

گزارش یک مورد شکستگی - دررفتگی خلفی دوطرفه همزمان آرنج

دکتر علیرضا سعید*، دکتر داوود جعفری^۱، دکتر حمید طاهری^۲ و دکتر هومن شریعت‌زاده^۲

خلاصه

دررفتگی آرنج اگرچه ضایعه نادری نیست، ولی به ندرت به صورت دوطرفه گزارش شده است. در این جا یک مورد ترومای بسیار نادر در اندام فوقانی گزارش می‌گردد که در آن دررفتگی همزمان دوطرفه آرنج به سمت خلف همراه با شکستگی دوطرفه گردن رادیوس اتفاق افتاده بود و تا آنجا که نویسندگان اطلاع دارند تاکنون چنین موردی گزارش نشده است. در موارد دررفتگی آرنج همراه با شکستگی گردن رادیوس اگرچه خارج کردن سر رادیوس با نتایج خوبی همراه بوده ولی امروزه تمایل به نگهداری سر بیشتر شده است و به نظر می‌رسد این رویکرد بهتری باشد.

واژه‌های کلیدی: آرنج، دررفتگی، شکستگی، گردن رادیوس

مقدمه

مقدار به هر دو اندام فوقانی بسیار نادر و در حد گزارش مورد اتفاق می‌افتد (۲،۳). در اینجا بیماری گزارش می‌شود که دچار دررفتگی همزمان هر دو آرنج همراه با شکستگی دوطرفه گردن رادیوس شده بود.

دررفتگی آرنج ضایعه نادری محسوب نمی‌شود و تا آنجا که نویسندگان اطلاع دارند، مطالعه جدیدی در این مورد منتشر نشده است. در مطالعات قبلی، این تروما حدود ۳۰ درصد تمام صدمات آرنج را تشکیل می‌دهد است (۱). اتفاق افتادن دوطرفه این ضایعه با توجه به لزوم وارد شدن نیروی یکسان از نظر جهت و

۱- استادیار گروه ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان و فلوجراحی دست و اعصاب محیطی، بیمارستان شفا یحیائیان تهران ۲- استادیار ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

* نویسنده مسؤل، آدرس: بیمارستان شفا یحیائیان، تهران • آدرس پست الکترونیک: arsaiedmd@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۴/۲۳ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۶/۷/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۷/۲۵

گزارش مورد

بیمار مردی است ۱۹ ساله که به دنبال تصادف موتورسیکلت وی با کامیون به اورژانس بیمارستان دکتر باهنر کرمان آورده شده بود. مکانیزم تروما را به خاطر نمی‌آورد، ولی آسیب منحصر به هر دو اندام فوقانی بود. در هر دو آرنج به صورت واضح تغییر شکل و تورم شدید وجود داشت و بیمار هر دو ساعد را در حالت نیمه سوپیناسیون و پروناسیون نگاه داشته بود. هیچ‌گونه زخمی مشاهده نمی‌شد. معاینه حسی - حرکتی و عروقی طبیعی بود. به علت درد شدید معاینه حرکات امکان‌پذیر نبود. رادیوگرافی دررفتگی خلفی با شکستگی گردن رادیوس با جابه‌جایی مختصر سر در هر دو آرنج را نشان داد (شکل ۱). در اطاق عمل جاناندازی بسته هر دو ضایعه انجام شد. پس از جاناندازی هر دو آرنج در معاینه ثبات کافی در حرکات فلکسیون و اکستنسیون داشتند و در معاینه، رباط‌های داخلی و خارجی نیز بی‌ثباتی واضح نشان نمی‌دادند، ولی حرکات چرخشی پاسیو در سمت راست کاملاً محدود و کمتر از ۵۰ درجه در هر جهت بودند. رادیوگرافی‌های انجام شده پس از جاناندازی بسته نشان

داد که متأسفانه در سمت راست سر رادیوس موقعیت قابل قبولی پیدا نکرده است (شکل ۲). لذا پس از صحبت با بیمار در حین عمل جراحی با انسیزیون آنتروترال آرتروتومی مفصل انجام و همارتروز تخلیه شد. سر رادیوس کاملاً جدا شده و هیچ‌گونه اتصال نداشت. با توجه به این موضوع و پس از مشورت با همکاران به این نتیجه رسیدیم که بهترین انتخاب خارج کردن سر رادیوس است (در آن زمان پروتز سر رادیوس در کشور موجود نبود). به غیر از این ضایعه دیگری یافت نشد و با توجه به ثبات مفصل پس از اکسیزیون سر، لیگامان‌ها نیز اکسپلور و یا ترمیم نشدند. یک سال پس از ترومای اولیه بیمار از آرنج چپ هیچ شکایتی نداشت و اگر چه به کار سنگین دستی اشتغال داشت، از ضعف کلی اندام سمت راست شاکی بود. دامنه حرکات آرنج چپ در تمام جهات کامل و آرنج راست تقریباً کامل بود (محدودیت حدود ۲۰ درجه فقط در اکستنسیون). رادیوگرافی‌های جدید در شکل ۳ دیده می‌شوند. میوزیت اسفیکان بسیار مختصر در همراهی با زاویه والگوس خفیف نسبت به سمت مقابل در این رادیوگرافی دیده می‌شد.



شکل ۱: رادیوگرافی‌های انجام شده از بیمار هنگام پذیرش (حرف L توسط مسئول رادیولوژی نوشته شده و تاریخ مربوط به زمان تهیه اسلاید است)



شکل ۲. رادیوگرافی آرنج راست پس از جاناندازی بسته (راست) و پس از اکسیژیون سر (چپ)



شکل ۳. رادیوگرافی هر دو آرنج در پی گیری یک ساله

در این موارد، شدت نسبی ترومای وارده بوده، چرا که دررفتگی یک طرفه با ترومای جزئی وحتى به دنبال زمین خوردن در حین راه رفتن ایجاد می شود، در حالی که در موارد دوطرفه، در اکثر موارد بیمار از ارتفاع سقوط کرده (۳،۴،۶،۷،۹) و مورد حاضر هم به دنبال تصادف افتاده است. در واقع از آنجا که خیلی از این موارد نادر در ورزشکاران ژیمناستیک کار مؤنث گزارش شده، این تئوری مطرح گردیده که پیش شرط این ضایعه، لاکسیته ژنرالیزه لیگامانی با هایپراکستاسیون آرنجها می باشد (۳). در بعضی موارد همراه دررفتگی دوطرفه، شکستگی نیز

بحث

بیمار معرفی شده به دنبال تصادف، با مکانیزم نامشخص دچار شکستگی دررفتگی قرینه آرنجها شده بود. احتمالاً در اینجا نیز مانند سایر موارد دررفتگی آرنج، تروما به مچ دست(ها) وارد شده است و بنابراین بیمار احتمالاً از موتورسیکلت به زمین پرت شده بوده و یا برای محافظت خود دستها را حائل کرده است. برای اولین بار دررفتگی دوطرفه آرنج (که از نوع قدامی بود)، بیش از ۳۰ سال پیش گزارش شد (۴)، ولی تعداد موارد گزارش شده از آن زمان تا به حال بسیار کم بوده است (۱۰-۵، ۳، ۲). نکته مشترک

رادیوس در این موارد و در درمان شکستگی‌های سر بحث‌های زیادی شده است. عده‌ای عقیده دارند اگرچه برداشت سر با عوارضی مانند بی‌ثباتی مفصل آرنج، ضعف کلی اندام، کویتوس والگوس و ناراحتی در مفصل رادیولنار تحتانی همراه است، ولی این عوارض جدی و شایع نیستند و از طرفی با گذشت زمان نتیجه به دست آمده از دست نمی‌رود (۱۵،۱۶) و لذا هنوز هم به عنوان یک روش جایگزین خوب بایستی اکسیزیون سر را در نظر داشت. از طرفی عده‌ای دیگر عقیده دارند که در مورد شکستگی سر و یا گردن رادیوس همراه با دررفتگی آرنج و به عبارتی ضایعات Mason type IV، اکسیزیون سر نتایج مشابه با مواردی که به دنبال شکستگی سر و / یا گردن به تنهایی، سر خارج می‌شود را به دست نمی‌دهد و بایستی در این موارد سر را نگهداشت (۱۷) و یا حداقل از پروتز استفاده کرد (۱۸). به هر حال در بیمار معرفی شده پس از بررسی و مشاوره زیاد این نتیجه‌گیری شد، که با توجه به عدم دسترسی به پروتز و وسایل مخصوص در زمان بستری شدن بیمار، بهترین روش درمانی اکسیزیون سر است.

مانند شکستگی دوطرفه اپی‌کندیال مدیال (۱۰) و یا دررفتگی دوطرفه آرنج با شکستگی یک‌طرفه سر رادیوس وجود داشته است (۹). همچنین شکستگی قرینه سر و یا گردن رادیوس بدون دررفتگی (۱۱،۱۲) و دررفتگی دوطرفه آرنج با شکستگی دوطرفه سر رادیوس نیز گزارش گردیده (۷)، ولی در حد اطلاع نویسنده دررفتگی دوطرفه آرنج همراه با شکستگی دوطرفه گردن رادیوس تا به حال گزارش نشده است.

در مواردی که دررفتگی آرنج همراه با شکستگی سر و یا گردن رادیوس اتفاق می‌افتد، درمان جاناندازی بسته دررفتگی و سپس تصمیم‌گیری در مورد نحوه صحیح درمان شکستگی می‌باشد. در مواردی که شکستگی سر و یا گردن رادیوس همراه با جابه‌جایی بوده و محدود کننده حرکات آرنج باشد، درمان استاندارد، به شرط سالم بودن زائده کرونوئید، بالغ بودن بیمار از نظر اسکلتی و عدم وجود آسیب پرده بین استخوانی، اگر از نظر تکنیکی امکان‌پذیر باشد ثابت کردن سر رادیوس و اگر نباشد اکسیزیون آن است (۱۳،۱۴). که این روش در بیمار معرفی شده انجام شد و نتیجه رضایت‌بخش به دست داد. در مورد اکسیزیون سر

Summary

Bilateral Simultaneous Posterior Elbow Fracture / dislocation: a Case Report

Saied A.R., M.D.¹, Jafari D., M.D.¹, Taheri H., M.D.², Shariatzadeh H., M.D.²

1. Assistant Professor of Orthopedics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Assistant Professor of Orthopedics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Elbow dislocation, though not a rare injury has been only occasionally reported to occur bilaterally. An extremely rare case of upper extremity trauma is reported in which bilateral simultaneous posterior elbow dislocation associated with bilateral radial neck fractures had occurred. To the best of our knowledge, this hasn't been reported previously. Although radial head excision has been reported to be associated with good outcome in cases of elbow dislocations with fracture of radial neck, the trend has been toward preservation of the head and it seems that this is a more logical approach.

Key words: Elbow, Dislocation, Fracture, Radial neck

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2008; 15(1):91-95

References:

1. Mehlhoff TL, Noble PC, Bennett JB, Tullos HS. Simple dislocation of the elbow in the adult. Results after closed treatment. *J Bone Joint Surg Am* 1988; 70(2): 244-9.
2. Jensen UH, Rud B. Bilateral dislocation of the elbows. *Ugeskr Laeger* 1983; 6; 145(23): 1784.
3. Wilson A. Bilateral elbow dislocation. *Aust NZ J Surg* 1990; 60(7): 553-4.
4. Oury JH, Roe RD, Laning RC. A case of bilateral anterior dislocations of the elbow. *J Trauma* 1972; 12(2): 170-3.
5. Kovrizhnyi VG, Savvin EM. A case of simultaneous bilateral luxation in the elbow joint. [Article in Russian] *Klin Khir* 1969; 5: 65.
6. Maitra A.K. A rare case of bilateral simultaneous posterior dislocation of the elbow. *Br J Clin Pract* 1979; 33(8): 233-5.
7. Raman R, Srinivasan K, Matthews SJ, Giannoudis PV. Bilateral radial head fractures with elbow dislocation. *Orthopedics* 2005; 28(5): 503-5.
8. Schonbauer HR. Simultaneous, bilateral dislocation of the elbow. [Article in German] *Monatsschr Unfallheilkd Versicherungsmed* 1957; 60(4): 119-21.
9. Syed AA, O'Flanagan J. Simultaneous bilateral elbow dislocation in an international gymnast. *Br J Sports Med* 1999; 33(2): 132-3.
10. Tayob AA, Shively RA. Bilateral elbow dislocations with intra-articular displacement of the medial epicondyles. *J Trauma* 1980; 20(4): 332-5.
11. Deshmukh NV, Shah MS. Bilateral radial head fractures in a martial arts athlete. *Br J Sports Med* 2003; 37(3): 270-1; discussion 271.
12. Hodge JC. Bilateral radial head and neck fractures. *J Emerg Med* 1999; 17(5): 877-81.
13. Crenshaw A.H. Jr. Fractures of the shoulder, arm and forearm. In: Canale S.T. (Editor) *Campbell's operative orthopedics*, 10th ed., Mosby 2003; P3036.
14. Mezera KY, Hotchkiss: Fractures and dislocations of the elbow. In: Bucholz R.W. and Heckman J.D. (editors) *Rockwood and Green's Fractures in adults*. 5th ed., Lippincot William's and Wilkins 2002; PP 921-52.
15. Coleman DA, Blair WF, Shurr D. Resection of the radial head for fracture of the radial head. Long-term follow-up of seventeen cases. *J Bone Joint Surg Am* 1987; 69(3): 385-92.
16. Herbertsson P, Josefsson PO, Hasserijs R, Besjakov J, Nyqvist F, Karlsson MK. Fractures of the radial head and neck treated with radial head excision. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86-A (9): 1925-30.
17. Sanchez-Sotelo J, Romanillos O, Garay EG. Results of acute excision of the radial head in elbow radial head fracture-dislocations. *J Orthop Trauma* 2000; 14(5): 354-8.
18. Popovic N, Gillet P, Rodriguez A, Lemaire R. Fracture of the radial head with associated elbow dislocation: results of treatment using a floating radial head prosthesis. *J Orthop Trauma* 2000; 14(3): 171-7.