

ORTOPEDIE ȘI TRAUMATOLOGIE PENTRU ASISTENȚI MEDICALI

Marius Niculescu, Monica Moldoveanu

Copyright © 2014 Editura ALL

MARIUS NICULESCU

MONICA MOLDOVEANU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

NICULESCU, MARIUS

Ortopedie și traumatologie pentru asistenți medicali /

Marius Niculescu, Monica Moldoveanu. – București:

Editura ALL, 2014

ISBN 978-606-587-318-6

I. Moldoveanu, Monica

617.3

616-001

Toate drepturile rezervate Editurii **ALL**.

Nicio parte din acest volum nu poate fi copiată

fără permisiunea scrisă a Editurii **ALL**.

Drepturile de distribuție în străinătate aparțin editurii.

All rights reserved. The distribution of this book outside

Romania, without the written permission of **ALL**,

is strictly prohibited.

Copyright © 2014 by **ALL**.

Editura **ALL**:

Bd. Constructorilor nr. 20A, et. 3,

sector 6, cod 060512 – București

Tel.: 021 402 26 00

Fax: 021 402 26 10

Distribuție: 021 402 26 30;

021 402 26 33

Comenzi: comenzi@all.ro

www.all.ro

Redactare: Dr. Bianca Vasilescu

Tehnoredactare: Liviu Stoica

Corectură: Carmen Stoica

Design copertă: Alexandru Novac

ORTOPEDIE ȘI TRAUMATOLOGIE PENTRU ASISTENȚI MEDICALI

PREFAȚĂ

Ortopedia este o specialitate chirurgicală care își datorează numele și definiția de bază lui Nicholas Andry, Profesor de Medicină la Universitatea din Paris; acesta folosește pentru prima dată denumirea de *ortopedie* în titlul unei cărți în două volume, publicată în anul 1741 și intitulată *Ortopedia sau arta de a preveni și îndrepta la copii diformitățile corpului*. Termenul de ortopedie provine din cuvintele grecești *orthos*, care înseamnă drept, fără diformități, și *pais*, care înseamnă copil.

Treptat, domeniul ortopediei s-a extins prin abordarea patologiei specifice a adulților sau a vârstnicilor.

Ortopedia este o știință largă, care interferează cu numeroase alte discipline medicale și presupune obligatoriu înțelegerea structurilor complexe ale rolurilor organelor de statică, locomoție și prehensiune; aceste lucruri contrastează puternic cu concepția populară conform căreia ortopedia se ocupă cu tratamentul fracturilor picioarelor. Ca și alte specialități, ortopedia s-a dezvoltat dintr-o necesitate: de a corecta diformitățile, de a restabili funcția și de a ameliora durerea.

Traumatologia este ramura științelor medicale care se ocupă cu prevenirea și tratarea traumatismelor determinate de agenți mecanici, fizici sau chimici. Denumirea ei provine tot din limba greacă, *trauma* însemnând leziune, rană.

Din punct de vedere istoric, practica traumatologiei se confundă cu începuturile medicinei. Astfel, în Egipt au fost descoperite morminte care conțineau atele ce imobilizau fracturile unor schelete vechi de peste 4 500 de ani. Primele ghiduri terapeutice le găsim în scrierile lui Hippocrate.

Sub aspect practic, ortopedia nu are legătură cu traumatologia, ci numai cu sechelele posttraumatice, care au, din păcate, de cele mai multe ori un caracter net iatrogen (calusuri vicioase, pseudartroze etc.).

Traumatologia aparatului locomotor și ortopedia au început să se dezvolte ca specialități de sine stătătoare pornindu-se de la activitatea pe de o parte a chirurgilor generaliști și pe de altă parte a specialiștilor în chirurgia infantilă și ortopedie; împărțirea chirurgiei generale în mai multe specialități s-a petrecut în prima jumătate a secolului al XX-lea. În România, desprinderea ortopediei de chirurgia generală se datorează profesorului Alexandru Rădulescu care a înființat în anul 1921, la Cluj, primul spital de ortopedie din țară.

CAPITOLUL 1

SIMPTOMATOLOGIA AFECȚIUNILOR ORTOPEDICO-TRAUMATICE

1.1. SEMNE LOCALE

1.1.1. Durerea

Durerea este simptomul pentru care pacienții se prezintă cel mai frecvent la medic. Este o senzație neplăcută descrisă sub diferite forme: arsură, gheară, săgeată, crampă, înțepătură, întindere etc. Cuprinde un ansamblu de reacții complexe, rezultat al acțiunii directe a stimulilor fizici, chimici, termici asupra receptorilor durerii din întregul organism.

Aprecierea intensității și a caracterelor durerii este extrem de subiectivă, fiind influențată de structura emoțională a pacientului, gradul său de cultură generală și medicală, dar și de „pragul durerii“, care variază de la individ la individ.

Senzația dureroasă are ca scop protejarea organismului; este un semnal de alarmă care atrage atenția asupra unor factori agresivi interni sau externi, impunând adoptarea cât mai rapidă a unor măsuri menite să stopeze acțiunea acestora.

Apariția durerii este determinată de excitarea unor receptori denumiți *nociceptori*, terminații nervoase aflate mai ales la nivelul pielii, dar care se întâlnesc și în oase, tendoane, vase, mucoase.

Receptorii pentru durere sunt reprezentați de :

- *terminații nervoase libere*, aflate la nivelul tegumentului, al mușchilor, al tendoanelor, al viscerelor, al oaselor, al vaselor etc. Numărul mare de algoreceptori de la nivelul tegumentului și al țesuturilor superficiale determină caracterul localizat, bine delimitat al durerii somatice, comparativ cu durerea viscerală, care are un caracter difuz.
- *formațiuni incapsulate* – precum receptorii Krause, Rufinni, Meissner și Vater-Pacini, care asigură percepția stimulilor termici, tactili, presionali, vibraționali; o intensitate a acestor stimuli peste limitele normale duce la apariția durerii.

Evaluarea durerii trebuie să țină cont de o serie de parametri, regăsiți în tabelul de mai jos.

Principalele caracteristici ale durerii

- Sediul
 - Caracterul difuz sau localizat
 - Intensitate
 - Momentul apariției și durata
 - Factori determinanți sau agravanți (de exemplu, acțiunea unor factori traumatici)
 - Condiții de ameliorare (de exemplu, pozițiile antalgice)
 - Caracterul pulsatil, continuu, constrictiv etc.
 - Semne și simptome de însoțire :
 - generale (febră, transpirații),
 - manifestări cardiace (palpitații, modificări ale tensiunii arteriale),
 - tulburări vizuale (fotofobie, scotoame),
 - tulburări neurologice (cefalee, vertij, parestezii, anestezii),
 - tulburări digestive (greață, vărsături, constipație, diaree).
-

Clasificare

1. După durata și intensitatea durerii :
 - *Durere acută*, provocată de leziuni tisulare; este întâlnită în entorse, fracturi, contuzii, infecții;
 - *Durere cronică* – poate apărea în cadrul unor boli cronice (de exemplu TBC osoasă, hiperparatiroidism, neoplasme, osteoporoză) sau poate reprezenta persistența mai mult de o lună a unei dureri inițial acute.
2. După agentul cauzal :
 - *Durere mecanică* – apare în urma agresiunii directe a țesuturilor de către agenți mecanici diverși;
 - *Durere inflamatorie* – este secundară edemului care realizează stimularea algoreceptorilor prin punerea lor sub tensiune; tot în cadrul inflamației se eliberează o cantitate crescută de substanțe cu proprietăți algogene (bradikinină, serotonină, histamină), care stimulează chimic terminațiile nervoase senzitive cu apariția consecutivă a durerii;
 - *Durere în cadrul hipoxiei* – tulburările circulatorii responsabile de hipoxie au drept cauză obstrucții vasculare prin trombi sau emboli, compresiuni tumorale, compresiuni vasculare exercitate de corpuri străine.

În plan neuropsihic durerea produce agitație, iritabilitate, anxietate, scăderea atenției și a capacității de concentrare, insomnie.

Durerea de origine osoasă

- are ca punct de plecare osul sau periostul;
- poate fi acută – în caz de fracturi – sau cronică – în osteoporoză, tumori osoase, tuberculoza osoasă;
- în urma examenului clinic obiectiv se exclude originea musculară sau articulară;
- paraclinic, se poate confirma radiologic.

Durerea de origine musculară

Originea musculară este evidențiată în cadrul examenului clinic, prin intensificarea durerii la mobilizare și compresia între police și index a segmentului dureros.

Cauzele durerii musculare

Durerea musculară acută

- cauze traumatice: hematoame, întinderi, rupturi;
- cauze infecțioase: stări gripale, rubeolă, malarie, trichineloză;
- cauze metabolice: hiponatremie, hipokaliemie.

Durerea musculară cronică

- posttraumatisme;
 - boli metabolice;
 - boli de colagen.
-

Durerea de origine articulară

Articulațiile membrului superior

- *articulația scapulo-humerală*: durerea poate avea *cauze locale* – artrite, tendinite, hematoame, miozite, fracturi claviculare, fracturi ale scapulei sau ale capului humeral, compresiuni nervoase – și *cauze la distanță*: TBC, pneumonie, pleurezie, angină pectorală, boli hepatice, afecțiuni gastrice.
- *articulația cotului*: durerea prezentă în articulația cotului poate fi cauzată de poliartrită reumatoidă, reumatism articular acut, artrite, traumatisme, compresiuni nervoase.
- *articulația pumnului*: durerea este produsă de traumatisme, fracturi, sindromul de tunel carpian (determinat de compresiunea nervului median).
- *articulațiile mâinii*: traumatisme, fracturi, poliartrită reumatoidă.

Articulațiile membrului inferior

Durerea prezentă la nivelul membrului inferior are ca localizare articulația coxofemurală, articulația genunchiului, a gleznei și articulațiile piciorului.

- *articulația coxofemurală*: artrite, subluxații, fracturi, compresiuni nervoase, lezarea nervilor lombosacrați;

- *articulația genunchiului*: acumulări lichidiene intraarticulare (hematroză – acumulare de sânge, hidrartroză – acumulare de lichid sinovial, artroză supurată – acumulare de puroi), rupturi ale ligamentelor, contuzii, fracturi;
- *articulația gleznei*: fracturi, rupturi ligamentare, rupturi ale capsulei articulare;
- *articulațiile piciorului*: contuzii, fracturi.

Articulațiile coloanei vertebrale

Coloana vertebrală este un complex de elemente rigide (vertebre) și elastice (discurile intervertebrale), ce îi conferă atât rezistență, cât și un grad ridicat de flexibilitate. Se întinde de la baza craniului până la oasele bazinului. Este alcătuită din 33-34 de vertebre dispuse astfel: șapte cervicale, doisprezece toracale, cinci lombare, cinci sacrate, patru-cinci coccigiene.

Manifestările patologice asociate coloanei vertebrale sunt: torticolis, spondiloza cervicală, scolioza (deviație laterală a coloanei), cifoza (accentuarea curbării toracale), lordoza (accentuarea curbării lombare), hernia de disc.

Caracteristicile durerii de la nivelul articulațiilor coloanei vertebrale

- **coloana vertebrală cervicală – durerea poate fi:**
 - **acută**
 - cauze locale: fracturi, hernie de disc, tetanos
 - cauze la distanță: pneumotorax, pleurezie, angină pectorală, anevrism disecant de aortă
 - **cronică**
 - cauze locale: osteoporoză, boala Paget, hernie de disc, osteoartrită
 - cauze la distanță, în caz de neoplasm de pancreas, hepatomegalie și anevrism aortic.
-

- coloana vertebrală toracală, lombară și sacrată – durerea este determinată cel mai frecvent de herniile de disc, spondiloză, sacroileită, tuberculoză

1.1.2. Hemoragia

Definiție. Prin hemoragie se înțelege scurgerea de sânge în afara sistemului vascular, care duce la scăderea volumului sanguin, atât cantitativ, cât și calitativ.

Principalele cauze ale hemoragiilor sunt leziunile traumatiche (excoriație, hematoame, incizii, contuzii etc.) și unele condiții medicale (creșterea presiunii sangvine, scăderea factorilor de coagulare, anevrism disecant de aortă, abcese și tumori cerebrale).

Clasificarea hemoragiilor

1. După tipul vasului lezat:

- *hemoragie venoasă*: exteriorizarea sângelui din vas are caracter continuu, iar culoarea este roșu-închis;
- *hemoragie arterială*: curgerea sângelui se produce sub forma unui jet pulsatil, iar culoarea este roșu-aprins;
- *hemoragie capilară*: sunt hemoragii difuze cu debit mic din cauza calibrului redus al vaselor afectate;
- *hemoragii mixte*.

2. În funcție de comunicarea cu mediul extern:

- *hemoragii externe*: vasul lezat comunică direct cu mediul extern prin întreruperea continuității tegumentare;
- *hemoragii interne*: intratisulare – hematom, peteșii, purpură – și intracavitare – hemopericard, hemoperitoneu, hemotorax.

3. În funcție de evoluția în timp:

- *hemoragii acute*: se produc într-un interval scurt de timp;
- *hemoragii cronice*: se pierd mici cantități de sânge într-o perioadă lungă de timp (cunoscute și sub numele de hemoragii oculte).

4. În funcție de cantitatea de sânge revărsată din sistemul circulator:

Clasificarea hemoragiilor în funcție de volumul circulant pierdut

CLASA	VOLUM CIRCULANT AFECTAT	ASPECTE CLINICE
I. Hemoragie mică	< 10% (< 500 ml)	<ul style="list-style-type: none"> • Semnele vitale nu sunt afectate • Nu este necesară administrarea de fluide i.v. sau efectuarea de transfuzii
II. Hemoragie medie	10-20% (500-1000 ml)	<ul style="list-style-type: none"> • Ca mecanism compensator apare vasoconstricție periferică; tegumentele sunt palide și reci • Pacientul prezintă tahicardie • Apar unele modificări de comportament (obnubilare, pierderea ideății, scăderea capacității de concentrare) • Se impune administrarea de soluții cristaloide i.v. (ser fiziologic, sol. Ringer lactat); transfuziile de sânge nu sunt necesare
III. Hemoragie mare	20-30% (< 2 000 ml)	<ul style="list-style-type: none"> • Tensiunea arterială se prăbușește; crește ritmul cardiac • Statusul mintal al pacientului este sever afectat • Se impun administrarea de soluții cristaloide și transfuziile de sânge
IV. Hemoragie gravă	>20% (> 2 000 ml)	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismele compensatorii ale organismului sunt depășite, iar viața pacientului este în pericol

Stadializarea OMS:

- Gradul 0: hemoragie absentă;
- Gradul 1: hemoragii peteșiale;

- Gradul 2: hemoragii minore, dar semnificative clinic;
- Gradul 3: hemoragii majore (necesită transfuzii de sânge);
- Gradul 4: hemoragii severe, care amenință viața pacientului.

1.1.3. Plaga (aseptică, septică, superficială, profundă)

Definiție. Plaga reprezintă întreruperea continuității tegumentare, a mucoaselor și a țesuturilor subiacente, cu sau fără interesarea structurilor profunde (vase, nervi, tendoane etc.), produsă sub acțiunea unor factori traumatici (mecanici, chimici, electrici).

Clasificarea plăgilor

1. În funcție de intervalul de timp scurs de la momentul producerii plăgii:
 - plăgi recente: intervalul de timp este de maximum 6 ore;
 - plăgi vechi: interval mai mare de 6 ore.
2. După modalitatea de producere:
 - accidental: accidente casnice, accidente auto;
 - în urma unei intervenții chirurgicale.
3. În funcție de profunzime:
 - superficiale: interesează structurile supraaponevrotice (tegmentul și țesutul subiacent);
 - profunde, subaponevrotice, ce afectează vase, nervi, tendoane, țesut osos.
4. În funcție de agentul cauzal:
 - mecanice: apar prin lovire, înțepare, tăiere;
 - termice: în urma expunerii la temperaturi extreme (arsuri, degerături);
 - electrice: electrocutare;
 - chimice: sub acțiunea unor substanțe chimice (de exemplu, acid clorhidric).
5. În funcție de prezența infecției: septice și aseptice

În procesul de vindecare al plăgilor intervin factori generali și locali.

1. Factori generali:

- *vârsta pacientului*: la pacienții vârstnici vindecarea este afectată de carențe alimentare și eventuale patologii pre-existente (completare de la geriatrie);
- *statusul nutrițional* – o dietă dezechilibrată poate determina obezitate, cașexie, cu apariția avitaminozelor și a hipoproteinemiei, consecința fiind întârzierea vindecării plăgilor;
- *hipovitaminoza A și C*: cele două vitamine contribuie la procesele de epitelizare și sinteză a fibrelor de colagen;
- *patologii asociate*: diabet, obezitate (prin creșterea cantității de țesut adipos), anemie (scade aportul de oxigen în țesuturi).

2. Factori locali:

- *tipul plăgii*: superficială/profundă, septică/aseptică;
- *prezența corpilor străini*: contaminarea plăgii cu fragmente vegetale, metalice, pământ etc., favorizează apariția infecțiilor;
- *prezența hematoamelor*: duce la creșterea incidenței complicațiilor infecțioase;
- *vascularizația și inervația zonei în care s-a produs plaga*: vindecarea este influențată de aportul de oxigen și substanțe nutritive;
- *cantitatea de țesut adipos*: un țesut adipos abundent întârzie vindecarea și favorizează apariția infecțiilor;
- *promptitudinea și corectitudinea tratamentului local aplicat*.

În timpul vindecării pot apărea *complicații imediate*: hemoragie, hematom, infecție, și *complicații tardive*: cicatrice cheloidă, cicatrice hipertrofică, cicatrice retractilă, malignizare.

1.1.4. Hematomul

Definiție. Hematomul este o colecție sangvină, localizată într-un organ sau țesut, apărută în urma unei hemoragii de cauză traumatică.

În general hematoul evoluează spre regresie spontană. În cazul colecțiilor voluminoase, cu compresia structurilor de vecinătate, se recurge la evacuare prin puncție sau incizie chirurgicală.

1.1.5. Edemul

Este produs prin acumularea excesivă de lichid în țesuturi. În cadrul examenului clinic local, prezența edemului poate fi decelată prin compresia tegumentului pe un plan osos (de exemplu, creasta tibială). În urma compresiei apare o depresiune numită *godeu*.

Principalele mecanisme de producere sunt:

- staza venoasă (prin creșterea presiunii hidrostatice);
- albuminemie < 2,5 g% (creșterea presiunii coloidosmotice);
- creșterea permeabilității capilare;
- secreția excesivă de hormon antidiuretic.

Stadializarea edemelor:

- gradul 0: edem absent;
- gradul 1: edem ușor – edem plantar și maleolar; este bilateral;
- gradul 2: edem moderat – edem plantar, maleolar și gambier; este bilateral;
- gradul 3: edem sever; cuprinde fața, membrele superioare și inferioare.

1.1.6. Tumefacția

Reprezintă o creștere în volum a unui segment sau a unei zone a corpului, produsă cel mai frecvent de un proces inflamator local.

Este considerată una dintre cele cinci caracteristici ale inflamației, alături de durere, căldură locală, roșeață și impotența funcțională. Se întâlnește în fractură, entorse, luxații, tumori osoase.

1.1.7. Deformarea regiunii

Este întâlnită de obicei în fracturi și este mai vizibilă la nivelul oaselor aflate în contact direct cu tegumentul: claviculă, metacarpiene, metatarsiene, falange. De asemenea, poate fi produsă de luxațiile articulare, hematoamele posttraumatice importante și edemul inflamator.

În cazul fracturilor, deformarea regiunii se asociază cu durere locală în punct fix, tumefacție și echimoză.

1.1.8. Scurtarea aparentă sau reală a segmentelor

Scurtarea segmentelor osoase apare mai ales în fracturile cu deplasare și se apreciază în cadrul examenului clinic local, fiind mai evidentă la nivelul oaselor lungi: humerus, femur. Este întâlnită și în luxații, însă este mai puțin accentuată, necesitând o examinare atentă.

Inegalitatea membrelor superioare sau inferioare poate fi congenitală (hipoplazia unui membru) sau dobândită (fracturi consolidate în poziție vicioasă).

Inegalitatea membrelor superioare îmbracă mai degrabă aspecte estetice decât funcționale. Inegalitatea membrelor inferioare afectează mersul în proporție variabilă, în raport cu diferența de lungime. Scurtarea membrului cu mai puțin de 2 cm este compensată de coloana vertebrală. O diferență mai mare de 2 cm duce în timp la dureri lombare, mers șchiopătat, deformări ale coloanei vertebrale.

Din punct de vedere clinic, diagnosticul este de obicei facil, bazându-se pe mersul șchiopătat și pe măsurarea lungimii membrului, acesta fiind un criteriu obiectiv.

Paraclinic, se recomandă radiografia membrelor în două incidente, față și profil, radiografie de torace și bazin.

Corecția chirurgicală este indicată în inegalitățile mai mari de 2 cm, prezente la membrele inferioare. Oportunitatea intervenției corective se stabilește în funcție de opțiunea pacientului, vârsta și starea sa de sănătate, cauza inegalității membrelor, forma clinică și asocieri lezionale.

Tratamentul chirurgical vizează fie scurtarea membrului sănătos (mai ușor de realizat, dar rar acceptată de pacienți), fie alungirea membrului mai scurt prin osteotomie. Imobilizarea ghipsată poate completa tratamentul chirurgical dacă după osteosinteză stabilitatea obținută nu este suficientă.

1.1.9. Mobilitatea anormală sau reducerea mobilității

Mobilitatea anormală este pusă în evidență la executarea unor manevre asupra segmentelor ce prezintă discontinuitate osoasă, constituind un semn de certitudine în diagnosticul fracturilor. Manevrelor sunt extrem de dureroase și de multe ori neindicate din cauza riscului de a produce deplasarea fragmentelor osoase în focarul de fractură.

Redoarea articulară se caracterizează prin limitarea în proporție variabilă a mișcărilor uneia sau a mai multor articulații. Cauzele sunt multiple: imobilizarea prelungită în pat sau în aparat ghipsat, ca urmare a fracturilor sau luxațiilor, apariția herniilor de disc cervicale, poliartrita reumatoidă, artrita psoriazică.

Procedurile kinetoterapeutice vizează recuperarea mobilității articulare și dispariția durerii la mobilizare. Netratarea sau tratarea incorectă a redorilor duce la anchiloză. După instalarea acesteia, durerea dispare, însă articulația este complet blocată și orice mișcare în articulația respectivă este imposibil de efectuat.

După producerea traumatismelor amplitudinea mișcărilor este limitată. Acest fenomen este cauzat de contractura musculară

survenită ca reacție locală de apărare. În funcție de gravitatea traumatismului, limitarea amplitudinii mișcărilor se poate întinde pe parcursul câtorva zile și este ameliorată prin exerciții kinetoterapeutice de recuperare.

Fragmentele osoase ale unei fracturi se pot osifica în poziție anormală, prin formarea *calusului vicios*, dacă reducerea nu a fost corect realizată în axul osului. Apariția calusului vicios la nivelul oaselor superficiale poate fi evidențiată prin palpate; acesta depășește limitele osului și creează o suprafață neregulată. Osificarea defectuoasă poate determina deplasarea fragmentelor osoase, cu sau fără rotație, și scurtarea segmentului. Conduce la imposibilitatea de a executa mișcări normale și chiar la invaliditate.

1.1.10. Crepitații osoase

Crepitațiile osoase sunt percepute de examinator ca niște zgomote asemănătoare mersului pe zăpadă. Sunt cauzate de mișcarea fragmentelor osoase în focarul de fractură.

1.1.11. Impotența funcțională

Impotența funcțională se referă la incapacitatea de a folosi un membru, apărută cel mai adesea în contextul unei fracturi. Alte cauze includ: entorsele (mai frecvent afectate sunt glezna, genunchiul, degetele), cicatricile cheloide, spina bifida (impotența funcțională este prezentă la nivelul membrelor inferioare), neoplasme, artrita reumatoidă, calusul vicios, osteomielită, artrite, bursite, tendinite.

1.2. SEMNE GENERALE

Pe lângă semnele locale, pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice prezintă mai multe semne generale întâlnite în cazurile

grave, ce evoluează cu șoc hemoragic, șoc traumatic, traumatisme craniene: alterarea stării de conștiență, obnubilare, cianoză, paloare, transpirații profuze, dispnee, prăbușirea tensiunii arteriale, puls filiform, tahicardie, întreruperea diurezei.

CAPITOLUL 2

AFECȚIUNI CONGENITALE

2.1. COXARTROZA CONGENITALĂ

Definiție. Coxartroza este o boală cronică degenerativă a articulației coxofemorale (șoldul), caracterizată din punct de vedere morfologic prin leziuni distructive ale cartilajului articular, asociate cu leziuni distructive și proliferative ale țesutului osos subcondral.

Coxartrozele secundare sunt acele artroze de șold în care factorii locali sunt incriminați drept cauze declanșatoare certe.

Printre cauzele artrozei de șold (coxartroza) se numără și afecțiunile congenitale care conduc la tulburări de statică articulară. Acestea sunt reprezentate de:

- displazia luxantă a șoldului;
- protruzia acetabulară congenitală;
- coxa vara congenitală;
- coxa valga congenitală;
- displazia spondiloepifizară (Morquio).

Coxartrozele pe displazia șoldului sunt cele mai frecvente, ele reprezentând 40 – 50% din totalul coxartrozelor secundare.

Simptomatologie. Coxartroza secundară unei afecțiuni congenitale debutează de obicei spre vârsta de 30-40 de ani, simptomul