

الاهتمامات المتعلقة بالعظام ORTHOPEDIC CONCERNS

اعتبارات خاصة للركب لدى الأطفال (تأليف أورلاندو ف. ميلز)

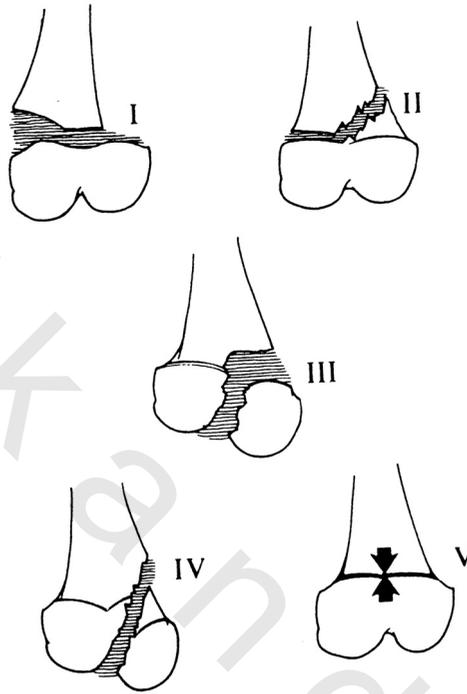
Special Considerations for the Pediatric Knee (Orlando F. Mills)

توجد عند ركلة الطفل صفائح نمو عظمية على عظم الفخذ القاصي وعلى عظم الساق الداني. كلتا المجموعتين من صفائح النمو تبدو بوضوح عند الولادة وتتحول إلى عظم بشكل كامل عند بلوغ سن العشرين. إن صفائح النمو العظمية تكون أضعف بشكل ملحوظ من الأربطة المجاورة. وعندما تتأذى الركلة بسبب رضاً ما، فإن صفيحة النمو تكون أكثر عرضة للإصابة من الأربطة الموازية أو المتصالبة معها. ومع اكتساب الطفل للنضوج في هيكله العظمي ومع انخراطه بألعاب رياضية تصادمية فإن خطورة تأذي الأربطة تزداد. يتوجب على الطبيب الذي يفحص الطفل أو المراهق المصاب بألم بالركبة أن يأخذ بالاعتبار إصابة صفيحة النمو العظمية. تصنف الكسور العظمية لصفيحة النمو تصنيفاً لسالتر-هاريس Salter-Harris كما هو موضح في الشكل رقم (١، ٥).

التاريخ History

إن الأعراض الأولية لإصابة الركلة هي الألم أو التيبس أو كذلك التورم عند المراهقين أو الأطفال ما قبل سن المراهقة، والعرج لدى الأطفال الأصغر سناً. ويندر أن تظهر حالة ألم الركلة لدى الرضيع والدراج والأطفال في بداية سن دخولهم إلى المدرسة إلا إذا كانت هناك إصابة رضوية أو التهابية أو ورمية المنشأ. في حال الإصابة الرضية، فإن الطريقة التي حصلت بها الإصابة تساعد في توجيه الفحص. وإذا لم يحصل وصف مطرد للحادثة فإنه يمكن الاشتباه بالاعتداء على الطفل. بالنسبة للطفل الذي لديه مشكلة التهابية للإصابة في الركلة قد يكون مؤشر الحصول إصابة بسيطة منشؤها للركبة تبعها عرج أو رفض المشي أو ظهور أثر لمرض عام. قد يبدو الطفل الذي لديه آفة ورمية في الركلة على أن لديه عرجاً أو رفضاً للمشي بالإضافة إلى ألم موضعي وانتفاخ. قد يكون أيضاً لدى المراهق أو الطفل قبل المراهقة حالة التهابية أو ورمية تؤثر على الركلة، ولكن هذا أمر غير شائع. يجب أن يدرك طبيب الأسرة أن ألم

الركبة لدى الطفل في سن المدرسة قد يكون سببها مرض في مفصل الورك. وأخيراً فإن فحص الركبة السليم مع استمرار ألم الركبة أو العرج قد يمثل خللاً وظيفياً في الركبة حيث يشير الألم في الطرف إلى توتر نفسي لدى الطفل.



الشكل رقم (١، ٥). تصنيف سالتز-هاريس للكسور التي تشمل صفيحة النمو.

From Sponseller PD. Bone, joint, and muscle problems. In :McMillan JA, DeAngelis CD, Feigin RD, Warshaw JB, eds. *Oski's pediatrics: principles and practice*. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

الفحص الجسماني Physical Examination

يبحث الطبيب الفاحص عن مشاكل في وظيفة الركبة، والأنسجة الداعمة لها والأربطة. يشمل التقويم الكامل للركبة قياس أطوال الساقين؛ لأن الاختلاف الواضح في طول الساقين يمكن أن يؤدي إلى خلل وظيفي في المشي مع عرج أو ألم في الركبة. يجب ملاحظة طريقة مشي الطفل إذا كان ممكناً لتقصي الألم وذلك بملاحظة وضع القدمين أثناء المشي (المشي بطريقة يتفادى فيها الألم). يلاحظ الطبيب ويتلمس ويفحص مدى حركة الركبة عند الطفل في وضعية الاستلقاء. ويتحقق الطبيب من وجود تورم في الركبة، أو احمرار جلدي أو فقدان العلامات الطبيعية للركبة. قد يمثل التورم الذي يشاهد فوق أو جانب العظم المتحرك في الرضفة (صابونة الركبة) على أنه يمثل دفع effusion في حين أن التورم تحت هذا العظم قد يمثل التهاباً جرابياً قبل الرضفة، وأما التورم خلف الركبة فقد يكون كيساً في المأبض (باطن الركبة). يحكم الطبيب على أن هناك دفقاً في الركبة بوضع إحدى يديه على الركبة أعلى من الرضفة (ضاغطاً على الجيب فوق الرضفة) ويضغط باتجاه جانب الركبة ممعناً النظر بحركة السائل.

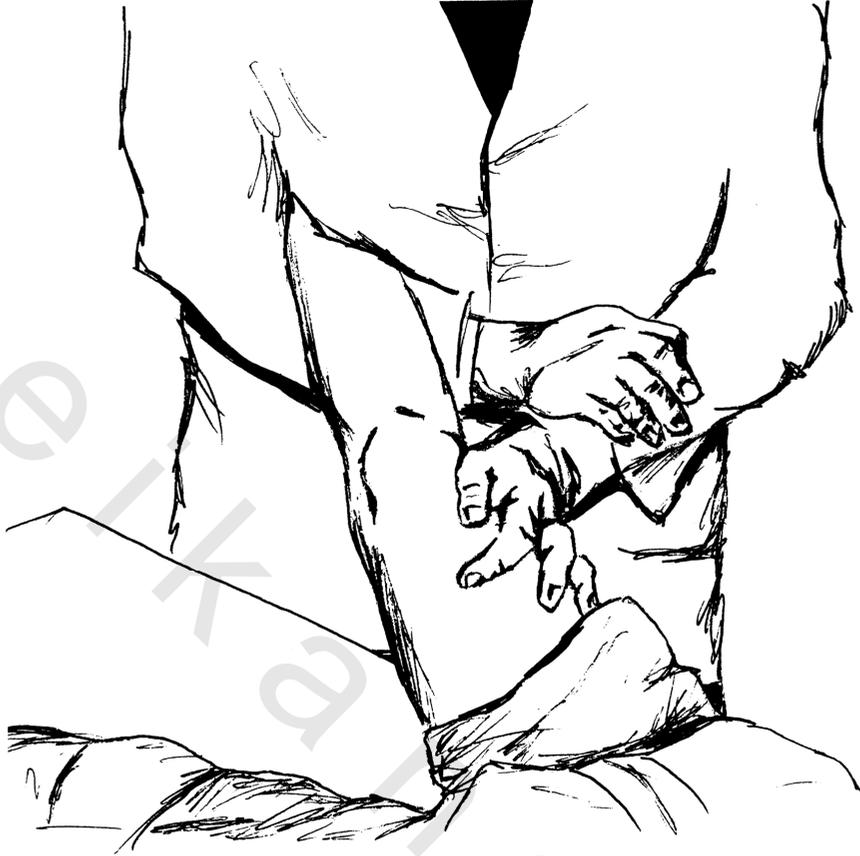
عند الفحص التوكيدي الأقل حساسية فإن الطبيب يضغط على الرضفة بلطف باتجاه الأسفل ، وإذا كانت الرضفة قابلة للضغط يكون هناك دق مفصلي بجانب الركبة. إن فقدان التجويف الطبيعي قد يوحي بدفق مفصلي.

يقوم الطبيب بفحص كلتا الركبتين عند فحص سلامة الأربطة والغضروف. وتستعمل الركبة الطبيعية كنموذج خلال الفحص. يتلمس الطبيب حدود المفصل المكون من هضبة عظم الساق وعظم الفخذ القاصي. ويشير الألم عند لمس حد المفصل الأنسي والوحشي إلى تمزق غضروفي أنسي وحشي أو إلى إصابة للأربطة التوحشية الجانبية. ويفحص الطبيب سلامة الأربطة الجانبية بمسك الركبة بيد واحدة والضغط على الداخل أو الخارج باليد الأخرى (أفجع أو أروح) على الكاحل/القدم (الشكل رقم ٥،٢). عند الضغط للداخل حيث يوجه الضغط من الطرف الجانبى للكاحل فإن هذا سيؤدي إلى شد الرباط الجانبى الوحشى. يقترب الجزء السفلى من الساق للداخل بشكل بسيط في الوضع الطبيعى للساق، لكنها ستبدو أنها تقترب بشكل مفرط عند التمزق الجزئى للرباط الجانبى الوحشى أو القاصي. وبالإضافة إلى ذلك فإن الرباط الجانبى الوحشى الممزق كلياً لن يكون له نهاية محددة، فالركبة لا تمنع اقتراباً أكثر إلى أن تقيد بالألم أو الخوف. إن الضغط الخارجى على الركبة يؤدي لابتعاد أسفل الساق، ويتم بذلك فحص سلامة الرباط الجانبى الأنسى والغضروف الأنسى المرتبطين تشريحياً^(١).

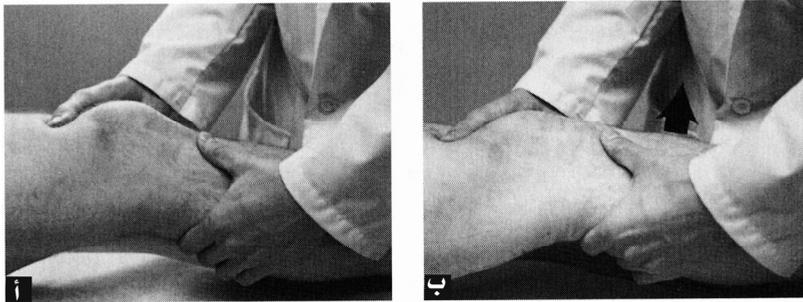
يفحص الطبيب الرباط الأمامى المتصالب، والرباط الخلفى المتصالب. يتم فحص لاتشمان Lachman والركبة مثنية من ١٠-١٥. يضع الطبيب إحدى يديه على عظم الساق العلوي ويكون إبهامه على المفصل ثم يضع اليد الأخرى في وسط إلى أسفل الفخذ. بعد طلب الطفل أن يرخي عضلات ساقه، يمسك الطبيب الفخذ بثبات ويسحب أسفل الساق باتجاه الأمام. إذا كانت الحركة الأمامية لأسفل الساق أكثر من ١-٢ سم فإن ذلك قد يشير إلى تمزق جزئى أو كلي فى الرباط الأمامى المتصالب. إن الرباط الأمامى المتصالب قد يفحص بينما تكون الساق مثنية ٩٠°. يجلس الطبيب بلطف على قدم الطفل، ويسحب أسفل الساق بالاتجاه الأمامى ويتحرى الحركة الأمامية المفرطة (فحص السحب الأمامى) (الشكل رقم ٥،٣). إن فحص السحب الخلفى يشمل دفع عظم الساق باتجاه الخلف عندما تكون الركبة منحنية ٩٠°. إن الإزاحة الخلفية المفرطة لعظمة الساق تشير إلى ارتخاء الرباط الخلفى المتصالب أو إلى تمزق جزئى أو كلي.

تفحص الرضفة (صابونة الركبة) فى رأس الركبة لدراسة الإحساس بالألم والاستقرار والثبات. يزيح الطبيب الرضفة (صابونة الركبة) بلطف نحو الوسط (أنسياً) ومن ثم يزيحها جانباً (وحشياً) ويتحسس ما تحت سطح الرضفة لدراسة الإحساس بالألم. تزاح الرضفة إلى الأسفل ويطلب من الطفل أن يشد فخذة (فرد الساق). يعكس عدم المقدرة للقيام بذلك التهاب الجزء الداخلى تحت الرضفة (علامة تمنعية موجبة للرضفة). يحاول الطبيب الفاحص أن يزيح الرضفة جانباً، وإذا حصل مقاومة ذلك فإن هذا يشير إلى خلع جزئى للرضفة (علامة تخوف موجبة للرضفة).

(١) هناك خطأ مطبعي حيث وردت كلمة medical والصحيح كلمة medial.



الشكل رقم (٢, ٥). يتم تطبيق الضغط الخارجي على الرباط الأنسي المتصلب بثبيت الطرفين المرفق والجدع وتوضع اليد اليسرى على الجهة الوحشية من الفخذ الأقصى وتثبت اليد اليمنى بمسك الذراع الأيسر.



الشكل رقم (٣, ٥). اختبار لاتشمان Lachman. بينما يكون المريض مستلقياً ثنى الساق بدرجة ٢٠-٣٠°. (أ) بينما يستقر عظم الفخذ بإحدى اليدين فإن عظم الساق (الظنوب) يمسك باليد الأخرى. (ب) عند سحبه أمامياً بغياب الرباط المتصلب الأمامي فإن عظم الساق (الظنوب) يتحرك أمامياً بشكل كبير.

From Landry GL. Sports medicine. In: McMillan JA, DeAngelis CD, Feigin RD, Warshaw JB, eds. *Oski's pediatrics: principles and practice*. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

دراسات الأشعة Imaging Studies

إن أكثر الدراسات أهمية لفحص الركبة المصابة هي الصورة الإشعاعية العادية التي يجب أن تحتوي على ثلاثة أشكال على الأقل: أمامي خلفي، جانبي، رضفي فخدي و/أو نفقي (بانثناء ٣٠° أو ٦٠° أو ٩٠°). توضح الصورة الإشعاعية العادية وجود نسق طبيعي للبنية العظمية وصفائح نمو، ويمكن أن تستبعد كسور في الرضفة أو القمة الفخذية القصوى أو نتوء عظمة الساق (الظنبوبي) الدنيا. قد يظهر التصوير بالرنين المغناطيسي للركبة حساسية عالية جداً (٨٠-١٠٠٪)، ونوعية (٨٩-٩٥٪) للتمزقات الغضروفية في الأطفال، ولكن يندر الحاجة إليها عند تقويم معظم إصابات الركبة لدى الأطفال.

الفحص المخبري Laboratory Testing

يحتاج إلى الفحص المخبري، بما في ذلك الزراعة ودراسة عدد الخلايا للسائل الزليلي وخاصة في حال الاشتباه بإنتان في المفصل.

التشخيص والعلاج Diagnosis and Management

يتضمن الجدول رقم (٥، ١) التشخيص والعلاج لمشاكل الركبة الشائعة عند الأطفال.

المراجع References

- Al-Otaibi L, Siegel MJ. The pediatric knee. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 1998;6:643.
 Behrman RE, ed. *Textbook of pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders, 1992:1703.
 Davids JR. Pediatric knee: clinical assessment and common disorders. *Pediatr Clin North Am* 1996;43:1067.
 Ramamurti CP. Orthopedics in primary care. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984:187.
 Roach JW. Knee disorders and injuries in adolescents. *Adolesc Med* 1998;9:589.
 Stanitski CL. Pediatric and adolescent sports injuries. *Clin Sports Med* 1997;16:613.

الجدول رقم (١، ٥). حالات شائعة للركبة عند الأطفال.

الحالة المرضية	التاريخ والفحص الجسماني	أشعة X والتصوير الآخر	العلاج/التعليق
تمزق غضروفي	يؤدي التمزق الغضروفي لدى الطفل الصغير بوجود غضروف وحشي (قرصي). قد يصيب المراهق ركبته في المنافسات الرياضية عندما يغرس قدمه ويلف ساقه فجأة أو يضرب على الجانب. قد يشعر الطفل بفرقة في الركبة مع دفق محتمل، وألم عند اللمس عند حدود المفصل قرب التمزق الغضروفي. إذا كان الغضروف مرتخياً فيمكن للركبة أن تتوقف عن الحركة.	الأفلام العادية مفيدة لاستبعاد الكسور. المطلوب صورة ثلاثية مع أنبوية أو نفقية (إذا كانت اللقعات عند اللمس مؤلمة) أو يمكن طلب صورة لسطح الرضفة (في حال وجود كسر في الرضفة). يعتبر التصوير بالرنين المغناطيسي غير ضروري بشكل عام.	النظر في الإحالة إلى أخصائي العظام. علاج متحفظ بالأدوية المضادة للالتهاب والتي لا تحتوي على كورتيزون مع أخذ راحة وتقوية العضلات. إجراء رؤية مفصلة للركبة المتوقفة عن الحركة أو عند الألم المتواصل.
الغضروف القرصي	يعتبر أكثر العيوب الخلقية للغضاريف شيوعاً. يؤثر على الغضروف الوحشي الذي تزداد سماكته أنسياً من الغضروف الطبيعي. ويمكن أن يتمزق مع انثناء الركبة. ألم ممكن أو عرج مع صوت خشخشة عند حد المفصل وعند انثناء الركبة.	أفلام عادية لاستبعاد اضطرابات أخرى يصور الرنين المغناطيسي الغضروف ويبين العيب.	معالجة متحفظة وعمل منظار عند استمرار الألم أو وجود دفق.
تمزق الرباط الأمامي المتصلب	قد يحصل مع المراهقين وبدرجة أكثر في الإناث. عندما يكون تمزق الرباط الأمامي المتصلب كاملاً يشعر الرياضيون بصوت "فرقة" يظهر الدفق مباشرة أو خلال عدة ساعات تبدو الركبة غير مستقرة - في البداية صعوبة في المشي. قد تحصل مع تمزق غضروفي أنسي.	تعمل الأفلام العادية بشكل عام لاستبعاد الكسور العظمية وعند وجود شك لدى الطبيب.	في البداية تحمل الوزن برباط للركبة، ثم تقوى العضلة رباعية الرؤوس مع العودة للتقليل من النشاط الرياضي. وبوضع الركبة في حال الحاجة لزيادة الثبات. إن عملية إعادة التأهيل للركبة يحتاج أسابيع أو أشهراً. ويمكن تأجيل الجراحة إلى أن يكمل نضوج الهيكل العظمي.
تمزق الرباط الجانبي الأنسي	غير شائع قبل انغلاق العظم. يتعرض الطفل للإصابة ليس هنا ولكن عند عظم الفخذ أو الساق. إن الطفل الذي يمر بمرحلة نضوج في نمو هيكله العظمي قد يصاب بتمزق جزئي أو كلي للرباط الجانبي. إن الألم وعدم ثبات الركبة يشاهد على الجانب المصاب. افحص سلامة العصب الوركاني وشريان باطن الركبة.	تستعمل الأفلام لاستبعاد الكسور في الصفيحة العظمية أو اللقعات الفخذية أو الساقية.	الإحالة فوراً إذا كان عصب الورك أو شريان باطن الركبة مصاباً. الراحة والوزن الزائد تدريجياً، وتقوية الساق إذا لم يكن التمزق كاملاً. عند الاشتباه بتمزق كامل: يجري فحص أو الرباط الأمامي المتصلب لتمزق ACL ومن ثم الإحالة إلى أخصائي العظام إذا ظهر ذلك.

مشاكل الورك لدى الأطفال (تأليف أورلاندو ف. ميلز)

Problems of the Pediatric Hip (Orlando F. Mills)

التاريخ الحاضر Presenting History

يشتهب الطبيب بوجود مشكلة في الورك لدى الطفل عندما يرفض الطفل المشي أو الاعتماد على الساق المصابة، أو يشكو من الألم في الركبة أو الورك أو يمشي بعرج. ولأن كلاً من الورك والركبة يغذيان من قبل العصب الساد؛ لهذا فإن مشاكل الورك قد تظهر كألم في الركبة. يسأل الطبيب عن بداية ومدة دوام الأعراض وعن أية عيوب خلقية وركبية، أو إصابة حديثة، أو حمى أو التهاب فيروسي أو الإسهال أو استعمال الكورتيزون، أو عن مرض الأنيميا المنجلية.

الفحص الجسماني Physical Examination

يقوم الطبيب بفحص الطفل أثناء استلقائه على الظهر فوق طاولة ثابتة. ويقيم الطبيب انثناء الورك بوضع الفخذ إلى الصدر. ينحني الورك والركبة بزوايا ٩٠° ويفحص الطبيب الدوران الداخلي، وذلك بإدارة الساق السفلى باتجاه الخارج ويفحص الدوران الخارجي بإدارة الساق السفلى نحو الداخل (الشكل رقم ٥،٤). يفحص الطبيب التباعد مع ثني الورك واستقامة الساق. تثني كلٌّ من الركب والأوراك ٩٠° وتدار الساق باتجاه الخارج لاختبار التباعد. وبعد ذلك تُستقام كلتا الساقين وتُبعد كل ساق على حدة مرةً ثانية. يلاحظ الطبيب مشية الطفل، وعند المشي بطريقة يتفادى فيها الطفل الألم فإن الطفل يقلل المدة المستغرقة للاعتماد على الجانب المصاب وذلك بسبب الألم. إن الطفل الذي لديه مشي بطريقة ترينديليبييرغ Trendelenburg يعتمد على الجانب المصاب ومن ثم يميل إلى الجانب الآخر ويؤرجح ساقه المصابة إلى الأمام بسبب الضعف في العضلة الابطعادية.

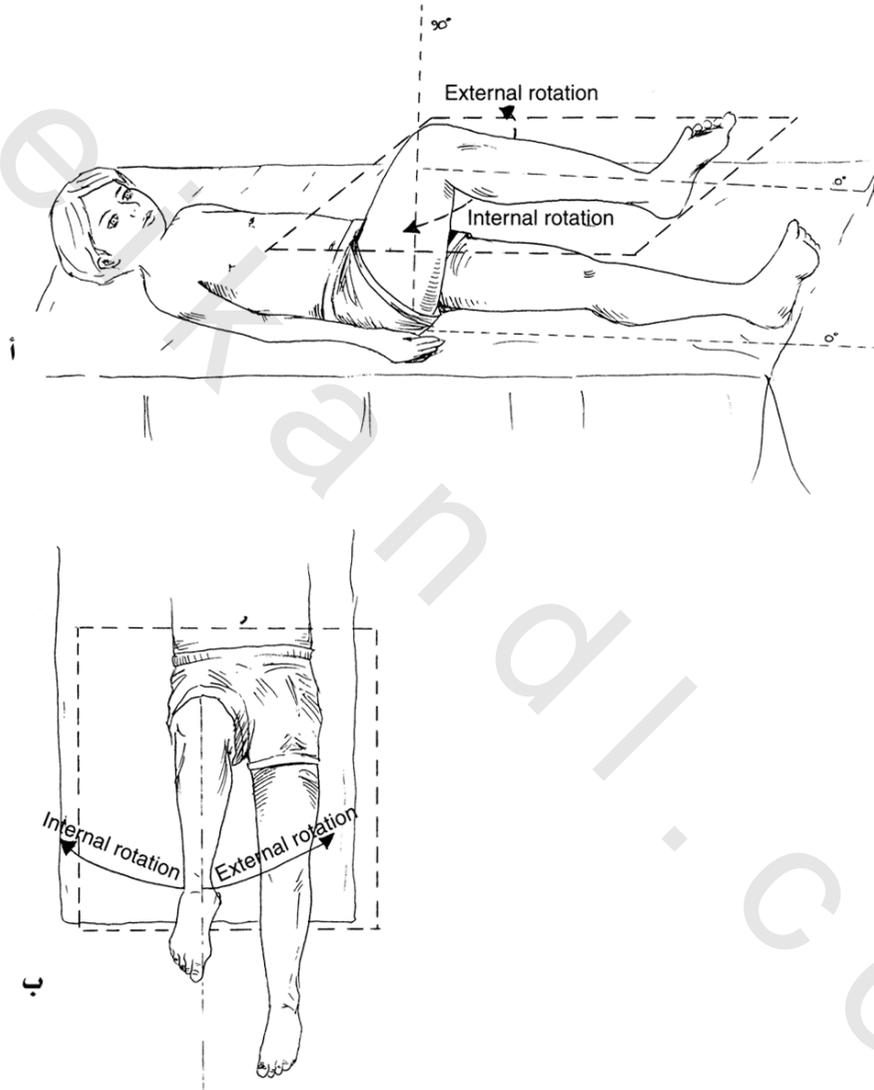
التقويم المخبري Laboratory Evaluation

في معظم الحالات فإن صورة شعاعية للورك تكون ضرورية من أجل التقويم. قد تكون مقارنة صورة الساق السليمة مفيدة. وقد يحتاج إلى عد لكريات الدم أو سرعة ترسيب الكريات أو الزراعة للسائل المسحوب من الورك إذا كان هناك احتمال بإصابة الورك بإنتان.

التشخيص الفارق Differential Diagnosis

يشمل التشخيص الفارق لمشاكل الورك الالتهابات (إنتان، والمفاصل، ومرض لايم Lyme، والتهاب العظام، والخراج الحرقوفي iliopsoas abscess)، والحالات الالتهابية (التهاب المفصلي الرئوي للأحداث،

ومرض لايم Lyme، والحمى الرثوية)، والأورام (ورم أرومة العصبية، وغرن إيوينغ Ewing، وغران عظمي، والورم العظمي)، والإصابات ومتلازمة سوء استخدام المواد. ستتم في الفقرات التالية مناقشة بعض آلام الورك الهامة والشائعة عند الأطفال.



الشكل رقم (٤، ٥). انشاء مع دوران داخلي وخارجي. (أ) تحريك الساق نحو الخارج يحرك الورك داخلياً. (ب) تحريك الساق نحو الداخل يحرك الورك خارجياً.

خلع الورك الخلفي Congenital Dislocation of the Hip

راجع الفصل الثاني.

إنتان المفاصل Septic Arthritis

إن الطفل الذي لديه إنتان في الورك غالباً ما يكون عمره ثلاث سنوات أو أصغر ولديه حمى (٨٠٪ من الوقت)، ويرفض المشي أو يمشي بعرج ويبدو مريضاً بشكل حاد. تبقى الورك مثنية في وضعية ساق الضفدع الملتوية ولا يمكن تحريكها بسهولة عند الفحص. تزداد عدد كريات الدم البيضاء ومعدل تسفل الكريات الحمراء. كما يمكن أخذ صورة شعاعية لتورم الأنسجة الرخوية. يتوجب على الطبيب الذي يشته بإنتان في الورك أن يحصل على استشارة من أخصائي العظام عن عملية سحب سائل في مفصل الورك بشكل عاجل. إن أكثر المسببات البكتيرية شيوعاً في حالة الإصابة بإنتان الورك هي المكورة العنقودية وجراثومة ذات الرثة، والمجموعة A من المكورة العقدية وكذلك اليسرية السحائية، والمجموعة B من المكورة العقدية (إذا كان العمر أقل من ستة أشهر)، والفصائل السلمونية (مرض الأنيميا المنجلية)، أو المستديمية النزلية (إن لم يكن أعطى التطعيم). يتوجب الابتداء بعلاج المضاد الحيوي المناسب بعد عملية سحب السائل من الورك. إن تأخر علاج إنتان الورك قد يؤدي إلى نخر لاوعائي (نقص التروية الدموية) أو إلى التهاب المفاصل.

التهاب الزليلي العارض Transient (or "Toxic") Synovitis

في أغلب الحالات فإن المريض بهذا الالتهاب يكون عمره بين ٣-٥ سنوات، ويعاني من مرور أسبوع إلى أسبوعين من عدم ارتياح بسيط في الركبة أو الورك كما يعاني من العرج، وقد يكون لديه ارتفاع طفيف في درجة الحرارة الزليلي. على الرغم من افتراض مسببات الإصابة الفيروسية فإن التهاب الزليلي العارض غير معروف سببه المرضي. ويبقى الطفل عند الفحص الورك مثنياً ويقاوم الحركة السريعة للورك كما أنه يحد من مدى الحركة. يكون عد كريات الدم البيضاء وسرعة الترسيب وأشعة مفصل الورك عادةً طبيعياً. ومن الممكن أن ينوم الطفل الذي لديه التهاب الزليلي العارض في المستشفى في البداية مع الراحة في السرير. وينصح بعدم الاعتماد على المفصل عند الحركة واستعمال العكازات. وعندما يتمكن الطفل من القيام بحركة كاملة بدون ألم في الورك يمكن أن يعاود المشي بشكل كامل. إن التشخيص التفريقي لهذا الالتهاب يحتوي على التهاب المفاصل الإلتاني والنخر اللاوعائي في الورك (مرض بيرتيس Perthes). يمكن استبعاد التهاب المفاصل الإلتاني بشكل عام في عدم وجود الحمى والسمية وارتفاع عدد كريات الدم البيضاء، ولكن في حال وجود أي شك فإنه يحال إلى أخصائي العظام من أجل سحب عينة من سائل المفصل. يميز التهاب الغشاء الزليلي العارض عن مرض بيرتيس Perthes بواسطة صورة شعاعية للورك والتي قد يحتاج إلى إعادتها إذا لم يزل الألم.

مرض بيرتيس Perthes' Disease

يُحصل قصور في الدم الوارد إلى رأس عظمة الفخذ (الكرمة) في مرض بيرتيس، وهذا يؤدي إلى نخر فيه. والسبب في هذا القصور الدموي غير معروف. يحصل المرض بين الثالثة والعاشرة من العمر، وأكثر ما يحدث بين الخامسة والعاشرة من العمر. يعاد امتصاص جزء النخر اللاوعائي في نهاية المطاف من قبل النسيج (الحبيبي)، وبالتالي فإنه يعاد تشكل رأس عظمة الفخذ على مدى ٢-٢,٥ سنة. يحصل للطفل المصاب بمرض بيرتيس بداية متدرجة من الألم في أصل الفخذ (الإرب)، وفي الركبة أو الورك الذي يصبح أكثر حدة مع النشاط ويقل مع الراحة. يكون لدى الطفل نوبات متقطعة من العرج بسبب الألم. ويبقى ورك الطفل مثنياً لدرجة ما عند الفحص وقد يحصل معه تقفع اثنائي، وقد يحصل الألم مع التباعد والدوران للداخل مع بسط الورك. ستظهر صورة شعاعية مأخوذة بعد بداية الأعراض بشهرين أو أكثر كثافة متزايدة للورك المصاب، وقد تظهر صورة شعاعية مأخوذة بعد ذلك بأشهر. وتظهر الأشعة النووية لرأس عظمة الفخذ تناقصاً في التمثل والامتصاص، كما أن الفحص بالرنين المغناطيسي يوضح النخر اللاوعائي. إذا كان الاشتباه بمرض بيرتيس قوياً فإنه يتوجب على طبيب الأسرة أن يحيل المريض إلى قسم العظام لوضع دعامات أو جبس وقطع العظم. إن الهدف من هذه العلاجات هو المحافظة على رأس عظمة الفخذ متمركزاً تماماً في التجويف الحقوي خلال مرحلة إعادة تشكل العظم. إن التوقعات المرضية لطفل مصاب بهذا المرض يكون بأحسن أحوالها عندما يراجع في سن مبكرة ومدى الحركة لديه طبيعي، كما تكون التوقعات المرضية في أسوأ حالاتها في الطفل الأكبر سناً الذي يراجع العيادة ولديه مدى الحركة محدود.

انزلاق المشاشة الفخذية الرئيسية Slipped Capital Femoral Epiphysis

يصاب الطفل الذي يعاني من انزلاق المشاشة الفخذية الرئيسية بانزلاق المشاشة الفخذية الرئيسية من الجانب الخلفي والسفلي. إن المريض الأمثل لهذا المرض هو الابن الذكر الذي يتراوح عمره بين ١٠-١٤ سنة، ويكون لديه ألم في الركبة أو الفخذ لمدة عدة أسابيع ويمشي بطريقة يتفادى فيها الألم. يحدث انزلاق المشاشة الفخذية الرئيسية لدى الأطفال الطوال بشكل غير اعتيادي، والنحاف، وعند الفتيات (٤٠٪ من الحالات). إن أسباب معظم حالات انزلاق المشاشة الفخذية الرئيسية غير معروفة، ولكن القليل منها يكون مصاحباً لنقص إفراز الغدة الدرقية وتعاطي هرمون النمو مع حتل عظمي كلوي أو العلاج بالأشعة. تؤثر حالات انزلاق المشاشة الفخذية الرئيسية على كلا الوركين بنسبة ٢٥-٤٠٪ من الحالات وقد تكون مستقرة أو غير مستقرة. يحصل الانزلاق المستقر بشكل تدريجي على عكس الانزلاق غير المستقر الذي يحصل بشكل حاد بعد الرياضة أو بعد الإصابات الأخرى. بينما يقوم الطبيب بفحص الطفل الذي لديه انزلاق مستقر في المشاشة الفخذية الرئيسية محاولاً ثني ورك الطفل فإن الطفل

يدور للخارج ويباعد الورك لكي يتجنب الدوران الداخلي المؤلم. وقد يمشي الطفل وقدمه المصابة متجهة إلى الخارج، أما الطفل الذي لديه انزلاق غير مستقر في المشاشة الفخذية الرئيسية فقد يرفض السماح بأية حركة للورك بسبب الألم الشديد. يتم التشخيص بعمل أشعة أمامية خلفية، وأخرى والفخذ مثنية (وضع ساقى الضفدع). إن الصورة الشعاعية الوحيدة التي يمكن عملها للانزلاق غير المستقر للمشاشة الفخذية الرئيسية هي الصورة الأمامية الخلفية للورك. إن الطبيب الذي يشك أو يشخص حالة انزلاق المشاشة الفخذية الرئيسية يجب أن يحيل الطفل لقسم العظام للمعينة ومن أجل التثبيت الجراحي لرأس عظمة الفخذ. يجب على الطبيب في حالة الشك بالتشخيص أن يوصي بعدم الاعتماد على الورك المصاب حتى يتم عمل تقويم كامل. يحصل للحالة النخر اللاوعائي في معدل ثلث أو أقل من حالات الانزلاق غير المستقر وبشكل أدنى في الحالات الانزلاقية المستقرة. قد يعقد الانحلال الغضروفي أي تنكس (تحلل الغضروف المفصلي السريري) في 5-7% من كل الحالات.

المراجع References

- Hart JJ. Transient synovitis of the hip in children. *Am Fam Physician* 1996;54:1587.
 Loder RT. Slipped capital femoral epiphysis. *Am Fam Physician* 1998;57:2135.
 Ramamurti CP. Orthopedics in primary care. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984:187.
 Richards BS. Slipped capital femoral epiphysis. *Pediatr Rev* 1996;17:69.
 Shaw BA, Gerardi JA, Henrikus WL. How to avoid orthopedic pitfalls in children. *Patient Care* Feb 1999;33(4)95.
 Theophilopoulos EP, Barrett DJ. Get a grip on the pediatric hip. *Contemp Pediatr* 1998;15:43.

تعليم المريض Patient Education

Slipped capital femoral epiphysis. Handout available from AAFP online at www.familydoctor.org.