



Displasia evolutiva dell'anca (DEA) o lussazione congenita dell'anca

La displasia dell'anca è una condizione evolutiva (prima della nascita) dell'articolazione dell'anca in cui la testa del femore non mostra una copertura corretta nell'articolazione dovuta a un'insufficiente formazione dell'acetabolo.

Dato che la testa del femore non è mantenuta saldamente in posizione può diventare suscettibile a una sublussazione o lussazione (dislocazione), ovvero può uscire dalla tasca acetabolare.

La displasia evolutiva dell'anca rappresenta una delle patologie congenite scheletriche più frequenti. Le femmine sono affette più frequentemente rispetto ai maschi.

Come viene a mancare la formazione corretta dell'anca nei neonati?

Nei neonati l'articolazione dell'anca è costituita soprattutto da cartilagine. Nel corso dell'evoluzione fisiologica dei bambini (3 - 9 mesi) la sostanza cartilaginea viene sostituita progressivamente da sostanza ossea. Ciò avviene sia nell'acetabolo, sia nella testa dell'anca (femore). Condizione necessaria per l'ossificazione fisiologica è la posizione corretta della testa femorale all'interno del suo acetabolo.

Quali problemi derivano dalla displasia evolutiva dell'anca a corto- e lungo termine?

La formazione dell'acetabolo e della testa femorale possono essere insufficienti per quanto riguarda la forma e la grandezza dell'articolazione, influenzando negativamente la funzione dell'anca e predisponendo a una lesione femorale (artrosi nell'età adulta).

Quali sono le cause e fattori di rischio che predispongono alla displasia dell'anca?

Le cause della displasia dell'anca sono multifattoriali. Una delle concause sembra essere l'oligoidramnios, cioè lo scarso volume di liquido amniotico che crea una mancanza di spazio per il neonato e una predisposizione genetica.

Come viene fatta la diagnosi di una displasia evolutiva dell'anca?

Il pediatra esamina clinicamente l'anca da tutti i bambini (lattanti) nelle prime settimane di vita (1.-4. settimana). La validità di questa ispezione è limitata, ma comunque utile come prima misura.

Anomalie dell'esame clinico possono essere le seguenti:

- Asimmetria delle pliche cutanee all'interno della coscia e ai glutei
- Posizione della gamba, del bacino e della schiena asimmetrica
- Limitazione, asimmetria della motilità / abduzione delle gambe
- Instabilità dell'anca
- Accorciamento apparente della gamba in questione in caso di lussazione



Accanto alle descritte anomalie dell'esame clinico e la presenza di fattori di rischio l'ecografia delle anche è sempre necessaria e rimane il metodo diagnostico essenziale.

Ecografia

Il medico esamina con un ecografo entrambe le anche del neonato. Per anca (parte) vengono fatte 2 foto dell'ecografia. In base ai valori delle misurazioni effettuate si definiscono gli angoli (Alpha e Beta) con i quali l'anca viene precisamente classificata nella sua tipologia. A seconda del risultato della classificazione ecografica e della tipologia dell'anca viene intrapresa una terapia adatta oppure eseguiti controlli ecografici.

Esame radiografico

Con l'avanzare dell'età, circa dopo 6-8 mesi può venire effettuato un esame radiografico (Rx bacino). Anche qui è importante posizionare correttamente il bambino. La descrizione del tetto acetabolare avviene di solito con l'angolo AC (acetabolare).

Quando diventa necessaria una terapia della displasia dell'anca e quali sono le terapie?

Se i risultati dell'ecografia non corrispondono alla norma è necessario iniziare una terapia (dal tipo IIa – secondo Graf).

Si possono differenziare le seguenti terapie:

Terapia di supporto alla formazione dell'anca:

Finché la testa femorale è centrata e stabile, è sufficiente la terapia col divaricatore (tutore divaricatore Tübinger vedi Fig. 1; bretelle di Pavlik). La durata della terapia dipende dal grado della displasia e dev'essere continuata fino al raggiungere della morfologia matura, fisiologica del tetto acetabolare, di solito 8-12 settimane. Questo processo viene controllato in intervalli regolari con ulteriori ecografie.

Riduzione chiusa (non chirurgica)

Se invece troviamo un bambino con una displasia e con instabilità della testa femorale o dislocazione femorale è necessaria una terapia di riduzione e contenimento nella fossa acetabolare. Esistono diverse opzioni terapeutiche.

Divaricatore di Pavlik. I movimenti naturali del bambino, una volta infilate le gambe nei dispositivi diventano autocorrettivi e fanno rientrare poco per volta la testa del femore. Svantaggio: l'impostazione corretta soprattutto il suo mantenimento nel tempo sono difficili.

Procedura di riduzione incruenta: trazione progressiva Overhead (vedi Fig. 2). Vengono montate 2 barre al lettino, connesse con una barra trasversale sopra al letto. Alle gambe del bambino vengono applicati cerotti adesivi che a loro volta vengono collegati a dei pesetti. Questi vengono poi aumentati progressivamente per allentare la tensione dei muscoli e preparare la riduzione incruenta della testa femorale.

Terapia di ritenzione successiva



Gesso divaricatore pelvi-podalico Fettweiss. Questo rimane per circa 4 settimane seguito solitamente da un ulteriore tutore divaricatore. La posizione dell'anca dopo la riduzione viene controllata con una risonanza magnetica in sedazione o anestesia.

Riduzione aperta (chirurgica)

Se la riduzione incruenta (non chirurgica) non ha avuto successo si procede con una riduzione cruenta (chirurgica) per riposizionare la testa del femore nella posizione corretta. Al fine di ottenere una stabile riposizione a volte bisogna eseguire correzioni ossee. Il risultato viene di nuovo mantenuto con un gesso divaricatore.

Quali altre terapie esistono per bambini e giovani ragazzi?

In caso una displasia dell'anca non sia stata diagnosticata in età neonatale, saranno necessari trattamenti chirurgici delle ossa (osteotomie) per i bambini più grandi, giovani ragazzi o adulti.

Esistono diversi trattamenti chirurgici al femore e al bacino per migliorare la forma dell'articolazione.

Quando vengono effettuati i controlli?

Tutte le displasie acetabolari, dopo essere state trattate sufficientemente, vengono controllate durante la crescita nell'ambulatorio di ortopedia pediatrica per escludere tempestivamente un raro peggioramento secondario dell'articolazione femorale.

I controlli clinici e radiologici avvengono nel momento in cui il bambino inizia a camminare e in seguito all'età di 6 e 12 anni circa.



Fig. 1: maturazione dell'anca nel divaricatore Tübinger (ortesi per flessione e abduzione dell'anca)



Fig. 2: trazione progressiva Overhead dell'anca dislocata

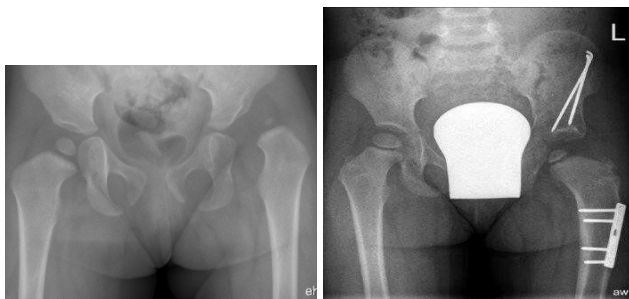


Fig. 3: dislocazione completa dell'anca sinistra

Fig. 4: controllo dopo riduzione chirurgica con osteotomie correttive al femore e bacino



Foglio informativo Ortopedia pediatrica

