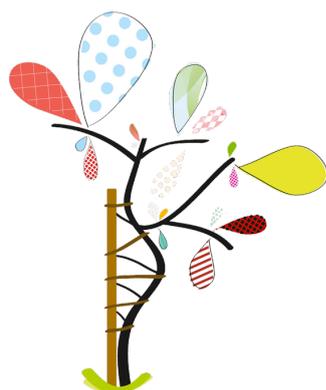


Prendersi cura di un bambino con un divaricatore in flessione tipo Hip-Med/Coxaflex

Guida per i genitori



Contenuti: Dr.ssa Giada Salvatori, Dr. Manuele Lampasi, Dr.ssa Camilla Bettuzzi

Contatti: dr.giadasalvatori@gmail.com

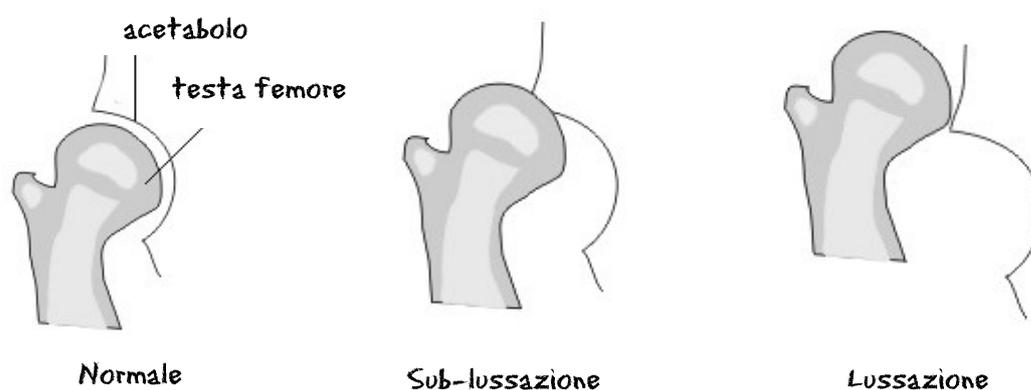
Capire la displasia evolutiva dell'anca

Che cos'è la displasia evolutiva dell'anca (DEA)?

L'anca è un'articolazione costituita da una sfera convessa e liscia (testa del femore) che ruota in una concavità (acetabolo).

Nella displasia dell'anca tali strutture non si sviluppano correttamente e sono presenti delle anomalie a livello della testa del femore, dell'acetabolo o delle altre strutture di supporto all'articolazione (capsula, ecc).

Come risultato, i rapporti tra l'acetabolo e il femore vengono alterati. Nelle forme più lievi di displasia dell'anca, è ancora presente il centraggio del femore nell'acetabolo, anche se la conformazione non è ottimale. Nelle forme più severe (sublussazione e lussazione) il centraggio è sempre più compromesso.



Perché si verifica la Displasia evolutiva delle anche?

La DEA si verifica in 1-2 casi ogni 1000 bambini. Le femmine sono più colpite rispetto ai maschi!

Alcuni fattori possono aumentarne il rischio:

- Familiarità per displasia delle anche
- Oligoidramnios
- Presentazione podalica

In generale, quel che accade è che la posizione assunta dagli arti inferiori del feto in gravidanza provoca una spinta anomala sull'articolazione dell'anca provocandone uno sviluppo alterato.

E' bene precisare che la displasia non può essere prevenuta e non è colpa di nessuno.

Che significato hanno gli angoli?

Nei bambini piccoli, le strutture dell'anca sono in gran parte costituite di cartilagine e per tale motivo l'indagine migliore per visualizzarle è l'ecografia.

Nel corso dell'esame vengono misurati alcuni angoli (alfa, beta), che aiutano nella scelta del trattamento. L'angolo che più aiuta è l'angolo alfa, che è considerato normale quando uguale o maggiore di 60°. Al di sotto di questo valore si parlerà di displasia o, via via, di sublussazione o lussazione.

Nel corso del trattamento il medico potrà decidere di utilizzare anche il supporto di un esame radiografico.

Il trattamento è necessario?

Se il tuo bambino è nato con la DEA il trattamento sarà più efficace quanto prima verrà intrapreso.

Il primo trattamento di solito è rappresentato dai divaricatori, apparecchi ortopedici con la funzione di mantenere le gambe nella posizione migliore per consentire all'anca di svilupparsi correttamente.

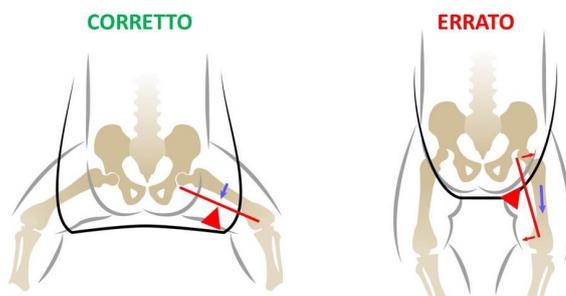
Fra i tutori di più comune utilizzo troviamo i divaricatori in flessione: ne esistono modelli differenti (Hip-Med, Coxaflex, Tübingen). Il tuo bambino potrebbe aver bisogno di utilizzare uno di questi divaricatori per diverse settimane o mesi e questo trattamento potrebbe essere sufficiente a risolvere la problematica. Alcuni bambini però potrebbero non rispondere al trattamento, anche se correttamente eseguito. In questi casi potrebbero essere necessari altri provvedimenti (cambio di tutore, gessi, chirurgia).



Concetto chiave:

La posizione che favorisce il centraggio della testa del femore nel suo contenitore (l'acetabolo), consentendone la corretta maturazione è quella in cui le anche sono piegate ("flessione") e divaricate ("abduzione").

Al contrario, l'estensione degli arti e la chiusura ne favoriscono la fuoriuscita. Questo è un concetto chiave che vi guiderà nei comportamenti quotidiani e nella scelta del vestiario.



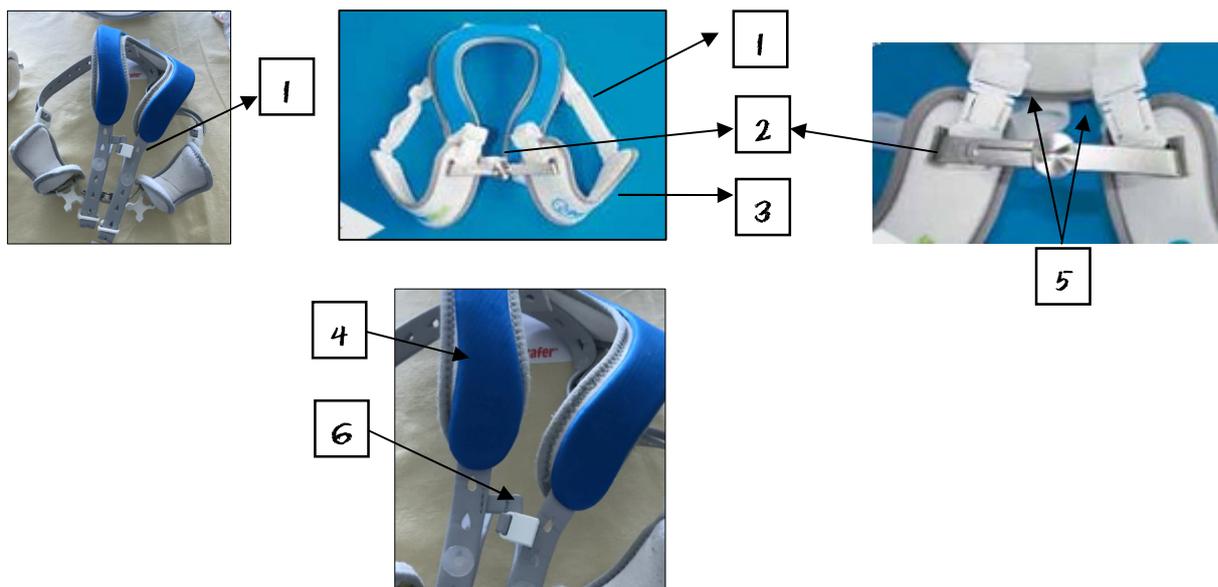
*le immagini sono tratte dal sito
International Hip Dysplasia Institute



I divaricatori Hip-Med e Coxaflex

Che cosa sono?

I divaricatori Hip-Med e Coxaflex sono presidi costituiti da un sistema di cinture regolabili (1), una barra divaricatrice a regolazione continua (2) e da due valve di contenzione per le cosce (3). Il collare (4) è collegato alle valve per le cosce (3) mediante le cinture regolabili (1) e degli agganci o fibbie anteriori (5). Le cinture regolabili anteriori sono collegate tra loro mediante una fibbia (bianca) pettorale (6).



Il sistema di cinture assicura la flessione dell'anca fra i 90° e i 100° e la barra impedisce la chiusura delle gambe consentendo un'apertura fra i 45° e i 50° .



Questo divaricatore è parzialmente dinamico, in quanto consente qualche movimento delle anche in flessione al di sopra delle valve di contenzione per le cosce.

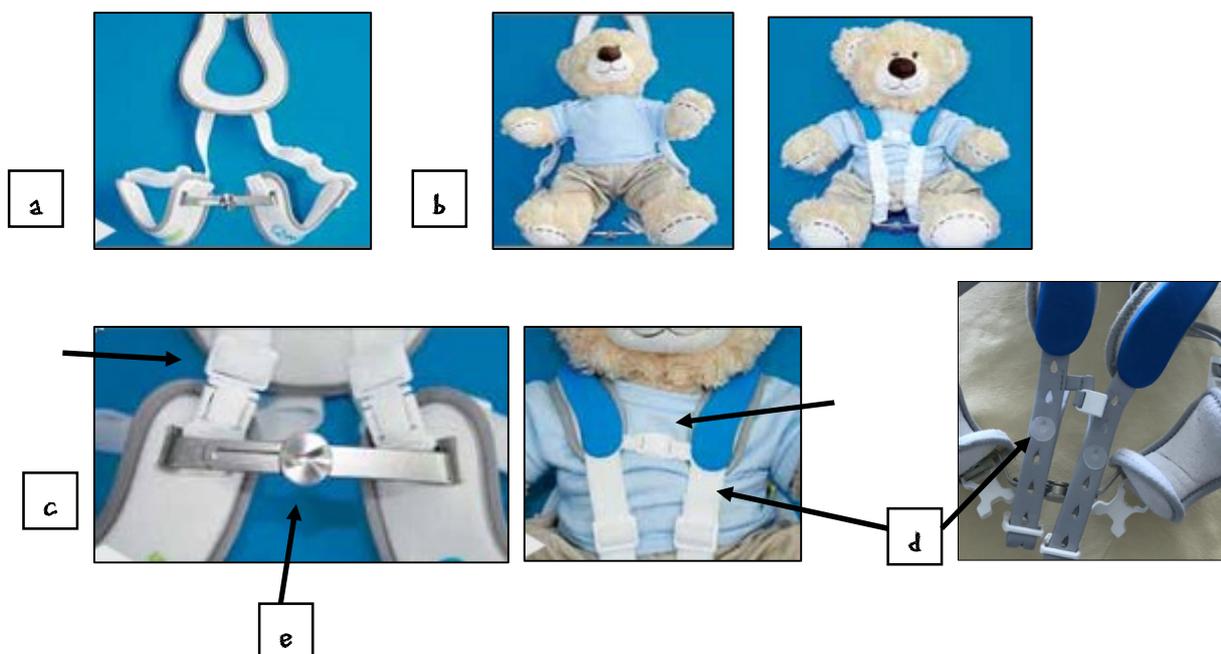
La regolazione iniziale viene effettuata dai medici, che stabiliscono la posizione migliore per la maturazione delle anche.

E' importante che le famiglie ne comprendano il corretto utilizzo: un divaricatore troppo stretto potrebbe provocare danni, un divaricatore troppo largo non agirà efficacemente.



Tecnica di applicazione:

- a. Stendere davanti a sé l'ortesi con la protezione (blu) per il collo verso l'alto. Aprire la fibbia bianca pettorale (6). Aprire le due fibbiette anteriori delle valve per le gambe (5).
- b. Adagiare il bimbo sulle cinture e infilargli le bretelle sulle spalle. Posizionare le cosce del bambino nelle valve per le gambe.
- c. Chiudere le fibbiette anteriori sulle valve per le gambe (5) e poi la fibbia bianca sul petto (6).
Posizionare la chiusura pettorale il più in basso possibile. Tenere la parte blu del collo il più alta possibile.
- d. Le cinture regolabili cambiano in base al modello: possono essere presenti semplici cinturini a scorrimento o cinture con i fori (in questo caso i fori sono doppi con diverso diametro sulla parte superiore e inferiore).
- e. La vite zigrinata consente la regolazione della divaricazione senza l'ausilio di appositi attrezzi.
- f. Una volta effettuata la regolazione iniziale della vite zigrinata e delle cinture regolabili, segnare con un pennarello la regolazione, in modo da poterla riprodurre in caso di necessità di riapplicare il tutore a domicilio.



Tecnica di rimozione:

- a. In caso di necessità di rimuovere il tutore, col bimbo sdraiato a pancia in su, sganciare la fibbia bianca pettorale (6).
- b. Aprire le due fibbiette anteriori delle valve per le gambe (5).
- c. Ribaltare il collare verso l'alto.
- d. Fare uscire il bimbo dal divaricatore



Problemi più frequenti da monitorare:

- Rischio di arrossamenti a livello della piega dietro il ginocchio, all'inguine e dietro il collo o la schiena. Nelle sedi di frizione è utile inserire una calza (o maglia) di cotone tra cute e tutore, o in alternativa dell'ovatta.
- Se il tuo bambino cresce molto rapidamente il rischio è che le gambe del bambino escano dai cosciali o la flessione delle anche nel tutore sia eccessiva. In questo caso, la flessione deve essere diminuita. Contattate il reparto per le opportune modifiche.
- Se osservate una drastica diminuzione dei movimenti delle gambe del bambino (come se fossero "paralizzati") avvisate subito il reparto
- Se il divaricatore è troppo stretto o troppo largo, contattate il reparto

Il divaricatore può essere rimosso?

Dipende dalla stabilità delle anche.

Se le anche si trovano ancora in una situazione di instabilità, sarà necessario indossare il divaricatore 24 ore al giorno per consentire alle strutture di guarire al meglio, e sarà consigliato non rimuoverlo mai (nemmeno per il bagnetto). In questo caso, dovrete effettuare l'igiene con una spugna e una bacinella.

Se invece le anche sono già più stabili o semplicemente displasiche, sarà possibile rimuovere il divaricatore per pochi minuti al giorno per i cambi dei vestiti o per il bagnetto.

E per vestirlo?

A seconda della condizione in cui si trovano le anche (vedi sopra), il medico consiglierà di mantenere il divaricatore sempre (a) o consentirà di rimuoverlo per pochi minuti (b).

a. Nel primo caso (divaricatore sempre), è consigliabile mettere i vestiti sopra il divaricatore.

Sotto il divaricatore, potete mettere solo body e calze. Meglio utilizzare calze lunghe (tagliate nella parte inguinale) che proteggano la cute dal contatto diretto con il divaricatore. Evitate i collant, che contrastano l'apertura degli arti.

Sopra il divaricatore, evitate tutti gli indumenti che contrastino l'apertura delle cosce. Saranno necessari vestiti più larghi che non contrastino l'apertura (tutine con bottoni nella parte inferiore e di taglie più abbondanti, gonne).

Non potendo cambiare il body (per i giorni in cui il divaricatore non potrà essere rimosso), consigliamo di usarne uno di colore scuro e di portare un body di ricambio ad ogni controllo medico.

In caso di assoluta necessità di cambiarlo, sarà comunque possibile effettuarlo seguendo le istruzioni per togliere e rimettere il divaricatore (vedi sopra), ma sarà opportuno che uno dei due genitori mantenga nel frattempo le anche nella posizione corretta.

b. Nel secondo caso (divaricatore rimovibile), è possibile mettere i vestiti sotto il divaricatore.



Per cambiare il pannolino?

Il pannolino va posizionato sotto il divaricatore. Se i vestiti sono stati posizionati sopra il divaricatore, è possibile cambiare il pannolino senza rimuovere il tutore, altrimenti va rimosso. Nel cambio, non trazione il piccolo per le gambe, cercate di sollevarlo dal sedere.

Se il divaricatore si sporca, usate un detergente delicato. L'imbottitura del collo e delle valve dei cosciali è estraibile e lavabile a 30°

Per tenerlo in braccio?

Tenete in braccio il bambino col tutore, in posizione simmetrica e senza tirarlo per una gamba. Meglio sostenere il piccolo con una mano al centro del pannolino.



E per allattare?

Alcune posizioni possono agevolare l'allattamento a gambe divaricate col tutore.

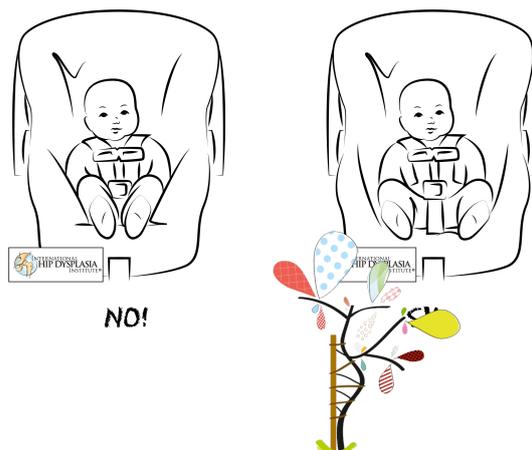


Posso mettere il piccolo a pancia in giù?

Sì, può essere utile (anche per dare sollievo alla pelle della schiena). Di giorno, quando non dorme, posizionate il bambino qualche minuto in posizione prona (a pancia in giù) a gambe divaricate col tutore.

E per il trasporto?

Dovranno essere preferiti i seggiolini (da macchina) e i passeggini con seduta larga o con modifiche che consentono l'apertura delle anche richiesta dal divaricatore.



C'è qualche dotazione che dovrei evitare?

Evitate Marsupi o fasciature che chiudono le gambe.



Per quanto tempo il bambino dovrà indossare il divaricatore?

Dipende dal grado di severità. In generale andrà indossato tra i 2 e i 3 mesi; spesso, crescendo sarà necessario passare a un divaricatore differente.

In qualche caso, quando il risultato sperato non è ottenibile, il medico potrà decidere di sospendere il trattamento e prescrivere un altro tipo di divaricatore oppure cambiare tipo di trattamento (trazione, gesso, chirurgia).

Come faccio a sapere se il divaricatore sta funzionando?

Verranno programmati dei controlli periodici per verificare il corretto posizionamento del divaricatore e l'evoluzione della patologia. La frequenza dei controlli può variare in base alla severità della patologia. L'esame ecografico e quello radiografico sono utilizzati per monitorare la progressione del trattamento.

Cosa succede se la situazione non migliora con il divaricatore?

Il tuo medico ti parlerà a ogni controllo spiegandoti come stanno evolvendo le anche del tuo bambino. Se le anche non si stanno sviluppando correttamente nonostante il trattamento con il divaricatore, questo verrà rimosso. Il tuo medico ti parlerà delle diverse opzioni terapeutiche.

Cosa succede quando il trattamento è risultato efficace e il divaricatore rimosso?

Il tuo bambino può sentirsi scomodo senza tutore e potrebbe piangere durante la notte. Per un paio di giorni potrebbe dormire con le gambe a "ranocchietta".

Evitate comunque di utilizzare girelli. Il nuoto è un favoloso esercizio per il tuo bambino in questa fase!

Serviranno altri controlli?

Il medico vi spiegherà che per i quadri di displasia vera e per le sublussazioni e lussazioni, anche se la situazione si è risolta, le anche dovranno essere controllate periodicamente sia con una visita clinica che con periodiche radiografie. In particolare le età più critiche per lo sviluppo (e in cui sarà necessario ripetere le radiografie) saranno all'inizio del cammino (intorno all'anno di età), verso l'età di 3-5 anni e all'età della pubertà.

