

Ακτινολογικός τακτικός έλεγχος για την πρόληψη εξαρθήματος ισχίου στα παιδιά με Εγκεφαλική Παράλυση στο CPUP

Τα παιδιά με Εγκεφαλική Παράλυση (ΕΠ) εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εξαρθήματος του ισχίου. Χωρίς πρόγραμμα «επιτήρησης» (τακτικού επανελέγχου), σε συνδυασμό με συνεπακόλουθη θεραπεία ανάλογα με τις ενδείξεις, 10-20% όλων των παιδιών με ΕΠ θα εμφανίσουν εξάρθημα ισχίου. Διάφοροι παράγοντες κινδύνου έχουν αναγνωρισθεί*, αλλά και παιδιά χωρίς αυτούς τους αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου, διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν εξάρθημα ισχίου. Για την πρόληψη του εξαρθήματος ισχίου, τα ισχία ενός παιδιού με ΕΠ, θα πρέπει να παρακολουθούνται σε τακτική βάση, τόσο κλινικά όσο και ακτινολογικά, για ολόκληρη την περίοδο σκελετικής ανάπτυξης.

* Παράγοντες κινδύνου

- Επίπεδα GMFCS III – V
- Σκολίωση
- Παραμόρφωση ισχίων τύπου windswept (ένα ισχίο σε σύγκαμψη προσαγωγής και το άλλο ισχίο σε σύγκαμψη απαγωγής)
- Σύγκαμψη προσαγωγής – κάμψης
- Σπαστικότητα των προσαγωγών και καμπτήρων ισχίου

Πρόγραμμα τακτικού επανελέγχου

Το πρόγραμμα βασίζεται **στην ηλικία του παιδιού και στο επίπεδο GMFCS**. Τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης θα πρέπει επίσης να συνεκτιμώνται στη συνολική αξιολόγηση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, θα προκύπτει ανάγκη απόκλισης από το πρόγραμμα και τις γενικές κατευθυντήριες οδηγίες του και (θα προκύπτει ανάγκη) συχνότερων επανεκτιμήσεων των ασθενών.

GMFCS I	Δεν απαιτείται ακτινολογικός έλεγχος, εκτός κι αν παρατηρηθεί επιδείνωση στο ισχίο ή/και στη σπονδυλική στήλη κατά τις κλινικές επανεκτιμήσεις.
GMFCS II	Ακτινολογικός έλεγχος σε ηλικία 2 και 6 ετών. Αν το ποσοστό μετανάστευσης (Migration Percentage, MP) < 33%, και δεν παρατηρηθεί επιδείνωση κατά τις κλινικές επανεκτιμήσεις, δεν απαιτούνται επιπλέον ακτινολογικοί έλεγχοι.
GMFCS III – V	Ακτινολογικός έλεγχος αμέσως μετά από επιβεβαιωμένη/πιθανή διάγνωση Εγκεφαλικής Παράλυσης, και στη συνέχεια ετήσιοι ακτινολογικοί έλεγχοι, μέχρι την ηλικία 8 ετών. Μετά την ηλικία 8 ετών, τα χρονικά μεσοδιαστήματα μεταξύ ακτινολογικών ελέγχων καθορίζονται εξατομικευμένα, με βάση τα αποτελέσματα των προηγούμενων κλινικών και ακτινολογικών εξετάσεων. Παιδιά ηλικίας > 8 ετών με φυσιολογική ακτινογραφία ισχίων για αρκετά χρόνια και χωρίς επιδείνωση κλινικής εικόνας κατά τις επανεκτιμήσεις, συστήνεται να υποβάλλονται σε ακτινολογικό έλεγχο ισχίων ανά 2 έτη, μέχρι την ολοκλήρωση της σκελετικής ανάπτυξης.

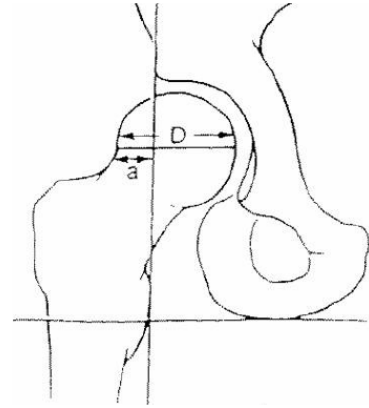
Παιδιά με αμιγή αταξία ή αθέτωση σε Επίπεδα GMFCS II-III και χωρίς επιδείνωση κατά τις κλινικές επανεκτιμήσεις ίσως να μπορούν να εξαιρεθούν από περαιτέρω ακτινολογικούς ελέγχους – με την προϋπόθεση ότι η πρώτη ακτινολογική εξέταση ήταν φυσιολογική.

Σχόλια

Ο βαθμός της πλάγιας (προς τα έξω) παρεκτόπισης του ισχίου προσδιορίζεται με το ποσοστό μετανάστευσης του Reimers (Reimers' Migration Percentage) (MP)

$$MP = a/D \times 100$$

- Ισχία με $MP < 33\%$ θα πρέπει μόνο να παρακολουθούνται σε βάθος χρόνου, με βάση το πρόγραμμα
- Σε ισχία με $MP 33-40\%$, η κλινική εξέταση και η εξέλιξη του MP σε βάθος χρόνου προσδιορίζουν το αν θα πρέπει να αποφασιστεί προληπτική χειρουργική θεραπεία (για την πρόληψη του εξαρθήματος ισχίου)
- Τα περισσότερα ισχία με $MP > 40\%$ χρειάζονται χειρουργική θεραπεία για την πρόληψη μεγαλύτερης παρεκτόπισης του ισχίου



Δόση ακτινοβολίας

Η δόση ακτινοβολίας μιας ακτινογραφίας λεκάνης-ισχίων είναι ισοδύναμη με τη δόση ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεται ο μέσος άνθρωπος (Σουηδός)(από την ακτινοβολία που φυσιολογικά υπάρχει στο περιβάλλον) σε διάστημα 2 εβδομάδων. Οι υπολογισμοί βασίζονται σε άτομα που ζυγίζουν 40 κιλά. Τα μικρά παιδιά εκτίθενται σε μικρότερη δόση, ενώ οι ενήλικες εκτίθενται σε δόση ακτινοβολίας ισοδύναμη με έκθεση στη φυσιολογική ακτινοβολία περιβάλλοντος για 8 εβδομάδες.

Μετάφραση από κείμενο του Gunnar Hägglund