

گزارش مورد

دررفتگی قدیمی جاناندازی نشده مچ پا - گزارش یک مورد

چکیده

دررفتگی تیبیوتالار بدون شکستگی همراه در استخوان‌های اطراف صدمه نادری است. ما یکی از این صدمات را گزارش می‌کنیم که بعد از یک دوره ۱۰ ماهه به صورت جاناندازی نشده، تظاهر کرده بود. یک زن ۲۵ ساله ۱۰ ماه پس از زلزله بم به کلینیک ما مراجعه کرد. وی در طی زلزله دچار دررفتگی قدامی تالوتیبیال بدون هیچ‌گونه شکستگی در استخوان‌های همراه شده بود. دو بار جاناندازی باز برای بیمار امتحان شد که هر دو به علت کیفیت بد استخوان ناموفق بودند. اگرچه گزارش شده که دررفتگی مچ پا با پیش‌آگهی خوب همراه است، این در مورد بیمار دیرتظاهر ما صادق نبود.

کلید واژه‌ها: دررفتگی مچ پا، دررفتگی تیبیوتالار، تالوس، شلی لیگامانی

دکتر محمود کریمی مبارکه

دانشیار گروه ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر علیرضا سعید

استادیار گروه ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نویسنده مسؤول: دکتر علیرضا سعید

پست الکترونیکی: [arsaiedmd@yahoo.com](mailto:arsaiedmd@yahoo.com)

نشانی: کرمان، بیمارستان دکتر باهنر کرمان، دفتر گروه ارتوپدی

تلفن: ۰۳۴۱-۲۴۴۸۵۴۶

نمبر: ۲۴۴۸۵۴۶

وصول مقاله: ۸۶/۱/۲۷

اصلاح نهایی: ۸۶/۸/۲۷

پذیرش مقاله: ۸۶/۹/۲۶

## مقدمه

دررفتگی مچ پا (تیبیوتالار) بدون شکستگی همراه در مائلولها یک ضایعه تروماتیک نادر است که به صورت موارد پراکنده (۴-۱) و یا سریهای کوچک از بیماران گزارش شده است (۷-۵). این ضایعه به وسیله Fahey و Murphy براساس جهت دررفتگی به پنج زیرگروه خلفی، قدامی، داخلی، خارجی و یا ترکیبی بالایی تقسیم شده است (۸). دررفتگی قدامی مچ پا بدون شکستگی همراه، یک صدمه بی نهایت نادر است و در حد بهترین اطلاع ما تاکنون فقط ۴ مورد از آن گزارش شده است (۷ و ۹ و ۱۰). در اینجا ما بیماری را با این نوع دررفتگی گزارش می کنیم که برای ۱۰ ماه تشخیص داده نشده بود. براساس بررسی های انجام گرفته برای اولین بار دررفتگی «خالص» قدیمی تیبیوتالار گزارش می شود.

## گزارش مورد

خانمی ۲۳ ساله ۱۰ ماه پس از زلزله بم که در طی آن آسیب دیده بود، به کلینیک ما مراجعه نمود. در آن زمان توجه به زانوی چپ وی که یک کندگی بدون جابجایی رباط خلفی صلیبی داشت، معطوف و او با یک گچ بلند ساق با زانوی خم شده برای شش هفته درمان شده بود. مایه شگفتی است که او با درد و لنگش در حدود ۹ ماه راه رفت و هیچ مراجعه پزشکی نداشت. در زمان مراجعه او با شکایت درد و ناراحتی مچ پای چپ به کلینیک بیمارستان دکتر باهنر کرمان، ظاهر پا به استثنای اکوینوس مختصر طبیعی بود. در معاینه مچ پا دامنه حرکات شامل پلاتنار فلکسیون در حد ۴۰ درجه، دورسی فلکسیون ۲۰ درجه، اورژن ۱۰ درجه و اینورژن ۲۰ درجه بود.

بیمار در معاینه علائم واضح شلی عمومی لیگامانی را بروز می داد. آرنجها هایپراکستند می شدند، شست به راحتی و بدون درد به سطح ولار دیستال ساعد می رسید و تمام مفاصل متاکارپوفالانژیال به بیش از ۹۰ درجه هایپراکستند می شدند.

رادیوگرافی های انجام شده از بیمار دررفتگی قدامی مفصل تالوتیبیال چپ بدون هیچ گونه شکستگی در استخوان های اطراف را نشان دادند (شکل ۱). نشانه ای از نکروز آواسکولار بدنه تالوس یا فروپاشی آن دیده نمی شد. اگرچه استئوپوروز ناشی از عدم استفاده مشهود بود.



A



B

شکل ۱: رادیوگرافی های انجام شده از مچ چپ پای بیمار در هنگام مراجعه (A: نمای طرفی، B: نمای قدامی خلفی)

درمان جراحی با دو بار تلاش معجزا برای جاناندازی باز دررفتگی انجام شد. در مرتبه اول از اپروچ قدامی استفاده و پس از آرتروتومی (کپسول حالت کشیده و شل داشت و سینوویوم هیپرتروفی شده بود). و خالی کردن فضای مفصل از بافت فیبرو، با رعایت حداکثر نرمش ممکن، سعی در جاناندازی باز تالوس و در مرتبه دوم از اپروچ خلفی - داخلی استفاده شد. در این مرتبه پس از تطویل تاندون های خلف قوزک داخلی و آشیل بانخ غیرقابل جذب، کپسولوتومی مفاصل مچ و ساب تالار نیز انجام و کپسول نیز باز رها گردید. در انتهای عمل جراحی دوم برای جلوگیری از دررفتگی «بعد از عمل» مفصل، یک عدد پین از مائلول لترال به داخل مفصل

راه را نپسندید و پس از آن برای ادامه درمان یا بازتوانی مراجعه نکرد. وی علی‌رغم درد و ناراحتی، در آخرین تماسی که در حدود ۲ سال بعد از عمل جراحی با وی گرفته شد، حاضر به آرتروذ و همچنین انجام رادیوگرافی جدید نبود.

### بحث

بیمار ما چندین ماه پس از متحمل شدن یک دررفتگی میچ پا مراجعه کرد. در زمان زلزله کسی متوجه ضایعه میچ پای وی نشده بود. احتمالاً توجه بیشتر به سوی حفظ جان هزاران مجروح دیگر معطوف گشته بود و خود وی هم به احتمال زیاد در آن زمان شکایت جدی از میچ پایش نداشته است.

جالب توجه است که یکی از ۴ مورد قبلاً گزارش شده از دررفتگی خالص قدامی میچ پا، در بیماری اتفاق افتاده بود که چندین صدمه اندام تحتانی در یک سمت داشت و تنها بعد از انجام دو عمل جراحی جداگانه (پاتلکتومی و میله گذاری داخل کانال برای شکستگی استخوان ران) و حدود یک هفته پس از ترومای اولیه، از ناراحتی میچ پای خود سخن به میان آورده بود. در آن بیمار دررفتگی تحت بیهوشی عمومی به سادگی به صورت بسته جاناندازی شد و باثبات باقی ماند (۷).

دررفتگی تالوتیبیال بدون شکستگی در فوزک‌ها ضایعه نادری است. زیرا استخوان‌ها به نسبت، از بافت نرم اطراف ضعیف‌ترند و بنابراین در صورت ترومای به اندازه کافی شدید، یک شکستگی اتفاق خواهد افتاد تا یک دررفتگی (۱۱). بیشتر موارد گزارش شده از این نوع تروما از نوع خلفی و بیش از نیمی از آنها صدمات باز بودند. بزرگ‌ترین سری‌های دررفتگی خالص میچ پا در منابع پزشکی مربوط به Wilson (۱۰) (گزارش ۱۶ مورد) و Toohey (۱۲) (گزارش ۱۹ مورد) می‌باشد. هر دوی این گزارشات بیمارانی از سایر مراکز را شامل می‌شد و هر دو پیش‌آگهی خوبی برای ضایعه در پیگیری طولانی مدت گزارش کردند. این در مورد سری‌های کوچک‌تر و گزارشات موردی که در منابع پزشکی ظاهر شده‌اند، نیز صادق است. از طرف دیگر در تعداد کمی از بیماران، عوارض جدی مانند آرتروز شدید (۷ و ۱۲) و آمپوتاسیون (۶) گزارش شده است.

مکانیزم دررفتگی خالص میچ پا به خوبی مورد بحث قرار گرفته است (۶). فلکسیون پلانتر میچ پا، به خاطر نازکی نسبی

و استخوان تالوس رانده شد. با وجود این هر دو عمل جراحی ناموفق بودند. کیفیت نامناسب استخوان تالوس اجازه وارد آوردن فشار زیاد به آن را نمی‌داد و علی‌رغم رعایت نرمش در عمل جراحی، فشار روی استخوان از جانب لبه استخوان تیبیا آنقدر زیاد بود که چندین شکستگی جزئی استخوانی - غضروفی در تالوس ایجاد گردید. همچنین به طرز غیرقابل انتظاری احتمالاً به علت پوکی شدید استخوان و لغزش آن به دور پین، در رادیوگرافی‌های پس از عمل مفصل نیمه‌دررفته بود (شکل ۲).

A



B



شکل ۲: رادیوگرافی‌های انجام شده از بیمار

پس از ۲ بار عمل جراحی ناموفق

(A: نمای طرفی، B: نمای قدامی خلفی)

پن ۶ هفته پس از این کشیده و به بیمار توصیه شد که در صورت ادامه درد تنها راه آرتروذ میچ پا می‌باشد. بیمار این

بود، قابل تصور است که تالوس تمام جریان خون خود را از دست داده باشد. جریان خون تالوس از شریان‌های سینوس تارسال و کانال تارسال می‌آید. می‌توان فرض کرد که در موقع دررفتگی عروق با تالوس جابجا شوند، طوری که دررفتگی میچ به آنها آسیبی نرساند. در حقیقت تجربه دیگران نیز این بوده که این ضایعه به ندرت باعث نکروز آواسکولار می‌شود (۱۲).

با عدم موفقیت در جاناندازی مفصل، ما به بیمار آرترووز را پیشنهاد کردیم. در موارد شکستگی - دررفتگی‌های جاناندازی نشده پری‌لونیت در میچ دست که سه ماه یا بیشتر از ضایعه گذشته باشد، درمان پیشنهادی آرترووز یا برداشت ردیف پروکسیمال استخوان‌های میچ دست می‌باشد (۱۴).

با توجه به تجربه شخصی ما در این موارد، در موقع جراحی باز، جاناندازی به دست می‌آید. ولی به علت استئوپوروز شدید و کیفیت بد استخوان عملاً نگهداری آن غیرممکن است. شاید بیمار گزارش شده نیز تاییدی بر این مشاهده باشد.

### نتیجه‌گیری

اگرچه ما نتوانستیم مورد مشابهی را در منابع پزشکی پیدا کنیم، ولی به صورت گذشته‌نگر معتقدیم که آرترووز می‌بایستی اولین انتخاب ما در درمان این بیمار باشد.

## References

- 1) Daruwalla JS. Medial dislocation of the ankle without fracture: a case report. *Injury*. 1974;5(3):215-6.
- 2) Fonda MP. Dislocation of the tibiotalar joint without fracture; an unusual ski injury. *J Bone Joint Surg Am*. 1952;24-A-3:662-4.
- 3) Krishnamurthy S, Schultz RJ. Pure posteromedial dislocation of the ankle joint. A case report. *Clin Orthop Relat Res*. 1985; (201):68-70.
- 4) Wilson AB, Toriello EA. Lateral rotatory dislocation of the ankle without fracture. *J Orthop Trauma*. 1991;5(1):93-5.
- 5) Colville MR, Colville JM, Manoli A 2nd. Posteromedial dislocation of the ankle without fracture. *J Bone Joint Surg Am*. 1987;69(5):706-11.
- 6) Rivera F, Bertone C, De Martino M, Pietrobono D, Ghisellini F. Pure dislocation of the ankle: three case reports and literature review. *Clin Orthop Relat Res*. 2001;(382):179-84.
- 7) Scott JE. Dislocations of the ankle without fracture. *Injury*. 1974; 6(1):63-6.
- 8) Fahey JJ, Murphy JL. Talotibial dislocation of the ankle without

قسمت خلفی بدن تالوس در مقایسه با قسمت قدامی و کشیدگی لیگامانی در این حالت، بی‌ثبات‌ترین وضعیت در نظر گرفته می‌شود. به نظر می‌رسد که دررفتگی خلفی نتیجه نیرویی جهت خلف روی یک میچ پای فلکس و اینورت باشد. احتمالاً این نوع دررفتگی بیشتر از همه به علت تمایل به فرود آمدن با میچ پا در وضعیت فلکسیون و اینورژن در سقوط از ارتفاع اتفاق می‌افتد. از آنجا که بیمار ما در موقع وارد آمدن صدمه خواب بوده، نمی‌توان مکانیزم ترومای وی را به دقت تعیین کرد، اما با توجه به کندگی PCL در همان سمت می‌توان فرض کرد که یک نیروی مستقیم به قدام ساق وی وارد شده که تیبا رانست به تالوس به سمت خلف جابجا کرده است.

دررفتگی‌های میچ پا به طور عمده در تصادفات وسایط نقلیه ایجاد می‌شوند و دومین علت شایع آنها تروماهای ورزشی است (۱۳). شلی ژنرالیزه لیگامانی، ضعف عضلات پروئثال، هیپوپلازی قوزک داخلی و پیچ‌خوردگی‌های مکرر میچ پا به عنوان عوامل مستعدکننده مطرح شده‌اند (۶)، که گرچه مورد اختلاف نظر، ولی شلی ژنرالیزه لیگامانی در بیمار ما وجود داشت. غیاب علائم نکروز آواسکولار در بیمار ما نیز جالب بود. با توجه به مدت بسیار طولانی که مفصل دررفته باقی مانده

fracture. *Surg Clin North Am*. 1965; 45:80-101.

9) Segal LS, Lynch CJ, Stauffer ES. Anterior ankle dislocation with associated trigonal process fracture. A case report and literature review. *Clin Orthop Relat Res*. 1992;(278):171-6.

10) Wilson MJ., Michhele AA, Jacobson E. Ankle dislocation without fracture. *J Bone Joint Surg*. 1939; 21 A: 198-204.

11) D'Anca AF. Lateral rotatory dislocation of the ankle without fracture. A case report. *J Bone Joint Surg Am*. 1970; 52:1643-6.

12) Toohey JS, Worsing RA Jr. A long-term follow-up study of tibiotalar dislocations without associated fractures. *Clin Orthop Relat Res*. 1989;(239):207-10.

13) Uyar M, Tan A, İşler M, Cetinus E. Closed posteromedial dislocation of the tibiotalar joint without fracture in a basketball player. *Br J Sports Med*. 2004;38(3):342-3.

14) Gaebler C. Fractures and dislocations of the carpus. In: Buchholz RW, Heckman JD, Court-Braun C. (editors), *Rockwood and Green's Fractures in adults*. 6th Ed. Philadelphia. Lippincot William's and Wilkins. 2006; pp:856-908.