

TRAJTIMI I DISPLAZISË NË ZHVILLIM TË ARTIKULACIONIT KOKSOFEMORAL NËN MOSHËN 1-VJEÇ ME JASTËKUN ABDUKTOR BECKER-MITTELMEIER

ARTID DUNI, GJERGJ ÇAUSHI*

Summary

TREATMENT OF DDH UNDER ONE YEAR OF AGE WITH THE BECKER-MITTELMEIER ABDUCTION DEVICE

Background: Treatment of DDH in our country is still one of the greatest challenges for every orthopedic surgeon especially early diagnosis and cure before the walking age.

Purpose of the study: evaluate the results of treatment of DDH before the age of one with one of the abductor devices used in our facility; the Becker-Mittelmeyer abduction pillow.

Patients and methods: We retrospectively reviewed the medical records of 198 children (212) hips treated in our facility with the above mentioned device divided in two different age groups 0-6 and 7-12 months during 1999-2002. We evaluated the results of treatment judging from: the acetabular development, incidence of redislocations and the incidence of avascular necrosis for the two age groups.

Results: Only 9 from 281 hips (3.19%) developed avascular necrosis. The device failed to reduce the hip in only 13 from 219 hips (4.59%) in the first age group and 12 from 63 hips (19%) in the other age group ($p < 0.001$).

Conclusion: The treatment of DDH with the Becker -Mittelmeyer device provided very good results in the age 0-6 months. The treatment above this age should be continued with other devices.

Historia e jastëkëve abduktore fillon me Frejka (1941), i cili disenjoi një të tillë që më pas u modifikua nga Beckeri (1952). Qëllimi i jastëkëve ishte të fiksonin në një farë mënyre anësitë në abduksion gjë që disa herë bënte që kofshët të binin në pozicionet ekstreme të tipit Lorenz. Për ta bërë këtë proces më të ngadaltë dhe më pak traumatizues Mittelmeier-i (1973) dhe Beckeri (1979) përpunuan një jastëk me pjesën anteriore me formë konike në mënyrë që të moderohej abduksioni. Është pikërisht ky varianti që disponohet sot në vendin tonë dhe të cilit i referohet ky studim (figura nr.1). Historiku i pajisjeve abduktore në Shqipëri lidhet fillimisht me përpjekje artizanale për të sajuar jastëkë me copa pëlhure të përforcuara me sfungjer baza e

të cilave ishte pajisja e dizenuar nga Anger. Më vonë janë përdorur pajisje si Frejka apo Pavlik derisa Prof. Boga (2) (1970) disenjoi dhe vuri në zbatim prodhimin e JAPNAB, (Jastëkut Pneumatik Abduktor), pajisje e lehtë, fleksible, higjienike, me kosto të ulët dhe origjinale që në vitet 1970-1990 u bë alternativa e vetme e trajtimit të DZHK në mosha të vogla, në vendin tonë me rezultate shumë të mira (figura nr.2).

Pas ndryshimeve të viteve 90 u ndërpre prodhimi i JAPNAB dhe filluan dalëngadalë të futen në treg prodhime të huaja të llojeve që u përmendën më lart ku natyrisht vendin e parë e zë pajisja që ne po studiojmë. Jastëku abduktor plastik është i disponueshëm sot në treg në tri madhësi të ndryshme për t'ju adaptuar

* Dërgoi në Redaksi në Maj 2008, miratoi për botim Tetor 2008.

Nga SUQT, Shërbimi Universitar Ortopedi-Traumatologji, Tiranë.

Adresa për letërkëmbim: Duni A., SUQT, Shërbimi Universitar Ortopedi-Traumatologji, Tiranë.

konstitucioneve dhe moshave të fëmijëve në trajtim (1,7,8).

Qëllimi i studimit

Përcaktimi i incidencës së ndërlikimeve madhore si nekroza avaskulare dhe/ose dështimi i mjekimit me këtë pajisje ishin qëllimet e studimit. U krahasuan pra incidenca e nekrozës ishemike të kokës femorale në dy grupmosha nën dhe mbi gjashtë muaj për të parë edhe ndikimin e moshës në këtë ndërlikim. Ndikimi i moshës së fillimit të trajtimit u studiua dhe për

incidencën e dështimeve të centrit të kokës femorale në acetabul, raste që u zgjidhën me pajisje të tjera abduktore si shinë apo imobilizim në gips.

Materiali dhe metoda

U studiuan në mënyrë retrospektive kartelat klinike të 189 fëmijëve me 282 artikulacione displazike të trajtuar në repartin e kirurgjisë ditore të Shërbimit Universitar Ortopedi-Traumatologji për një periudhë 4-vjeçare nga Janari 1999 deri në Dhjetor 2002.

Tabela nr.1 Shpërndarja sipas moshës e seksit

	0-6 m	7-12 m	Total
Meshkuj	44	11	55
Femra	102	32	134
Total	146	43	189

Rastet i përkisnin 55 meshkujve dhe 134 femrave të moshës nën një vjeç të cilët u grupuan në dy grupmosha 0-6 dhe 7-12 muaj për të studiuar ndikimin e moshës në faktorët e sipërpërmendur (tabela nr.1). Paraprakisht u përjashtuan nga studimi të gjithë rastet me mangësi në kartelat klinike, rastet me mungesa në rikontrollet radiologjike deri në shërim apo fëmijët e trajtuar me pajisje të tjera si Pavlik apo Frejka. Displazitë në terren të patologjive si artrogripoza apo luksacionet teratologjike *gjithashtu u mendua të përjashtohen për të mos ndikuar në rezultat.*

Të gjithë fëmijët u trajtuan me Jastëkun Abduktor Plastik të disponueshëm në treg në tri madhësi të ndryshme që përfaqësohen me numrat 1, 2, dhe 3. Pajisja u vendos nga mjeku ortoped apo dhe infermieret e kualifikuara të repartit të konsultave. Parimi i zgjedhjes së numrit të jastëkut ishte ai i rekomanduar nga Tönis (26,27) (1984) sipas të cilit pajisja duhet të sigurojë abduksion të moderuar dhe të jetë e centruar në hapësirën midis dy fossave popliteale. Kontrolli i centrit të kokës u realizua në radiografinë e parë zakonisht në muajin e dytë nga fillimi i mjekimit. Kohëzgjatja e mjekimit gjithashtu u përcaktua nga shërimi radiologjik në bazë të parametrave që do të

shpjegohen më poshtë në kriteret e vlerësimit të rezultateve. Rikontrollet radiologjike u kërkuar çdo dy muaj, ndërsa ato klinike çdo një muaj për të observuar më mirë rritjen e fëmijëve dhe mundësinë e ndërrimit të pajisjes në një numër më të madh. Në fillim të mjekimit u rekomandua të evitohet pozicioni shtrirë mbi bark apo "përmbys", sepse kjo i çon kofshët në abduksion ekstrem duke favorizuar ndërlikime avaskulare. Fëmijët u ndoqën pas përfundimit të mjekimit për një kohë mesatarisht 3.7 vjet (nga 15 deri 75 muaj). Skema e rikontrolleve ishte- kontrolli i parë kur fëmija të ecte por jo më larg se gjashtë muaj, në vazhdim çdo gjashtë muaj vitin e parë dhe të dytë pas mjekimit.

Kriteret e vlerësimit të rezultateve.

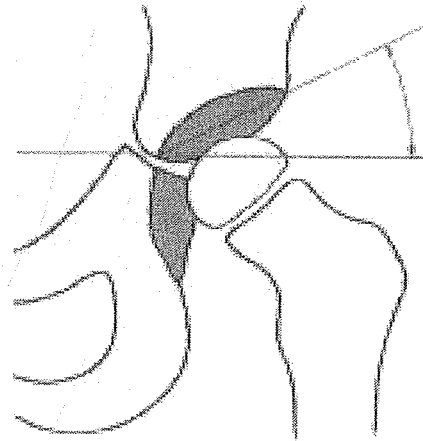
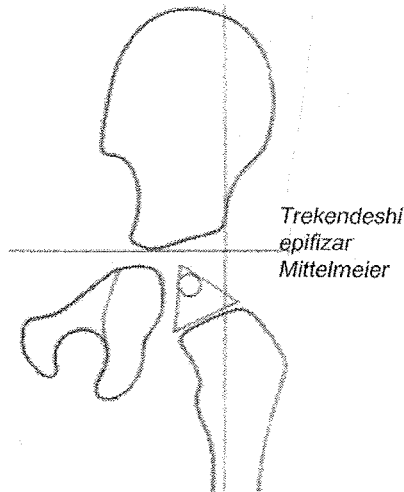
Siç u tha më lart popullata e marrë në studim u nda në dy grupe në vartësi të moshës së fillimit të mjekimit- nën gjashtë muaj dhe nga gjashtë në dymbëdhjetë muaj. Grupet e përfutuara u studiuan për të nxjerrë rezultatet e mjekimit me jastëk, duke u nisur nga këta tregues.

1.- Centrimi i kokës femorale në acetabul, u vlerësua që në radiografinë e parë të kontrollit. Në rastet kur koka femorale nuk ishte e pranishme në fillim të mjekimit vlerësimi u arrit

nëpërmjet vizatimit të trekëndeshit epifizar të Mittelmeier-it (figura nr.1) apo nëpërmjet heqjes së vijave orientuese në qendër të diafizës

femorale që duhet të përshkojnë buzën e sipërme të acetabulit.

Figura nr.1 Trekëndëshi epifizar Mittelmeier-it Figura nr. 2 Indeksi acetabular Hilgenreiner-it



2.- Përmirësimi i indeksit acetabular të Hilgenreiner (1925). Indeksi acetabular është këndi i formuar ndërmjet linjës horizontale biacetabulare dhe vijës që bashkon qendrën e acetabulit me buzën e jashtme të tij (figura nr.4). Quket ndryshe këndi AC dhe është tregues besnik i pjerrtësisë acetabulare. Ky parametër radiologjik u vlerësua në përfundim të mjekimit. Si referencë na shërbeu studimi i Prof. Boga (2) (1987) i 296 artikulacioneve normale dhe 78 artikulacioneve displazike të trajtuara nën moshën gjashtë muaj ku përcaktohen vlerat mesatare kombëtare, vlera e deviacionit standart

për artikulacionet normale dhe ritmi normalizimit të indeksit acetabular në artikulacionet displazike në grupmosha të ndryshme duke ndjekur të njëjtin kontingjent gjatë rritjes.

3.- Nekroza avaskulare si një nga ndërlikimet jatrogjenike më fatale për fatin e artikulacionit displazik, është konsideruar tradicionalisht si gur prove për metodat e ndryshme të trajtimit të DZHK. Mjafton të përmendim se ishte përqindja e lartë e saj që eliminoi pothuajse totalisht metoda të tilla trajtimi si imobilizimi në pozicione ekstreme të tipit "Lorenz" etj.

Figura nr.3

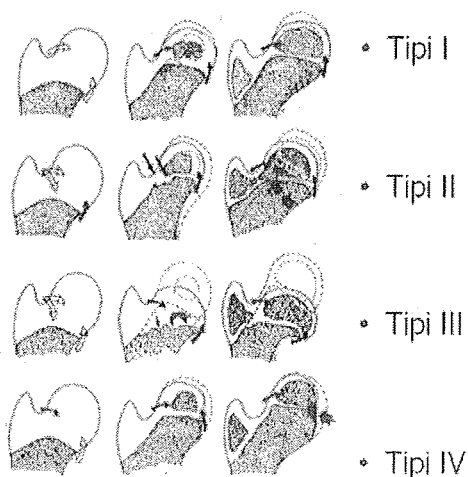
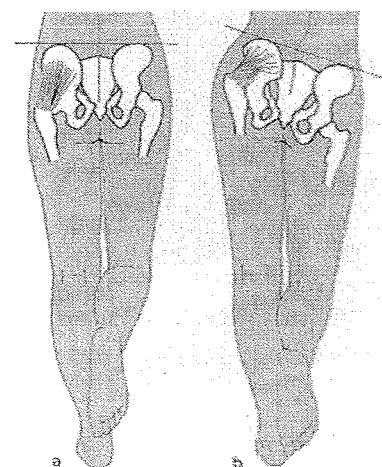


Figura nr.3



Në studimin tonë nekroza u identifikuan dhe klasifikua sipas kriterëve radiologjike të Ogden dhe Bucholz (3) (1978) me katër tipet klasike (Figura nr.5). U përcaktua incidenca e përgjithshme e saj si dhe në dy grupmoshat për të parë ndikimin e moshës. Gjithashtu u hetua dhe shpërndarja e nekrozave sipas tipit Ogden-Bucholz për çdo grupmoshë.

4.- *Kohëzgjatja e mjekimit* me jastëk u përcaktua duke nxjerrë mesataret e mbajtjes së imobilizimit për çdo grupmoshë.

5.- *Anteversioni* si njëri nga komponentët patologjikë që korrigjohet i fundit në dekursin klinik të çdo rasti me DZHK ishte objekt i observimeve tona. U përcaktua numri i artikulacioneve që iu nënështroan procedurës korrigjuese kirurgjikale, osteotomisë derrotatore për çdo grupmoshë

6.- *Ecja pa çalim* apo kontrakturë ishte kriteri i fundit i vlerësuar nga ne për të përcaktuar rezultatin final të mjekimit. Të dhënat u morën nga shënimet në kartelat klinike të bëra nga mjekët në rikontrollet pas mjekimit dhe u përcaktuan rezultatet për çdo grupmoshë. Testi klinik i cili përcakton çalimin është Testi Trendelenburg (1895) i modifikuar nga Kuhfuss (1973). Ky i fundit e ndau në tre gradë shkallën e

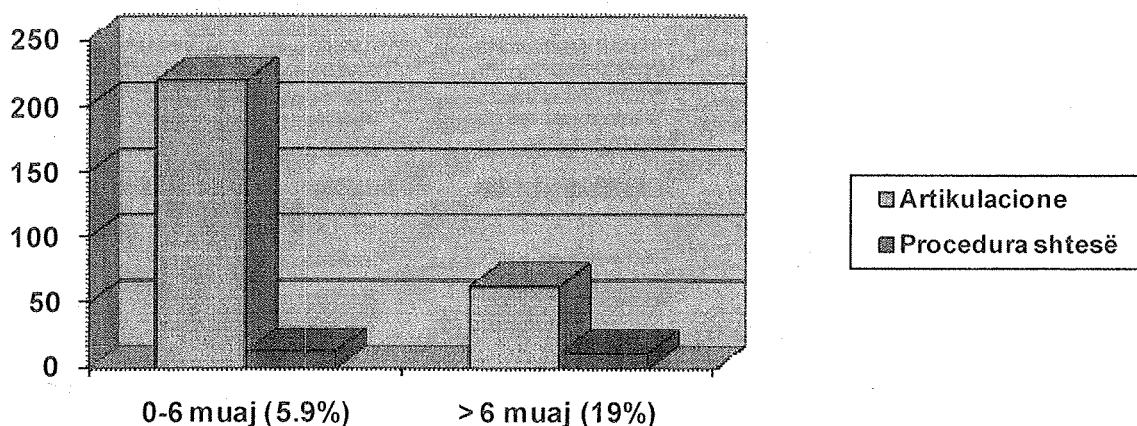
insuficiencës gluteale që shkakton çalimin duke mos balancuar baçinin gjatë fazës së dytë të ciklit të ecjes kur këmba e shëndoshë shkëputet nga toka (figura nr.4 a,b).

Analiza statistikore e të dhënave. Të dhënat u paraqitën në vlerë absolute dhe në përqindje. Për të parë ndryshimet sinjifikante mes vlerave, u përdorën testi i pavarësisë Hi- katror (chi-square) dhe testi Z. U konsideruan sinjifikante vlerat e $p < 0.05$ (ose 5%).

Rezultatet

Siç u theksua më lart centrimi i kokës femorale në kavitetin acetabular ishte kriteri i parë që u kontrollua që në radiografinë e parë pas vendosjes së fëmijës në jastëk. Në grupmoshën nën gjashtë muaj, në 13 artikulacione (5.9%) nga 219 të trajtuar nuk u arrit centrimi i kokës femorale në acetabul dhe për pasojë mjekimi vazhdoi me procedura e pajisje të tjera. Në grupmoshën mbi gjashtë muaj ky raport ishte 12 dështime të centrimin nga 63 artikulacione (19%) të trajtuar (grafiku nr.1) Siç shihet ndryshimi midis rezultateve është statistikisht i rëndësishëm (Hi-katror = 8.24, $df = 1$, $p < 0.01$). Vlen të theksohet se artikulacionet e pacentruara ishin në tërësi me shkallë displazie më të madhe se të tjerët femoren ky më i shprehur në grupmoshën mbi gjashtë muaj.

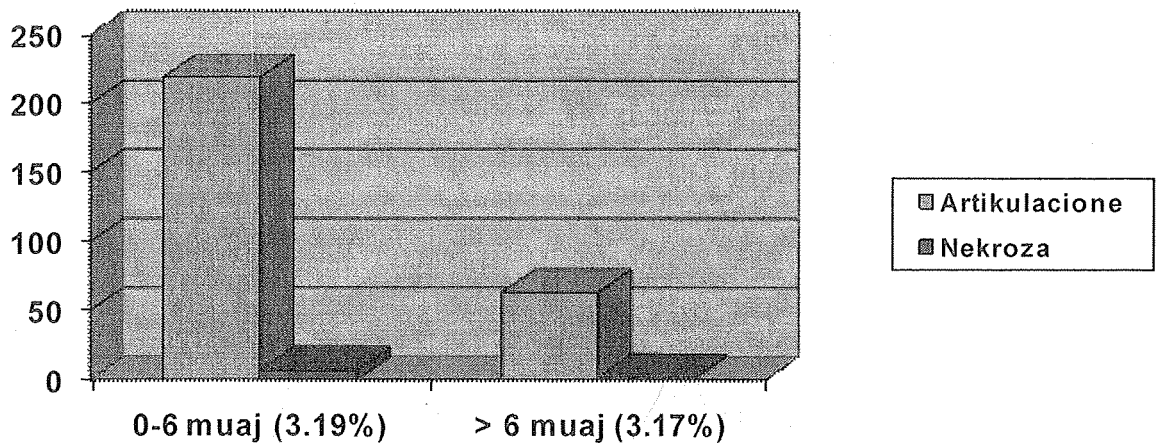
Grafiku nr.1 - Rezultatet e centrimin të kokës femorale në acetabul ($p < 0.01$)



Incidenca e përgjithshme e nekrozës avaskulare ishte 9 artikulacione (3.19%) nga 282 të trajtuar. Në grupmoshën nën gjashtë muaj 7 artikulacione (3.19%) nga 219 shfaqën fenomene nekrotike, kurse në grupin e dytë ky raport ishte

2 artikulacione me nekrozë nga 63 të trajtuar (grafiku nr.2). Nga të dhënat mund të observohet se shpërndarja e nekrozës avaskulare është pothuajse e njëjtë në dy grupmoshat (Hi-katror = 0.012, df=1, p=NS).

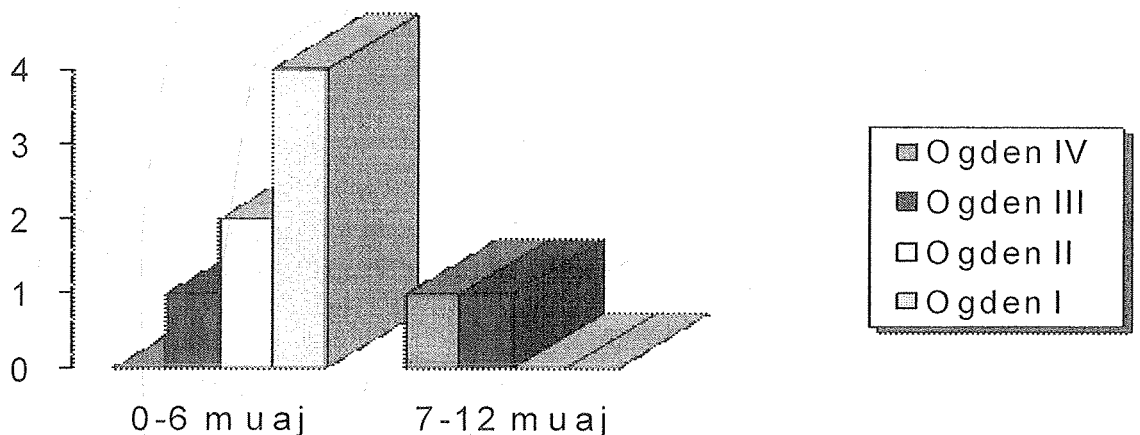
Grafiku nr.2 Shpërndarja e nekrozës avaskulare (p=NS)



Por nga nekrozat e vërejtura në grupmoshën 0-6 muaj 4 ishin të tipit I, 2 të tipit II, dhe një e tipit III sipas Ogden-Bucholz (3). Në grupmoshën tjetër nekrozat i korrespondojnë grupit të tretë

dhe të katërt pra me një prognozë më pak të favorshme. Të dhënat për shpërndarjen e artikulacioneve nekrotike sipas tipit të janë ilustruar në grafikun nr.3.

Grafiku nr.3 Shpërndarja e nekrozave sipas tipit Ogden-Bucholz (p<0.2)



Përmirësimi i indeksit acetabular u konsiderua nga ne si faktori më i mirë në vlerësimin e rezultateve duke qenë i saktë dhe më thjeshtësisht i matshëm. Siç u theksua më lart një ndihmesë jashtëzakonisht të madhe na dha punimi i Prof. Boga (2) sipas të cilit vlera mesatare kombëtare e indeksit acetabular në moshën 0-6 muaj është 23.17° dhe deviacioni standart 3.82°, në grupmoshat 7-12 muaj vlera zbret në 20.36°

dhe deviacioni standart 3.93° në artikulacione normale. Në të njëjtin studim përcaktohen dhe vlerat e këtij indeksi për artikulacionet displazike të trajtuara në moshë të vogël si dhe "ritmi" i zvogëlimit të indeksit acetabular me rritjen e moshës ose me fjalë të tjera i normalizimit të acetabulit. Këto vlera janë përkatësisht: IA=28.91°, SD=4.96° për fëmijët e trajtuar në moshën 0-6 muaj dhe IA=25.11°, SD=4.16° për

moshën 7-12 muaj. Për të klasifikuar rezultatet e rasteve tona iu referuam parimit të Tönis (26) (1984) sipas të cilit konsiderohen vlera normale ato nën mesataren e Indeksit Acetabular, vlera të mira ato ndërmjet mesatares dhe vlerës që përftohet nga shuma e mesatares me deviacionin

standart, vlera të pranueshme rezultatet midis shifrës që përftohet nga vlera mesatare plus 1SD si kufiri i poshtëm dhe mesatares plus 2SD si kufi i sipërm; dhe të papranueshme vlerat mbi këtë të fundit (tabela nr.2).

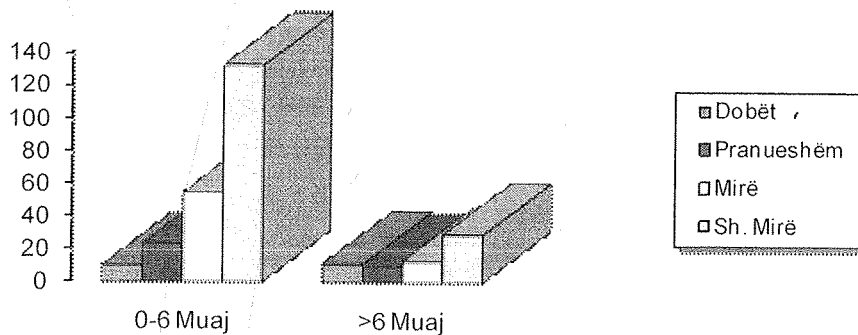
Tabela nr.2 Kriteret për vlerësimin e indeksit acetabular sipas grupmoshave

	Shumë mirë	Mirë (mesatarja+SD)	Pranueshëm (mesatarja+2SD)	Dobët
< 6muaj	29°	29°-34 °	34°-39°	> 39°
> 6 muaj	25°	25°-29°	29°-33°	> 33°

Në tabelën nr.2 vlerat ekzakte janë rrumbullakosur për lehtësi studimi. Rezultatet tona në përfundim të përpunimit statistikor për grupmoshën 0-6 muaj ishin si më poshtë: nga 219 artikulacione të trajtuara, 132 raste (60.2%) u klasifikuan si rezultate shumë të mira, 54 raste (24.6%) si të mira, 23 raste (10.5%) si të pranueshme dhe 10 artikulacione (4.5%) si të

papranueshme. Në grupmoshën mbi gjashtë muaj nga 63 artikulacione të trajtuara 29 raste (46%) u normalizuan plotësisht, 13 raste (20.6%) u klasifikuan si të mira, 10 raste (15.8%) si të pranueshme dhe 11 raste (17.4%) si të papranueshme. Nga përpunimi statistikor vlera e hi-katorr =14.2, df=1, p<0.01. Të dhënat e mësipërme ilustron në grafikun nr.4.

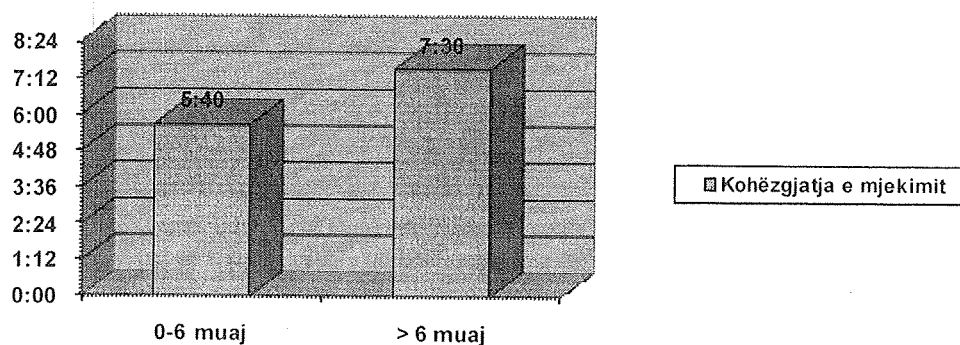
Grafiku nr.4 Rezultatet e përmirësimit të indeksit acetabular (p<0.01)



Kohëzgjatja e mbajtjes së pajisjes abduktore ishte parametri tjetër i observuar i popullatës në studim. Në përfundim u arritën këto të dhëna; në grupmoshën e parë jastëkët u mbajtën

mesatarisht 5.4 muaj me vlera ekstreme 2 dhe 12 muaj, ndërsa në grupmoshën e dytë 7.3 muaj me vlera nga 4 deri 12 muaj (grafiku nr.5).

Grafiku nr.5- Kohëzgjatja e mjekimit me jastëk



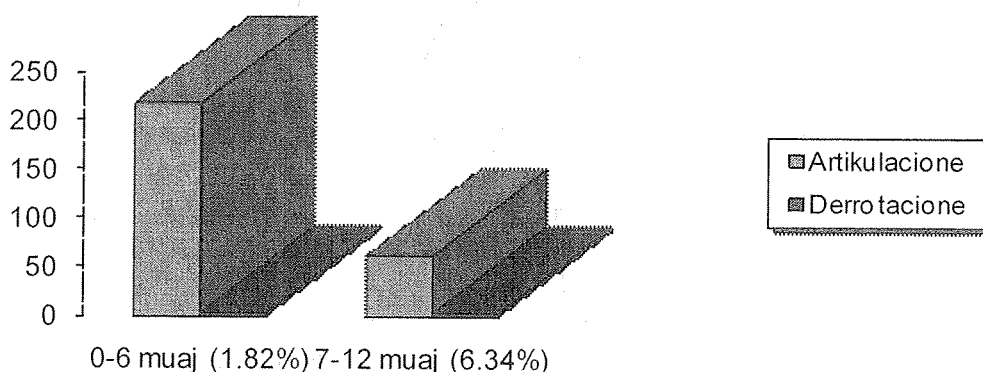
Anteversioni rezidual, si njëri nga parametrat që normalizohet më me vonesë dhe që disa herë përbën etapën e fundit kirurgjikale të një trajtimi të nisur si konservativ, ishte gjithashtu objekt i studimit tonë në të dy grupmoshat.

Menduar t'i referohemi vetëm rasteve që brenda kohës së ndjekjes pas trajtimit iu nënështroan korrigjimit kirurgjikal të rrotullimit patologjik të qafës femorale ndaj acetabulit nëpërmjet osteotomisë derrotatore. Rezultatet për secilën grupmoshë ishin si më poshtë. Në

grupmoshën 0-6 muaj, 219 artikulacione të trajtuara 4 raste (1.82%) përfunduan në derrotacion, ndërsa në grupmoshën 7-12 muaj nga 63 artikulacione të trajtuara patëm gjithsej 4 derrotacione 6.34% ($p < 0.1$). Të dhënat e mësipërme paraqiten të ilustruara në grafikun nr.6.

Rezultatet e fundit të përpunuara statistikiqisht i përkasin një testi klinik, Testi Trendelenburg apo mënyrës së ecjes me apo pa çalim. Rezultatet e përfuturara nga leximi i ekzaminimit klinik të fëmijëve pas përfundimit të mjekimit ishin si më poshtë.

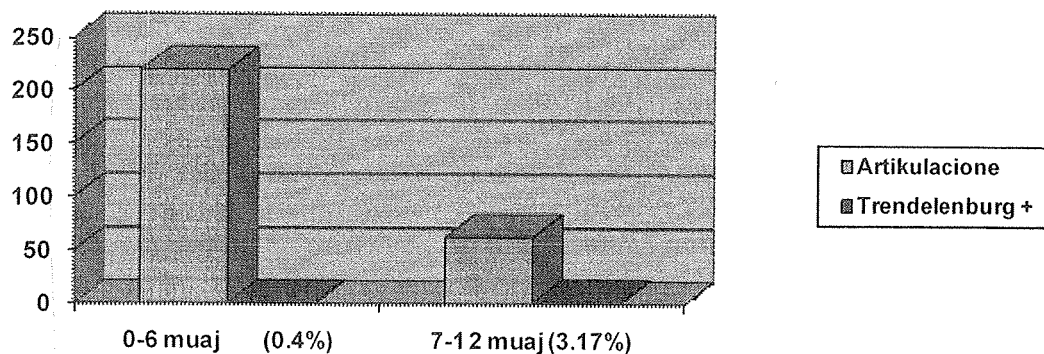
Grafiku nr.6- Osteotomitë derrotatore sipas grupmoshave ($p < 0.1$)



Në grupmoshën 0-6 muaj vetëm një fëmijë (0.4%) të cilit i korrespondon rasti me nekrozë të tipit III rezultoi me ecje Trendelenburg dhe artikulation të dhimbshëm. Në grupmoshën

tjetër raporti ishte nga 63 artikulacione 2 raste (3.17%) ($p < 0.1$): Të dhënat e mësipërme ilustrohen në grafikun nr.7.

Grafiku nr.7- Testi Trendelenburg ($p < 0.1$)



Diskutim

Në përfundim të përpunimit statistikor të të dhënave duket se rezultatet e këtij punimi rikonfirmuan edhe një herë konkluzionet e shumë e shumë punimeve të tjera të autorëve të huaj e vendas në fushën e displazisë në zhvillim të artikulationit koksosfemoral.

Trajtimi në moshë sa më të vogël dhe me pajisjen e duhur prodhon rezultatet më të mira.

Në grupmoshën nën gjashtë muaj centrimi i kokës femorale në acetabul dështoi vetëm në 5.9% të rasteve. Këto artikulacione u trajtuan me imobilizime më rigide si shinë e prefabrikuar apo gips funksional Karagjozi (12), pra nuk dështoi mjekimi i displazisë. Në grupmoshën 7-12 muaj përqindja e dështimeve në artikulationet e trajtuara fillimisht me jastëk rritet në 19%. Siç shihet diferenca është statistikiqisht e rëndësishme

($p = 0.001$). Duke u nisur nga këto rezultate, në mënyrë që të evitohet një provë terapeutike e panevojshme, (kujtojmë se këta fëmijë fillimisht janë trajtuar për një periudhë dymujore me jastëk deri në rikontrollin e parë ku koka femorale ka rezultuar e pacentruar), mendojmë që duhet rishikuar përdorimi i jastëkut mbi moshën gjashtë muaj, moshë në të cilën muskulatura është zhvilluar në atë masë që e mposht elasticitetin e vetë pajisjes abduktore ose ndryshimet anatomopatologjike të artikulacionit koksofemoral displazik janë thelluar në atë pikë ku mjekimi me jastëk bëhet i paefektshëm.

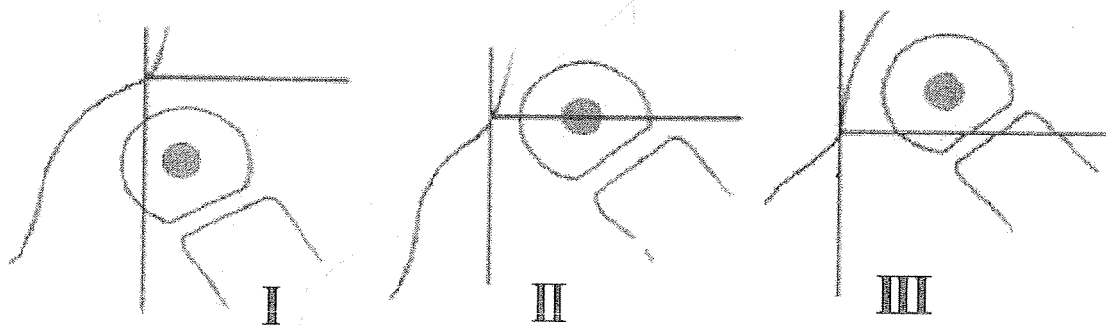
Duket se parimi i vetëcentrimit të kokës femorale në acetabulin displazik nuk rezulton plotësisht efektiv në këtë grupmoshë. Veç anës ekonomike të një jastëku të shpërdoruar, dy muajt e pritjes deri në kontrollin e parë, ndërkohë që koka femorale nuk është e reponuar, janë një

çmim tëpër i lartë për tu paguar nga fëmija në periudhën më të favorshme të remodelimit acetabular (2,16,25).

Aplikimi direkt i shinës plastike të prefabrikuar si alternativa e mjekimit që vjen pas jastëkut abduktor, në grupmoshën mbi gjashtë muaj, do të ishte vendimi më i drejtë terapeutik. Natyrisht një studim më i detajuar për rastet ku është aplikuar shina pasi është hequr jastëku do të na jepte të dhëna më të sakta për këtë problem. E hedhim këtë ide duke u nisur dhe nga fakti që me një vëzhgim paraprak pa u futur në hollësi statistikore, duket se rastet e dështuara në grupmoshën mbi gjashtë muaj janë displazi me gradë më të lartë sipas Tönis (1978) (figura nr.7).

Gjithashtu duhet të theksojmë se pavarësisht se është pajisje e thjeshtë dhe praktike jastëku abduktor duhet zgjedhur dhe vendosur me kujdes.

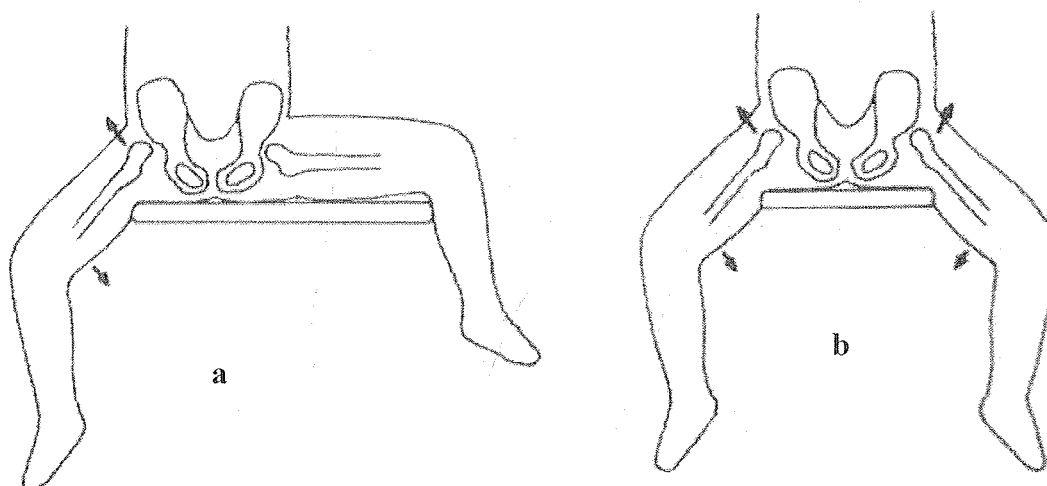
Figura nr.5-Klasifikimi i gradës së displazisë sipas Tönis



Tönis dhe Trede (27) (1979) treguan rrezikshmërinë e pajisjeve abduktore inadequate. Një jastëk jo i centruar mirë ushtron forca luksuese si në figurën nr.6-a ndërsa një pajisje më e vogël nga ç'duhet ushtron forca luksuese si në figurën nr.6-b nëpërmjet sistemit të levave femorale. Pra duhet zgjedhur mirë numri i jastëkut në mënyrë që të mbushë hapësirën midis dy fossave popliteale pa shkaktuar hiperabduksion. Në rastet kur pajisja do të vendoset nga personeli i mesëm, ai duhet të jetë

i kualifikuar dhe i instruktuar mirë. Ndjekja e fëmijës është moment tjetër i rëndësishëm i ecurisë së trajtimit. Protokollin e rikontrollit radiologjik çdo dy muaj nganjëherë e zbeh rikontrollin klinik. Fëmija mund të rritet shpejt dhe pajisja abduktore rezulton jo vetëm e paefektshme por edhe e dëmshme. Prindi duhet instruktuar për mënyrën e rivendosjes gjatë shërbimit higjenik të fëmijës si edhe për të observuar rritjen dhe përputhjen e madhësisë së jastëkut me hapësirën biploiteale.

Figura nr.6 a,b. Forcat luksuese të pajisjeve joadekuete



Rimodelimi i kapacitetit acetabular, i matur nëpërmjet vlerësimit të këndit acetabular (figura nr.4) rezultoi të jetë më i efektshëm në artikulacionet e fëmijëve të trajtuar në moshë sa më të vogël. Jastëku abduktor në grupmoshën 0-6 muaj prodhoi gati 85% rezultate shumë të mira dhe të mira (përkatesisht 60.2% dhe 24.6%) dhe vetëm 4.5% rezultate të dobëta. Në grupmoshën tjetër u vënë re 17.4% rezultate të dobëta dhe 66.6% rezultate shumë të mira dhe të mira (përkatesisht 46 % dhe 20.6%). (Hi-katrori =1.280, df=1, p=0.258). Koncepti i Boga (2) (1987) se maksimumi i rimodelimit të acetabulit ndodh në vitin e parë të jetës këtu vërtetohet më së miri. Natyrisht rimodelimi acetabular është proces që vazhdon me rritjen e fëmijës deri në përfundimin e pjekurisë kockore, por rezultatet tona i referohen kufijve kohorë të përcaktuar më lart.

Nekroza avaskulare në studimin tonë duket se nuk është statistikisht e ndjeshme përse i përket shpërndarjes në dy grupmoshat.

Ne e gjetëm atë në shifrat 3.19% si incidencë e përgjithshme dhe me ndryshime shumë të vogla në dy grupmoshat, përkatesisht 3.19% dhe 3.17% (p=0.633). Duhet thënë se në plejadën e qindra studimeve mbi incidencën e nekrozës avaskulare në moshë të vogla, ku referohen vlera nga më optimistat deri tek më disfatistat

(2,4,9,10,12,15,17,20,22,23,26,27) (tabela nr.3), shifrat e punimit tonë kualifikohen si rezultate mjaft të mira. Përse i përket gravitetit të artikulacioneve nekrotike rezultatet tona flasin për nekroza më të lehta (Tipi I dhe II sipas Ogden-Bucholz) të vërejtura në grupmoshën nën gjashtë muaj, dhe raste më të rënda (Ogden III dhe IV) në moshat mbi gjashtë muaj (grafiku nr.3). Kjo ka rëndësi kruciale për prognozën e këtyre rasteve. Nekroza avaskulare përbën ndërlikimin më të rëndë jatrogjenik të trajtimit konservativ ndaj të cilit asnjë metodë nuk është e "imunizuar".

Në asnjë trajtim nuk ka siguri se ajo nuk do të ndodhë. Asnjë mjek nuk është i pafrikësuar nga pasojat e saj. Disa herë ajo prek dhe një artikulacion të shëndoshë në rastet kur ai imobilizohet për shkak të anës tjetër duke krijuar një problem mjekësor me implikime ligjore dhe etike. Familiarët e kanë vështirë të kuptojnë këtë ndërlikim me pasoja edhe më të rënda se vetë sëmundja për të cilën u vendos pajisja imobilizuese dhe mjekësia e ka jashtëzakonisht të vështirë për ta mjekuar. Me gjithë armamentariumin që disponon sot teknologjia mjekësore, për fat të keq nuk është e mundur të restaurohet plotësisht anatomia dhe fiziologjia e artikulacionit të prekur.

Tabela nr.3- Rezultatet e nekrozës avaskulare nga autorë dhe metoda të ndryshme

<i>Autori</i>	<i>Metoda</i>	<i>Artikulacione</i>	<i>Nekroza</i>
Lempicki	Frejka	830	19 %
Iwasaki	Pavlik	193	5.8 %
Suzuki	Pavlik	220	16 %
Kalamchi	Pavlik	220	0 %
Tachdjian	Pavlik	140	0 %
Gill& Al.	Pavlik	3611	2.38 %
Bradley	Von Rosen	288	3.8 %
O'Conor	Pavlik	323	0 %
Boga	Japnab	523	3%
Ruci	Gips	184	2.8 %

Ndryshimet ishemike në zonat epi dhe metafizare janë të pakthyeshme, sidomos në tipin III, IV, ato do të pasohen nga çregullime të rritjes së ktyre zonave duke dhënë pasojat e mëposhtme; deformim të kokës femorale, lateralizim të saj, mbirritje të trochanter major, pabarazi të anësive, displazi acetabulare, inkongruencë artikulare dhe koksartrozë si stadi final i dekursit klinik dhe anatomopatologjik të DZHK. Duke qënë se sot ende janë në studim progresiv faktorët që ndikojnë në shfaqjen e nekrozës është detyra e çdo mjeku të jetë sa më "xhentil" me një strukturë kaq delikate në trajtim. Ajo që është demonstruar me siguri është se abduksioni ekstrem i anësive është gjëja për tu mënjeluar. Imobilizime ekstreme vetëm e vetëm për të arritur centrimin e kokës si qëllim në vetëvete duhen evituar. Për fat të mirë pajisja që ne po studiojmë ka të gjitha gjasat që kur përdoret me indikacione të drejta dhe me teknikë të mirë të respektojë parimet e imobilizimit të butë, jo ekstrem, jo rigid që lejon lëvizshmëri të mjaftueshme për të stimuluar si

mikroqarkullimin ashtu dhe vetëreponimin pa forcë të kokës femorale në kavitetin acetabular duke e stimuluar atë të zhvillohet. Duhet bërë çështje e mundur pra që shumica e fëmijëve me DZHK të diagnostikohen sa më herët dhe të trajtohen me pajisje sa më pak traumatike.

Në vazhdim duke u nisur nga rezultatet e studimit për përqindjen e fëmijëve tek të cilët rotullimi patologjik i femurit ndaj acetabulit nuk u korrigjua, gjë që kërkoj ndërhyrje kirurgjikale, mund të themi se ndikimi i moshës duket fare qartë (grafiku nr.6). Ashtu si parametrat e tjerë si centrimi i kokës, zhvillimi koncentrik i saj apo rimodelimi i kapacitetit acetabular edhe korrigjimi i anteversionit rezidual ndjek kurbën eksponenciale të "pikut" në grupmosha sa më të vogla. Të mos harrojmë se procedura korriguese është një ndërhyrje që pavarësisht se klasifikohet si ekstraartikulare mbart me vete të gjitha rreziqet potenciale të ndërlikimeve të një operacioni madhor pa përmendur një imobilizim të gjatë postoperator dhe një intervent tjetër për heqjen e materialit të sintezës.

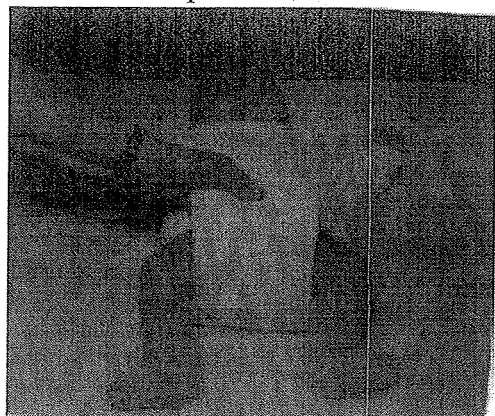


Figura nr.7- Pelenimi i dyfishtë

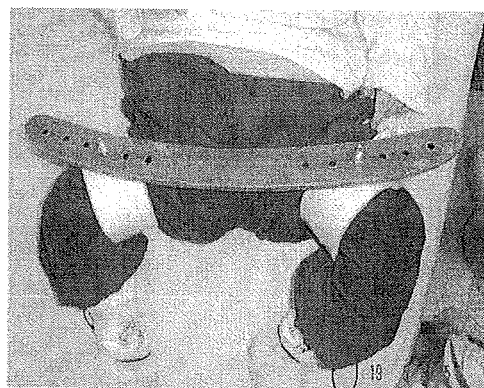


Figura nr.8- Shina Ilfield

Të ndalemi pak tek koha e imobilizimit. Siç shihet nga shifrat pavarësisht nga vlerat ekstreme në të dy grupmoshat kohëzgjatja mesatare e mjekimit është më e vogël në grupmoshën nën gjashtë muaj. Ky indeks edhe pse në dukje i parëndësishëm merr rëndësi për kushtet specifike të Shqipërisë ku zgjatja e mjekimit disa herë ndikon për keq në psikologjinë e familjarëve për faktorë që lidhen me konceptin se fëmija nën trajtim po ekspozohet ndaj rrethit shoqëror e familjar si fëmijë më paaftësi apo si invalid i ardhshëm. Disa herë kjo bëhet shkak edhe për ndërprerje të pakuptimta të mjekimit apo mosmbajtje të vazhdueshme të pajisjes sipas porosive të mjekut. Prof. Boga (2) (1987) përmend si një nga avantazhet e JAPNAB mundësinë për maskim të tij nën rroba. Pra mendojmë se koha e përdorimit të pajisjes është një faktor më shumë në favor të trajtimit sa më herët të DZHK.

Në vazhdim le të shohim rezultatet e asaj që për fat të keq disa herë është shenja e parë e alarmit për familjarët e fëmijës me DZHK, ecjes me çalim. Testimi nëpërmjet Trendelenburg prodhoi rezultate të ndryshme në dy grupmoshat. Vetëm një fëmijë të cilit i korespondonte artikulationi me nekrozë avaskulare të tipit të tretë sipas Ogden-Bucholz

mbeti me atikulation dolent dhe ecje të paekuilibruar në grupmoshën nën gjashtë muaj. Në grupin tjetër çalimi ishte prezent në 3.17% të artikulationeve. Çalimi si shenja më dramatike e dukshme e DZHK do të dëmtonte pa masë anën funksionale por edhe psikikën e brishtë të një fëmije duke penguar integrimin e tij në shoqëri. Ky fëmijë do të jetë i dënuar të jetojë me ngarkesën që të jep të qenit me "cen" apo difekt. Mënjanimi i kësaj drame pra është një arsye më tepër për diagnozë dhe trajtim të hershëm.

Konkluzionet

1. Diagnostikimi i DZHK në moshë sa më të hershme është çelësi i suksesit të trajtimit.
2. Jastëku abduktor plastik Becker-Mittelmeier me indikacionet dhe teknikën e duhur jep rezultate mjaft të mira në grupmoshën 0-6 muaj.
3. Në grupmoshën mbi gjashtë muaj Shina Ilfield e prodhimit tonë rezulton me efektive.
4. Shifrat e pritshme të ndërlikimeve ishemike gjatë mjekimit me jastëk janë të rendit 3.1% sipas statistikave tona.
5. Në grupmoshën nën gjashtë muaj nekroza avaskulare si ndërlikim i mjekimit me jastëk abduktor ka prognozë më të mirë.

BIBLIOGRAFIA

1. Barlow, T. G.: Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. *J. Bone and Joint Surg. Am*, 44-B(2): 292-301, 1962.
2. Boga P.: Luksacioni koksofemoral kongenital. Probleme të trajtimit në moshën feminare, Vol 1, Tiranë 1987, Disertacion.
3. Bucholz, R. W., Ogden, J. A.: Patterns of ischemic necrosis of the proximal femur in nonoperatively treated congenital hip disease. In *The Hip. Proceedings of the Sixth Open Scientific Meeting of The Hip Society*, pp. 43-63. St. Louis, C. V. Mosby, 1978.
4. Coleman S.S.: Congenital dysplasia and dislocation of the hip, St. Louis, 1978, The C.V. Mosby Co.
5. Coleman S.S.: Congenital dysplasia of the hip in the Navajo infant. *Clin Orthop*. 1968;56:179-93.
6. Darmonov A. V.: Clinical Screening for Congenital Dislocation of the Hip *J. Bone Joint Surg*. 1996 78:383-8.

7. **Graf, R.:** The diagnosis of congenital hip-joint dislocation by the ultrasonic compound treatment. *Arch. Orthop. and Trauma Surg.*, 97: 117-133, 1980.
8. **Graf, R.:** New possibilities for the diagnosis of congenital hip joint dislocation by ultrasonography. *J. Pediatr. Orthop.*, 3: 354-359, 1983.
9. **Harris NH, Lloyd-Roberts GC, Gallien R.:** Acetabular development in congenital dislocation of the hip. With special reference to the indications for acetabuloplasty and pelvic or femoral realignment osteotomy. *J Bone Joint Surg Br.* 1975;57:46-52.
10. **Iwasaki K.:** Treatment of congenital dislocation of the hip by the Pavlik harness. Mechanism of reduction and usage. *J Bone Joint Surg Am.* 1983;65:760-7.
11. **Kalamchi, A., MacFarlane, R.:** III The Pavlik harness. Results in patients over three months of age. *J. Pediatr. Orthop.*, 2: 3-8, 1982.
12. **Karagjozi P.:** Functional treatment of CDH in children between 10-30 months of age, *Acta Orthopaedica et Traumatologica Hellenica*, 2001, Vol 52, p.166.
13. **Lindstrom, J. R.; Ponseti, I. V.; Wenger, D. R.:** Acetabular development after reduction in congenital dislocation of the hip. *J. Bone and Joint Surg.*, 61-A: 112-118, Jan. 1979.
14. **Luhmann S. J., L. Schoenecker, A. M. Anderson, G. S. Bassett.:** The Prognostic Importance of the Ossific Nucleus in the Treatment of Congenital Dysplasia of the Hip, *J. Bone Joint Surg.* 1998; 80(12): 1719 - 27.
15. **Mubarak S, Garfin S, Vance R, McKinnon B, Sutherland D.:** Pitfalls in the use of the Pavlik harness for treatment of congenital dysplasia, subluxation, and dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Am.* 1981;63:1239-48.
16. **Ortolani, M.:** The classic. Congenital hip dysplasia in the light of early and very early diagnosis. *Clin. Orthop.*, 119: 6-10, 1976.
17. **Pavlik A.:** Stirrups as an aid in the treatment of congenital dysplasias of the hip in children. By Arnold Pavlik, 1950. *J Pediatr Orthop.* 1989;9:157-9.
18. **Pavlik A.:** The functional method of treatment using a harness with stirrups as the primary method of conservative therapy for infants with congenital dislocation of the hip. 1957. *Clin Orthop.* 1992;281:4-10.
19. **Pavlik A.:** To the question of originality of treatment of congenital hip dysplasias by active movement in the stirrups. 1959. *J Pediatr Orthop B.* 2001;10:165-8.
20. **Ponseti IV.:** Growth and development of the acetabulum in the normal child. Anatomical, histological, and roentgenographic studies. *J Bone Joint Surg Am.* 1978;60:575-85.
21. **Putti V.:** Early treatment of congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg.* 1933;15: 16-21.
22. **Ramsey P.L., Lasser S, MacEwen G.D.:** Congenital dislocation of the hip. Use of the Pavlik harness in the child during the first six months of life. *J Bone Joint Surg Am.* 1976;58:1000-4.
23. **Salter, R. B.; Kostuik, J.; Dallas, S.:** Avascular necrosis of the femoral head as a complication of treatment for congenital dislocation of the hip in young children: a clinical and experimental investigation. *Canadian J. Surg.*, 12: 44-61, 1969.
24. **Severin, E.:** Contribution to the knowledge of congenital dislocation of the hip joint. Late results of closed reduction and arthrographic studies of recent cases. *Acta Chir. Scandinavica*, Supplementum 63, 1941.
25. **Tachdjian M.:** Pediatric orthopedics, Vol I, Philadelphia, 1972, W.B. Saunders Co.
26. **Tonnis D.:** An evaluation of conservative and operative methods in the treatment of congenital hip dislocation. *Clin Orthop.* 1976;119:76-88.
27. **Tönis D.:** Congenital dysplasia and dislocation of the hip in children and adults, Berlin, 1987, Springer-Verlag Co.
28. **Tönnis, D.; Storch, K.; Ulbrich, H.:** Results of newborn screening for CDH with and without sonography and correlation of risk factors. *J. Pediatr. Orthop.*, 10: 145-152, 1990.
29. **Weinstein SL, Ponseti IV.:** Congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Am.* 1979;61:119-24.
30. **Wiberg, G.:** Studies on dysplastic acetabula and congenital subluxation of the hip joint. With special reference to the complication of osteo-arthritis. *Acta Chir. Scandinavica*, Supplementum 58, 1939.
31. **Wilkinson, J., Carter, C.:** Congenital dislocation of the hip. The results of

- conservative treatment. *J. Bone and Joint Surg.*, 42-B(4): 669-688, 1960.
32. **Von Rosen S.:** Diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip joint in the newborn. *J Bone Joint Surg Br.* 1962;44:284-91.
33. **Yamamuro, T., Ishida, K.:** Recent advances in the prevention, early diagnosis, and treatment of congenital dislocation of the hip in Japan. *Clin. Orthop.*, 184: 34-40, 1984.