

درمان جراحی دررفتگی مفصل آخرمی-چنبری

دکتر روح‌الله مشیری*

خلاصه و نتیجه

دررفتگی کامل مفصل آخرمی - چنبری از مواردی است که بهتر است با عمل جراحی درمان شود، نوع درمان انجام شده به روش گذاشتن پیچ از روی استخوان چنبره زائده غرابی - نسبتبه سایر اعمال جراحی - به نظر عملی تر و مورد قبولتر می‌رسد. عوارض عمل نیز کمتر از موارد مشابه است و برگشت حرکات شانه بیمار به حالت طبیعی زودتر انجام می‌گیرد.

مقدمه

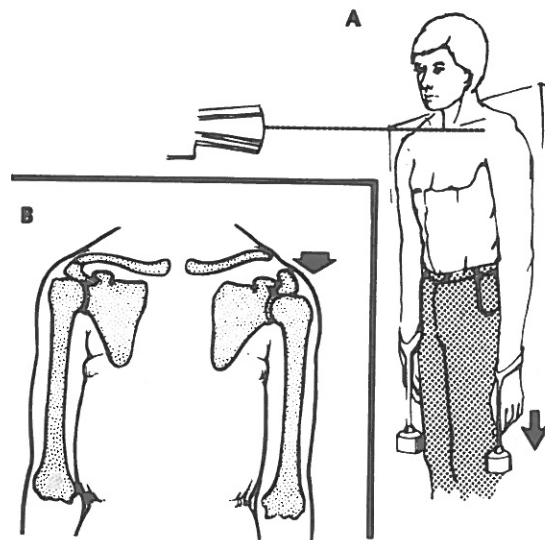
پیش از پنجاه نوع درمان از نوع باندرپیچی و بیشتر از سی نوع درمان جراحی برای دررفتگی کامل مفصل آخرمی - چنبری (acromio-clavicular) پیشنهاد شده است. با توجه با اینکه میزان بروز این عارضه در بین صدمات وارد بر مفاصل کم است بنابراین هر جراحی احتمالاً با یک یا چند مورد از آن بیشتر برخورد ندارد. مقصود از این مقاله معرفی یکی از انواع درمان جراحی و نیز نتایج آن است که ما بر روی بیماران خود انجام دادیم.

روش بررسی

بیماران مورد مطالعه ما همه مرد بودند و علت دررفتگی مفصل آنها بیشتر تصادفات رانندگی با ماشین یا موتورسیکلت بوده است. ۵ نفر از ۶ نفر بیمار مورد مطالعه، در شانه چپ ضایعه داشتند. جوانترین آنها ۱۸ ساله و مسن ترین آنها ۵۸ ساله بود. همه بیماران در حدود ۵ روز اول بعد از صدمه مورد عمل جراحی قرار گرفتند. مدت زمان کنترل مجدد بین یک تا ۲/۵ سال بوده است.

روش درمانی

هر کدام از بیماران پس از مراجعه فوراً بستری شدند و بعد از تشخیص بالینی از هر دو مفصل آخرمی - چنبری پرتونگاری به عمل آمد؛ همه پرتونگاریها با دادن وزنه ۴/۵ کیلویی به هر دست و به طور ایستاده انجام شد (شکل ۱).



شکل ۱.

روش جراحی انتخابی تصحیح شده روش بوس ورث (Bos Worth) است و کندی (Candy) در ۱۹۶۸ آن را شرح داده است.

زیر بیهوشی عمومی بعد از نمایان کردن مفصل آخرمی - چنبری، استخوان چنبر را به بالا می کشیم تا رباطهای پاره و مفصل غرابی - چنبری و قاعده زائده غرابی نمایان شوند. مفصل آخرمی - چنبری را دقیقاً دربید (پاکیزه) می کنیم و دیسک بین مفصلی را برمی داریم؛ بعد از گذاشتن پیچ در زائده غرابی از بالای استخوان چنبر رباطهای غرابی - چنبری را که قبلاً از آنها نخ عبور داده ایم به هم نزدیک می کنیم و می دوزیم؛ عضلات دالی و ذوذنقه ای را از محل کنده شده شان مجدداً ترمیم می کنیم (۳). بعد از عمل، دست را به مدت دو تا سه هفته در یک قلاب (sling) آویزان می کنیم و سپس بیمار را آزاد می گذاریم که حرکات شانه اش را انجام دهد ولی به بیمار گوشزد می کنیم که تا ۶ هفته بعد از عمل از بلند کردن اجسام سنگین، فشار دادن و کشیدن اجسام سنگین خودداری کند. بعد از این مدت فیزیوتراپی (ورز درمانی) برای بیمار شروع می شود؛ و بالاخره بعد از دوازده هفته می توان پیچ را با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی درآورد. نتایج بالینی بیماران مورد بررسی بدین ترتیب بود که هیچ بیماری محدودیت حرکت نداشت، در شانه برآمدگی که نشانه ای از عود دررفتگی باشد دیده نشد و فقط در یک مورد کالسیفیکاسیون (رسوب کلسیم) در رباط غرابی - چنبری دیده شد که باعث ناراحتی خاصی برای بیمار نشد

بحث

مفصل آخرمی - چنبری مانند هر مفصل دیگری امکان دررفتگی دارد. برحسب عناصر تشریحی موجود در اطراف آن و برحسب آسیب رسیدن به هر یک از عناصر ممکن است مفصل دچار دررفتگی جزئی و با تغییر مکان کم و یا دررفتگی کامل و با تغییر مکان زیاد گردد.

پایداری این مفصل از نظر تشریحی به رباطهای ثابت نگهدارنده آن بستگی دارد. رباطهای آخرمی - چنبری و غرابی - چنبری عوامل اصلی در نگهداری این مفصل می باشند. علاوه بر رباطهای فوق، مقداری از پایداری این مفصل بستگی به چسبندگی عضلات دالی و ذوذنقه ای به استخوان چنبری دارد.

سطوح مفصلی آخرمی - چنبری با غضروف مفصلی پوشیده می شود و مفصل حاوی یک صفحه لیفی غضروفی و به عبارتی ساختمانی شبیه منیسک با مبداء لیفی غضروفی می باشد (۶).

این مفصل در حرکات اندام فوقانی نسبت به قفسه صدری دخالت می کند و در موقعی که دست از بدن دور می شود استخوان گتف با حرکت چرخشی خود زائده غرابی را به طرف پایین می کشد و رباط غرابی - چنبری باعث چرخش استخوان چنبر بر روی محور خود می شود. اختلال در این مفصل حرکت دور کنندگی دست از بدن را دردناک

می‌کند.

دارد که جراحی کاربهرتری انجام نمی‌دهد. در مقاله‌ای دیگر بلینگ عقیده دارد که برگرداندن مفصل به وضعیت تشریحی طبیعی خیلی مهم است و نوع سوم حتماً باید با عمل جراحی درمان شود ولی در مورد نوع اول و دوم درمان جراحی پیشنهاد می‌کند (۲).

برحسب نیروی وارده بر این مفصل ضایعات ممکن است خیلی خفیف و بدون جابجایی و یا خیلی شدید یا جابجایی زیاد که منجر به پارگی رباطهای مربوطه می‌شوند، باشند (۲).

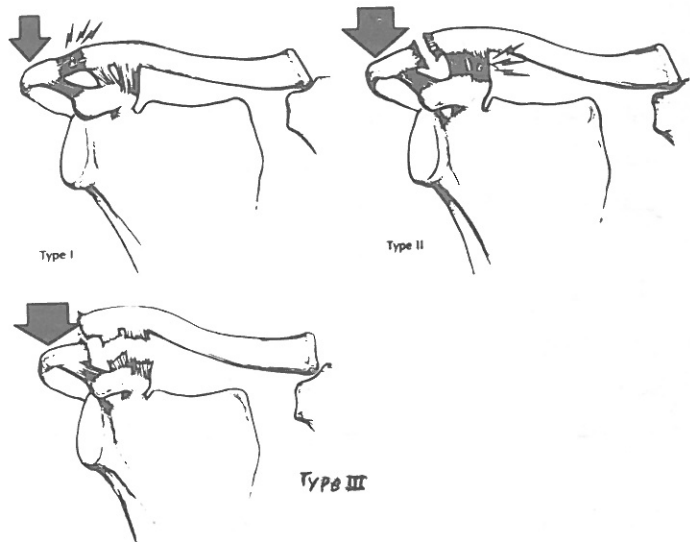
فرد بلینگ (Fred Behling) این ضایعات را برحسب میزان جابجایی به سه گروه تقسیم می‌کند:

گروه اول. ضرب دیدگی و کشیدگی رباط آخرمی - چنبری بدون آسیب دیدگی مفصل و عضلات دالی و ذوذنقه‌ای و رباط غرابی - چنبری.

گروه دوم. در این گروه مفصل آخرمی - چنبری جدا می‌شود و در مقایسه با مفصل طرف مقابل کمی جابجایی دارد. در این گروه کشیدگی رباط غرابی - چنبری وجود دارد ولی فاصله زائده غرابی تا استخوان چنبر طبیعی است و عضلات مربوطه مختصر کشیدگی دارند.

گروه سوم. در این گروه ضایعات عناصر مختلف تشکیل دهنده مفصل وجود دارند که شامل: پارگی رباط آخرمی - چنبری؛ دررفتگی و جابجایی کامل مفصل آخرمی - چنبری است به طوری که فاصله بین زائده غرابی تا استخوان چنبر بیشتر از ۷۵٪ عرض استخوان چنبر می‌شود (۳).

پارگی رباط غرابی - چنبری و بالاخره کندی عضلات دالی و ذوذنقه‌ای از انتهای خارجی استخوان چنبر دیده می‌شود (شکل ۲).



شکل ۲.

اول اینکه جراح قادر است کاملاً مفصل را ببندد و میزان ضایعات را برآورد نماید و اگر لازم دید مفصل را پاکیزه نماید و عضلات دالی و ذوذنقه‌ای را در جای اولش بدوزد (۱). دوم اینکه جا انداختن به صورت تشریحی طبیعی امکانپذیر است و بالاخره سوم اینکه به حرکت درآوردن هر چه زودتر مفصل امکانپذیر خواهد بود.

باید در نظر داشت که در درمانهای جراحی نیز خطراتی مانند خطرات ناشی از بیهوشی، عفونت، تشکیل لخته در محل و ماندن آثار زخم جراحی روی استخوان چنبر و جا به جا شدن فلزهای ثابت کننده و بالاخره دررفتگی مجدد مفصل ممکن است به وجود آید (۴) که بایستی برای جلوگیری از هر یک از پیشامدهای فوق اقدامات و احتیاطات لازم را به عمل آورد.

روشهای مختلفی برای ثابت کردن و جا انداختن مفصل آخرمی - چنبری با جراحی وجود دارد (۳).

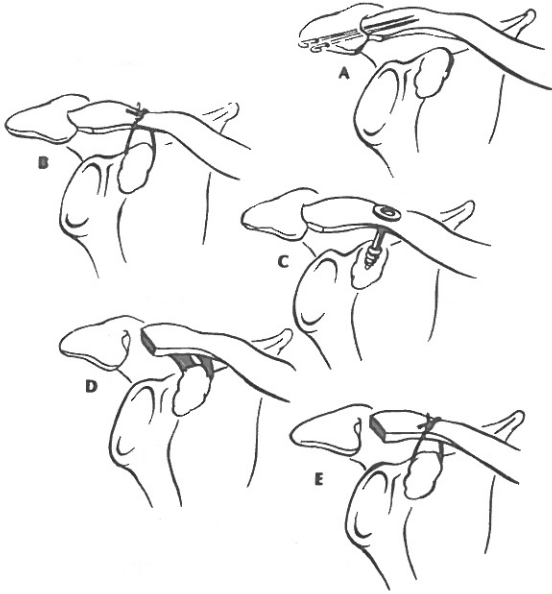
ثابت کردن مفصل با گذاشتن پیچ از روی استخوان چنبر به زائده غرابی - که ما نیز آن را تجربه کرده‌ایم و در مقالات نیز آمده است (۶ و ۲) - روشی عملی تر و راحت تر به نظر می‌رسد و بیماران دچار عوارض کمتری می‌شوند و راحت تر آن را قبول می‌کنند. در شکل ۴ پرتونگاری یکی از بیماران ماقبل و بعد از عمل نشان داده شده است که نشاندهنده حرکات طبیعی مفصل بعد از عمل می‌باشد.

همانطور که گفته شد قبل از عمل پرتونگاری ایستاده - در حالی که به هر دو دست بیمار وزنه ۱۰ پوندی داده شده ضرور است (شکل ۲).

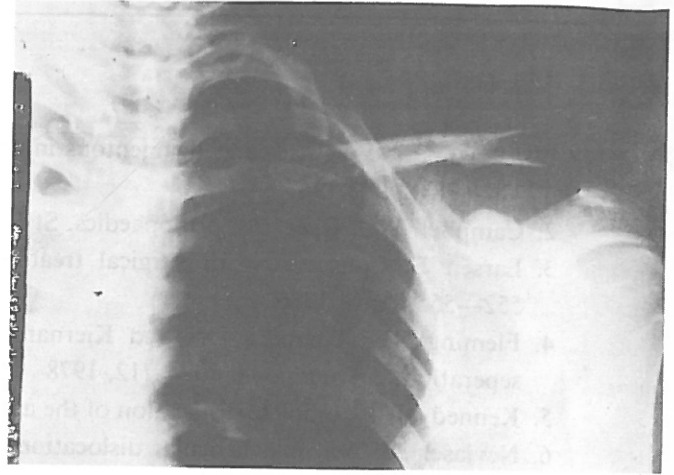
گاهی رسوب کلسیم در رباط غرابی - چنبری رخ می‌دهد که این تنها مربوط به عمل جراحی نیست بلکه در درمانهای محافظه کارانه نیز

روشهای درمانی مختلفی در درمان این دررفتگی پیشنهاد شده است: روزنرم (Rosenorm) دریک مطالعه و مقایسه در ۲۴ مورد که از آن میان عده‌ای تحت عمل جراحی و عده‌ای تحت درمان بدون جراحی قرار گرفته‌اند، عقیده دارد که بعد از درمان بدون عمل جراحی هیچ عارضه‌ای مانند آرتروز و عوارض دیررس ندیده است (۳). و عقیده

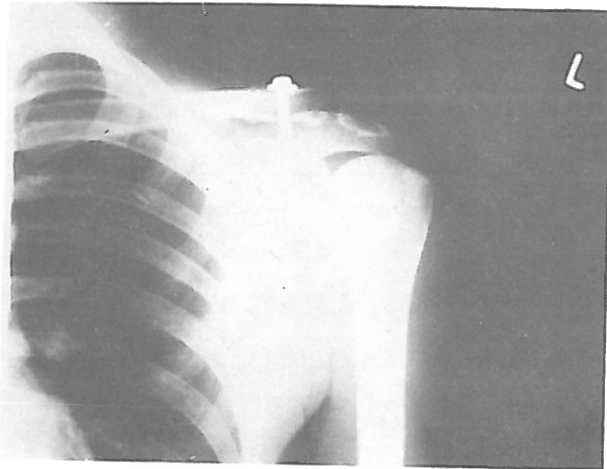
دیده می شود و در عمل مفصل دخالت چندانی ندارد.



شکل ۳.



شکل ۴.



شکل ۴.



شکل ۴.

مراجع

1. Allman FL: Fractures and ligamentous injuries of the clavicle and its articulation. JBJS 49A: 774—784, June 1967
2. Campbell WC: Operative orthopaedics. St Louis CV, Mosby 1980
3. Larsen E: Conservative or surgical treatment of acromioclavicular dislocation. JBJS 69A: 552—555, April 1986
4. Fleming RE, Tomberg DN and Kiernan HA: An operative repair of acromioclavicular separation. J Trauma 18: 709—712, 1978
5. Kennedy JC: Complete dislocation of the acromioclavicular Joint. J Trauma 8: 311—318, 1968
6. Neviaser JS: Acromioclavicular dislocation treated by transference of the coraco - acromial ligament along term follow - up in a serieis 112 cases. Clin Orthop 58: 57—68, 1968
7. Rosenorm M and Pedersen EB: A comparison between conservative and operative treatment of acute acromio clavicular dislocation. Acta Orthop Scandinavica 45: 50—59, 1974
8. Rockwood CA Jr and Green DP: Fractures 2d ed. Philadelphia JB Lippicott, 1984, pp 718—719