

Kliniczna ocena antetorsji szyjki kości udowej

***Bartosz Musielak***

Nazwa testu. Kliniczna ocena antetorsji szyjki kości udowej - *Trochanteric prominence angle test*

Istota testu. Test służy ocenie stopnia antetorsji szyjki kości udowej u dzieci, a przez to jest pomocny przy różnicowaniu przyczyny nadmiernej rotacji wewnętrznej kończyny dolnej w stawie biodrowym.

Sposób wykonania. Pozycja wyjściowa: (1) pacjent leży na plecach, podudzia swobodnie zwisają poza kozetkę lub (2) pacjent leży na brzuchu, kończyna dolna w wyproście w stawie biodrowym, zgięta  $90^{\circ}$  w stawie kolanowym. Wykonanie: I etap - w pozycji pośredniej między rotacją wewnętrzną i zewnętrzną, badający wyczuwa palpacyjnie pozycję krętarza większego (ryc.1), II etap – badający rotuje kończynę dolną w stawie biodrowym do wewnątrz do pozycji, w której krętarz będzie najbardziej wystawał do boku. Odczyt: kąt antetorsji jest zawarty między osią podudzia i linią pionową (ryc. 2).

Modyfikacje badania

1. Połączenie testu z pomiarem zakresu ruchu rotacji w stawie biodrowym zwiększa wiarygodność oceny antetorsji:
  - o zwiększonej antetorsji szyjki k. udowej świadczy rotacja wewnętrzna  $>70^{\circ}$  i rotacja zewnętrzna  $<20^{\circ}$
  - o zmniejszonej antetorsji szyjki k. udowej świadczy rotacja wewnętrzna  $<20^{\circ}$  i rotacja zewnętrzna  $>70^{\circ}$
2. Zastosowanie USG pozwala na poziome ustawienie szyjki kości udowej (II etap testu), co zwiększa dokładność wyznaczenia antetorsji (por. rozdział...).

Interpretacja wyniku. Fizjologiczne, średnie wartości kąta antetorsji w zależności od wieku przedstawiono na rycinie 3. Średnia dla osoby dorosłej wynosi  $12^{\circ}$ , a zakres normy  $8^{\circ}$ - $15^{\circ}$ .

Zastosowanie: (1) „idiopatyczna” zwiększona antetorsja szyjki kości udowej - różnicowanie przyczyn chodu „gołębiego” u dziecka, czyli chodu z ustawianiem stóp do wewnątrz; (2) zwiększona antetorsja szyjki kości udowej w przebiegu rozwojowej dysplazji stawu biodrowego lub chorób nerwowo-mięśniowych.

Wiarygodność testu. Zgodność między obserwatorami jest wysoka, ok. 80%, podobnie jak korelacja z badaniami KT i MRI [1]. Niestety, rozbieżność między wartością bezwzględną uzyskaną testem klinicznym a wartością kąta AT oznaczoną w badaniu MRI lub KT może przekraczać  $10^0$  [2], co nakazuje ostrożność w interpretacji wyniku testu.

#### Piśmiennictwo

[1] Chung CY, Lee KM, Park MS, Lee SH, Choi IH, Cho TJ. Validity and reliability of measuring femoral anteversion and neck-shaft angle in patients with cerebral palsy. J Bone Joint Surg Am 2010; 92:1195-205.

[2] Maier C, Zingg P, Seifert B, Sutter R, Dora C. Femoral torsion: reliability and validity of the trochanteric prominence angle test. Hip Int 2012; 22: 534-8.