

EKZAMINIMI ORTOPEDIK PEDIATRIK NGA MJEKU FAMILJAR



Dafna Bytyçi

Specialiste e ortopedisë

Klinika e Ortopedisë dhe
Traumatologjisë
SHSKUK

Instituti i Fiziologjisë
Patologjike
Fakulteti i Mjekësisë
Univeristeti i Prishtinës

Mjekësia familjare është një fushë që ndërlidhet me shumë disiplina tjera klinike, duke integruar njohuritë dhe duke i përdorur ato në mënyrë unike për të ofruar kujdesin parësor mjekësor. Kujdesi parësor është kujdesi shëndetësor që është i arritshëm, gjithëpërfshirës, i koordinuar dhe i vazhdueshëm.

Parandalimi dhe njohja e hershme e sëmundjes janë tiparet thelbësore të disiplinës. Koordinimi dhe integrimi i të gjitha shërbimeve të nevojshme shëndetësore (zvogëlimi i fragmentimit të bartjes së informacionit) dhe aftësitë për të menaxhuar shumicën e problemeve mjekësore iu mundësojnë mjekëve familjarë të ofrojnë kujdes shëndetësor me kosto efektive.

Përveç diagnostikimit dhe trajtimit të sëmundjeve akute dhe kronike, kujdesi parësor përfshin promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve, mirëmbajtjen e shëndetit, këshillimin dhe edukimin e pacientëve. Kujdesi parësor kryhet dhe menaxhohet nga mjeku familjar, duke përdorur profesionistë të tjerë të shëndetit për konsultim ose referim sipas rastit.

Ortopedia pediatrike tani është një sub-specializim i veçantë me specifika që dallojnë nga ortopedia adulte si për nga patologjia ashtu edhe nga qasja klinike. Ky artikull ka për qëllim të përshkruaj një ekzaminim klinik ortopedik të përgjithshëm të fëmijët, duke vendosur theksin në aspektet më relevante për mjekun familjar.

Bazuar në të dhënat e Raportit të punës së Qendrës Kryesore të Mjekësisë Familjare në Prishtinë për vitin 2020, janë kryer 27456 vizita të pacientëve me çrregullime osteomuskulare, mirëpo nuk ka të dhëna sa nga ta janë fëmijë. Ky numër i vizitave tregon që mjeku familjar ballafaqohet relativisht shpesh me pacientë me ankesa të sistemit osteomuskular dhe është e rëndësishme të ndjehet mjaftueshëm kompetent për të zgjidhur ose referuar rastin.

Një studim i botuar në SHBA në 2012 tregoi se nga 1999 në 2009, incidenca e referimeve të pacientëve u dyfishua nga 4.8% në 9.3%, duke treguar një rritje të madhe të shkallës së referimit nga 40.6 milion në 105 milion raste në vit. Nga to, 22.5% e gjendjeve fiziologjike ishin referuar gabimisht si patologjike tek specialisti.

Çrregullimi Zhvillimor i Kërdhokullave

Rasti tipik: Fëmija i parë, femër, shtatzënia ishte normale, por foshnja prezentonte me pelvik dhe lindja u bë me prerje cezariane. Peshja e lindjes ishte 3500 g dhe fëmija është brenda normave të shëndetshëm. Nuk ka histori familjare të ÇZHK ose problemeve të tjeve.

Testet klinike:

- Ortolani:
- Barlow:
- Abduksioni i kërdhokullës i kufizuar
- Diskrepanca në gjatësi

Ekzaminimi ekografik. Cdo dyshim për patologji që vërehet në ekzaminim ekografik është sinjal për të referuar pacientin tek ortopedi pediatrik. Varësisht nga rregullimi ligjor i shëndetësisë, në vende të ndryshme, profesionistë të ndryshëm bëjnë depistimin ekografik për çrregullimin zhvillimor të kërdhokullave.

Në Kosovë, fal vetëdijësimit nga ortopedët pediatrik të mjekëve familjarë dhe pediatriëve rreth rëndësisë së diagnostikimit të hershëm të kësaj patologjie të trajtimit dhe prognoza, si dhe interesimi dhe edukimi i këtyre të fundit, ka bërë që numri i mjekëve që bëjnë këtë ekzaminim të rritet, numri i rasteve që trajtohen me kohë të rritet dhe numri i operacioneve të këta pacientë të zvogëlohet. Bazuar sërish në Raportin Vjetor të punës së Qendrës Kryesore të Mjekësisë Familjare në Prishtinë janë realizuar rreth 7500 ekzaminime ekografike të kërdhokullave. Kjo është një stroie e suksesit për Kosovën.

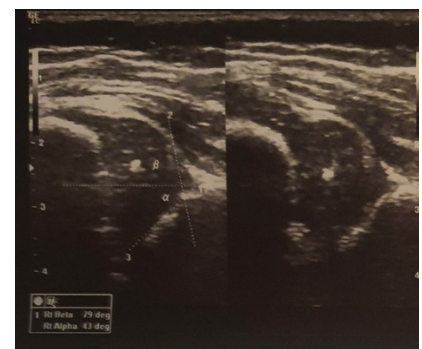


Fig1. a) Testet klinike tek ekzaminimi i kërdhokullave si dhe b)ekografi patologjike e kërdhokullave

Tortikolli kongjenital muskular

Rasti tipik: Lindja e vështirë, fëmija me peshë 3600 gr, prezentimi me pelvik, lindja me prerje cezariane, fëmija mban kokën në një anë.

Tortikolli kongjenital muskular është shkaku më i shpeshtë i animit të kokës të foshnjat dhe fëmijët e vegjël.

Në përgjithësi, incidenca e tortikollit kongjenital muskular është <1% tek të gjitha lindjeve të gjalla. Incidenca është nga 0.3% në lindjet e pakomplikuara

deri në 1.8% te lindjet me prezentim me pelvik.

Qëndrimi tipik i kokës, që vie për shkak se muskuli sternocleidomastoid është i kontraktuar, rezulton në: veshi në anën e kontrakturës është i përkulur kah krahu ipsilateral ndërsa mjekra rrotullohet drejt krahut kontralateral.

Mjeku familjar duhet të përjashtojë shkaqet e tjera të tortikollit dhe të jenë të kujdesshëm sepse ÇZHK është i pranishëm në deri në 20% të pacientëve me tortikolit të lindur muskular.

Trajtimi fillestar konsiston në zgjatje manuale, edukimin e kujdestarit dhe modifikimet mjedisore duke favorizuar anën e prekur. Për rastet rezistente dhe fëmijët që paraqiten pas moshës 12 muajsh indikohet trajtimi operativ.

PEVC (pes equinovarus)– shputat e shtrembëra

Shputat e shtrembëra paraqesin një nga deformitetet më të shpeshta të shputave të të posalindurit, me incidencë 1 në 1000 lindje të gjalla.

Zakonisht diagnostikimi është i shpejtë, pasi që deformiteti i merakos shumë prinderit/kujdestarët të cilët kërkojnë mendimin e mjekut menjëherë.

Klinikisht shputa është e kthyer nga brenda, dhe ka këto komponente: kavus, aduktus, varus dhe ekuinus.

Trajtimi i shputës së shtrembër ka ndryshuar në tri dekadat e fundit duke ju falenderuar metodës së Ponsetit. Sipas kësaj metode deformiteti korrigjohet çdo javë përmes allçive korrigjues. Pastaj gjendja e normalizuar e shputës ruhet përmes ortozave të ndryshme abduktive korrigjuese.

Megjithëse korrigjimi arrihet në pothuajse 95% të rasteve me metodën Ponseti, deri 50% e rasteve kërkohet trajtim i mëtejshëm. Complianca me ortozën pas korrigjimit fillestar zvogëlon shkallën e përsëritjes.

Metoda Ponseti mund të rezultojë në rezultate të favorshme afatgjata në mbi 85% të rasteve.

Roli i mjekut familjar konsiston në referimin e menjehershëm tek ortopedi pediatrik si dhe t' i informoj prindërit/kujdestarët rreth procesit, rëndësisë për compliancë me ortozë dhe prognozës së mirë.



Fig 2. A) Shputat e shtrembëra (PEVC) b) gipsat korrigjues sipas Ponseti

Pareza obstetrike e pleksusit brahial

Rasti tipik: I posalindur me peshë 4250 g, nëna raporton që foshnja nuk po lëviz krahu e tij të djathtë. Shtatzënia ishte normale, por lindja ishte e vështirë për shkak të distocisë së shpatullës së djathtë. Ekipi i lindjes duhej të aplikonte vakum në kokë për të lindur fëmijën.

Shkalla e parezës obstetrike të pleksusit brahial mund të jetë 1 deri 17% , nga to 0.5-1.6% mbesin më shumë se një vit pas lindjes, pra janë perzistene.

Në ekzaminimin fizik, një foshnje me paralizë të pleksusit të sipërm brahial dallohet për shkak të mungesës së lëvizjeve aktive të ekstremitetit të përfshirë gjatë refleksit Moro ,ose refleksi tonik asimetric i qafës. Paraliza e C5 dhe C6 bën që shpatulla të mbahet në aduksion dhe rrotullim të brendshëm, me bërryl në ekstension, parakrah në pronacion dhe kyçin e dorës dhe gishtat në fleksion.

Një foshnje me paralizë të pleksusit të poshtëm brahial ose paralizë totale ka mungesë të refleksit të kapjes. Dora është e dobët, me pak ose aspak lëvizje vullnetare.

Trajtimi konsiston në terapi fizikale specifike si dhe trajtim operativ tek rastet me deficienë të theksuar funksionale.



Fig. 3. Pozita e gjymtyrës tek pareza obstetrike e pleksusit brahial

Çrregullimet torzionale

Çrregullimet torzionale tek fëmijët përfshijnë ecjen nga brenda dhe jashtë

Ecja nga brenda zakonisht shkaktohet nga rotacioni i rritur brendshëm i tibia, anteversioni i shtuar i femurit ose metatarsus aduktus

Ecja nga jashtë shkaktohet më së shpeshti nga rotacioni i jashtëm tibial

Anversioni femoral zakonisht zgjidhet spontanisht pa ndërhyrje. Ortozat, këpucët speciale dhe pajisjet tjera nuk kanë treguar ndonjë përfitim dhe në fakt mund të kenë një ndikim negativ psikologjik më vonë në jetë. Kirurgjia mund të konsiderohet te fëmijët mbi moshën 8 vjeç me një deformim të theksuar funksional ose estetik, anteversion mbi 50 ° dhe rrotullim të brendshëm mbi 80 °. Trajtimi kirurgjik zakonisht konsiston në një osteotomi të derotacionit femoral proksimal ose distal.

Rotacioni i brendshëm tibial zakonisht zgjidhet spontanisht. Këpucët dhe mbajtëset janë përdorur në të kaluarën, por ato nuk rekomandohen më sepse janë treguar të pa suksesshme. Ngjashëm me anteversionin femoral, ndërhyrja kirurgjikale mund të konsiderohet te fëmijët me një deformim të rëndësishëm funksional ose estetik.

Rotacioni i jashtëm tibial rritet me moshën. Indikacionet për ndërhyrje janë të njëjta me ato për rotacion të brendshëm.

Deformimet varus dhe valgus te gjunjëve

Genu varum - këmbët e lakuara në formë te shkornjës O tek fëmijët e vegjël janë shumë të zakonshme. Në shumicën e rasteve, këmbët e lakuara do të drejtohen me rritjen e fëmijës. Nëse këmbët e lakuara nuk drejtohen deri në moshën 3 vjeç, shkakun më i shpeshtë është sëmundja e Blount dhe rakiti.

Genu valgum - këmbët në formë X, konsiderohen fiziologjike në moshën 3-4 vjeç dhe zakonisht tërhiqen spontanisht deri në moshën 7 vjeç.

Genu valgum patologjik përkufizohet si genu valgum që vazhdon ose përkeqësohet në një pacient më të vjetër se 7 vjeç.

Nëse kjo ndodhë, rekomandohet një radiografi gjatë qëndrimit në këmbë për vlerësimin e boshtit mekanik dhe deformimeve këndore të femurit dhe tibia si dhe të referohet tek ortopedi pediatrik.



Fig 4. A) Genu varum b) Genu valgum

Skolioza

Skolioza është një deformim tridimensional i shtyllës kurrizore i karakterizuar nga laka laterale dhe rotacion i vertebraeve.

Forma më e zakonshme është skolioza idiopatike, e cila zakonisht bëhet e dukshme në fillim të viteve të adoleshencës në afërsisht 3 përqind të fëmijëve nën moshën 16 vjeçare.

Organizatet ndërkombëtare të ortopedëve pediatrik rekomandojnë që ekzaminimet për vlerësim të deformitetit të shtyllës kurrizore të jenë pjesë e vizitave rutinore tek mjeku familjar për të gjithë fëmijët nga moshë 10 deri 14 vjeçare. Poashtu rekomandohet që programet e depistimit të bëhen nga personeli i trajnuar mirë, i cili mund të përdorë testin e Adamsit dhe skoliometrin për të identifikuar dhe referuar saktë individët me skoliozë.

Trajtimi varet nga moshë dhe shkallë e lakaesës.

Tek skoliozat nga 10-20 shkallë preferohet terapi fizikale dhe observim.

Kur shkallë e lakaesës është mbi 20° atëherë korzeti korrektues ka treguar rezultate të favorshme të zvogëlaj mundësinë e përkeqësimit të lakaesës.

Ndërsa për lakaesat mbi 40-50° indikohet trajtimi operativ.

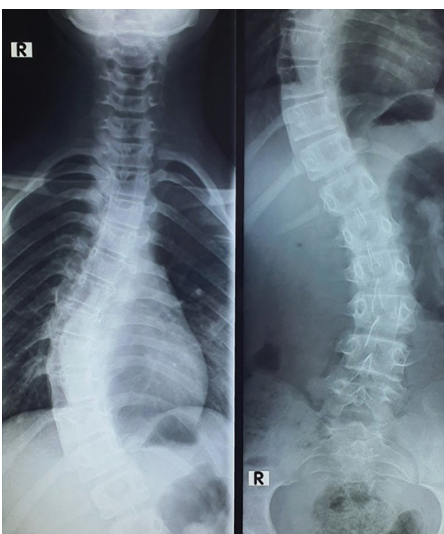


Fig. A) asimetria gjate testit Adams b) radiografia që dëshmon diagnozën

Shputat e rrafshëta

Shputat e rrafshëta janë normale në shumicën e foshnjave dhe fëmijëve të vegjël, pasi harku gjatësor zakonisht nuk zhvillohet deri në moshën 5 vjeçare.

Shumica e deformimeve të shputave të rrafshëta janë asimptomatike. Në rastet kur ka kontrakturë të tendinës së Akilit, atëherë mund të kenë dhimbje dhe lodhje.

Trajtimi është i nevojshëm vetëm nëse pacienti ankohet për dhimbje dhe lodhje, dhe konsiston në vendosjen e shtojcave ortopedike në këpucë të përgaditura sipas pedobarografisë dinamike të kompjuterizuar dhe terapi fizikale. Nëse shkallë e deformimit është e lartë dhe dhimbjet nuk kalojnë indikohet trajtimi operativ.

Përfundim

Ky artikull paraqet vetëm disa nga problemet më të shpeshta ortopedike tek fëmijët me të cilat ballafaqohet mjeku familjar. Puna dhe komunikimi i ndërsjellë mes mjekut familjar dhe ortopedit pediatrik është kyq për preventimin, vlerësimin e vazhdueshëm si dhe suksesin e trajtimit tek fëmijët.

P.S Të gjitha fotografitë janë origjinale, të shkrepura gjatë punës.

Literatura:

1. Mabry-Hernandez I, Tannis C. Screening for adolescent idiopathic scoliosis. *American Family Physician*. 2018.
2. Kuznia AL, Hernandez AK, Lee LU. Adolescent idiopathic scoliosis: Common questions and answers. *Am Fam Physician*. 2020;
3. Rerucha CM, Dickson C, Baird DC. Lower Extremity Abnormalities in Children. *Am Fam Physician*. 2017;
4. Matheny JM, Brinker MR, Elliott MN, Blake R, Rowane MP. Confidence of graduating family practice residents in their management of musculoskeletal conditions. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2000;
5. Brennan FH, Rao AL, Myers RA, Ferderber M, Marcussen B, Mansfield L, et al. Suggested Curricular Guidelines for Musculoskeletal and Sports Medicine in Family Medicine Residency Training. *Curr Sports Med Rep*. 2020;
6. Fallatah S, Felemban M, Farran A, Alharbi L, Borgola S. Awareness of common paediatric orthopaedic problems among paediatricians and family medicine physicians. *J Taibah Univ Med Sci*. 2018;
7. Bergamasco JMP, Chakkour M, Madeiro R, Costa MT, Ferreira RC, Marchi Neto N De. TL 18192 - Perspective on the Ponseti method for the treatment of clubfoot associated with amniotic band constriction syndrome. *Sci J Foot Ankle*. 2019;13(Supl 1):106S.
8. Sielatycki JA, Hennrikus WL, Swenson RD, Fanelli MG, Reighard CJ, Hamp JA. In-Toeing Is Often a Primary Care Orthopedic Condition. *J Pediatr*. 2016;
9. Taylor IK, Burlile JF, Schaeffer EK, Geng X, Habib E, Mulpuri K, et al. Developmental Dysplasia of the Hip: An Examination of Care Practices of Pediatric Orthopaedic Surgeons in North America. *J Pediatr Orthop*. 2020;
10. Hester CM, Jiang V, Bartlett-Esquiland G, Bazemore A, Carroll JK, Devoe JE, et al. Supporting family medicine research capacity: The critical role and current contributions of us family medicine organizations. *Fam Med*. 2019;
11. Babin L, Cormier I, Champagne S, MacIntosh J, Saucier D, Thibault V, et al. Level of patients' knowledge, confidence, and acceptance regarding the role of residents in a family medicine