

# Depistarea anomaliilor la nivelul membrelor inferioare la sugar și copil

Șef Lucr. Dr. SORINA DOMNIȚA, Dr. MARIA CONDOR,  
Șef Lucr. Dr. SORINA POP, Dr. E. ONACĂ, Prof. Dr. S. OPREA  
Catedra de Medicină de Familie, U.M.F. „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

*Problemele ortopedice ale copilului (în principal anomaliile la nivelul membrelor inferioare, displazia coxofemurală, devierile coloanei vertebrale) fac parte din afecțiunile care necesită depistare precoce și trebuie să constituie o preocupare permanentă a medicului de familie. □*

**P**e parcursul dezvoltării copilului există anumite aspecte sau posturi ale membrelor inferioare considerate „fiziologice”, care de cele mai multe ori sunt tranzitorii și nu au semnificație patologică. Acestea sunt fie secundare poziției intrauterine („defecte de împachetare”), fie apar după naștere, sunt caracteristice unei anumite perioade de vârstă și dispar spontan ulterior (ex. genu valgum sau varum). Medicul de familie trebuie să recunoască, să încadreze corect aceste probleme și să sesizeze cazurile care depășesc „fiziologicul” și necesită consult ortopedic. Depistarea precoce a afecțiunilor permite efectuarea acolo unde este nevoie a unui tratament corector la momentul oportun.

Anomaliile la nivelul membrelor inferioare vor fi prezentate pornind de la următoarea clasificare:

## A. Anomalii ale piciorului

1. Piciorul strâmb
  - Picior calcaneovalgus
  - Metatarsus varus
  - Picior strâmb var equin
2. Alte anomalii:
  - Piciorul plat
  - Piciorul scobit
  - Piciorul cu proeminențe osoase
  - Degete cu poziții vicioase (încălecate)

## B. Încurbarea membrelor inferioare

- Încurbare în „O”
- Încurbare în „Y”

## C. Modificări ale mersului

## A. ANOMALII ALE PICIORULUI

Examinarea picioarelor este o componentă importantă a evaluării nou-născutului. Diagnosticul în anomaliile piciorului este dificil pentru majoritatea medicilor de familie, copilul fiind trimis de obicei la consultul ortopedic cu diagnosticul „suspect picior strâmb congenital”. Printr-o examinare atentă, utilizând 3 modalități principale de evaluare a piciorului (1), pot fi remarcate aspectele esențiale care permit încadrarea celor mai importante anomalii întâlnite în practică:

1. Privind piciorul din lateral se observă dacă acesta poate fi flectat dorsal, dincolo de poziția neutră.
2. Se apreciază forma piciorului privit plantar: de „banană” (câlcâiul deviat lateral, cu convexitate medială) sau de „rinichi” (antepiciorul deviat medial, cu concavitate medială).
3. Se observă poziția câlcâiului, privind dinapoi, cu antepiciorul în poziție neutră (nu flexie plantară); se poate constata: deviere laterală (calcaneu valg) sau deviere medială (calcaneu var).

Tabelul 1. Diagnosticul diferențial în anomaliile piciorului (1)

	Picior calcaneovalgus	Metatarsus varus	Picior strâmb var equin
Vedere laterală (poate fi piciorul flectat dorsal?)	da	da	nu
Forma piciorului (privit plantar)	De „banană” (deviat lateral)	De „rinichi” (deviat medial)	De „rinichi” (deviat medial)
Poziția călcâiului (privit dinapoi)	valg	valg	var

În tabelul 1 sunt prezentate sintetic câteva criterii esențiale de diagnostic pe ntru 3 dintre principalele modificări.

În cele ce urmează sunt prezentate câteva dintre problemele pe care medicul de familie trebuie să le recunoască în timp util pentru a stabili ce conduită trebuie urmată. El poate ajuta părinții să trateze la domiciliu unele aspecte, dacă este familiarizat cu diagnosticul și cunoaște tratamentul necesar.

## 1. Piciorul strâmb

### 1.a. Piciorul calcaneovalgus

Este defectul de împachetare cel mai frecvent întâlnit la nou-născut, în care piciorul are formă de banană, cu marginea medială convexă, pliat pe fața antero-laterală a tibiei, cu tendonul ahilean întins și anormal de lung. Deformarea de obicei se ameliorează spontan și rapid. Părinții vor fi liniștiți și li se indică să efectueze mișcări de flexie plantară pentru întinderea tendoanelor și a ligamentelor dorsale. Rarele cazuri în care deformarea se menține necesită tratament ortopedic.

### 1.b. Metatarsus varus (adductus)

Este o anomalie a antepiciorului destul de frecvent întâlnită (1/10-1/15 nou-născuți), considerată a fi tot un defect de împachetare. Dacă se examinează piciorul se observă că marginea externă, văzută dinspre plantă, este convexă datorită adducției antepiciorului și că există un pli cutanat medioplantar intern. Deformarea poate avea diverse grade de severitate, de la forme ușoare, flexibile, la cele moderate sau fixate și până la forme severe, rigide. Ea poate fi accentuată de culcarea în poziția de decubit ventral.

Formele ușoare și moderate se corectează spontan, de obicei până la vârsta de 2 luni. Se pot indica exerciții de gimnastică (stretching) efectuate de către părinți: cu o mână se prinde călcâiul și se fixează (pentru a nu-i exagera poziția de valg) și cu cealaltă se împinge antepiciorul lateral (se împinge suficient de tare pentru a face copilul să-și retragă piciorul, dar nu să și plângă) și se menține poziția 5-7 secunde. Se repetă exercițiul la fiecare schimbare de scutece.

Formele moderate, care nu s-au corectat până la 2 luni, și formele severe de la început se vor trimite la consult ortopedic. Este important ca

trimiteră să se facă înainte de vârsta de 4 luni, pentru a fi posibilă imobilizarea. Există autori care susțin că se poate aștepta corecția spontană până la 12-18 luni, chiar în formele severe.

În practică mai poate fi întâlnită anomalia metatarsus primus varus, în care, la o formă ușoară de metatarsus varus, se asociază abducția halucelui. Datorită problemelor ridicate la încălțare, această anomalie necesită uneori o intervenție chirurgicală minoră, de eliberare a tendonului mușchului abductor al halucelui, practică la 6-18 luni.

**1.c. Piciorul strâmb var equin** necesită trimitere imediată la ortoped pentru inițierea cât mai precoce a tratamentului de specialitate.

## 2. Alte anomalii ale piciorului

### 2.a. Piciorul plat

Este foarte frecvent întâlnit, fiind considerat fiziologic până la vârsta de 15-24 luni. Anomalia constă în pierderea arcului longitudinal medial al piciorului. Este însoțit frecvent de valgus calcanean.

În cele mai multe cauze este vorba de *picior plat flexibil*, în care, în poziția pe vârfuri, când piciorul nu mai susține greutatea corpului, se formează arc plantar și călcâiul deviază medial, în varus. Uneori piciorul plat apare pe un fond de hiperlaxitate ligamentară, care permite coborârea boltei plantare când aceasta susține greutatea. Deseori această anomalie este prezentă și la alți membri ai familiei. În cazurile severe piciorul plat este dureros, dar se consideră că i se atribuie în exces durerea de la nivelul picioarelor.

Piciorul plat flexibil beneficiază doar de tratament simptomatic: suporturi plantari, încălțăminte modificată. În ultimul timp ortopezii au ajuns la concluzia că aceste măsuri nu schimbă evoluția naturală și indică încălțăminte specială doar la copiii cu dureri persistente și care deformează accentuat pantofii obișnuiți în decurs de câteva săptămâni. Se consideră benefice unele exerciții, cum ar fi săritul corzii și mersul pe vârfuri.

Dacă piciorul plat este rigid și dureros poate fi vorba de: spasticitate cerebrală, tendon ahilian scurt congenital, distrofie musculară, coalitiție tarsală etc. și este indicat consultul de specialitate.

### 2.b. Piciorul scobit

Este piciorul cu arcu plantar anormal de înalt. Prezența lui impune efectuarea unui diagnostic diferențial atent cu bolile neuromusculare, fiind indicat consultul neurologic.

### 2.c. Piciorul cu proeminențe osoase

Acestea devin vizibile după pierderea țesutului celular subcutanat caracteristic perioadei de sugar și în marea majoritate a cazurilor sunt în limitele variației normale a conformației piciorului. Mai frecvent apar medial pe navicular, calcanean lateral, la baza metatarsienelor, dorsal și la baza metatarsianului 5, lateral. Rareori se dezvoltă și se asociază bursită. Majoritatea necesită doar o încălțăminte extensibilă, moale.

### 2.d. Degetele în poziții vicioase (încălecate)

De obicei este vorba de deformări în flexie ale degetelor 3 și 4, cu degetul 2 situat sub ele, în poziție dorsală. Poziția nu poate fi modificată prin apăsare. În majoritatea cazurilor, copiii se adaptează la anomalie și nu necesită tratament. Dacă deformarea este accentuată și purtarea încălțăminte devine dificilă, se poate interveni chirurgical pentru eliberarea tendoanelor flexorilor degetelor afectate.

În alte cazuri, prin afectarea tendonului extensorului degetului 5, acesta are o poziție ridicată, peste degetul 4. Corecția chirurgicală se practică dacă purtarea încălțăminte este dificilă. □

## B. ÎNCURBAREA MEMBRELOR INFERIOARE

### 1. Încurbarea „în O”

Pentru acest aspect al membrelor inferioare se folosește impropriu și termenul de „*genu varum*”. Este o problemă întâlnită frecvent, care îngrijorează părinții, principalul rol al medicului de familie fiind, în acest caz, de a decide dacă este o variantă a normalului care apare în timpul creșterii și necesită doar observare atentă sau este vorba de o anomalie care va progresa și necesită tratament activ. O metodă clinică simplă de cuantificare a severității anomaliei constă în măsurarea distanței dintre fețele interne ale genunchilor, cu copilul așezat în decubit dorsal, cu coapsele și gambele în extensie și adducție, astfel încât maleolele tibiale interne să se atingă. Dacă distanța astfel măsurată este mai mare de 10 cm sau nu există semne de ameliorare în jurul vârstei de 2 ani, este necesar consult de specialitate.

Încurbarea în „O” poate fi întâlnită în 3 circumstanțe:

- **Ca postură fiziologică**, cel mai frecvent, în care nu este vorba de o încurbare reală

a membrelor inferioare, ci ele apar așa datorită persistenței unor contracturi musculare rotaționale caracteristice poziției intrauterine. Se observă în momentul în care copilul începe să meargă (mai ales la cei care merg precoce) și este vorba de o rotație internă (torsiune) a tibiei în raport cu femurul. Pentru ca mersul să fie posibil femurul trebuie rotat extern, ceea ce aduce încurbarea anterioară normală a acestuia în lateral, fapt care accentuează aspectul „în O”. Corecția pasivă a rotațiilor posturale, prin plasarea piciorului și gambei în rotație externă față de axul lung al genunchiului și a femurului în rotație internă, elimină aspectul încurbat. Dormitul în decubit ventral, cu picioarele rotate spre înăuntru, poate menține sau chiar accentua aspectul.

Părinții vor fi asigurați că nu este vorba de o deformare reală, ci este o poziție caracteristică vârstei, care se va rezolva spontan odată cu creșterea. Se va demonstra dispariția aspectului după corectarea rotațiilor posturale. Dacă după 6 luni de mers nu există o corecție vizibilă, se indică gimnastică (stretching pasiv) care să ajute procesul normal de derotare. Părinții vor fi învățați ca la fiecare schimbare de scutec să facă rotația externă a tibiei în raport cu axul lung al femurului și să mențină această poziție câteva secunde, copilul având genunchii flectați la 90°. Alții indică folosirea pe timpul nopții a unor dispozitive care să mențină tibia în rotație externă și să împiedice poziția inadecvată în timpul somnului.

- **Tibia varum** (boala Blount) este suspectată la copilul mai mare, după 2-2,5 ani. În acest caz există o angulare structurală reală a suprafeței articulare postero-mediale a tibiei proximale, datorită unei opriri a creșterii la acest nivel. Modificările osoase sunt vizibile radiologic încă din stadii precoce. Deși o parte dintre cazuri pot regresa spontan, orice copil cu suspiciune de boală Blount va fi trimis pentru evaluare ortopedică și tratament de specialitate.
- **Boli generale**, care afectează creșterea osului și în care există o încurbare reală a extremităților, cu afectarea șoldurilor, genunchilor și gleznelor: rahitisme vitamino-D rezistente, displazii osoase (ex. acondroplazia). Aceste cazuri răspund greu la imobilizare pentru că există încurbări și ale femurului și pot necesita multiple osteotomii.

### 2. Încurbarea „în X” (*genu valgum*, *Knock knees*)

Acest aspect este întâlnit frecvent la copiii de 2,5-7 ani, având o tendință marcată de corecție spontană în jurul vârstei de 7-8 ani. Examinarea

acestor copii este corect să se facă și în poziția de decubit dorsal, cu membrele inferioare în extensie, poziție în care se măsoară distanța intermaleolară. Aceasta va servi ca reper pentru urmărirea evoluției în timp și pentru aprecierea oportunității consultului de specialitate. Se vor trimite la consult de specialitate doar cazurile în care distanța intermaleolară este mai mare de 10 cm, dacă genu valgum este unilateral sau asimetric, dureros, cu tendință la accentuare sau dacă debutul este la vârste mai mari (în special la copii obezi).

În restul cazurilor părinții vor fi asigurați că anomalia nu necesită tratament și se va indica mersul cu tricicleta sau bicicleta. □

## C. VARIANTE ALE MERSULUI LA COPIL

**C.1. Mersul pe vârfuri** este întâlnit deseori în primii 2 ani de mers (între 1-3 ani), fiind de cele mai multe ori un obicei care nu necesită tratament sau atenție specială.

În cazurile în care persistă poate fi vorba de:

- Obicei de mers pe degete, în care, cu copilul relaxat, piciorul poate fi dus ușor în flexie plantară, dincolo de poziția neutră.
- Paralizie cerebrală ușoară, în care fuga intensifică anomalia, ROT sunt vii și poziția în equin nu poate fi complet corectată. Necesită examen neurologic.
- Tendon ahilean rigid congenital, când piciorul nu poate fi flectat dorsal, chiar cu copilul relaxat, ROT sunt normale și lipsesc semnele neurologice. Acești pacienți necesită trimitere la specialistul ortoped, în unele cazuri fiind indicat tratament chirurgical.

**C.2. Mersul cu vârful picioarelor spre înăuntru (in-toeing)** apare în:

- Torsiunea femurală medială (anteversie femurală), care determină o exagerare a rotației interne femurale, în timp ce rotația externă este limitată. Este cauză de mers

cu vârful picioarelor spre înăuntru la copilul de 3-7 ani. Copilul cu această anomalie stă în șezut într-o poziție caracteristică, așezat între membrele inferioare, cu coapsele în rotație internă completă, genunchii flectați și gambele spre în afară (singurul mod în care pot sta confortabil, pentru că nu pot rota extern coapsele). De obicei anomalia regresează spontan spre poziția neutră sau este compensată prin rotația tibială laterală sau modificarea unghiului de înclinare acetabular. Nu există dovezi că ar produce artrită degenerativă la adult sau tulburări funcționale. Se vor trimite la ortoped copiii care nu pot efectua deloc rotația externă a șoldului în poziția de extensie, uneori fiind necesară osteotomie femurală rotațională. Celorlalți li se vor recomanda exerciții cu rotație externă activă, balet, patinaj, mers pe bicicletă.

- Torsiune tibială medială (vezi genu varum)
- Metatarsus adductus

**C.3. Mersul cu vârful picioarelor spre în afară (out-toeing)** este întâlnit în următoarele circumstanțe:

- Fiziologic la sugar, secundar poziției avute intrauterin. În multe cazuri este unilateral. La examinarea în poziția culcată se observă că și genunchiul și șoldul de partea afectată sunt în poziție de rotație externă, iar dacă este luat în brațe sugarul preferă poziția cu coapsa flectată pe abdomen și în poziție de rotație externă la 90°, având celălalt membru așezat în poziție mai joasă și mai puțin rotat extern. Corecția este spontană în jurul vârstei de 14 luni.
- Torsiune tibială laterală
- Picior plat orientat spre în afară

În ultimele două împrejurări necesită trimitere la ortoped cazurile la care unghiul de deviație externă este peste 10° și se menține după vârsta de 2 ani. □

## BIBLIOGRAFIE

1. **Wenger R.D, Leach J** – Foot Deformities in Infants and Children, The Pediatric Clinics of North America, Common Orthopedic Problems, 1986, vol. 33/ 6, Ed. WB Saunders Company, 1411-1427
2. **Wilkins F.K. Bowlegs** – The Pediatric Clinics of North America, Common Orthopedic Problems, 1986, vol. 33/ 6Ed. W. B. Saunders Company, 1429-1438
3. **Skinner BH** – Current Diagnosis & Treatment in Orthopedics: Third Edition, B. Lange Medical Books/Mc-Graw Hill, 2003
4. **Hoffinger SA** – Evaluation and management of pediatric foot deformities. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43:1091-1111
5. **Behrman RE** – Kliegman R, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed. Philadelphia: Saunders, 2000; 2062-2064
6. **Wall EJ** – Practical primary pediatric orthopedics. *Nurs Clin North Am* 2000; 35:95-113
7. **Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB** – eds. Nelson Textbook of pediatrics. 16th ed. Philadelphia: Saunders, 2000; 2062-2064
8. **Ganel A., Dudkiewicz I., Grogan DP** – Pediatric Orthopedic Physical Examination of the Infant: A 5 – Minute Assessment, *J. Pediatr. Health Care*, 17 (1), 2003; 39-41