

دررفتگی دوطرفه و غیرقرینه مفصل ران

(گزارش یک مورد)

*دکتر مهران سلیمانها، *دکتر کامران اسدی، *دکتر حسین اتحاد، *دکتر محسن وحید، *دکتر علی کریمی، *دکتر رویا مقدم، **دکتر زهرا حق‌پرست قدیم لیمودهی
«دانشگاه علوم پزشکی گیلان»

خلاصه

درمان دررفتگی مفصل ران به دنبال تروما یک فوریت ارتوپدی است. به علت عوارض جدی آن، هرگونه اقدام جهت تشخیص و درمان سریع این دررفتگی باید انجام گیرد. دررفتگی دو طرفه مفصل ران یک حادثه نادر و دررفتگی دو طرفه به صورت نامتقارن، بسیار نامحتمل است. در این گزارش یک پسر ۱۷ ساله که به دنبال تصادف دچار دررفتگی نامتقارن مفصل ران، بدون شکستگی استخوانی شده بود، ارائه می‌شود. برای مفصل ران سمت راست جاناندازی بسته و سمت چپ جاناندازی باز با رویکرد پشتی انجام شد. پس از ۳ ماه، بیمار یوکی استخوان موضعی در مفصل ران چپ پیدا کرد.
واژه‌های کلیدی: دررفتگی، تروما، مفصل ران

دریافت مقاله: ۳ ماه قبل از چاپ؛ مراحل اصلاح و بازنگری: ۲ بار؛ پذیرش مقاله: ۱ ماه قبل از چاپ

Asymmetrical Bilateral Traumatic Hip Joint Dislocation

(Report of One Case)

*Mehran Soleimanha, MD; *Kamran Asadi, MD; *Hossein Etehaad, MD; *Mohsen Vahid, MD;
*Ali Karimi, MD; *Roya Moghaddam, MD; **Zahra Haghparast Ghadim Limudahi, MD

Abstract

Traumatic hip dislocation represents an orthopaedic emergency. Given the severity of associated complications, every effort should be made to ensure prompt diagnosis and treatment. Bilateral traumatic dislocation of the hip is rare and simultaneous asymmetric traumatic dislocation even more unusual. This is a report on 17-year-old male patient with asymmetric bilateral dislocation of the hip joint with no bony fracture, following a motor-cycle accident. The right hip was reduced by closed manipulation, but the left hip required open reduction through a posterior approach. After 3 months there was a local osteoporosis in left hip which had an anterior dislocation initially.

Keywords: Dislocation; Trauma; Hip joint

Received: 3 months before printing; Accepted: 1 month before printing

معرفی بیمار

در ۱۴ شهریور ۱۳۸۹، یک پسر ۱۷ ساله سوار بر موتورسیکلت، به صورت شاخ به شاخ با یک ماشین برخورد کرد. هر دو زانو و هر دو مفصل ران، در زاویه‌ای حدود ۹۰ درجه قرار داشتند. در لحظه اول تصادف، بیمار احتمالاً مستقیماً با زانوی چپ به سپر ماشین برخورد کرده و سپس از روی موتورسیکلت با پهلوئی راست خود، روی شیشه جلوی ماشین پرتاب شده بود.

مفصل ران یکی از باثبات‌ترین مفاصل پرحرکت بدن است که علت آن عمق حفره استابولوم و ساختار تاندونی مستحکم اطراف آن می‌باشد. دررفتگی مفصل ران به دنبال ضربه‌های بسیار شدید به طور نادر اتفاق می‌افتد و به علت عوارض جدی آن، هرگونه اقدام جهت تشخیص و درمان سریع این دررفتگی باید انجام گیرد. دررفتگی همزمان و نامتقارن جلوئی و پشتی لگن، به دنبال تروما، عارضه‌ای نامحتمل است و درمان آن به علت عوارض نامطلوب، می‌بایست هرچه سریع‌تر انجام گیرد.

*Orthopaedic Surgeon, Orthopaedic Department, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN.

**General physician, Rasht, IRAN.

پس از به هوش آمدن بیمار، سی تی اسکن اورژانس از لگن بیمار انجام شد تا علت جا نرفتن لگن مشخص و برنامه ریزی لازم جهت جراحی، انجام گردد. هیچ گونه شکستگی استخوان در سی تی اسکن دیده نشد (شکل ۳).



شکل ۳. سی تی اسکن لگن بیمار بدون هیچ گونه شکستگی استخوان

بیمار مجدداً به اتاق عمل بازگردانده شد و در همان روز تحت بیهوشی عمومی، جاناندازی باز با رویکرد پشتی جهت بیمار انجام گرفت.

در مفصل ران سمت چپ، سر استخوان ران، کپسول مفصلی را سوراخ کرده و مانع از جارفتن سر استخوان ران می شد (buttonhole mechanism). سر استخوان از داخل کپسول مفصلی آزاد گردید و جاناندازی صورت گرفت. حین عمل جراحی، عصب سیاتیک نیز مشاهده گردید. سپس سه هفته استراحت مطلق به همراه کشش استخوانی دوطرفه به بیمار داده شد. سه هفته بعد، بیمار به صورت وزن گذاری نسبی^۲ راه اندازی شد. پس از سه ماه بیمار مجدداً معاینه گردید و جهت بررسی درد بدون توجه در لگن بیمار، ام آر آی لگن انجام گرفت.

در این بررسی بیمار پوکی استخوان موضعی در مفصل ران چپ پیدا کرده بود، ولی شواهدی از نکروز آوسکولار سر فمور دیده نشد.

در معاینه فیزیکی، دامنه حرکت مفصل ران راست طبیعی، اما سمت چپ، ۱۵ درجه محدودیت چرخش به خارج، ۲۰ درجه

با این مکانیسم، مفصل ران چپ بیمار دچار دررفتگی پشتی و سمت راست دچار دررفتگی جلویی شده بود. بیمار پس از مراجعه به یک بیمارستان کوچک تر، به بیمارستان پورسینا واقع در شهرستان رشت در شمال ایران ارجاع گردید.

در ارزیابی اولیه، وضعیت مغزی براساس معیار «گلاسکو»^۱ ۱۵ بود و همودینامیک پایدار داشت. معاینات قفسه سینه و شکم طبیعی بودند. چند خراش روی اندامها و یک پارگی بالای لب بالایی بیمار مشاهده گردید که بخیه شده بود.

در بدو بستری، اندام پایینی راست بیمار در وضعیت چرخش به خارج، ابداکشن و اکستانسیون قرار داشت. در حالی که اندام پایینی چپ، وضعیت به داخل چرخیده و ادداکشن پیدا کرده بود.

هیچ اختلال عصبی - عروقی در اندامهای بیمار وجود نداشت. یک پرتونگاری رخ از لگن بیمار انجام گرفت که دررفتگی دوطرفه بدون شکستگی استخوان نشان داد (شکل ۱).



شکل ۱. تصویر رخ لگن بیمار با دررفتگی دوطرفه ران بدون شکستگی استخوان

بیمار به اتاق عمل برده شد و تحت بیهوشی عمومی، جاناندازی بسته لگن سمت راست با موفقیت انجام شد. ولی جاناندازی بسته در سمت چپ موفقیت آمیز نبود (شکل ۲).



شکل ۲. تصویر رخ لگن بعد از عمل جاناندازی بسته. عمل سمت راست با موفقیت انجام شد. جاناندازی سمت چپ ناموفق بود.

جهت تصمیم‌گیری درمان جراحی شکستگی‌های استخوانی، مشاهده قطعه‌های استئوکندرال داخل مفصلی و ارزیابی هماتوم لگنی، انجام سی‌تی‌اسکن مفید است^(۲۶).

در مواردی که جاناندازی بسته موفق نباشد، یا بیمارانی که چندین تروما داشته باشند و از لحاظ تکنیکی پرتونگاری با مکانیسم خاص مقدور نباشد، انجام سی‌تی‌اسکن کمک‌کننده است. سی‌تی‌اسکن با برش‌های ۲ میلی‌متری، در تشخیص و برنامه‌ریزی قبل از جاناندازی باز، مفید است. به شرطی که تأخیر بیش از حد در جاناندازی صورت نگیرد^(۲۰).

باتوجه به اینکه با احتساب زمان انجام سی‌تی‌اسکن، جاناندازی قبل از ۶ ساعت از زمان تروما مقدور بود، برای بررسی وجود قطعه استخوانی احتمالی که مانع از جاناندازی شده بود، و برنامه‌ریزی بهتر درمان دررفتگی سمت چپ، سی‌تی‌اسکن اورژانس برای بیمار صورت گرفت.

ممکن است شکستگی استابولوم در دررفتگی پشتی ران، از دید پزشک مخفی بماند؛ بخصوص در مواردی که شکستگی‌های عرضی یا نوع T وجود داشته باشند. در چنین شرایطی نماهای پرتونگاری «جودت»^۱ یا کناری بسیار کمک‌کننده می‌باشند^(۲۵).

تشخیص زودرس و جاناندازی سریع دررفتگی‌های لگن بسیار مهم است زیرا خطر نکروز آوسکولار زودرس در سر femur وجود دارد و توصیه می‌شود جاناندازی در ۶ ساعت اول پس از دررفتگی انجام گیرد^(۲۱،۲۶-۲۷).

نکروز آوسکولار سر femur در ۲۷-۶ درصد بیماران دچار دررفتگی لگن دیده می‌شود. در یک مطالعه دریافتند که خطر نکروز سر femur در جاناندازی طی ۶ ساعت اول، ۵٪، ۲۴-۶ ساعت اول ۸٪، و در ۲ یا ۳ روز اول، ۱۶٪ است^(۲۳). در ۲/۵٪ دررفتگی‌های پشتی، ۱/۵٪ دررفتگی‌های جلویی و ۱/۶٪ دررفتگی‌های مرکزی، نکروز آوسکولار سر femur گزارش شده است. نکروز آوسکولار می‌تواند تا ۲ سال پس از دررفتگی لگن نیز دیده شود^(۲۲،۲۵). لذا بیمار ما همچنان در خطر بروز چنین عارضه‌ای می‌باشد.

دلیل معرفی این مورد، ناشایع بودن دو جهت متفاوت برای دررفتگی لگن به دلیل دو مکانیسم متفاوت است.

محدودیت چرخش به داخل و ۲۰ درجه محدودیت در خم کردن داشت (شکل ۴).



شکل ۴. تصویر رخ لگن ۳ ماه پس از آسیب

در حال حاضر وزن‌گذاری کامل است اما بیمار به علت درد نسبی، اندکی لنگش داشته و فیزیوتراپی جهت کاهش محدودیت حرکت ادامه دارد.

بحث

دررفتگی مفصل ران به دنبال تروما یک عارضه نادر است که علت آن عمق حفره استابولوم و ساختار تاندونی مستحکم اطراف آن می‌باشد^(۱).

۲ تا ۵ درصد تمام دررفتگی‌ها، دررفتگی مفصل ران است که در ۹۰٪ موارد به صورت دررفتگی پشتی به خصوص در تصادفات موتورسیکلت اتفاق می‌افتد (حدود ۴۶-۱۸٪)^(۱،۲).

دررفتگی همزمان و نامتقارن جلویی و پشتی در هر دو ران، به دنبال تروما، عارضه نادرتری است. نوزده گزارش موردی از دررفتگی دوطرفه مفصل ران وجود دارد که ۱۸ مورد آنها نامتقارن بوده‌اند. ۱۶ مورد از دررفتگی‌های نامتقارن، همراه با شکستگی‌های استخوانی بودند و ۲ مورد باقی‌مانده پیگیری سه ماهه نداشتند^(۱۹-۱).

در این گزارش، دررفتگی نامتقارن دوطرفه لگن یک جوان ۱۷ ساله ارائه گردید که هیچ شکستگی استخوانی نداشت و پس از سه ماه تحت پیگیری و معاینه مجدد قرار گرفت. مکانیسم این حادثه شامل ضربه مستقیم به جلوی زانو در حالت اداکشن و چرخش به داخل ران چپ و ضربه لاترال لگن راست بود.

در ارزیابی اولیه بیماران دچار ضربه و بیمارانی که شواهدی از دررفتگی مفصل ران دارند، پرتونگاری لگن بایستی انجام گیرد^(۲۲).

References

1. Verma R, Sharma A, Ramachandran G. Bilateral asymmetric hip dislocation with segmental fracture femur: an unusual case report and literature review. *Internet J Orthop Surg*. 2010;17(1).
2. Azar N, Yalçinkaya M, Akman YE, Uzümcügil O, Kabukçuoğlu YS. Asymmetric bilateral traumatic dislocation of the hip joint: a case report. *Eklem Hastalik Cerrahisi*. 2010;21(2):118-21. Turkish.
3. Ashraf T, Iraqi AA. Bilateral anterior and posterior traumatic hip dislocation. *J Orthop Trauma*. 2001;15(5):367-8.
4. Dudkiewicz I, Salai M, Horowitz S, Chechik A. Bilateral asymmetric traumatic dislocation of the hip joints. *J Trauma*. 2000;49(2):336-8.
5. Sanders S, Tejwani NC. Asymmetric bilateral hip dislocation after motor vehicle accident - a case study and review of the literature. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2008;66(4):320-6.
6. Lam F, Walczak J, Franklin A. Traumatic asymmetrical bilateral hip dislocation in an adult. *Emerg Med J*. 2001; 8(6): 506-7.
7. Agarwal S, Singh GK, Jain UK, Jyoti G. Simultaneous anterior and posterior traumatic dislocation of the hip. A case report with review of the literature. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2000;120(3-4):236-8.
8. Martínez AA, Gracia F, Rodrigo J. Asymmetrical bilateral traumatic hip dislocation with ipsilateral acetabular fracture. *J Orthop Sci*. 2000;5(3):307-9.
9. Loupasis G, Morris EW. Asymmetric bilateral traumatic hip dislocation. *Arch Orthop Trauma Surg*. 1998;118(3):179-80.
10. Maqsood M, Walker AP. Asymmetrical bilateral traumatic hip dislocation with ipsilateral fracture of the femoral shaft. *Injury*. 1996;27(7):521-2.
11. Shukla PC, Cooke SE, Pollack CV Jr, Kolb JC. Simultaneous asymmetric bilateral traumatic hip dislocation. *Ann Emerg Med*. 1993;22(11):1768-71.
12. Bansal VP, Mehta S. Bilateral hip dislocation: one anteriorly, one posteriorly. *J Orthop Trauma*. 1991;5(1):86-8.
13. Gittins ME, Serif LW. Bilateral traumatic anterior/posterior dislocations of the hip joints: case report. *J Trauma*. 1991;31(12):1689-92.
14. Hill RJ, Chmell S. Contralateral anterior/posterior traumatic hip dislocations. *Orthopedics*. 1990;13(1):87-8.
15. Sinha SN. Simultaneous anterior and posterior dislocation of the hip joints. *J Trauma*. 1985;25(3):269-70.
16. Civil ID, Tapsell PW. Simultaneous anterior and posterior bilateral traumatic dislocation of the hips: a case report. *Aust N Z J Surg*. 1981;51(6):542-4.
17. Kaleli T, Alyüz N. Bilateral traumatic dislocation of the hip: simultaneously one hip anterior and the other posterior. *Arch Orthop Trauma Surg*. 1998;117(8):479-80.
18. Kundu ZS, Mittal R, Sangwan SS, Sharma A. Simultaneous asymmetric bilateral hip dislocation with unilateral fracture of the femur-peculiar mode of trauma in a case. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2003;13:255-7.
19. Bilsel K, Alpan B, Ugutmen E, Ozkan K. Bilateral simultaneous traumatic hip dislocation in opposite directions: a case report. *Acta Orthop Belg*. 2009;75(2):270-2.
20. Wobucholz R, Heckman JD, Court-Brown Ch. Open reduction. In: Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown C, eds. *Rockwood and Green's fractures in adults*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2010. p 1731.
21. Schoenecker PL, Manske PR, Sertl GO. Traumatic hip dislocation with ipsilateral femoral shaft fractures. *Clin Orthop Relat Res*. 1978;(130):233-8.
22. Brav CEA. Traumatic dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Am*. 1962;44:1115-34.
23. Upadhyay SS, Moulton A. The long-term results of traumatic posterior dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Br*. 1981;63B(4):548-51.
24. Stewart MJ, Milford LW. Fracture-dislocation of the hip: an end-result study. *J Bone Joint Surg Am*. 1954;36(A:2):315-42.
25. Adam P, Labbe JL, Alberge Y, Austry P, Delcroix P, Ficat RP. The role of computed tomography in the assessment and treatment of acetabular fractures. *Clin Radiol*. 1985;36(1):13-8.
26. Brooks RA, Ribbans WJ. Diagnosis and imaging studies of traumatic hip dislocations in the adult. *Clin Orthop Relat Res*. 2000;(377):15-23.
27. Yang EC, Cornwall R. Initial treatment of traumatic hip dislocations in the adult. *Clin Orthop Relat Res*. 2000;(377):24-31.