

Veleszületett csípőficam csecsemőkori diagnosztikája

A csípőficam az u.n. gyakori fejlődési rendellenességek közé tartozik, hazai előfordulási gyakorisága 0,5 %-ra tehető. Ez tartalmazza a kezelést igénylő dysplasiás és ficamos eseteket is.

A kórkép lényege a medencecsont vápájának veleszületett dysplasiája¹, mely következményes combfej ficamodásához vezethet.

A csípőficam lányoknál 6-szor gyakoribb, mint fiúknál.

A szűrés első eseménye célszerűen a neonatológus vagy csecsemőgyógyász pár másodperces vizsgálata a baba néhány napos korában. Ezt követi a 3 hetes és 3-4 hónapos korban történő szakorvosi kontroll.

A korai észlelésnek az a jelentősége, hogy a három hetes korban kiszűrt csípőficamot jó eséllyel teljesen meg lehet gyógyítani egyszerű módszerekkel, míg a később észlelt ficam kezelése gyakran csak műtéti sorozatok alkalmazásával lehetséges, és nem mindig sikerül a teljes gyógyítás.

A csípőficam eredete, okai

A csípőficam **multifaktoriális kórereditű** fejlődési rendellenesség. Mind az örökletes tényezők (elsősorban hajlam), mind a környezeti tényezők egymással kölcsönhatásban működve felelősek a luxatió kialakulásáért.

A **környezeti tényezők** között mind az intra-², mind az extrauterin tényezők szerepet játszanak. Az **intrauterin tényezők** között bármilyen térránytalanság (farfekvés, egyéb fekvési rendellenességek, szorosabb méhen belüli viszonyok) szerepelhet. A magzati hormonszint a születés után fokozatosan



csökken, majd 3-4 hetes korban normalizálódik. Tehát az újszülött a születés után 3 hétig egy, az ízületi stabilitás tekintetében labilis határállapotban van, amikor a combfej könnyebben elhagyhatja az ízületi üreget (instabil csípő).

Az **extrauterin tényezők** közül elsősorban a helytelen, szoros, egymáshoz szorított alsó végtaggal történő pelenkázás, pólyázás, továbbá maga a két lábra való állás, tehát a járás megtanulása emelhető ki.

Terpesztartás esetén a combfej mélyen a vápában helyezkedik el,

biztosítva az acetabulum tető normális növekedését, még dysplasiás-hypoplasiás esetben is.

Lényegében kezelés során is ezt az utat követjük. A környezeti tényezők szerepére számos klinikai megfigyelés is utal. Pl. csípőficamos csecsemők esetén a farfekvéses szülések gyakorisága 16 %.

A csípőficam felismerése

Gyanújelek:

Családban korábban előforduló csípőficam vagy dysplasia, kóros terhesség, normálistól eltérő szülés vagy intrauterin tartás (farfekvés!), valamint az újszülött viselkedésével kapcsolatos adatok: az alsóvégtag aszimmetrikus tartása, mozgatása vagy egyéb említésre méltó tényező.

¹ Dysplasia (diszplázia): valamely szerv helytelen, rendellenes fejlődése

² Intrauterin: méhen belüli

Extrauterin: méhen kívüli

Valószínűségi jelek:

Redőaszimmetria. Valószínűségi jelként akkor értékeljük, ha a redőaszimmetria konzekvens, továbbá egyéb valószínűségi jelek is társulnak hozzá.

Abductiós mozgáskorlátozottság. 70⁰-nál kevesebb abdukció mindkét oldalon, vagy aszimmetrikus abdukciós mozgáskorlátozottság valószínűségi jelként értékelhető.

A trochanter³ tömegesebb volta. Csípőficam, ill. subluxatió esetén a trochanter tapintáskor tömegesebb.

Végtagrövidülés. A végtagrövidülés a csípőficam kísérő jelensége, hisz azáltal, hogy a combfej elhagyja a vápát, proximál felé mozdul és végtagrövidülést okoz.

Instabil csípőizület

A combfej nincs luxalt helyzetben, de kimozdítható, luxalható az acetabulumból. A tünetnek két oka van. Az egyik az acetabulum hypoplasia, míg a másik az átmeneti hormonális lazaság. A hátán fekvő csecsemő csípőjét 90⁰-ban, térdét maximálisan behajlítjuk. A csípőt mérsékelt fokú addukcióba hozzuk és a hüvelykujjunkkal hátrafelé irányuló nyomást gyakorolunk. Pozitív esetben zökkenést érzünk a csípőizületben (pozitív Barlow tünet), melynek során a combfej elhagyja a vápát. Amennyiben megszüntetjük a passzív erő kifejtését, a combfej visszacsúszik a vápába. A születés után 3 hétig az összes esetek 90 %-ában fals pozitív klinikai tünet, spontán rendeződik.

Biztos ficam (Ortolani).

A csípőficam fennállásának egyetlen biztos jele, melyet repozíciós jelként is értékelhetünk.

Vizsgálata a következőképpen történik: A hátán fekvő csecsemő csípőjét 90⁰-ig behajlítjuk, és abdukáljuk a csípőt. Az abdukció során zökkenést észlelünk, mely annak a jele, hogy a combfej helyére került. Nehezebben reponálható csípők esetében ezen nyomást ki kell egészíteni azzal, hogy a combcsont tengelyében distál felé húzzuk a combot és ezzel könnyítjük meg a repozíciót.

Késői tünetek.

Késői csípőficam tünetekről beszélünk, ha azok csak a járás megtanulása után kerülnek észlelésre. Ilyenek a billegés, kacsázó sántítás. Szerencsére ezeket ma már rendkívül ritkán látjuk.

Ultrahang vizsgálat.

4 hónapos kor alatt röntgenfelvételt a csípőről nem készítünk, egyrészt a combfej csontmagja még nem látható, másrészt a röntgensugár ma már kiküszöbölhető a korszerű és veszélytelen ultrahang vizsgálattal. Az ultrahangos csípővizsgálattal korán felfedezhető a csípőizületi dysplasia és az izület fejlődése jól nyomon követhető. A vizsgálat bármikor megismételhető. Az ultrahang vizsgálatot célszerű elvégezni valamilyen klinikai tünet vagy gyanú fennállása, továbbá rizikófaktorok esetén (családi csípőficam előfordulás, farfekvés).

Dr. Vajda András
ortopéd orvos
Virányos Klinika

³ Trochanter: Kidudorodás a combcsont proximális végén