

گزارش مورد

دررفتگی مادرزادی سر استخوان رادیوس و معرفی یک مورد آن

چکیده

دررفتگی مادرزادی سر رادیوس بدون وجود ناهنجاری‌های دیگر، نادر بوده و به طور شایع، با بدشکلی‌هایی در اندام‌های دیگر تظاهر می‌نماید. این ناهنجاری می‌تواند خود را به صورت یک‌طرفه یا دوطرفه نمایان سازد. معمولاً تشخیص دررفتگی مادرزادی سر رادیوس به دلیل تظاهرات دیررس آن، مشکل است. اهمیت تشخیص، در افتراق ناهنجاری مادرزادی از دررفتگی ناشی از تروما می‌باشد. مورد گزارش شده در مطالعه حاضر، کودکی ۶ ساله با دررفتگی قدامی یک‌طرفه و بدون ناهنجاری همراه است.

کلید واژه‌ها: ناهنجاری - دررفتگی مادرزادی سر استخوان رادیوس

دکتر حاجی محمد ساتقی

استادیار گروه جراحی ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

یوریتا آهنگ

پزشک عمومی

نویسنده مسئول: دکتر حاجی محمد ساتقی

پست الکترونیکی: hajisatleghi@yahoo.com

نشانی: گرگان، مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر، گروه جراحی

تلفن: ۰۲۱-۲۲۲۷۵۵۰

نمابر: ۲۲۴۱۳۳۰

وصول مقاله: ۸۵/۵/۲۹

اصلاح نهایی: ۸۵/۱۱/۲۳

پذیرش مقاله: ۸۵/۱۲/۱۴

مقدمه

دررفتگی مادرزادی سر استخوان رادیوس از ناهنجاری‌های نادری می‌باشد که به صورت قدامی-خلفی یا خلفی-طرفی دیده می‌شود. این بدشکلی می‌تواند به همراه سندرم‌ها یا ناهنجاری‌های دیگری دیده شود (۱). در ۱/۳ موارد، ناهنجاری‌های همراه در اندام فوقانی و در ۱/۳ موارد در نقاط دیگر بدن دیده می‌شود (۲). این بدشکلی‌ها عبارتند از: سندرم لارسن، آرتروگریپوزیس، سندرم نیل-پتلا، سینوستوز رادیواولنار، دررفتگی مادرزادی هیپ، کلاب فوت، کلاب هند، سینوستوز تیبیوفیولار، براکی‌داکتیلی، کلینوداکتیلی، cornelia delang، آمپوتاسیون مادرزادی از زیر آرنج.

در این گزارش، بیماری با دررفتگی مادرزادی سر رادیوس قدامی یک طرفه و بدون ناهنجاری همراه معرفی می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار ۶ ساله‌ای به دلیل وجود برجستگی در قدام آرنج به درمانگاه ارتوپدی مرکز آموزشی - درمانی پنجم آذر گرگان مراجعه نمود. قبل از مراجعه به این مرکز، بیمار به وسیله پزشکان متعددی ویزیت شده و درمان‌های مختلفی پیشنهاد شده بود.

در شرح حال بیمار طی دوران جنینی هیچ‌گونه ترومایی به شکم مادر وارد نشده و وضعیت جنین خوب بوده و مادر در آن دوران دچار عفونت، افزایش فشارخون، خونریزی یا هرگونه از مشکلات دوران بارداری نشده بود. نوزاد در رحم به صورت سفالیک قرار داشته و بعد از اتمام دوره کامل بارداری به صورت طبیعی به دنیا آمده بود. نوزاد در زمان تولد تحت کشش نبوده و برای بیرون آوردن نوزاد آسیبی به اندام‌ها وارد نشده بود. نوزاد از شیر مادر تغذیه کرده و مشکلی در دوران نوزادی و کودکی نداشت و ناهنجا همراه در کودک دیده نشد. بیمار محدودیت حرکت نداشته و درد را هم ذکر نمی‌کرد. برجستگی زمانی آشکار می‌شد که آرنج در وضعیت اکستنشن قرار می‌گرفت و این برآمدگی در قدام آرنج، باعث نگرانی والدین شده بود (شکل‌های ۱ و ۲). در معاینات سیستمیک مشکلی به جز در ناحیه آرنج نداشت.

حرکات آرنج آزاد فقط مختصری محدودیت در انتهای خم کردن داشت و در وضعیت باز آرنج برجستگی قدامی احساس می‌شد. چرخش ساعد در حد طبیعی بود.

در رادیوگرافی رخ و نیم‌رخ آرنج طبیعی، محور استخوان رادیوس از وسط کپیتلوم می‌گذرد (۳). در رادیوگرافی بیمار مرکز استخوانی کپیتلوم ظاهر شده است و محور رادیوس در عکس نیم‌رخ از قسمت فوقانی کپیتلوم می‌گذرد و در عکس رخ قدری به مدیال آمده است که تفاوت آن با رادیوگرافی سالم کاملاً مشخص است (شکل ۲).



الف



ب



الف

ب

شکل ۲: الف) نمای رادیوگرافی ناحیه آرنج از نمای طولی

ب) نمای رادیوگرافی ناحیه آرنج از نمای قدامی

شکل ۱: الف) نمای قدامی آرنج‌های دست

ب) نمای لترال قدامی آرنج‌های دست

بحث

دررفتگی مادرزادی سررادایوس از ناهنجاری‌های نادری است که می‌تواند تا زمان مدرسه کشف نشود (۱).

دربرخورد با این بیماران، مهم‌ترین مسأله‌ای که بایستی مورد توجه قرار گیرد، تشخیص دررفتگی مادرزادی از نوع تروماتیک است. در صورت توجه پزشک به علائم رادیوگرافیک ناهنجاری مادرزادی از دررفتگی ناشی از تروما به خوبی قابل افتراق خواهد بود (۴).

دررفتگی‌هایی که همراه با تغییرشکل مادلانگ و استئوکندروماتوز فامیلی می‌باشند، اکتسابی هستند (۱). این دررفتگی می‌تواند بدون هر گونه علائمی باشد و تا سن مدرسه تشخیص داده نشود. در اکثر موارد به طور اتفاقی در اثر توجه والدین کشف می‌شود.

در معاینه اکثرأً دردی در محل ناهنجاری ندارند. حرکات آرنج در باز کردن و سوپیناسیون محدود شده است (۵). ممکن است برجستگی پوسترولترال در آرنج طی دوره شیرخوارگی توجه والدین را به خود جلب کند.

دراکثرت موارد کودکان دچار دررفتگی مادرزادی به چند دلیل به پزشک مراجعه می‌کنند (۶):

درد ناشی از تغییرات دیررس مفصلی

درد و ناراحتی‌های تکرار شونده بعد از فعالیت

محدودیت حرکتی حاد به دنبال وجود یک قطعه

استخوانی - غضروفی آزاد در مفصل

بدون علامت هستند و فقط به دلیل بدشکلی ظاهری آن

مراجعه می‌کنند.

در رادیوگرافی آرنج بیماران مورد بحث نکات قابل توجه

عبارتند از (۷):

الف) گنبدی شدن سررادایوس، ب) کپیتلوم هایپوپلاستیک

است، ج) ممکن است اولنا نسبت به رادیوس کوتاه‌تر باشد،

د) در دررفتگی قدامی، اولنا به سمت جلو و در دررفتگی

خلفی، اولنا به سمت عقب تحذب دارد.

وجود ویژگی‌های فوق در فردی که سابقه ضربه ندارد، از

شواهد برجسته دررفتگی مادرزادی می‌باشد.

درمان، از پیگیری ساده تا جراحی گسترده‌گی دارد و

براساس وضعیت و علائم بیمار در مورد درمان تصمیم‌گیری

می‌شود. در صورتی که بیماران در دوره شیرخوارگی مراجعه

کنند، جاناندازی باز به منظور ایجاد آناتومی طبیعی در آرنج

اندیکاسیون دارد. در این حالت بدشکلی کپیتلوم اتفاق

نخواهد افتاد. در بقیه موارد که مراجعات بعد از دوران

شیرخوارگی باشد، راه درمانی بیشتر پیگیری ساده است (۸).

علل شایع مراجعه بیماران مبتلا به دررفتگی مادرزادی

شامل محدودیت باز شدن آرنج، برجستگی پوسترولترال

و درد همراه با فعالیت می‌باشد (۶).

محدودیت باز شدن آرنج معمولاً کمتر از ۳۰ درجه بوده و

اهمیت عملکردی ندارد. به همین دلیل در اوایل زندگی جلب

توجه نمی‌کند. ناهمگونی رادیوکپیتلار می‌تواند علت درد و

ناتوانی در آینده باشد. در معاینه این بیماران آرنج به صورت

کوبیتوس والگوس می‌باشد. در دررفتگی قدامی ممکن است

هایپراکستنشن و یا محدودیت خم کردن عارض شود.

سررادایوس در محل دررفته لمس می‌شود و معمولاً با

مانیپولاسیون قابل جاناندازی نبوده و نباید آن را با ضایعه

مونتنجیا یا pulled elbow اشتباه گرفت. چرخش ساعد به طور

معمول محدود است و سوپیناسیون بیشتر از پروناسیون مختل

می‌گردد (۶). کریپتاسیون و click در مفصل، در صورت وجود

آسیب مفصلی ایجاد می‌شود. آنچه در معاینه و رادیوگرافی به

منظور تمایز دررفتگی مادرزادی و تروماتیک مورد توجه قرار

می‌گیرد، مواردی است که در جدول یک به آنها اشاره شده

است (۳).

جدول ۱: علامت بالینی و رادیولوژیک دررفتگی مفصل آرنج

در حالت مادرزادی و تروماتیک

تروماتیک	مادرزادی
همراه با درد	بدون درد
محدودیت درحرکات	محدودیت در حرکات
سررادایوس طبیعی	اولنا کوتاه و رادیوس بلند
دیستال هومروس طبیعی	کپیتلوم هایپوپلاستیک یا فقدان کپیتلوم
	گنبدی شدن سررادایوس با گردن بلند
	ایجاد شیاردردیستال هومروس
	نقص نسبی تروکلنار
	برجستگی اپیکندیل اولنا

پیدا می‌کند. برداشتن سررادیوس در افراد غیربالغ کتراندیکه است، ولی در فرد بالغ در صورت وجود درد اندیکاسیون خواهد یافت (۲). البته در مطالعات دیگری که روی اکسیزیون سررادیوس و نتایج آن به عمل آمده نشان داده شده که چندین سال پس از عمل، ۱۱درجه افزایش حرکت در فلکشن و اکستنشن، ۵۳درجه افزایش حرکت در چرخش داشته‌اند (۹). با برداشتن سررادیوس بعد از سن بلوغ، درد از بین می‌رود، ولی باعث افزایش میزان حرکت آرنج نخواهد شد. در برداشتن سررادیوس قبل از این سن، رشد پروگزیمال رادیوس دیده شده است. از یافته‌های جالب دیگر افزایش طول اولنا نسبت به رادیوس می‌باشد که در گرافی‌های میچ دست دیده شده است (۲).

در بیمار معرفی شده، با توجه به عدم محدودیت و درد در حرکات آرنج، پیگیری ساده پیشنهاد می‌شود، تا در صورت بروز هرگونه تغییر در عملکرد آرنج و محدودیت حرکات آن، اقدامات درمانی لازم اتخاذ شود. اگر این بیمار با تشخیص دررفتگی تروماتیک تحت درمان‌های پیشنهادی قرار گیرد، ممکنست دچار صدمات جبران‌ناپذیری در آرنج گردد.

نتیجه‌گیری

دررفتگی مادرزادی سراسخوان رادیوس ناهنجاری نادر و نکته مهم، افتراق آن از نوع تروماتیک است. این ناهنجاری معمولاً احتیاج به دخالت جراحی ندارد و تنها تشخیص قطعی و پیگیری آن کافی است. بایستی به خاطر داشته باشیم که همیشه بهترین درمان دستکاری، جاناندازی و یا جراحی نمی‌باشد. خصوصاً در این بیماران تا زمانی که درد و یا افزایش محدودیت در حرکات وجود ندارد، مناسب‌ترین روش درمانی پیگیری وضعیت آرنج در حین رشد و تغییرات حاصله است.

References

- 1) Lovell and Winter's Pediatric Orthopedics. Elbow and forearm region; congenital radial head dislocation. Vol 2. 2001; pp:853-55.
- 2) Kelly DW. Congenital dislocation of the radial head: spectrum and natural history. J Pediatr Orthop. 1981;1(3):295-8
- 3) Kosay C, Akcali O, Manisali M, Ozaksoy D, Ozcan C. Congenital anterior dislocation of the radial head: a case with radiographic findings identical to traumatic dislocation. Eur J

در بیمار معرفی شده هیچ‌گونه دردی در ناحیه آرنج وجود نداشت و فقط به دلیل وجود برجستگی در کویبتوس فوسا در زمان اکستنشن آرنج که به طور واضح مشخص است، مراجعه کرده بود. حرکات بیمار به میزان کمی در خم کردن محدود است. در رادیوگرافی بیمار مرکز استخوانی کپیتلوم ظاهر شده، اما شکل طبیعی ندارد و هایپوپلاستیک می‌باشد و استخوان رادیوس به طرف جلو تحذب دارد. این مستندات دلیل بر مادرزادی بودن دررفتگی آرنج می‌باشد. دررفتگی بیمار، از نوع قدیمی، یک‌طرفه و بدون ناهنجاری همراه بود.

از نظر درمانی، در صورتی که بیمار در دوران شیرخوارگی (قبل از ۲سالگی) به دلیل دررفتگی مادرزادی سررادیوس کند، جاناندازی بازو بازسازی لیگامانی به منظور دست یافتن به آناتومی طبیعی منطقه، بهترین راه درمانی است. این کار باعث می‌شود تا بدشکلی‌های کپیتلوم حادث نگردد و یا در صورتی که ایجاد شده است، در حین رشد ناهنجاری کپیتلوم برطرف شود. البته در این زمینه مطالعات بیشتری لازم است (۸). این کار ممکن است از عوارض دیررسی چون درد، محدودیت حرکت و ایجاد قطعه‌های غضروفی- استخوانی آزاد در مفصل جلوگیری کند (۶). در مطالعات دیگری که روی دررفتگی مادرزادی انجام شده، هر نوع درمانی باید تا سن بلوغ اسکلتی به تاخیر بیفتد (۱). اگر بعد از دوره شیرخوارگی مراجعه نماید، دررفتگی مادرزادی کاندید جراحی نیست.

اصول درمان روی کاهش درد، افزایش حرکات آرنج و اصلاح ظاهر است. اگر بیمار مشکلی نداشته باشد درمان پیشنهادی، پیگیری ساده می‌باشد (۵).

در دوره بعد از شیرخوارگی درد شدید و افزایش محدودیت در عملکرد، اندیکاسیون جراحی دارد (۲). اگر جراحی منجر به کاهش حرکات و افزایش درد و چسبندگی رادیو کپیتلار شود، برداشتن سررادیوس اندیکاسیون

Radiol. 2002;43(1):57-60.

- 4) Sferopoulos NK, Anagnostopoulos D. Anterior dislocation of the elbow in a child with congenital posterior dislocation of the radial head. A case report. Acta Orthop Belg. 1999;65(3):378-81.
- 5) Mardam-Bey T, Ger E. Congenital radial head dislocation. J Hand Surg [Am]. 1979 Jul;4(4):316-20.
- 6) Kim HT, Conjares JN, Suh JT, Yoo CI. Chronic radial head

dislocation in children, Part 1: pathologic changes preventing stable reduction and surgical correction. J Pediatr Orthop. 2002; 22(5):583-90.

7) Resnik D. Congenital radial head dislocation. Diagnosis of bone and joint disorders. Philadelphia. Spinger. 1995; pp: 4308-4309.

8) Sachar K, Mih AD. *Congenital radial head dislocations.* Hand Clin. 1998;14(1):39-47.

9) Campbell CC, Waters PM, Emans JB. *Excision of the radial head for congenital dislocation.* J Bone Joint Surg Am. 1992; 74(5):726-33.