

برخورد بالینی با جوانان و نوجوانان مبتلا به درد هیپ

Clinical Approach to Youngsters and Teenagers with Hip Pain

در دو دهه اخیر ارزیابی درد هیپ در جوانان نسبت به گذشته تغییرات زیادی کرده است. یافته‌ها و تشخیص‌های بالینی در این حوزه به سه دلیل عمده متنوع‌تر شده است؛ (۱) استفاده بیشتر از روش‌های تشخیصی جدید، به خصوص ام‌آر‌آی و آرتروسکوپی مفصل هیپ، (۲) افزایش تمایل جوانان و نوجوانان به انجام فعالیت‌های ورزشی حرفه‌ای در کشورهای مختلف، (۳) مطرح شدن یک بیماری خاص به نام ایمپینجمنت فمورو استابولار از سال ۲۰۰۰ میلادی (جدول ۱).

علائم و نشانه‌ها

بیماران معمولاً زمانی به پزشک مراجعه می‌کنند که درد هیپ سبب بروز مشکل در انجام فعالیت‌های روزمره و یا ورزشی آن‌ها شده باشد. اگرچه در بیشتر آسیب‌شناسی‌های داخل مفصلی هیپ، کشاله ران مورد توجه است ولی محل درد ذکر شده توسط بیمار دارای اهمیت است زیرا درد کناره‌های مفصل، باسن و حتی سطح قدامی-داخلی زانو در مسیر عصب‌دهی اتراتور ممکن است مرتبط با هیپ باشد. بیماران مبتلا به ایمپینجمنت فمورو و استابولار معمولاً یک ناحیه به شکل حرف C انگلیسی را



Corresponding author:
Ali Parsa; MD

E-mail: parsaa@mums.ac.ir

نویسنده مسئول: دکتر علی پارسا؛

استادیار ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی
مشهد، مشهد، ایران

How to cite this article: Ali Parsa.
Clinical Approach to Youngsters
and Teenagers with Hip Pain. J
Mashhad Med Counc 2016;20:
118-20.

جدول ۱. تشخیص‌های افتراقی درد هیپ در جوانان و نوجوانان

داخل مفصلی	خارج مفصلی
استخوانی: FAI دیسپلازی‌های مفصل شکستگی‌ها و دررفتگی بیماری پرتس عفونت مفصل بافت‌مردگی بی‌خونی سر استخوان ران نسخ نرم: پارگی‌های لبروم ضایعات غضروفی آسیب‌های لیگامان ترس	عضلات: آسیب‌های عضلات ابداکتور پارگی‌های گلوئوس عصبی: سندرم پیریفورمیس سیاتیکا آزردگی عصب جلدی-رانی خارجی آزردگی عصب اتراتور تاندونی: تاندونیت پسواس سندرم سایش ایلئوتیبیال باند بورس: بورسیت تروکانتریک رباط: کشیدگی‌های رباط مغبنی کشیدگی رباط خاصره‌ای رانی (کپسول مفصلی) درد/رجاعی: ستون فقرات کمری زانو پاتولوژی غیر عضلانی اسکلتی

یوگا در کشورهای دیگر با پارگی‌های لیبروم مفصل هیپ همراه است و همچنین در ورزشکاران دو میدانی، سندرم سایش ایلئوتیبیال شایع است که یک پاتولوژی خارج مفصل هیپ محسوب می‌شود. در زمان معاینه بیمار به نحوه ایستادن و راه رفتن آن‌ها باید توجه کرد. بیمار در هنگام راه رفتن کف پای سمت مبتلا را به دلیل درد نسبتاً زیاد به مدت کمتر از حد معمول در تماس با کف زمین نگه می‌دارد و گام‌های آن کوتاه‌تر است. هرگونه لنگش در بیمار مهم و نیاز به بررسی دقیق دارد. اگر درد در هنگام لمس لندهمارک‌های آناتومیک مشخص تشدید شود، معمولاً پاتولوژی‌های خارج مفصلی مطرح می‌شوند. برای نمونه؛ دردی که با معاینه تروکانتر بزرگ تشدید شود، به بورسیت تروکانتریک و یا سندرم فرسایش ایلئوتیبیال باند باید توجه کرد. به‌علاوه، در بیمار با تندرینس باسن و سابقه فعالیت ورزشی ممکن است پارگی‌های عضله گلوئوس مدیوس عامل درد باشد یا در بیمار با تندرینس لوکالیزه در لترال به باندل عروقی عصبی فمورال در زیر لیگامان اینگوینال باید تاندینیت پسواس در نظر گرفته شود.

در معاینه محدوده حرکتی یک تفاوت اساسی بین محدوده حرکتی فعال و غیرفعال وجود دارد. محدوده حرکتی فعال هیپ یک فاکتور کمک‌کننده در ارزیابی قدرت عضلانی است و در صورت محدودیت در هر جهت باید گروه عضلات مسئول در مرحله بعد معاینه شوند. از سوی دیگر، محدودیت حرکات غیرفعال مفصل هیپ بیان‌کننده مشکلات داخل مفصل و نسج نرم پیرامون آن هستند که در این گروه سنی آسیب لیبروم یا غضروف مفصلی و FAI دارای اهمیت هستند. به منظور تشخیص کامل داخل مفصلی هیپ از پیرامون آن، معاینه باید با دو تست مؤثر؛ (۱) تست فابر (تصویر ۲) و (۲) تست ایمپینجمنت قدامی (فلکشن، اداکشن و اینترنال روتیشن) ادامه یابد. تست‌های فابر و ایمپینجمنت قدامی دارای بیش از ۹۰ درصد حساسیت و ویژگی در تشخیص مشکلات داخل مفصلی و به‌خصوص FAI هستند.

آزمایش و تصویربرداری

اگر بیمار دچار بیماری خاص سیستمیکی نباشد، انجام آزمایش CBC به عنوان بررسی اولیه و رادیوگرافی قدمی-خلفی لگن برای تصویربرداری کافی است. با انجام رادیوگرافی ساده لگن با کیفیت مناسب مواردی مانند شکستگی‌ها، عوارض تروما، دیسپلازی استخوان و بیماری پرتس یا دررفتگی مادرزادی هیپ تا حدود زیادی مشخص می‌شود.

درمان

با ارزیابی اولیه شرایط بیمار باید درمان فوری شکستگی‌ها، دررفتگی‌ها، آرتريت سپتیک و لغزش اپیفیز سر فمور (SCFE) شناخته شود. لگن امکان مغفول ماندن مواردی مانند سندرم ایمپینجمنت فمور و استابولار وجود دارد زیرا در بیشتر مواقع معاینه اولیه توسط غیر ارتوپد انجام می‌شود. در حالی که نکات مثبت رادیوگرافی ساده نیاز به دقت و اندازه‌گیری زاویه الفا، CEA و غیره دارد. به‌علاوه، اگرچه حدود ۸۸ درصد بیماران مبتلا به FAI از درد کشاله ران رنج می‌برند ولی درد لترال هیپ در ۶۷ درصد بیماران، درد قدام ران در ۳۵ درصد موارد و درد باسن، زانو و کمر در حدود ۳۰ درصد بیماران

مجاور هیپ نشان می‌دهند (تصویر ۱). در سنین جوانی و نوجوانی درد لوکالیزه در سطح بالایی-خارجی ران می‌تواند بورسیت تروکانتریک و یا سندرم سایش باند ایلئوتیبیال باشد. برای تشخیص بیماری جوان ورزشکاری که با درد شدید کناره داخلی ران به پزشک مراجعه می‌کند، باید به آسیب‌های عضلات اداکتور توجه کرد. زمانی که بیمار از درد باسن با انتشار به اندام‌های دیگر شکایت می‌کند و یا هنگامی که درد در بالای لیگامان اینگوینال متمرکز است و در محدوده هیپ نیز پخش می‌شود، توجه به مشکلات ستون فقرات لومبار و جراحی عمومی و ارولوژی ضروری است. در اکثر مواقع درد مفصل هیپ، درد مبهم با تشدید گاهگاهی است، لذا در مواجهه با دردهای شدید تیرکشنده و یا همراه با احساس برق‌گرفتگی یا گزگز، نباید به پاتولوژی سایر نواحی بی‌توجه بود.



تصویر ۱. ناحیه درد در بیماران مبتلا به ایمپینجمنت فمور و استابولار

شرح حال تولد و وجود ریسک فاکتورهای دیسپلازی هیپ حائز اهمیت است و باید پاتولوژی مربوطه مجدداً بررسی شود. بیماری‌های غددی و امکان ایجاد لغزش صفحه رشد سر فمور در بیماران با وزن زیاد باید مورد توجه قرار گیرد. در صورتی که بیمار سابقه مصرف استروئید، بیماری‌های هماتولوژیک مثل انمی سیکل سل و برخی بیماری‌های ذخیره‌ای را داشته باشد، نیاز به بررسی استئونکروز سر فمور است.

در هنگام مراجعه ورزشکاران حرفه‌ای و نیمه حرفه‌ای، توجه به برخی تشخیص‌ها در الویت قرار دارد. برای نمونه؛ انجام ورزش‌هایی مانند فوتبال و ژیمناستیک در ایران و هاکی، اسکی، موج سواری و



تصویر ۲. تست فابر به منظور تشخیص کامل داخل مفصلی هیپ

به تشخیص صحیح بیماری کمک می‌کند، (۳) اگر مورد بررسی شده دارای فوریت نباشد، درمان کنزرواتیو شامل؛ تجویز ضد التهاب غیر استروئیدی، تغییر و تعدیل فعالیت‌های فیزیکی و فیزیوتراپی، می‌تواند تا سه ماه ادامه یابد، (۴) در صورتی که در این گروه سنی، بیمار بیش از سه ماه از درد هیپ رنج ببرد، به‌منظور بررسی دقیق‌تر باید به متخصص ارجاع شود.

مشاهده می‌شوند. بنابراین، بسیاری از بیماران با شکایت از درد در چند ناحیه به پزشک مراجعه می‌کنند که در این موارد تشخیص بیماری آسان نخواهد بود. در هنگام برخورد با این بیماران توجه همکاران پزشک غیر ارتوپد به چهار نکته اساسی حائز اهمیت است؛ (۱) درد پایدار هیپ در جوانان یا نوجوانان قابل چشم‌پوشی نیست، (۲) ارزیابی کلینیکی و تصویربرداری ساده و دقیق تا ۹۸ درصد

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (۳۰۰۰۷۸۳۸) ارسال فرمایید.

کد مقاله: ۷۲۰۷ نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

References

1. Ward D, Parvizi J. Management of Hip Pain in Young Adults. *Orthop Clin North Am* 2016;47:845-96.
2. Fernandez M, Wall P, O'Donnell J, Griffin D. Hip Pain in Young Adults. *Aust Fam Physician* 2014;43:205-9.