

معرفی یک مورد دررفتگی تحتانی مفصل شانه همراه با شکستگی توبروزیتی بزرگ هومروس

دکتر بابک سیاوشی*، دکتر محمدجواد زهتاب*، دکتر میرمصطفی سادات**

چکیده:

زمینه و هدف: دررفتگی شانه یکی از دررفتگی‌های شایع مفاصل بزرگ بدن است که اغلب به شکل قدامی است. دررفتگی تحتانی شانه نوع نادری است که کمتر گزارش شده است، لذا آگاهی کافی از عوارض و نتایج آن وجود ندارد.

مواد و روش‌ها: آقای ۴۰ ساله متعاقب تصادفی رانندگی با وضعیت ابداکشن شانه و اکسترنال روتیشن باز و همراه با افت فشار خون و تندرینس شکم به بیمارستان آورده می‌شود و در همان ابتدا توسط سرویس جراحی تحت عمل لاپاروتومی و خارج کردن طحال قرار می‌گیرد. در رادیوگرافی شانه وی دررفتگی تحتانی شانه همراه با شکستگی توپروزیتی بزرگ هومروس (Luxatio Erecta) مشاهده می‌شود که همزمان با عمل سرویس جراحی و در همان بیهوشی برای وی جا اندازی شانه صورت می‌گیرد. اما قطعه شکسته توپروزیتی هومروس به صورت آناتومیک جا اندازی نمی‌شود و به نظر می‌آید داخل مفصل گیر کرده باشد لذا بعد از بهبودی حال عمومی بیمار و در مرحله بعدی، جا اندازی باز و فیکساسیون داخلی قطعه مذکور صورت می‌گیرد.

نتیجه‌گیری: بخاطر نادر بودن دررفتگی تحتانی شانه، هنوز نمی‌توان از نظر عوارض و نتایج آن را با دررفتگی قدامی شانه که بسیار شایع‌تر است مقایسه کرد. ولی به نظر می‌رسد ترومای شدیدتری باعث این نوع دررفتگی می‌شود و نیز جهت جابجایی طوری است که نسوج بیشتری صدمه می‌بینند لذا با جا اندازی شانه شانس ریداکشن آناتومیک توپروزیتی بزرگ هومروس کمتر بوده و نیاز به جراحی شاید بیشتر باشد.

واژه‌های کلیدی: دررفتگی تحتانی شانه، شکستگی توپروزیتی بزرگ هومروس

زمینه و هدف

تقسیم می‌شود. دررفتگی تحتانی^{۵-۷} نوع نادری است که با جابجایی سر هومروس به طرف پایین و جابجایی شفت هومروس به طرف بالا همراه است به طوری که در بدو ورود، چنانچه بیمار را ببینید از پوزیشن بیمار تا حد زیادی می‌توان تشخیص را حدس زد (یعنی بازوی بیمار در کنار

دررفتگی شانه یکی از دررفتگی‌های شایع مفاصل بزرگ بدن است^۱ که به انواع حاد و مزمن^۲ تقسیم می‌شود. دررفتگی حاد شانه را به انواع قدامی و خلفی^۳ تقسیم می‌کنند و خود دررفتگی قدامی نیز به انواع ساب اکرومیال، ساب گلنوئید، ساب کوراکوئید، اینفریور و اینتراتوراسیک^۴

* نویسنده پاسخگو: دکتر بابک سیاوشی

تلفن: ۶۶۷۰۱۰۴۱

Email: Siavashi@Tums.ac.ir

* استادیار گروه جراحی ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان سینا، بخش جراحی ارتوپدی

** دانشیار گروه جراحی ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان سینا، بخش جراحی ارتوپدی

تاریخ وصول: ۱۳۸۵/۰۳/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۶/۰۳/۲۹

دکتر بابک سیاوشی - معرفی یک مورد دررفتگی تحتانی مفصل شانه ...

وجود دارد که بیش از مقدار قابل قبول بوده و به نظر می‌رسد حتی داخل مفصل شانه گیر کرده باشد و نیاز به جراحی و باز کردن شانه و ریداکشن قطعه آن احساس می‌شد ولی به خاطر بد حال بودن مریض و انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه و عدم اجازه سرویس بیهوشی و جراحی، عمل جراحی شانه وی به تعویق افتاد و چند روز بعد جا اندازی باز و فیکساسیون قطعه توپروزیته بزرگ هومروس صورت گرفت (تصاویر ۲ و ۳).



تصویر ۲- نمای رادیوگرافیک بیمار با دررفتگی تحتانی شانه



تصویر ۳- رادیوگرافی شانه پس از جاناندازی

بحث و نتیجه‌گیری

دررفتگی مفاصل بزرگ بدن، مثل شانه و هیپ، از اورژانس‌های ارتوپدی است^۱ که باید در اسرع وقت جاناندازی شود تا هم احتمال صدمه به عروق و اعصاب کمتر شده و هم خون‌رسانی و تغذیه غضروف و سر، کمتر مختل شود و شانس عوارض دیررس کاهش یابد. ولی قبل از هر چیز تشخیص درست عارضه مهم است تا بر اساس آن بتوان روش صحیح درمان را طراحی کرد.

می‌دانیم که طبق یک اصل، جاناندازی دررفتگی باید برخلاف جهت جابجایی قطعه باشد. بر این اساس، ایمن‌ترین

سر وی قرار گرفته است). دررفتگی حاد شانه اغلب از نوع ترومای پر قدرت می‌باشد (گرچه در عده‌ای از بیماران به علت شلی لیگامانی و کپسولی دررفتگی شانه متعاقب تروماهای کم قدرت‌تر، نیز به وجود می‌آید، در این افراد اغلب دررفتگی‌های مکرر^۸ مشاهده می‌شود). لذا در بررسی بیماران مولتیپل تروما در صورت وجود شک بالینی به دررفتگی شانه همواره انجام رادیوگرافی شانه الزامی است و چنانچه هنوز از نظر تشخیص قطعی مشکلی هست باید با سی‌تی‌اسکن رفع ابهام نمود.^۹

مواد و روش‌ها

بیمار آقای ۴۰ ساله مولتیپل تروما (تصادف اتومبیل با اتومبیل) بود که با حال عمومی بد و افت فشار خون به بیمارستان آورده شد. در بدو ورود بازوی وی در حالت ابداکشن در کنار سر وی قرار داشت و معاینه عروق و اعصاب وی خوب بود ولی وضعیت کلی خوبی نداشت زیرا افت فشار خون مقاوم به درمان مشاهده می‌شد (تصویر ۱).



تصویر ۱- نمای بالینی بیمار با دررفتگی تحتانی شانه

لذا بیمار توسط سرویس جراحی تحت عمل لاپاروتومی قرار گرفت و پارگی طحال وی ترمیم شد. با انجام رادیوگرافی اولیه شانه، متوجه دررفتگی تحتانی شانه همراه با شکستگی توپروزیته بزرگ هومروس شدید و با اجازه سرویس جراحی و بیهوشی در همان بیهوشی که برای جراحی شکم وی انجام شده بود اقدام به جاناندازی دررفتگی شانه وی به روش تراکشن کانتر تراکشن کردیم که سبب شد دررفتگی شانه جا رود. برای وی بانداز شانه انجام شد و پس از هوشیاری معاینه عروق و اعصاب صورت پذیرفت که مشکلی نداشت ولی در رادیوگرافی کنترل بعد عمل وی متوجه شدیم که شکستگی توپروزیته بزرگ هومروس کاملاً جا اندازی نشده است و مقداری جابجایی

چسبندگی‌های آن نتوانست قطعه را به محل آناتومیک خود برگرداند و به عنوان قطعه‌ای مزاحم مانع ریداکشن کامل شانه و ایجاد عدم تجانس مفصل آن شد. ولی در اغلب موارد دررفتگی‌های قدامی شانه چون مقدار جابجایی سر هومروس از نظر محاسبه بر اساس سانتیمتر نسبت به جابجایی سر هومروس در دررفتگی‌های تحتانی بسیار کمتر می‌باشد، می‌توان انتظار داشت که با دررفتگی تحتانی هومروس، مقدار کندی پریوست، لیگامان‌ها، تاندون‌ها و کپسول مفصل از قطعه توپروزیته بزرگ بیشتر از دررفتگی قدامی شانه به شکل ساب کوراکوئید که فرم شایع‌تر آن است، می‌باشد. لذا با برگرداندن سر هومروس به داخل حفره گلنوئید، اتصالات چندانی بین سر هومروس و قطعه شکسته توپروزیته بزرگ نخواهیم داشت که بتواند آن را به پوزیشن مطلوب برگرداند. این نوع دررفتگی شانه نادر است ولی در مطالعات دیگر نیز موارد مشابه مشاهده شده است.

شاید بتوان گفت با دیدن دررفتگی تحتانی شانه همراه با شکستگی توپروزیته بزرگ هومروس باید بیشتر انتظار جراحی و جاناندازی باز و نیاز به فیکس کردن قطعه را داشته باشیم.

روش جاناندازی دررفتگی روش تراکشن کانترتراکشن است،^{۱۱} یعنی نیرویی از نوع تراکشن به قسمت دیستال استخوان دررفته وارد می‌شود و نیروی کانترتراکشن به قسمت پروگزیمال مفصل وارد می‌گردد تا سر هومروس راه خود را به درون حفره گلنوئید بیابد. در اغلب موارد دررفتگی قدامی شانه همراه با شکستگی توپروزیته بزرگ هومروس، با جاناندازی دررفتگی شانه، قطعه توپروزیته بزرگ به محل آناتومیک خود برمی‌گردد و نیازی به جراحی و فیکساسیون قطعه مذکور نیست،^{۱۲} ولی در مورد این بیمار، چنین نشد، یعنی پس از جاناندازی مفصل شانه جابجائی قطعه توپروزیته بزرگ بیش از ۰/۵ سانتیمتر به طرف بالا باقی مانده بود و حتی به صورت اینتراآرتیکولار قرار داشت که باعث عدم تجانس مفصل شانه شده بود و به جراحی و جاناندازی باز و ریداکشن آناتومیک و فیکساسیون به سر هومروس نیاز پیدا کرد.^{۱۳}

به نظر می‌رسد بخاطر فرم خاص این نوع دررفتگی (جابجایی سر هومروس به پایین و جابجایی شفت هومروس به بالا و ایداکشن) قطعه توپروزیته بزرگ هومروس طوری کنده شده بود که اتصالات جانبی آن به سر هومروس آسیب شدید دیده بود لذا با جاناندازی سر هومروس عضلات و

Abstract:

A Case Report of Inferior Dislocation of Shoulder (Luxatio Erecta)

Siavoshi B. MD^{}, Zehtab M.J. MD^{*}, Sadat M.M. MD^{**}*

Introduction & Objective: Shoulder dislocation is one of the most common dislocations of large joints and anterior type is the most common type of it. Inferior shoulder dislocation is a rare type. There are few reported cases about this kind of dislocation so complications and results of it are not fully understood.

Materials & Methods: A 40 year old man who injured in a car accident, has been referred to emergency room. His arm was held in the position of abduction and external rotation. He had refractory hypotension which needed emergent splenectomy. In the same anesthesia we reduced his shoulder dislocation but the fractured greater tuberosity did not reduced completely to its anatomic position was not normal and also it seemed to be intraarticular and caused joint incongruity; so after several days and after the patient became stable, open reduction and internal fixation of greater tuberosity of humerus were done.

Conclusions: Because of rarity of inferior dislocation of shoulder, we cannot compare inferior shoulder dislocation with anterior shoulder dislocation (which is more common) in their complications and results, but it seems that higher energy trauma is needed to cause inferior dislocation of shoulder and also direction of dislocation of head causes more injury to adjacent soft tissues, so after reduction of shoulder, the chance of anatomic reduction of greater tuberosity of humerus is low in this type and the need for surgery is higher.

Key Words: Inferior Shoulder Dislocation, Greater Tuberosity of Hummers

^{*} *Assistant Professor of Orthopedic Surgery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Sina Hospital, Tehran, Iran*

^{**} *Associate Professor of Orthopedic Surgery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Sina Hospital, Tehran, Iran*

References:

1. Rockwood and Green's. Fractures in Adults, 5th ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2001, vol 2, p 1110.
2. Campbell's. Operative orthopedics, 9th ed. Mosby, 1998, vol 3, p 2397.
3. Rockwood and Green's. Fractures in Adults, 5th ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2001, vol 2, p 1112.
4. Gerber, Christian, Richards. Classification of glenohumeral instability .Clinic Ortho.2002, (400) p 65-76.
5. Gareya, Ryan, Ponsky. Bilateral luxatio erecta complicated by DVT. J of trauma. 2006, 60(5) P 1132- 1134.
6. Tomocovic, Miroslave, Theodor. Luxatio erecta associated with surgical neck fracture of Humerus. J of trauma. 2004, 57(3) p 645-647.
7. Tsuchida, Kunitaka, Kimura. Luxatio erecta of bilateral shoulder. J of shoulder and elbow Surg. 2001, 10(6) p 595-598.
8. Campbell's. Operative orthopedics, 9th ed. Mosby, 1998, vol 3, p 2399
9. Braddy, Erlong, Donley. Incidence of associated fractures with shoulder dislocation. Annuals Of Emergency. 2001, 38(4) p 556-558.
10. Perron AD, Ingenski MN. Neurologic compromise associated with shoulder dislocation. Annuals of emergency medicine. 2004. 38(7) p 650-654.
11. Kumar, Pillary, Erickson. Hands up, a case of bilateral inferior shoulder dislocation. Emergency medicine J. 2002, 18(5) p 404-405.
12. Rockwood and Green's. Fractures in Adults, 5th ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2001, vol 1, p 1013.
13. Rockwood and Green's. Fractures in Adults, 5th ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2001, vol 1, p 1015.