

PRIJEDLOG ORGANIZIRANOG SUSTAVA RANO OTKRIVANJA I LIJEČENJA RAZVOJNE DISPLAZIJE KUKA

THE ADVANCEMENT IN THE EARLY DETECTION AND TREATMENT OF DEVELOPMENTAL HIP DYSPLASIA

UVOD

Razvojna displazija kuka, kao najčešća anomalija sustava za kretanje u dječjoj dobi, definira se kao spektar abnormalnosti od jednostavne novorođenačke labavosti kukova do potpunog iščašenja glave bedrene kosti uz slabo razvijeni acetabulum. Izrazom razvojni označuje se dinamična narav deformacije koja se razvija i mijenja ili u smjeru spontana izlječenja ili prema patološki fiksiranoj deformaciji.¹

Incidencija razvojne displazije kuka varira ovisno o autorima; postoje i velike razlike između rasa i zemljopisnih područja, te se kreće u velikom rasponu od 1,5 do 40 % (1,5 – 40 : 1000 živorodene djece).¹

Rano otkrivanje i liječenje razvojne displazije kuka od neprocjenjive je vrijednosti zbog najmanje dva razloga: liječenje se može provesti konzervativnim metodama, a to uvijek treba biti prvi cilj ortopedskog djelovanja. Drugi je razlog što se na vrijeme liječeni kuk može potpuno izlječiti, inače dolazi do ranih degenerativnih promjena odnosno do artroze zglobova kuka.² Dugoročno gledano, problematika neliječenog kuka na koncu se svodi na isto: arrotske promjene uzrokuju veće ili manje tegobe, a stanje može bitno poremetiti kvalitetu života pacijenta. Zbog svega toga, a puno češće nego što se misli, nepovoljna je dugoročna prognoza, a krajnji ishod kirurška intervencija zamjene kuka umjetnim zglobom.³⁻⁶

Najjednostavnije je vrijednost prevencije razvojne displazije kuka ocjenjivati po broju kasnije otkrivenih slučajeva. Rješenje je u dalnjem traženju uzroka razvojne displazije kuka, ali i u poboljšanju organizacije ranog otkrivanja i ranog liječenja te prirodene anomalije.⁷

RASPRAVA

Prevencija dugoročnoga nepovoljnog ishoda razvojne displazije kuka na primjeru Primorsko-goranske županije temelji se na dugogodišnjem iskustvu u radu s djecom, a ima podlogu u suvremenim postavkama organiziranog sustava ranog otkrivanja razvojne displazije kuka koja se sve više provodi u europskim zemljama.⁸⁻¹²

Suvremene europske postavke ranog otkrivanja razvojne displazije kuka

Rodilište je mjesto bitne promjene u organiziranom sustavu prevencije razvojne displazije kuka. Liječnici koji pregledavaju novorođenačke kukove u rodilištu, moraju imati iskustva u radu s djecom. Tako u monografiji *Displacement of the Hip in Childhood* Somerville navodi da preglede dječjih kukova mogu provoditi samo liječnici s velikim iskustvom.¹³ U inače brojnoj literaturi koja obrađuje tu temu ističe se da je veoma važno kliničko iskustvo u otkrivanju razvojne displazije kuka.^{7,14-6}

Prema dosadašnjim uobičajenim kliničkim postavkama, razvojna displazija kuka u novorođenčadi se najčešće otkriva Ortolanijevim manevrom. Novija ispitivanja ne preporučaju probir koji se provodi isključivo na osnovi Ortolanijeva manevra jer može dovesti do niza lažnopožitivnih i lažnonegativnih nalaza. Bolji rezultat može se očekivati od probira dječjeg kuka ultrazvukom.¹⁴ Zadnjih godina objavljeno je nekoliko radova u kojima se zaključuje da je dovoljno ultrazvučno testirati samo one kukove koji su svrstani u rizičnu skupinu; u literaturi se takav probir naziva selektivnim (najvažnije – pozitivna obiteljska anamneza i porodaj zatkom).^{17,18}

Ipak, u novijoj literaturi prevladavaju radovi kojih zaključci navode da bi jedini način eliminacije "kasnijih slučajeva" mogao biti da se sva djeca u rodilištu podvrgnu ultrazvučnom pregledu – neselektivni probir.¹⁹⁻²³

Neselektivni, ultrazvučni probir radi prevencije razvojne displazije kuka sve je učestalija praksa u europskim zemljama, a potpuno se danas provodi, primjerice, u Austriji i Njemačkoj.^{4,22}

Ultrazvučni pregled kukova ovisan je o iskustvu ispitivača/lječnika te se preporučuje u kratkom vremenskom razmaku ponovna provjera kukova svakog novorođenčeta s pozitivnim ultrazvučnim nalazom obavljenim u dobi od 1 do 3 dana. Tek se nakon ponovljenoga ultrazvučnog pregleda može donijeti odluka o eventualnom liječenju.⁸ Takvim pristupom smanjuje se broj lažnopozitivnih nalaza i njihovih posljedica.

U Hrvatskoj se s ultrazvučnim pregledima dječjih kukova počelo već 1989. godine, pa tako J. Vrdoljak i sur. objavljaju rad o ultrazvučnom probiru u dijagnostici luksacijske anomalije kuka. Autori elaboriraju prednosti ultrazvučnog probira dječjeg kuka u rodilištu (pri-marni probir). Među prvima u Europi zalažu se i za neselektivni probir dječjeg kuka u rodilištu. Uvode i pojam sekundarnoga ultrazvučnog probira – ako se probir za luksacijsku anomaliju kuka ne provodi u rodilištu već poslije, u dojenačkoj dobi.²⁴

Navodimo i rad novijeg datuma o vrijednosti ultrazvuka u ranoj dijagnostici razvojne displazije kuka; istraživanje je provedeno na području koje pokriva primarna zdravstvena zaštita Doma zdravlja Labin. U radu se općenito ističe prednost ultrazvučnog probira dječjeg kuka u ranom otkrivanju ove anomalije.²⁵

Prevencija razvojne displazije kuka u Primorsko-goranskoj županiji

Ukratko ćemo naznačiti osnovne crte organizacijske sheme ranog otkrivanja razvojne displazije kuka u Primorsko-goranskoj županiji.

U rodilištu novorođenčad 1–2 puta pregledavaju pedijatri. U pedijatrijski je pregled uključen i klinski pregled kukova. U osnovi, klinski se pregled temelji na ispitivanju stabilnosti kuka (Ortolanijev i Barlowljev test). Kukovi se pregledavaju ultrazvučno samo u djece rođene na zadak. Nakon izlaska iz rodilišta djeca za koje se sumnja na displaziju kuka, odnosno djeca s jasnim znakovima razvojne displazije kuka, upućuju se dalje ortopedu ili pedijatru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Sva ostala novorođenčad nakon izlaska iz rodilišta potpada pod skrb pedijatra koji na sistemskim pregledima obvezno pregledava i kukove. Pregled kukova sastoji se isključivo od kliničkog pregleda. Djeca sa sumnjom ili postavljenom dijagnozom razvojne displazije kuka, idu

dalje na obradu i liječenje ortopedu u Odsjek za dječju ortopediju Zavoda za dječju kirurgiju KBC-a Rijeka, lokalitet Kantrida, ili u Kliniku za ortopediju u Lovranu.

Većinu djece s urednim nalazom, a s navršenih tri mjeseca starosti, pedijatri prema nepisanom pravilu upućuju ortopedu na ultrazvučni pregled kukova ("Kantrida" ili "Lovran"). Neki pedijatri koji su educirani za rad s ultrazvukom, a posjeduju ultrazvučni aparat u svojoj ordinaciji, to i sami čine. Djecu s pozitivnim ultrazvučnim nalazom dalje prati i liječi ortoped.

Naše iskustvo koje se temelji na desetogodišnjem pregledu novorođenčadi i dojenčadi tako da se svako dijete koje je upućeno u Kliniku za ortopediju u Lovranu, pregleda obvezno klinski i ultrazvukom, upućuje na to da klinski pregled bez ultrazvučnog pregleda



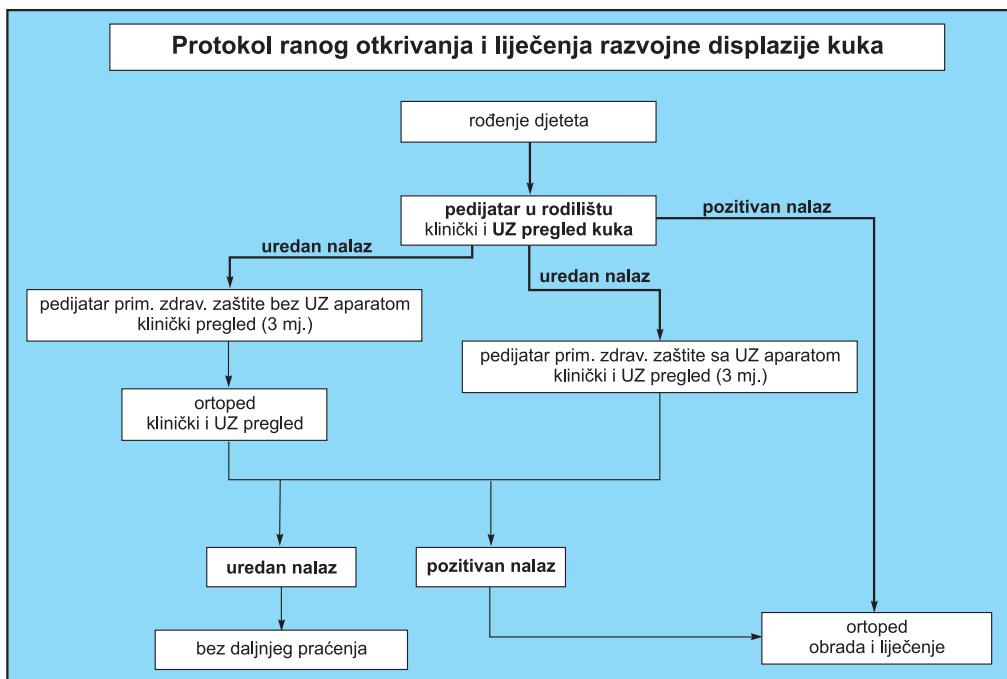
Slika 1a Rtg zdjelice s kukovima: subluksiran kuk desno, uz izrazito plitku čašicu.

Figure 1a X-ray evaluation of the hips: subluxated right hip and very shallow acetabulum as well.



Slika 1b Radiogram kukova iste pacijentice nakon što je provedena osteotomija zdjelice prema Chiariju.

Figure 1b X-ray of the same hip after Chiary osteotomy was done.

*Slika 2. Algoritam prevencije i liječenja razvojne displazije kuka**Figure 2. Algorithm of the prevention and treatment of the developmental dysplasia of the hip*

dječjeg kuka nije dovoljan. Procjena stanja kuka isključivo na osnovi kliničkog pregleda, vodila nas je često do pogrešnih zaključaka.

S obzirom na sve do sada navedeno, mislimo da je ultrazvučni probir kukova sve novorođene djece u rodilištu neupitan.^{11,19-23,26} Pitanje je samo kako to provesti.

Teritorij Primorsko-goranske županije čine kopno i otoci, od kojih su neki prilično dislocirani i slabije povezani s Rijekom kao najvećim gradom i središtem Županije. Usprkos tomu, smatramo da bi se navedena zaštita ovdje mogla dobro i lako organizirati jednostavnog zato što se većina djece rađa u rodilištu Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka. Broj porođaja dulje je vrijeme u stagnaciji i iznosi oko 2500 porođaja na godinu.

S druge strane djeca na eventualni daljnji tretman upućuju samo na Odsjek za dječju ortopediju KBC-a Rijeka ("Kantrida") ili u Kliniku za ortopediju u Lovranu pa bi bilo lako doći do svih relevantnih podataka o incidenciji razvojne anomalije kukova u djece i objektivno ocijeniti učinkovitost ovakve zaštite.

U rodilištu u Rijeci postoji ultrazvučni aparat, a neki djelatnici (pedijatri) obučeni su za rad; problem je što takve preglede u rodilištu Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) ne priznaje, pa se ultrazvuk upotrebljava samo za selektivni probir dječjeg kuka, što se danas smatra nedovoljnim. Treba spomenuti da ni taj selektivni probir HZZO ne priznaje.

U našim uvjetima ultrazvučni pregled dječjeg kuka financijski nije velika stavka, a potrebno je pogledati oko 2500 djece na godinu – prosječno najviše 8 na dan. U kalkulacijama koje bi uzimale u obzir i rad liječnika i medicinske sestre te amortizaciju aparature, to ne bi trebale biti velike brojke. Da je tomu tako potvrđuje i novije istraživanje autora koji se u Hrvatskoj naglašeno bave različitim aspektima problematike razvojne displazije kuka.⁹ Autori u navedenom istraživanju dokazuju da se s financijske strane, a gledajući na cijelu problematiku razvojne displazije kuka, HZZO-u i te kako isplati finansirati probir dječjeg kuka u rodilištu, uz nabavku opreme i edukaciju kadrova za rad ultrazvukom.

To možemo i ilustrirati kratkim prikazom slučaja iz prakse: dvadesetogodišnju djevojku iz Rijeke koja se žalila na bol u desnoj preponi pri naporu, možemo opisati kao tipičan "propušteni" ili kasno otkriveni slučaj razvojne displazije kuka. Indicirali smo i obavili palijativan operacijski zahvat – osteotomiju zdjelice prema Chiarievoj metodi, nakon čega očekujemo poboljšanje stanja kuka, no ne znamo koliko će to dugi trajati. Na žalost, zamjena zglobova umjetnim je izgledna, ali nadamo se odgodena za kasniju životnu dob pacijentice (sl. 1a i 1b).

Sigurni smo da bi ukupni financijski troškovi liječenja samo te pacijentice višestruko nadmašili eventualne ukupne troškove višegodišnjega ultrazvučnog probira kukova svakog djeteta rođenog u Rijeci. Taj propust pravodobnog dijagnosticiranja razvojne displazije kuka,

čime je učinjena greška i nanijeta šteta pacijentici, posljedica je manjkave organizacije prevencije razvojne displazije kuka u Primorsko-goranskoj županiji.

Zato predlažemo da HZZO ili društvene zajednica, temeljem određenih programa, sufinanciraju ili potpuno financiraju program koji bi se provodio u Odsjeku za neonatologiju Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka s ciljem bolje zdravstvene zaštite djecu.

Iz svega proizlazi da do organizacije učinkovite prevencije razvojne displazije kuka u Primorsko-goranskoj županiji nedostaje još malo: konkretno predlažemo, a zbog boljeg razumijevanja shematski prikazujemo redoslijed postupaka ranog otkrivanja i liječenja razvojne displazije kuka (sl. 2).

Ako se, dakle, uspije uspostaviti stalni ultrazvučni probir kukova u rodilištu, organizacijski gledano, gotoovo bi sve bilo riješeno. Novorođenče s pozitivnim ultrazvučnim nalazom kuka proslijede se nadležnom pedijatru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i do sada, a odatle se dijete obvezno dalje šalje na obradu i liječenje ortopedu – kao što se i do sada činilo. Ako je dijete zdravo, pedijatar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti traži od ortopeda ultrazvučnu obradu kukova djeteta u dobi od tri mjeseca, ili je pak sam provodi – upravo kao što se i do sada radilo. Djecu s nalazom koji upućuje na razvojnu displaziju kuka, dalje obrađuje i liječi ortoped, a djeca s urednim nalazom ne zahtijevaju daljnje praćenje. Ponovno treba istaknuti da je veoma važno dobro projekti potrebu za hitnim liječenjem kuka novorođenčeta s pozitivnim ultrazvučnim ili kliničkim nalazom u rodilištu; u najvećem broju takvi se kukovi spontano normaliziraju tijekom nekoliko tjedana.^{27,28}

ZAKLJUČAK

Smatramo da se u Primorsko-goranskoj županiji može provesti sustavni probir u svrhu prevencije razvojne displazije kuka na način koji se danas smatra najboljim mogućim, a provodi se, primjerice, potpuno u Austriji i Njemačkoj. Organizacijska shema prevencije razvojne displazije kuka tako postavljena bi, također, mogla biti primjer ostalim županijama odnosno regijama naše države.

*Dušan Rubinić, Anton Tudor,
Tomislav Prpić, Dalen Legović, Igor Prpić*

LITERATURA

1. Marko Pećina i suradnici. Ortopedija. Zagreb: Medicinska biblioteka 2000; 219.
2. Ortolani M. Congenital hip dysplasia in the light of early and very early diagnosis. Clin Orthop 1976; 119:6-10.
3. Numair J, Joshi AB, Murphy JC, Porter ML, Hardinge K. Total hip arthroplasty for congenital dysplasia or dislocation of the hip. Survivorship analysis and long-term results. J Bone Joint Surg Am. 1997 Sep; 79(9):1352-60
4. Eastwood DM. Neonatal hip screening. Lancet 2003 Feb; 15; 361(9357): 595-7
5. Danielsson L. Late-diagnosed DDH: a prospective 11-year follow-up of 71 consecutive patients (75 hips). Acta Orthop Scand. 2000 Jun; 71 (3):232-42.
6. Maxwell SL, Ruiz AL, Lappin KJ, Cosgrove AP. Clinical screening for developmental dysplasia of the hip in Northern Ireland. BMJ. 2002 Apr 27; 324(7344): 1031-3.
7. Moore FH. Examining infants' hips – can it do harm? J Bone Joint Surg (Br) 1989; 71-B: 4-5.
8. Bialik V, Bialik GM, Blazer S, Sujov P, Wiener F, Berant M. Developmental dysplasia of the hip: a new approach to incidence. Pediatrics. 1999 Jan; 103(1):93-9. Castelein RM. Physical diagnosis – Ortolani's manoeuvre. Ned Tijdschr Geneesk 2002 Jun 8, 146 (23); 1077-80.
9. Bralić I, Vrdoljak J, Kovacic L. Ultrasound screening of the neonatal hip: cost - benefit analysis. Croat Med J. 2001 Apr; 42(2):171-4.
10. Witt C. Detecting developmental dysplasia of the hip. Adv Neonatal care 2003 Apr; 3(2):65-75
11. Wirth T, Stratmann L, Hinrichs F. Evolution of late presenting developmental dysplasia of the hip and associated surgical procedures after 14 years of neonatal ultrasound screening. J Bone Joint Surg Br. 2004 May; 86(4):585-9.
12. Weitzel D. Ultrasound screening of the infants hip. Radiologie. 2002 Aug ;42(8) :637-45
13. Somerville E W. Displacement of the hip in childhood. Berlin-Heidelberg- New York: Springer-Verlag; 1982, str.13.
14. Castelein RM. Physical diagnosis – Ortolani's manoeuvre. Ned Tijdschr Geneesk 2002 Jun 8, 146 (23);1077-80.
15. Brown J, Dezateux C, Karon J, Parnaby A, Arthur R. Efficiency of alternative policy options for screening for developmental dysplasia of the hip in the United Kingdom. Arch Dis Child. 2003 Sep; 88(9):760-6
16. Patel H; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. CMAJ. 2001 Jun 12;164(12):1669-77. Review.
17. Patton RW, Srinivasan MS, Shah B, Hollis S. Ultrasound screening for hips at risk in developmental dysplasia. Is it worth it? J Bone Joint Surg Br 1999 Mar, 81(2):255-
18. Holen KJ, Tegnander A, Bredland T, Johansen OJ, Seather OD, Terjensen T. Universal or selective screening of the neonatal hip using ultrasound? A prospective, randomised trial of 15529 newborn infants. J Bone Joint Surg Br 2002 Aug, 84 (6):886-90.
19. Schilt M. Optimal age for hip sonography screening. Ultraschall Med 2001 Feb, 22(1):39-47

20. Karapinar L, Surenkok F, Ozturk H, Us MR, Yurdakul L. The importance of predicted risk factors in developmental hip dysplasia: an ultrasonographic screening program. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2002; 36(2):106-10.
21. Lewis K, Jones DA, Powell N. Ultrasound and neonatal hip screening: the five year result of a prospective study in high-risk babies. *J Pediatr Orthop*. 1999 Nov-Dec; 19(6):760-2.
22. Gunther KP, Stoll S, Schmitz A, Niethard FU, Altenhofen L, Melzer von Kries R. Initial results of the evaluation study of ultrasound hip screening in Germany. *Z Orthop Ihre Grenzgeb*. 1998 Nov-Dec; 136(6):508-12.
23. Kokavec M, Makai F, Maresch P. Present status of screening and prevention of developmental dysplasia of the hip in the Slovak Republic. *J Pediatr Orthop B*. 2003 Mar;12(2):106-8.
24. Vrdoljak J, Japel I. Ultrazvučni probir za luksacijsku manu kuka. Kurjak I sur. Ultrazvuk u kliničkoj medicini. Naprijed, Zagreb, 1989;361-3.
25. Krolo I, Viskovic K, Kozic S, Marotti M, Klaric-Custovic R, Banak-ZahtilaN, IkcicD, Premate-MilasL. The advancement in the early diagnostics of developmental hip dysplasia in infants—the role of ultrasound screening. *CollAntropol*.2003. Dec ; 27(2):627-34.
26. Toma P, Valle M, Rossi U, Brunenghi GM. Paediatric hip-ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip: a review. *Eur J Ultrasound* 2001 Oct;14(1):45-55.
27. Riboni G, Bellini A, Serantoni S, Rognoni E, Bisanti L. Ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip. *Pediatr Radiol*. 2003 Jul; 33(7):475-81. Epub 2003 May 15.
28. Lorente Molto FJ, Gregori AM, Casas LM, Perales VM. Three-year prospective study of developmental dysplasia of the hip at birth: should all dislocated or dislocatable hips be treated. *J Pediatr Orthop*.2002 Sep-Oct; 22(5):613-21.