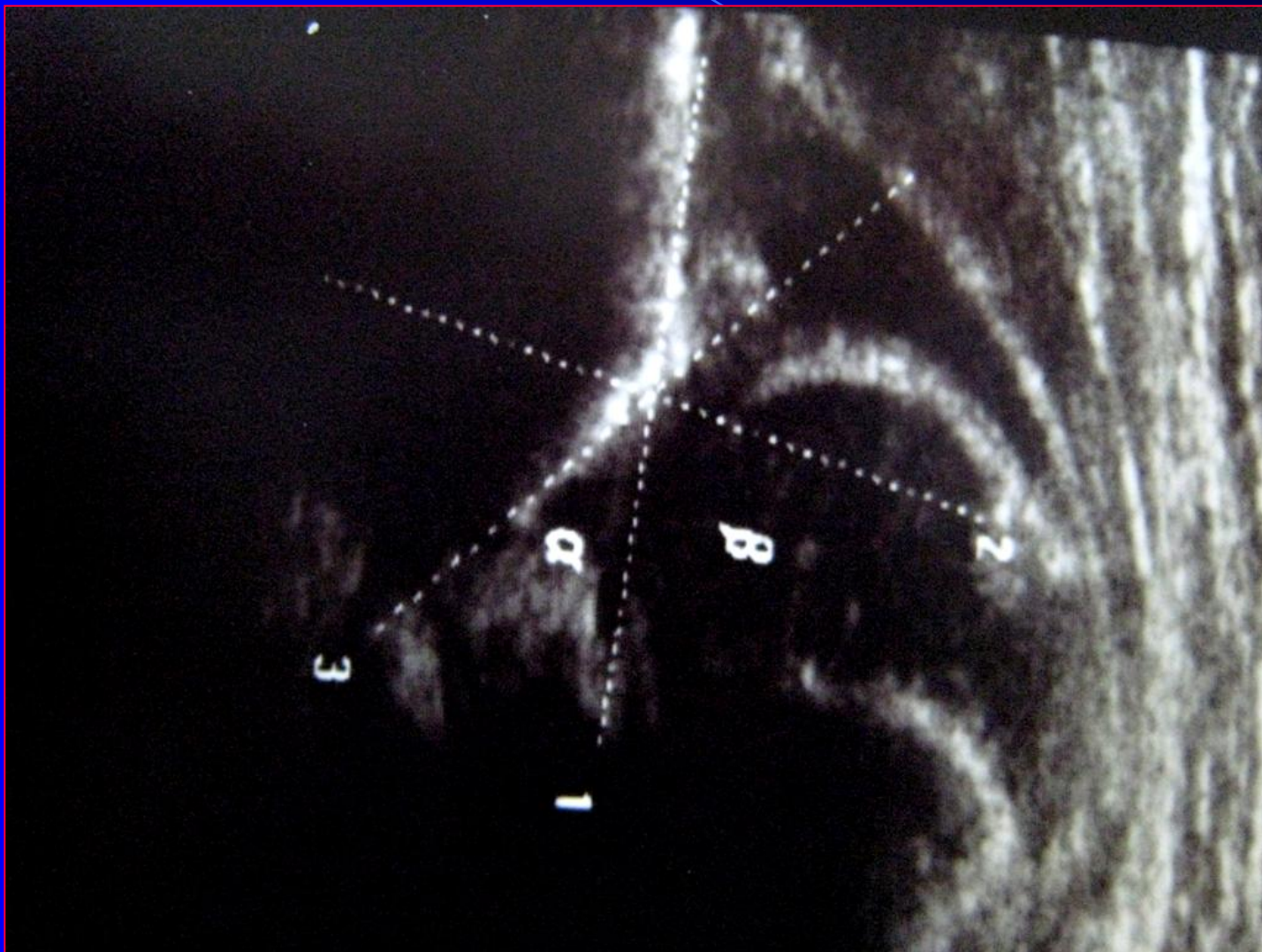
- ⇒ ridotta abduzione**
- ⇒ asimmetria pliche cutanee**
- ⇒ ipometria arto inferiore**
- ⇒ arto inferiore extrautotato**

**Diagnosi clinica
incerta**

**Diagnosi ecografica
precoce e certa**



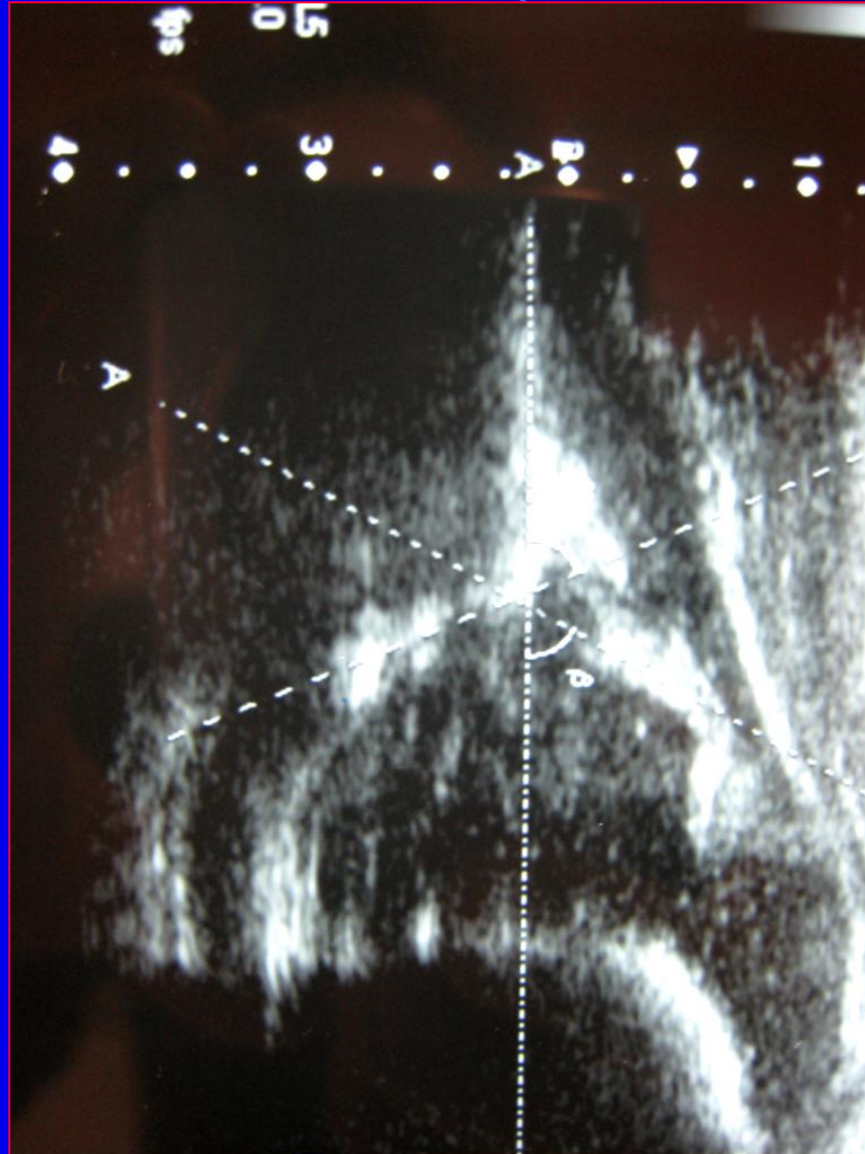
Anca lussata tipo III a 15gg di vita



Si applica Pavlik+divaricatore mutandina



Anca matura dopo 2 mesi di terapia



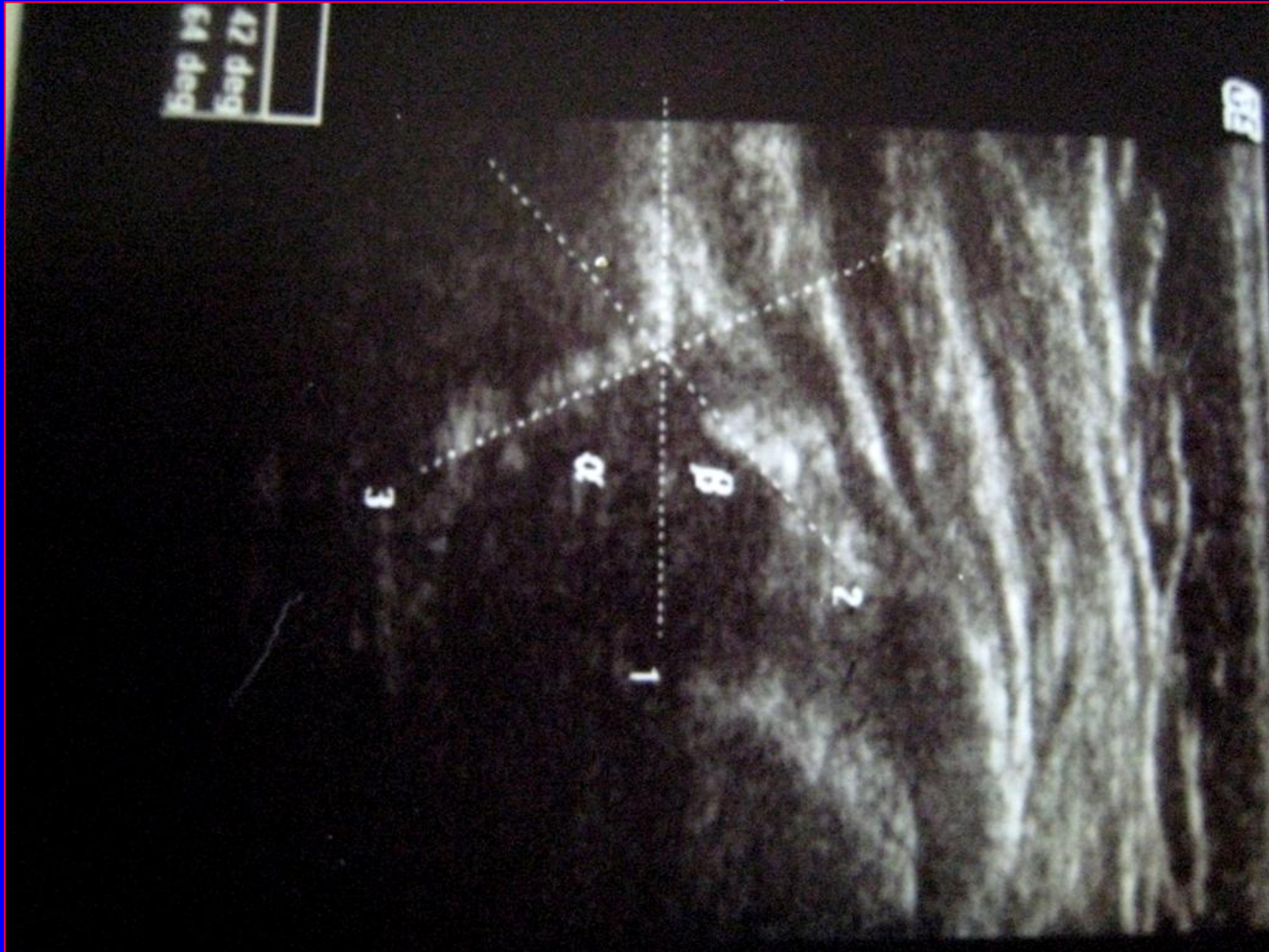
Anca critica IIc a 4 sett di vita



Si applica divaricatore mutandina



Anca matura dopo 3 mesi di terapia



OSSERVAZIONI

- Doppio pannolone **non** ruolo terapeutico
- A 6-8 sett. di vita **non** divaricatori statici rigidi
- **Possibile** assenza di segni clinici anche in displasie gravi
- Tempo di terapia progressivamente più lungo in ritardo diagnostico
- **In ritardata diagnosi possibile insuccesso della terapia con divaricatori**

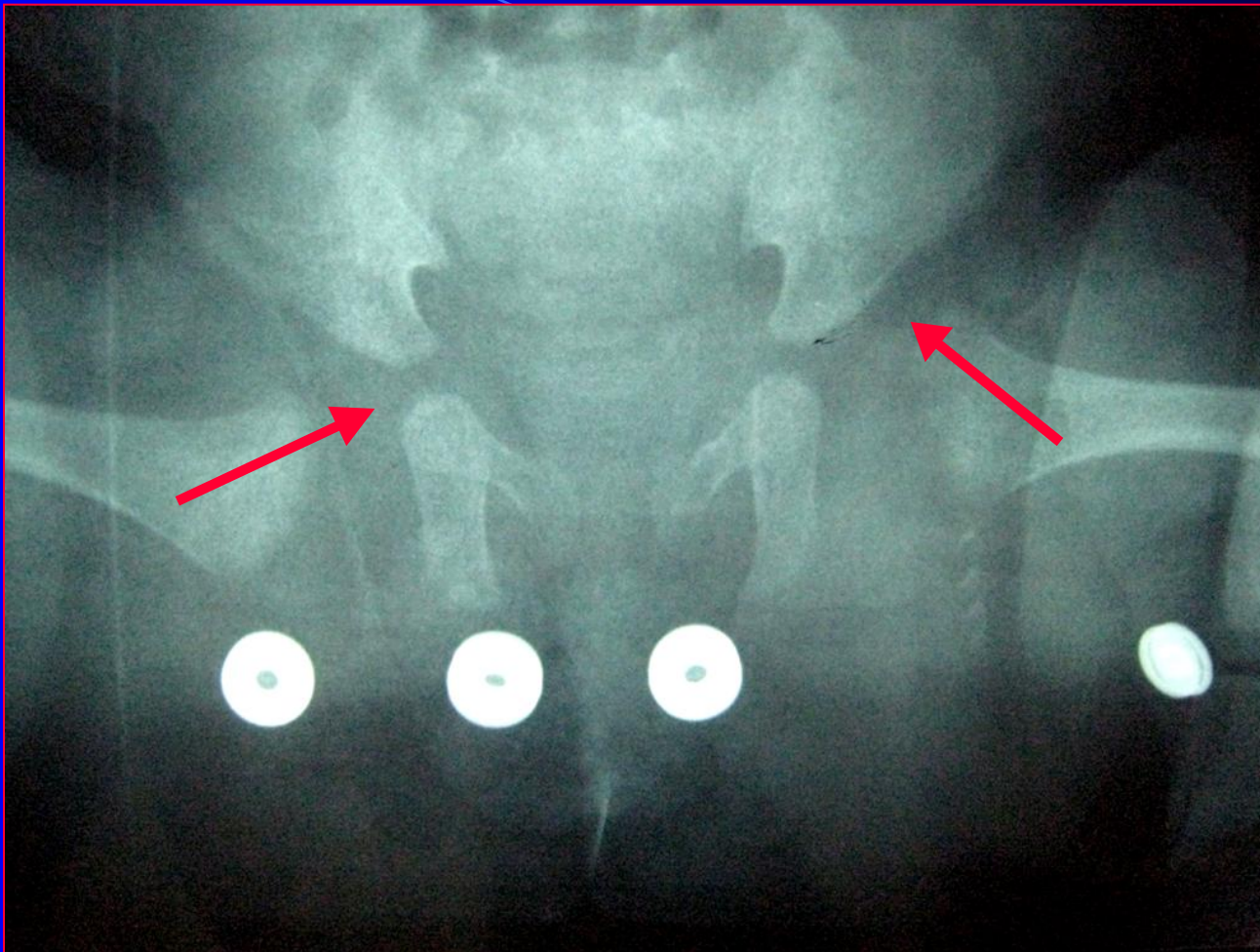
Anca lussata tipo III ritardata diagnosi a 2,5 mesi di vita



Tentativo di riduzione con Pavlik+divaricatore mutandina



RX controllo di centrazione



Anca sx non ridotta

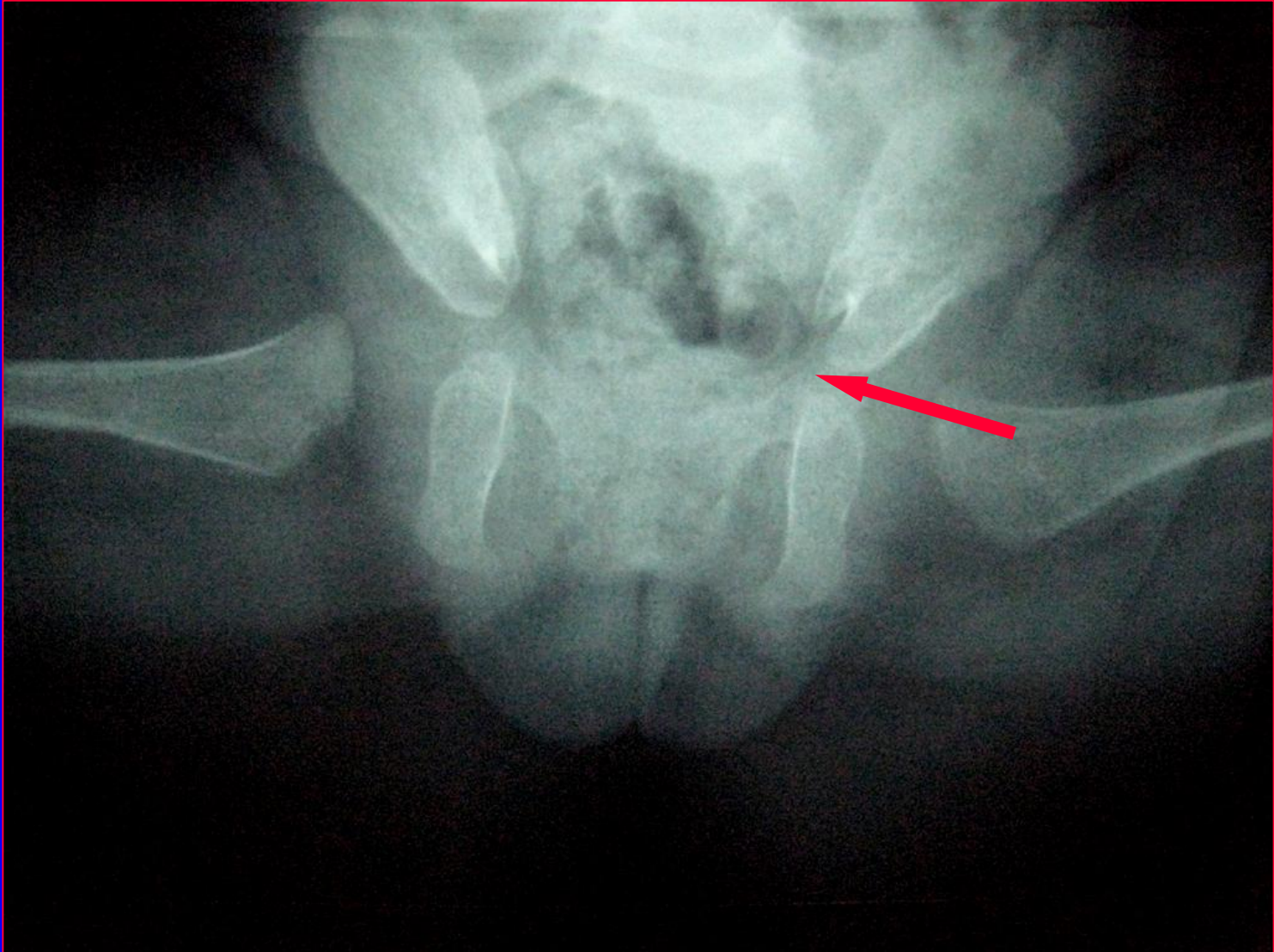
Ricovero con trazione longitudinale per 2-3 sett.



**Necessaria riduzione in narcosi,
tenotomia adduttori e apparecchio
gessato pelvi-malleolo**



RX :anca ridotta dopo rimozione app.gessato



Applicazione divaricatore di Milgram fino a guarigione



Anca matura dopo 6 mesi di terapia

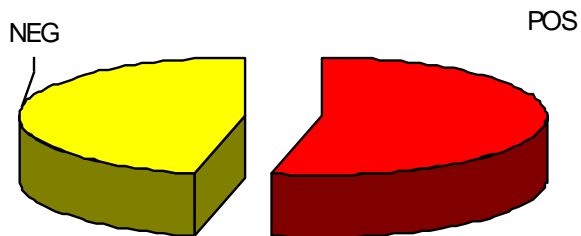


SCATTO ORTOLANI ad inizio Terapia

DIAGNOSI ECOGRAFICA CORRETTA

0/2 sett

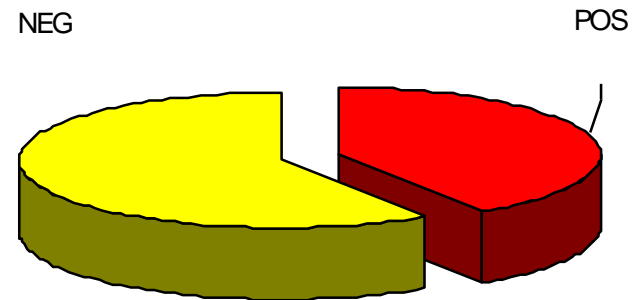
SCATTO ORTOLANI ad inizio Terapia



DIAGNOSI ECOGRAFICA CORRETTA

3/8 sett.

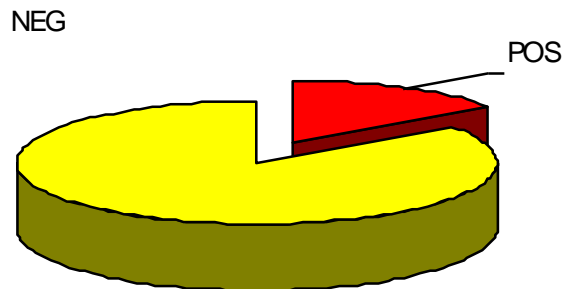
SCATTO ORTOLANI ad inizio Terapia



DIAGNOSI ECOGRAFICA CORRETTA

9/16 sett.

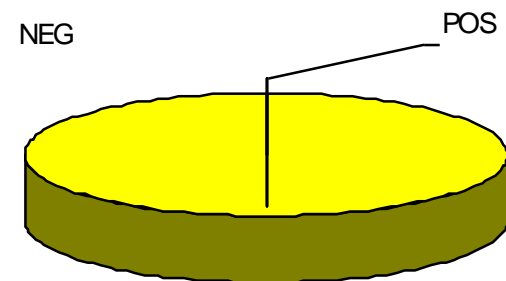
SCATTO ORTOLANI ad inizio Terapia



DIAGNOSI ECOGRAFICA CORRETTA

>16 sett.

SCATTO ORTOLANI ad inizio Terapia

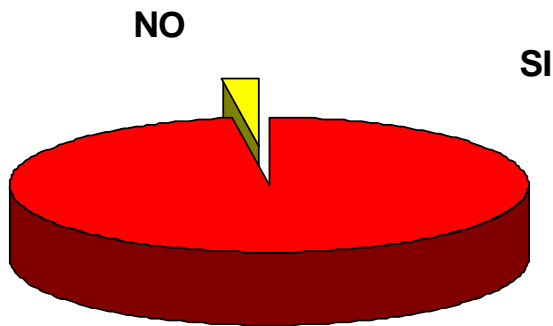


GUARIGIONE IN DIVARICATORE

DIAGNOSI ECOGRAFICA CORRETTA

0/2 sett

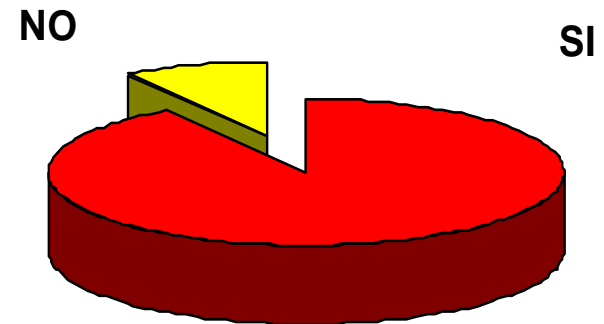
GUARIGIONE IN DIVARICATORE



DIAGNOSI ECOGRAFICA CORRETTA

3/8 sett.

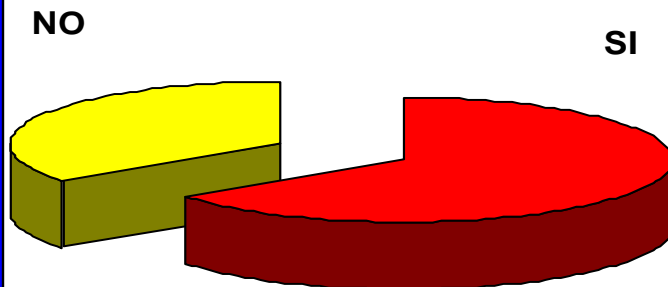
GUARIGIONE IN DIVARICATORE



DIAGNOSI ECOGRAFICA CORRETTA

9/16 sett.

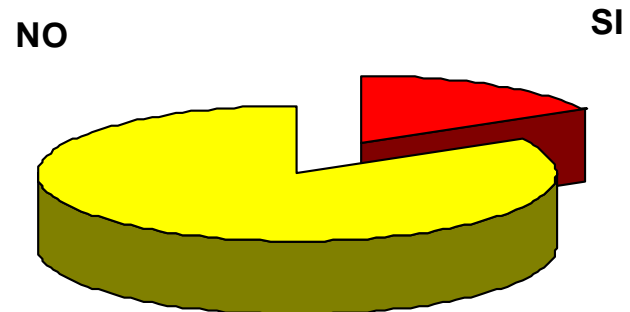
GUARIGIONE IN DIVARICATORE



DIAGNOSI ECOGRAFICA CORRETTA

>16 sett.

GUARIGIONE IN DIVARICATORE

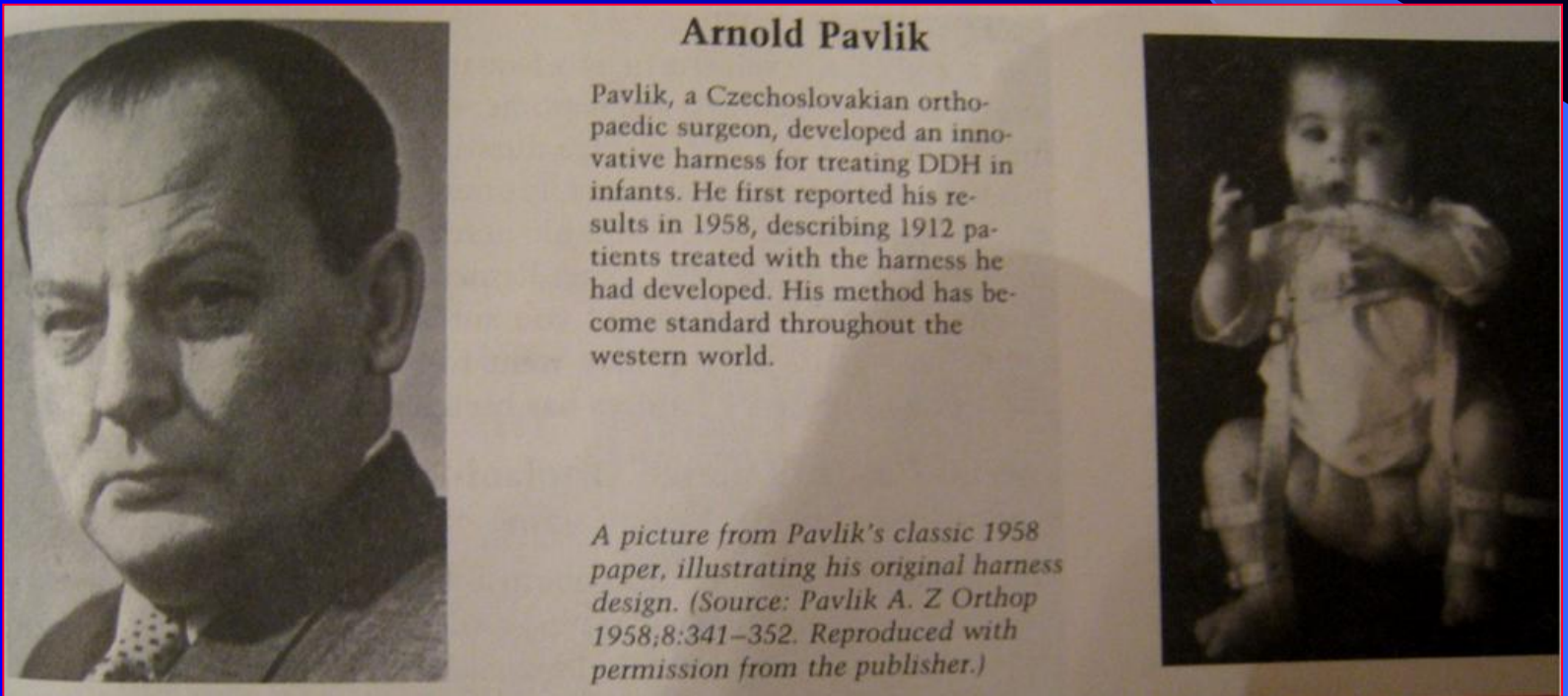


The Pavlik harness is the preferred method of treating neonatal DDH and in the young child (ages 1 to 5 months)

(D.Wenger, The Art and Practice of Children Orthopaedics, 1993.

J.A.Herring, Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 2002.

L.T.Staheli, Practice of Pediatric Orthopedics, 2006).



TÖNNIS 1990

Screening neonatale ecografico 2587 neonati

Anche patologiche (IIc → IV): 2,64%

Di queste: 53% **CLINICAMENTE SILENTI**

Clinica da sola insufficiente

A CHI L'ECOGRAFIA?

Screening sistemico

Assoluta indicazione in ANCA A RISCHIO:

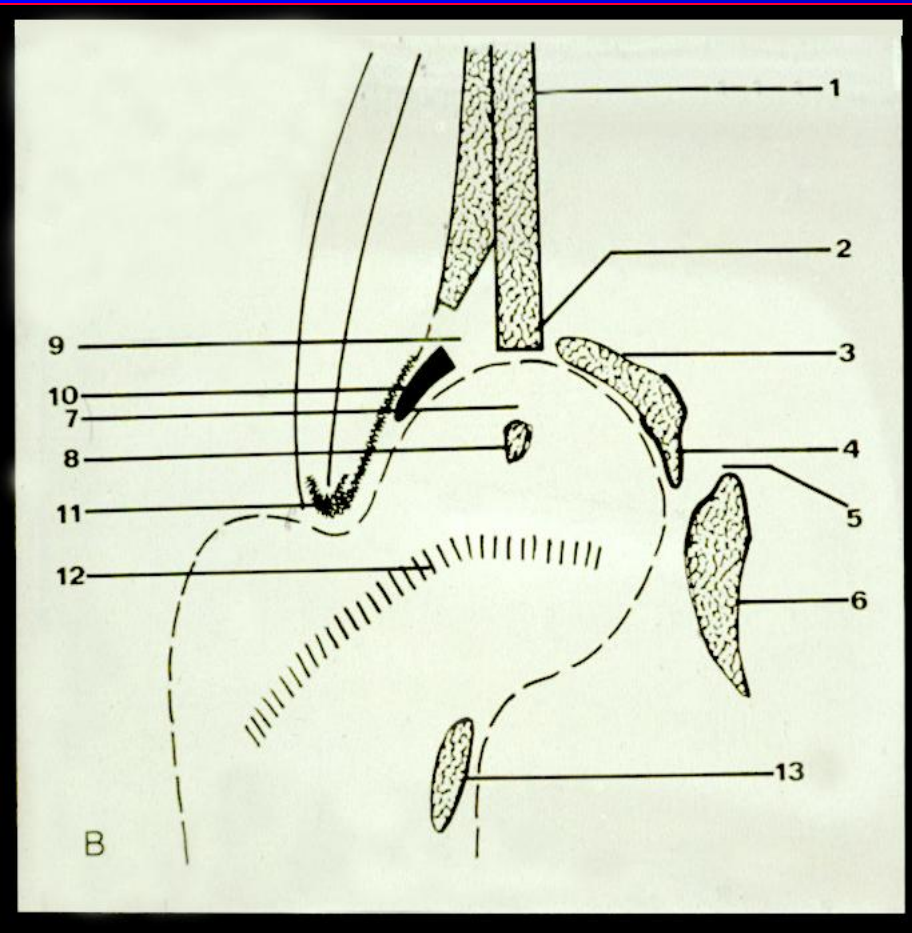
- **Precedente familiare**
- **Gravidanza podalica**
- **Alterazioni posturali (talo valgo/metatarso varo/torcicollo/ginocchio recurvato)**
- **Abduzione limitata ($<70^\circ$) o asimmetrica (bacino obliquo asimmetrico)**
- **Oligohydramnios**

QUANDO L'ECOGRAFIA?

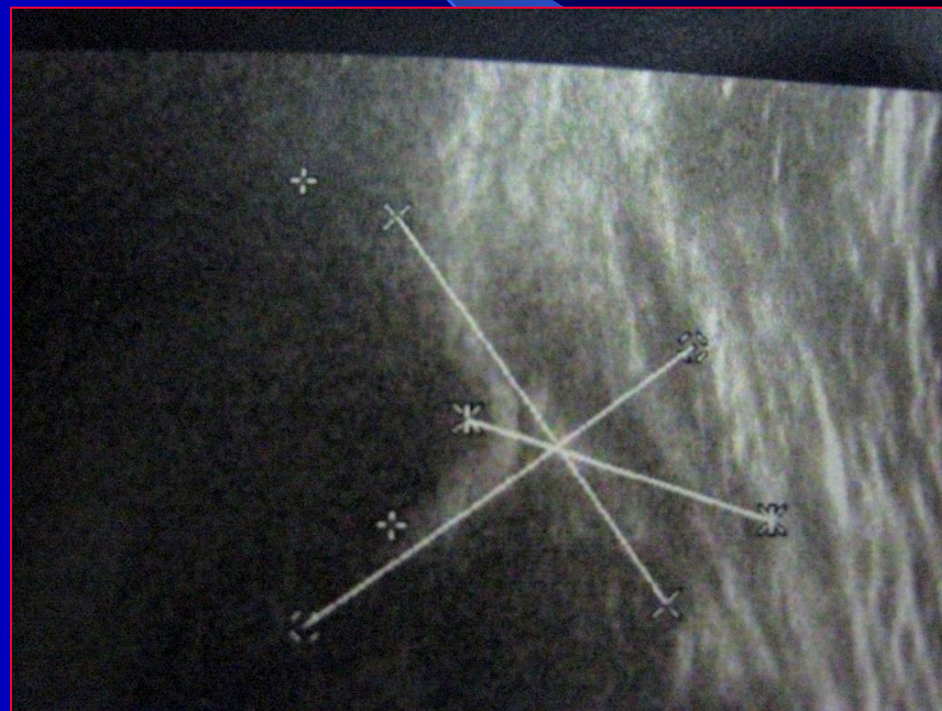
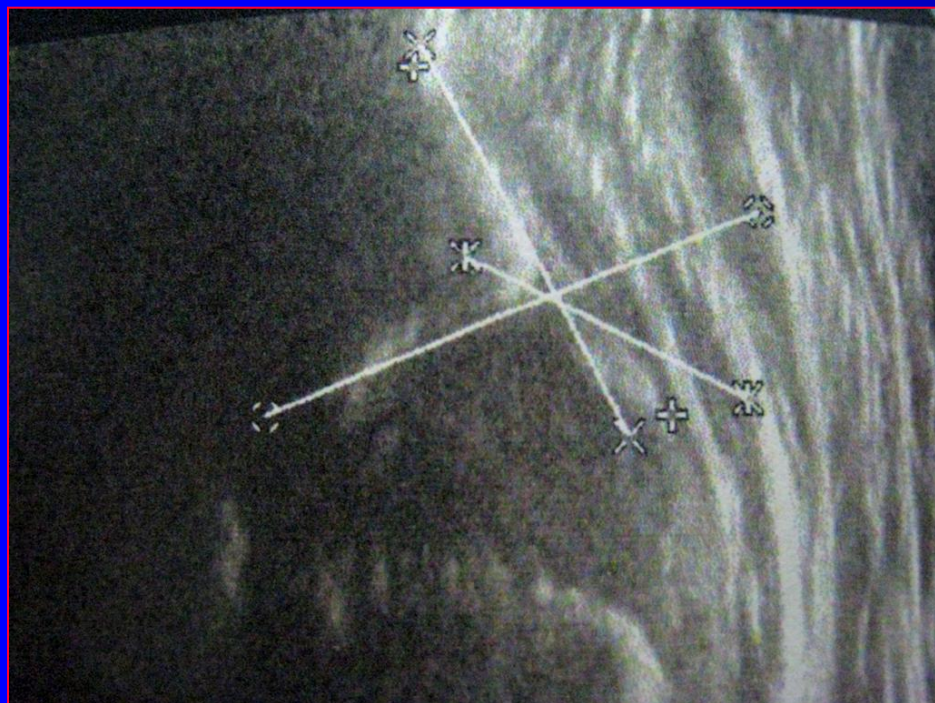
Alla nascita
A 4-6 settimane

Unica via aperta ad una concreta soluzione del problema è quella di affrontarlo sul nascere, quando le condizioni patologiche non hanno ancora assunto la complessità e irreversibilità che vediamo (Scaglietti 1972)

Ecografia correttamente eseguita



Ecografia non correttamente eseguita



Fondamentale ecografista esperto

Ecografia non correttamente eseguita

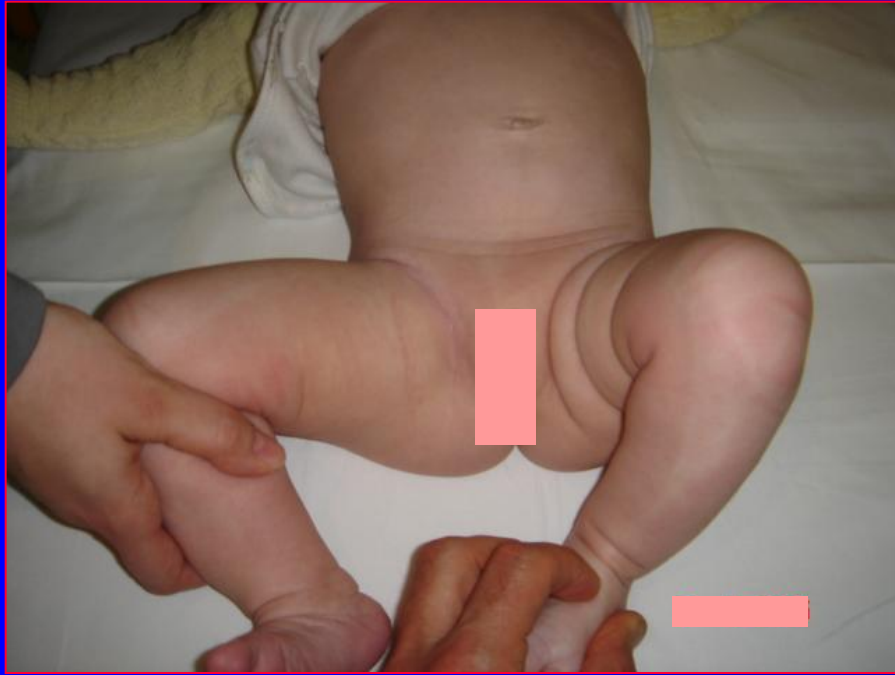


Ritardata diagnosi

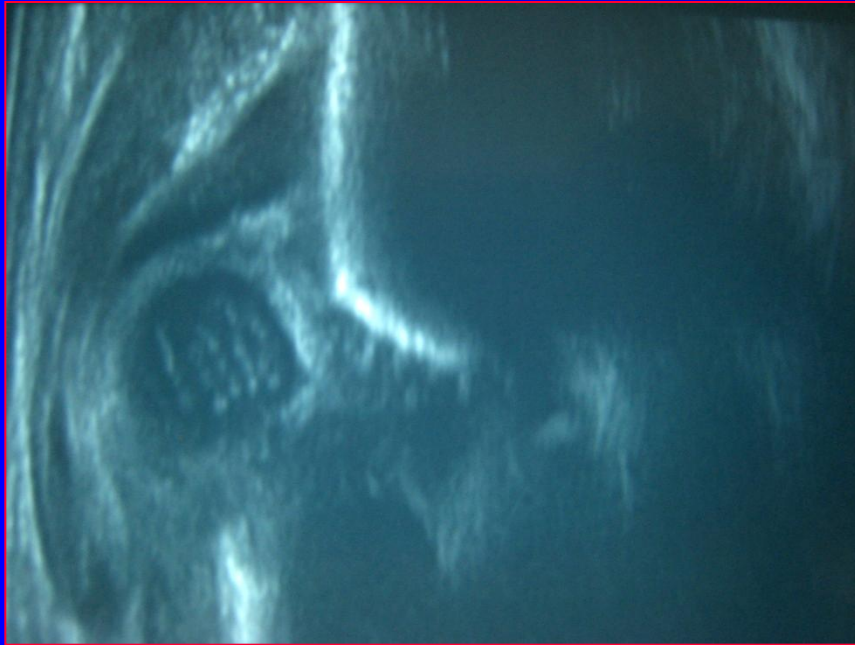
Rx a 4 mesi di vita evidenza LCA sx non riducibile in divaricatore



Necessaria riduzione incruenta, tenomiotomia adduttori, app.gess.pelvi malleolo



Referto ecografico che sottostima la patologia e causa ritardo terapeutico



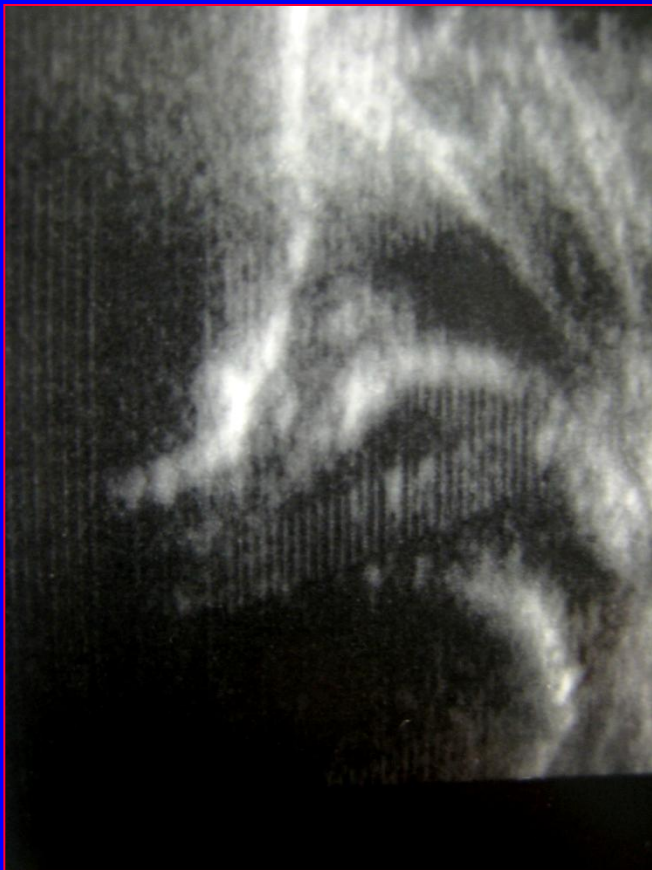
Settembre 2011

ESAMI:
ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
Data Esame : 08/09/2011 15.24.00
Il TSRM esecutore:

Testo del Referto:

In entrambe le anche la conformazione acetabolare mostra una ridotta profondità e la cartilagine acetabolare non è avvolgente.
Gli angoli alfa e beta (quest'ultimo maggiormente) non sono nei limiti.
Necessaria visita specialistica ortopedica neonatale.

Dicembre 2011

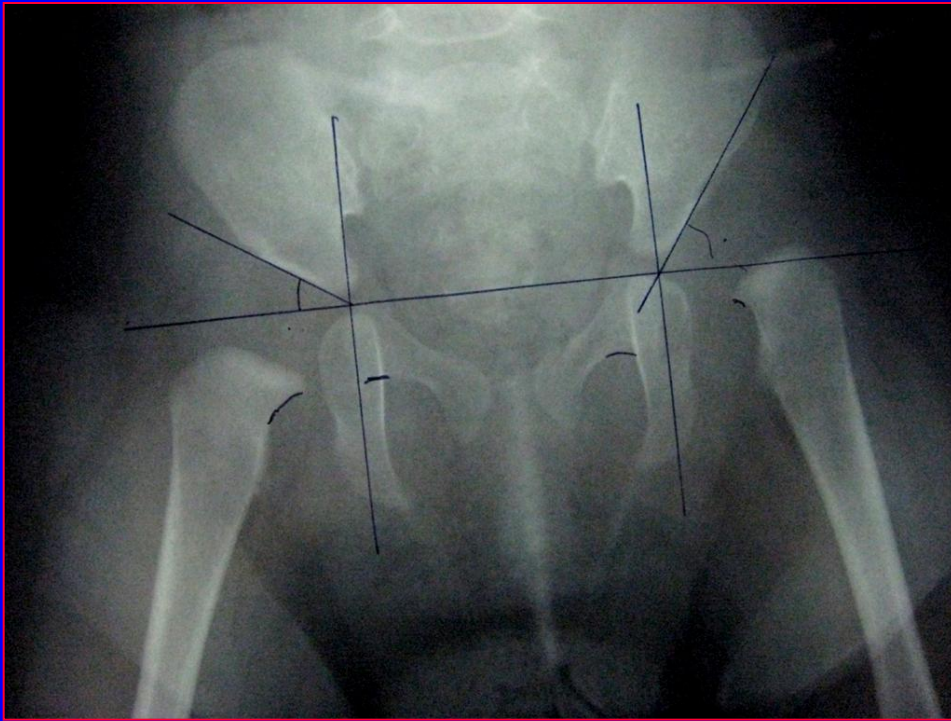


**Riduzione
in divaricatore
impossibile**



**Fondamentale
ortopedico pediatria
esperto**

LCA sx non centrata in divaricatore terapia non corretta



Sofferenza testa femorale

Necrosi cefalica di tipo 1





1° CONGRESSO EUROPEO DI ORTOPEDIA PARIGI 1993

**R. GRAF: risultati a confronto di due gruppi
comparabili di anche affette da DEA**

**GRUPPO A (1977-79) Era pre-ecografica
73 anche patologiche**

**GRUPPO B (1986-88) Era ecografica
75 anche patologiche**



GRUPPO A

GRUPPO B

NECROSI EPIFISARIA

GRADO 2

22%

0%

GRADO 3-4

8%

0%

RIDUZIONE CRUENTA

45%

0%