

دررفتگی به سمت داخل ساب تالار در یک پسر ۱۷ ساله

دکتر افشین طاهری اعظم*، کورش شهرکی**

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱۱/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۶/۲۴

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه ارتوپدی

** مرکز توسعه تحقیقات بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشجوی پزشکی

چکیده

دررفتگی مفصل ساب تالار دررفتگی همزمان سطوح دیستال تالوس در هر دو مفصل تالو کالکانئال و تالوناویکولار می باشد و حدوداً یک درصد موارد دررفتگی های حاد پا را شامل می شود. این دررفتگی همیشه با تغییر شکل واضح پا همراه است. شایعترین نوع دررفتگی ساب تالار به سمت داخل (۸۰٪ موارد) و موارد کمتر شایع شامل دررفتگی به سمت خارج، قدام و یا به خلف (۲۰٪ موارد) است. این دررفتگی اغلب همراه با شکستگی های استئو کوندرا ل می باشد. اصول درمانی شامل جا اندازی بسته و آتل گیری می باشد. رادیوگرافی دقیق و انجام سی تی اسکن برای بررسی پایداری مفصل پس از جا اندازی و بررسی قطعات شکستگی داخل مفصلی ضروری می باشد. با توجه به اهمیت آسیب ساب تالار و لزوم رسیدگی سریع جهت درمان، به علت عوارض عروقی و آسیب بافت نرم اطراف، در این مقاله یک مرد ۱۷ ساله با دررفتگی به داخل مفصل ساب تالار به دنبال تصادف با موتور سیکلت و بدون شکستگی استئو کوندرا ل معرفی می شود که توسط جا اندازی بسته تحت بی حسی نخاعی مورد درمان گرفت. (مجله طبیب شرق، سال نهم، شماره ۳، پائیز ۸۶، ص ۲۳۱ تا ۲۳۶)

کلیدواژه ها: دررفتگی، مفصل ساب تالار، شکستگی، استئو کوندرا ل

مقدمه

دررفتگی خارجی ساب تالار در سمت داخل، وپا به سمت خارج قرار می گیرد. در دررفتگی داخلی ساب تالار، سراسخوان تالوس در سمت خارج و پا به سمت داخل جابجا می شود. به دررفتگی داخلی در اصطلاح کلاب فوت اکتسابی (Acquired Club food) می گویند. همچنین به آسیب در جهت خارجی فلات فوت اکتسابی (Acquired Flat food) گفته می شود.^(۲-۴) در شرایط اورژانسی نمای بالینی دررفتگی ساب تالار و مچ پا ممکن است مشابه باشد و منجر به استفاده از تکنیک های نا به جا برای جا اندازی، اشتباه در جا اندازی و آسیب های بعدی به سطوح مفصلی شود.^(۱۲،۱۱) با توجه به اهمیت آسیب ساب تالار و لزوم بررسی و درمان سریع، در این مقاله نوجوان ۱۷ ساله ای که به دنبال تصادف با موتور سیکلت دچار دررفتگی به داخل ساب تالار بدون هیچگونه شکستگی همراه شد معرفی می شود.

مفصل ساب تالار مفصل خلفی بین تالوس و کالکانئوم است دررفتگی ساب تالار یک آسیب نادر است و حدوداً ۱ درصد موارد دررفتگی های حاد پا را شامل می شود. شایع ترین نوع دررفتگی ساب تالار پا به سمت داخل (۸۰٪ موارد) است و موارد دررفتگی به سمت خارج (۱۴٪)، قدام (۵٪) و خلف پا (۱٪)، کمتر شایع است. تشخیص و تمایز دررفتگی داخلی و خارجی ساب تالار بسیار مهم و روش جا اندازی آن ها متفاوت است و به نظر می رسد پیش آگهی دراز مدت دررفتگی ساب تالار خوب نیست.^(۱۳،۱۱) بسیاری از این دررفتگی ها در نتیجه صدمات سنگین مثل افتادن از بلندی، آسیب های ورزشی یا تصادف با موتور سیکلت است. وارد آمدن نیرو در جهت رو به داخل (Inversion) یا به خارج (Eversion)، لیگامان های ضعیف تالوناویکولار و تالو کالکانئال را تحت فشار قرار داده و باعث دررفتگی ساب تالار می گردد. سراسخوان تالوس در

گزارش مورد

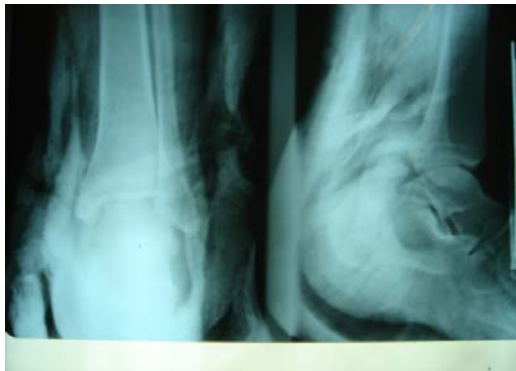
بیمار پسری ۱۷ ساله بود که در زمستان ۸۵ حدود ۱۵ دقیقه پس از تصادف با موتورسیکلت، به بخش اورژانس بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) زاهدان با تغییر شکل و تورم پای راست و علائم حیاتی پایدار، مراجعه نمود. پای بیمار تورم وسیع به همراه مختصری بریدگی و تندرینس پوست در بالای برجستگی سر استخوان تالوس، که در سمت پشتی جانبی لمس می شد داشت. پا در حالت دررفتگی داخلی و پلاتنار فلکسیون قرار داشت. نبض شریان تیبیال و شریان پشتی پا به علت تورم وسیع بافت نرم قابل لمس نبود. رادیوگرافی از پای راست بیمار، دررفتگی داخلی ساب تالار را نشان داد و هیچگونه شکستگی وجود نداشت. (تصاویر ۴-۱) جا اندازی بسته تحت بی حسی نخاعی انجام گرفت و پس از اطمینان از جا افتادن دررفتگی و پایداری جا اندازی، اقدام به آتل بندی پا شد. نبض ها پس از جا اندازی چک شد و قابل لمس بود. پس از جا اندازی برای بیمار رادیوگرافی رخ و نیم رخ مچ پا و زانو انجام گرفت پس از جا اندازی جهت بررسی برای بیمار رادیوگرافی رخ و نیمرخ پا و مچ پا و زانو انجام گرفت و مشخص شد که مفاصل ساب تالار و تالوناویکولار امتداد نرمال و پایداری داشتند و شکستگی استئوکوندرا ل نیز وجود نداشت. پس از چهار هفته آتل برداشته و به بیمار اجازه ی شروع حرکت داده شد. بعد از ۶ ماه بیمار هنگام راه رفتن مشکل خاصی در رابطه با مفصل ساب تالار نداشت.



تصویر ۲: رادیوگرافی در رفتگی به داخل ساب تالار



تصویر ۳: رادیوگرافی در رفتگی به داخل ساب تالار



تصویر ۴: رادیوگرافی سالم بودن زانو

بحث

بیمار مورد مطالعه در اثر تصادف با موتور و با تورم گسترده پا مراجعه نمود و در معاینه سر تالوس در سمت پشتی خارجی پا به سمت داخل دررفته بود. رادیوگرافی دررفتگی داخلی ساب تالار را تایید کرد. شکستگی استئوکوندرا ل وجود نداشت و جا اندازی بسته ساده و آتل گیری موفقیت آمیز بود. دررفتگی ساب



تصویر ۱: نمایی از دفرمیتی ایجاد شده در پای چپ بیمار

تالار با وجود مفصل تیپوتالار نرمال تعریف می شود. بیشترین شیوع دررفتگی در مردان و در سنین جوانی رخ می دهد. (نسبت مرد به زن ۶ به ۱ است) ^(۱۳و۱۲) دررفتگی ساب تالار همیشه دفرمیتی واضح ایجاد می کند. در اغلب موارد (۸۰ تا ۸۵ درصد) پا در جهت داخل جا به جا می شود، استخوان کالکائوس به سمت داخل، سر استخوان تالوس به سمت خلفی جانبی و استخوان ناویکولار به سمت داخل و اغلب در پشت سر و گردن تالوس می لغزند. ^(۳-۱) در موارد کم نیز (۱۵ تا ۲۰ درصد) دررفتگی در جهت خارج رخ می دهد. چرخش پا در جهت داخل نتیجه دررفتگی ساب تالار است در حالی که چرخش پا در جهت خارج به علت دررفتگی خارجی می باشد. لیگامان قوی کالکائو نایکولار از پارگی جلوگیری می کند و نیروی داخلی و خارجی لیگامان های ضعیف تالونایکولار و تالوکالکائال را تحت تاثیر قرار داده و پارگی این دو لیگامان باعث جابجایی استخوان های کالکائوس، ناویکولار و همه استخوان های دیستال پا به صورت یک پارچه به سمت داخل یا خارج می شود. ^(۳و۲)

سوستنتا کولوم تالی (Sustenta culum tali) نقش یک نقطه اتکا را بازی می کند به طوری که پا مثل یک اهرم مجزا از تالوس و کالکائوس حین دررفتگی داخلی ساب تالار روی زائده قدامی کالکائوس می چرخد و از این جهت با دررفتگی خارجی ساب تالار متفاوت است. ^(۴-۱) بین ۱۰ تا ۴۰ درصد موارد دررفتگی ساب تالار باز است و بیشتر در الگوی دررفتگی خارجی ساب تالار رخ می دهد و احتمالاً به علت آسیب های شدیدتر است. ^(۶) اساس درمان برای همه دررفتگی های ساب تالار جا اندازی سریع و فوری تحت بیهوشی عمومی یا بیحسی نخاعی است. ^(۷) تمام آسیب های باز باید کاملاً در زمان جا اندازی برداشته شوند (دبریدمان) و ۳ تا ۵ روز باز بمانند سپس بستن اولیه با تاخیر در روزهای ۳ تا ۵ انجام شود. دررفتگی ساده، به آسانی و سهولت با جا اندازی بسته انجام می شود و

معمولاً شکستگی در آنها وجود ندارد جا اندازی بسته تقریباً در حدود ۱۰ درصد دررفتگی های داخلی ساب تالار و ۱۵ تا ۲۰ درصد دررفتگی های خارجی موفقیت آمیز نیست. ^(۳و۸)

گیر کردن بافت نرم و قطعات استخوانی گاهی مانع از جا اندازی بسته می شوند. مانع شایع دیگر برای جا اندازی بسته در دررفتگی، شکستگی های گیر افتاده ی سطح مفصلی تالوس و ناویکولار می باشند. ^(۷) شایعترین علت محدودیت جا اندازی در دررفتگی خارجی ساب تالار حفظ تاندون تیپا لیس خلفی است. ^(۸) جا اندازی باز برای دررفتگی های ساب تالار داخلی و خارجی غیر قابل جا اندازی بسته هنگامی که شکستگی استئوکوندال وجود دارد انجام می شود. قطعات کوچک شکستگی مفصل باید خارج گردند و شکستگی های داخلی بزرگ باید به وسیله پین یا پیچ های کوچک ثابت شوند تا مقاومت و تجانس مفصل به حالت اول برگردد. ^(۹)

تنهای عارضه پایدار در دررفتگی های ساده و بدون عارضه محدودیت حرکات مفصل ساب تالار است و گاهی با علایمی مثل سختی در راه رفتن روی زمین ناهموار و درد پا با تغییرات آب و هوا و فصل همراه است. ^(۷و۲) Lancaster و همکارانش مواردی از دررفتگی ساب تالار که با پیش آگهی بد همراه است را عنوان نموده اند این آسیب ها شامل: آسیب بافت نرم، آسیب های آلوده باز، شکستگی های خارجی مفصلی، شکستگی های داخلی مفصل، عفونت ها، دررفتگی خارجی ساب تالار، دررفتگی های ساب تالار که مورد توجه قرار نمی گیرند و استئونکروزیس استخوان های تالار می باشند. ^(۱۰) در مطالعه ای در فرانسه که حدود ۱۰ سال انجام گرفت، تعداد ۱۲ مورد دررفتگی ساب تالار (۹ مورد به سمت خارج، ۳ مورد به سمت داخل) گزارش گردید که ۶ مورد دررفتگی باز داشتند ^(۱۴). ما در اهمیت تشخیص مناسب و شایسته و بررسی به موقع در رفتگی های اطراف مفصل ساب تالار تاکید می کنیم، زیرا همیشه باعث تغییر شکل های واضح و خشکی مفصل می شود.

سپاسگزاری

از همکاران بخش ارتوپدی و اتاق عمل بیمارستان خاتم الانبیاء زاهدان جهت همکاری صمیمانه در این طرح سپاسگزاریم.

سی تی اسکن در صورت وجود شکستگی واضح در عکس ساده پس از جا اندازی برای دیدن شکستگی های داخلی مفصلی انجام می شود. جاناندازی باز برای دررفتگی های غیرقابل جاناندازی در مفصل ساب تالار جهت ثابت کردن قطعات مفصلی جا به جا شده بزرگ که باعث عدم تجانس مفصل ساب تالار می شود صورت می گیرد.

References

1. DeLee JC, Curtis R. Subtalar dislocation of the foot. J Bone Joint Surg 1982; 64A:433-137.
2. Grantham SA. Medial Subtalar dislocation: five cases with a common etiology. J Trauma 1964; 4:845-849.
3. Heppenstall RB, Farahvar H, Balderston R, et al. Evaluation and management of subtalar dislocations. J Trauma 1980; 20: 494-497.
4. Monson St, Ryan JR. Subtalar dislocation. J Bone Joint Surg 1981; 63A:1156-1158.
5. Inokuchi S, Hashimoto T, Usami N. Anterior subtalar dislocation: case report. J Orthop Trauma 1997; 11(3): 235-237.
6. Goldner JL, Poletti SC, Gates HS, et al. Severe open subtalar dislocations: long-term results. J Bone Joint Surg 1995; 77A (7):1075-1079.
7. Bohay DR, Manoli A. Subtalar joint dislocations. Foot Ankle Int 1995; 16(12): 803-808.
8. Leitner B. Obstacles to reduction subtalar dislocations. J Bone Joint Surg 1954; 36A:299-306.
9. Naranja RJ Jr, Monaghan BA, Okereke E, et al. Open medial subtalar dislocation associated with posterior process fracture of the talus. J Orthop Trauma 1996; 10(2): 142-144.
10. Lancaster S, Horowitz M, Alonso J. Subtalar dislocations: a prognosticating classification. Orthopedics 1985; 8: 1234-1240.
11. Kinik H, Oktay O, Arikan M, et al. Medial subtalar dislocation. Int Orthop 1999; 23: 366-367.
12. St Pierre RK, Velazco A, Fleming LL, et al. Medial subtalar dislocation in an athlete: a case report. Am J Sports Med 1982; 10(4): 240-244.

13. Jerome JT, Varghese M, Sankaran B. Anteromedial Subtalar Dislocation -A case report. J. Orthopaedics. 2006; 3:3.
14. P. Brunet F, Dubrana A. Subtalar dislocation: Review of 14 cases at mean ten years follows up. J Bone Joint Surg 2002;86:57-59

Medial Subtalar Dislocation in 17 year-old male. A Case Report

Taheriazam A., MD *, Shahraki K **

Subtalar dislocation is the simultaneous dislocation of the distal articulations of the talus at both the talocalcaneal and talonavicular joints. It can occur in any direction and always produce significant deformity. Most common is the medial dislocation (80% of cases). Less common presentations are lateral (20% of cases), anterior and posterior dislocations. These dislocations are associated with osteochondral fractures. Closed reduction and immobilisation remains the mainstay of treatment. Proper radiographs and CT scan confirms the post reduction alignment stability of subtalar joints and intraarticular fracture fragments. We report a case of medial subtalar dislocation with no osteochondral fracture fragments in a 17-year-old young man.

KEY WORDS: *subtalar -dislocation - osteochondral fracture*

* Dept of Orthopedics Diseases, Faculty of Medicine Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan. Iran

** Student of Medicine, Clinical research center, Faculty of Medicine Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan. Iran