

دررفتگی ولار مزمن مفصل رادیو اولنار تحتانی

(گزارش یک مورد)

دکتر محمد دهقانی^(۱)، دکتر سید هادی سید حسینیان^(۲)

Old Volar Radioulnar Dislocation (Report of One Case)

Mohammad Dehghani, MD; Seyed Hadi Seyed Hosseiniyan, MD
Isfahan University of Medical Sciences

خلاصه

دررفتگی ولار مفصل رادیو اولنار تحتانی بدون شکستگی همزمان رادیوس و اولنا یک آسیب نادر است که ممکن است به آسانی از نظر دور بماند. این گزارش مربوط به خانم ۴۴ ساله‌ای است که با شکایت محدودیت حرکات چرخشی ساعد ۴ ماه بعد از آسیب اولیه مراجعه کرد. پرتونگاری و سی‌تی‌اسکن انجام شده، دررفتگی ولار مفصل رادیو اولنار تحتانی را بدون شکستگی در این ناحیه نشان داد. به علت گذشت زمان طولانی از آسیب اولیه، جاناندازی بسته ممکن نبود و بیمار با جاناندازی باز و بازسازی رباط با گرافت تاندونی با موفقیت درمان شد.

Abstract

Volar radioulnar dislocation without fracture in ulna or radius is rare. This is a report of an old volar dislocation of distal ulna that required open reduction and ligament reconstruction with free tendon graft.

دریافت مقاله: ۴ ماه قبل از چاپ | مراحل اصلاح و بازنگری: ۱ بار | پذیرش مقاله: ۱/۵ ماه قبل از چاپ

مقدمه

دررفتگی مفصل رادیو اولنار تحتانی می‌تواند دورسال یا ولار باشد^(۱). دررفتگی ولار و ایزوله مفصل رادیو اولنار تحتانی آسیب نادری است که ممکن است در مراجعه اولیه تشخیص داده نشود. دررفتگی‌هایی که ۸ هفته بعد از آسیب اولیه مراجعه می‌کنند، دررفتگی مزمن محسوب می‌شوند. بیماران با دررفتگی مزمن مفصل رادیو اولنار تحتانی اغلب مدت‌ها بعد به علت محدودیت پروناسیون ساعد یا تغییرات بعد از آسیب در مفصل مراجعه می‌کنند^(۲،۳). در این گزارش، یک مورد دررفتگی ولار

مزمن مفصل رادیو اولنار تحتانی که با جاناندازی باز و بازسازی رباطی با تاندون گرافت درمان شد، ارائه می‌شود.

گزارش مورد

یک خانم ۴۴ ساله با شکایت محدودیت حرکات چرخشی ساعد به کلینیک مراجعه کرد. در شرح حال سابقه افتادن جسم سنگین روی سطح دورسال مچ دست را ۴ ماه قبل ذکر کرد. در مراجعه اولیه به اورژانس، پس از انجام پرتونگاری رخ و نیمرخ با تشخیص پیچ‌خوردگی مچ دست، به مدت ۳ هفته تحت درمان با گچ کوتاه اندام قرار گرفت. بعد از باز کردن گچ و انجام فیزیوتراپی، بیمار محدودیت پروناسیون ساعد داشت.

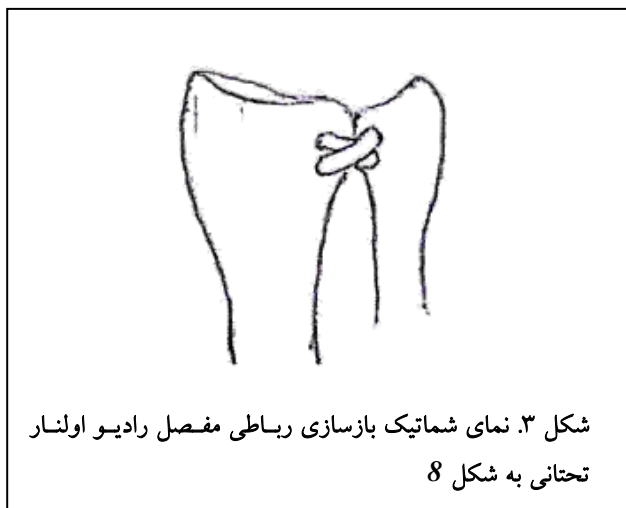
در معاینه فیزیکی بیمار تنها قادر به چرخش ساعد در محدوده ۶۰-۳۰ درجه بود و مچ دست در وضعیت سوپیناسیون

(۱): ارتوپد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

(۲): دستیار ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

نشانی نویسنده رباط: اصفهان، خ کاشانی، بیمارستان آیت ... کاشانی
دکتر محمد دهقانی E-mail: m_dehghani@med.mui.ac.ir

فیبروتیک اطراف مفصل مانع جاناندازی بود و پارگی در قسمت محیطی فیبروکارتیلاژ سه‌گوش میچ دست^۱ مشاهده شد. پس از برداشتن بافت‌های فیبروتیک، جاناندازی مفصل انجام و پایداری مفصل ارزیابی گردید که مفصل در حرکات چرخشی ناپایدار بود. لذا تاندون عضله پالماریس لنگوس با دو برش عرضی کوچک، در جلوی میچ دست و در یک سوم میانی ساعد برداشته شد. سپس با دریل دو سوراخ در انتهای تحتانی رادیوس در سمت اولنار و دو سوراخ در انتهای تحتانی اولنا در سمت رادیال ایجاد شد و تاندون پالماریس لنگوس به‌عنوان گرفت تاندونی به شکل ۸ از سوراخ‌های ایجاد شده در انتهای تحتانی رادیوس و اولنا عبور داده شد و روی رادیوس ثابت گردید (شکل ۳).



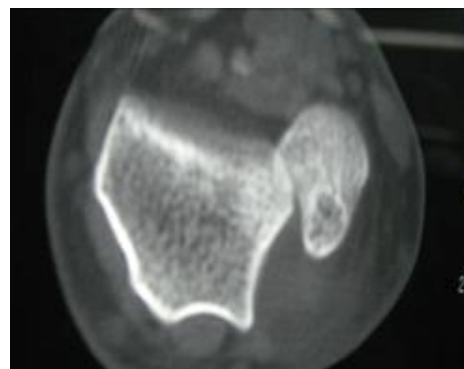
پارگی فیبروکارتیلاژ سه‌گوش ترمیم و کیسول مفصلی بسته شد. با گذاشتن یک عدد کیرشنر وایر به‌صورت عرضی بلافاصله بالای مفصل از رادیوس به اولنا مفصل پایدارتر گردید سپس اندام در یک گچ بلند بی‌حرکت شد. در پرتونگاری رخ و نیمرخ پس از عمل جراحی، مفصل کاملاً جاناندازی شده بود. در معاینه پیگیری ۲ هفته بعد، بخیه‌ها خارج و گچ تعویض گردید. شش هفته پس از جراحی کیرشنر وایر خارج و حرکات مفصل تحت نظارت فیزیوتراپیست شروع شد (شکل ۴). به تدریج حرکات فعال میچ و حرکات چرخشی ساعد تقویت گردید. بعد از ۶ ماه

قرار داشت. فلکسیون، اکستنسیون و حرکت به سمت اولنار و رادیال طبیعی بود و بیمار شکایتی از درد نداشت. عملکرد نوروواسکولار به‌ویژه عملکرد عصب اولنار طبیعی بود. پرتونگاری رخ همپوشانی رادیوس و اولنار در مفصل رادیو اولنار تحتانی را نشان می‌داد و در نمای نیمرخ حقیقی جابه‌جایی ولار سر اولنا نسبت به رادیوس مشهود بود (شکل ۱).



شکل ۱. الف) پرتونگاری رخ از همپوشانی غیرطبیعی قسمت دیستال رادیوس و اولنار، ب) پرتونگاری نیمرخ دررفتگی ولار مفصل رادیو اولنار تحتانی.

شکستگی در استخوان‌های میچ و کارپ دیده نمی‌شد. سی‌تی‌اسکن میچ دست نیز دررفتگی ولار مفصل رادیو اولنار تحتانی بدون شکستگی در این ناحیه را تایید کرد (شکل ۲).



شکل ۲. سی‌تی‌اسکن مفصل رادیو اولنار تحتانی با دررفتگی ولار مفصل

به‌علت گذشت زمان طولانی از آسیب اولیه، جاناندازی بسته امکان‌پذیر نبود. بنابراین بیمار زیر بیهوشی عمومی تحت عمل جاناندازی باز و بازسازی رباط قرار گرفت. با رویکرد دورسوالنار، مفصل رادیو اولنار تحتانی نمایان شد. بافت‌های

روش‌های جراحی مختلفی برای اصلاح دررفتگی مزمن این مفصل وجود دارد و بیشتر آنها روی تعداد کمی از بیماران انجام شده است. لذا توافق کلی در مورد نحوه درمان این آسیب وجود ندارد. «دامرون»^۱ معتقد است که اگر کمتر از ۲ ماه از آسیب گذشته باشد و نتوان دررفتگی را به صورت بسته جاناندازی کرد باید جاناندازی باز با ترمیم فیبروکارتیلاژ سه‌گوش صورت گیرد ولی اگر درمان جراحی بعد از ۲ ماه انجام شود باید دیستال اولنا برداشته و بازسازی رباطی انجام گردد^(۱).

«سایتو»^۲ و همکاران سه مورد دررفتگی مزمن ولار مفصل رادیوولنار تحتانی را با عمل «ساوه - کاپانجی»^۳ درمان و نتایج خوبی را گزارش کردند. «کارانفیل»^۴ عمل «داراک»^۵ را روی یک بیمار با دررفتگی مزمن که بیش از ۲ ماه از زمان آسیب گذشته بود انجام داد. ما با انجام عمل جاناندازی باز و بازسازی رباطی مفصل با گرافت تاندونی از تاندون پالماریس لنگوس بدون رزکشن دیستال اولنا نتیجه خوبی به دست آوردیم و این عمل را برای موارد مشابه توصیه می‌کنیم.

1. Dameron
2. Saito
3. Suave-Kapandji
4. Caranfil
5. Darrach

مجله جراحی استخوان و مفاصل ایران/ دوره ششم، شماره ۳، بهار ۱۳۸۷
از عمل جراحی تقریباً دامنه حرکتی طبیعی میچ دست و ساعد به دست آمد و بیمار قادر به انجام سوپیناسیون و پروناسیون در محدوده طبیعی بود.



شکل ۴. پرتونگاری رخ و نیمرخ از جاناندازی کامل مفصل رادیوولنار تحتانی پس از خارج کردن کیرشنر وایر

بحث

دررفتگی ایزوله مفصل رادیوولنار تحتانی، آسیب نادری است که به دلیل شیوع کم و ظاهر نسبتاً خوش‌خیم و نیز مشکل در تهیه پرتونگاری نیم‌رخ حقیقی از مفصل، ممکن است از نظر دور بماند. بنابراین ممکن است بیماران با محدودیت پروناسیون میچ دست به صورت تأخیری مراجعه کنند

References

1. **Dlabach JA.** Acute dislocations. In: Canale ST, ed. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 11th ed. Philadelphia: Mosby; 2008. p 3594-97.
2. **Rodriguez Merchan EC, de la Corte H.** Injuries of the distal radioulnar joint. *Contemp Orthop*. 1994;29 (3): 193-200.
3. **Drewajany JJ, Palmer AK.** Injuries to the distal radioulnar joint. *Orthop clin North Am*. 1986;17(3)451-9.
4. **Singletary EM.** Volar dislocation of the distal radioulnar joint. *Ann Emerg Med*. 1994;23(4):881-3.
5. **Saito J, Sakai A, Okimoto N, Ohshige T, Murakami T, Nakamura T.** Three cases of chronic volar dislocation of the distal radioulnar joint that were treated with the Sauvé-Kapandji procedure. *J UOEH*. 2003;25 (2):249-57.
6. **Caranfil R.** Isolated traumatic luxation of the distal radio-ulnar joint. A case report. *Acta Orthop Belg*. 2000; 66(5):517-20.