

مقایسه نتایج درمان جراحی و غیر جراحی شکستگیهای طبق تیپا همراه با جابجایی

چکیده

طی سالهای ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۷۶، ۴۹ بیمار با شکستگی پلاتوی تیپا مورد مطالعه قرار گرفتند. ۳۱ بیمار بروش جراحی و ۱۸ بیمار بروش غیر جراحی درمان شدند. در هر دو گروه بیشترین نوع شکستگی شامل تیپ یک تقسیم بندی Schatzker و کمترین انواع، شامل تیپ ششم و پس از آن تیپ سوم بودند. سن بیماران در گروه جراحی بطور متوسط ۳۶/۹ سال (محدوده ۶۵-۱۸ سال) و در گروه غیر جراحی ۴۶/۵ سال (محدوده ۷۸-۱۴ سال) بود. مدت پیگیری نیز بطور متوسط ۱۵ ماه (بین ۶ تا ۲۴ ماه) بود. درمان در گروه جراحی شامل ثابت کردن شکستگی با پیچ، پلیت (plate)، فیکساتور خارجی و یا ترکیبی از این وسایل بود. درمان غیر جراحی شامل ۴ تا ۶ هفته بی حرکتی در گچ کامل و پس از آن گچ مفصل دار جهت حرکت زانو بود. بطور معمول بیماران ابتدا بمدت ۶ هفته بدون گذاشتن وزن روی پا مبتلا راه می رفتند و سپس طی ۶ هفته دوم با اعمال وزن بر روی پا حرکت می کردند. یک سیستم امتیاز بندی جدید توسط مولفین طراحی شد که در آن به مجموع عملکرد عضو، درد و رادیوگرافی پایانی از ۰ تا ۱۰۰ امتیاز تعلق می گرفت. در پایان مطالعه ۸۰/۵٪ گروه جراحی و ۵۵/۵٪ گروه غیر جراحی نتیجه خوب و عالی بدست آوردند. ۳ بیمار گروه جراحی عارضه پیداکرد که شامل عفونت همراه با جوش نخوردگی شکستگی در یک بیمار و محدودیت شدید حرکتی در دو بیمار بود که علت آن احتمالاً شدت زیاد ضربه وارد شده بود. محدودیت حرکت زانو مشکل اصلی در گروه غیر جراحی بود که شاید علت آن تاخیر در به حرکت درآوردن زانو باشد. نتایج این بررسی نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین نتایج درمانی دو گروه انتخاب شده وجود دارد، بطوریکه گروه جراحی نتیجه بهتری بدست آورده است.

همانطور که در منابع دیگر هم اذعان شده است، ۳ هدف اصلی در درمان این شکستگیها باید مورد توجه قرار گیرد که شامل راستای درست عضو، مفصل با ثبات و متقارن و حرکت زودرس و کنترل شده زانو می باشند.

دکتر فریبرز عزیزی I
دکتر کیکاوس حیدریان II

کلید واژه ها: ۱- شکستگی پلاتو (طبق) تیپا ۲- تقسیم بندی Schatzker
۳- درمان جراحی ۴- درمان غیر جراحی

مقدمه

(tibial plateau) مصداق دارد، چرا که علی رغم پیشرفت های چشمگیر در ابداع تکنیکها و وسایل ارتوپدی، هنوز در موارد شدید و comminuted شکستگیهای طبق درشتنی، بسیاری از جراحان در تصمیم گیری و انتخاب بین روشهای درمان جراحی و غیر جراحی تردید پیدا می کنند. از طرف

از دیرباز در بسیاری از متون و مقالات پزشکی به این مسئله اذعان شده است که هر گاه روشهای مختلف و متعددی برای درمان یک بیماری ارائه می گردد، احتمالاً ماهیت آن بیماری بطور کامل کشف نگردیده است. این مسئله بطور کامل برای شکستگیهای طبق درشتنی

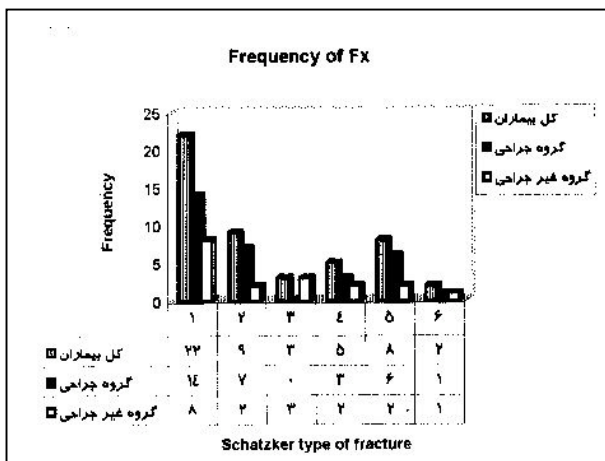
این مقاله خلاصه ایست از پایان نامه دکتر فریبرز عزیزی جهت دریافت درجه دکترای تخصصی در رشته ارتوپدی به راهنمایی دکتر کیکاوس حیدریان و تحت مشاوره دکتر محمود جبل عاملی، ۱۳۷۸.

(I) متخصص ارتوپدی، بهداری وزارت نفت، تهران.

(II) دانشیار ارتوپدی، رئیس بخش زانو بیمارستان شفایحیائیان، میدان بهارستان، خیابان مجاهدین اسلام، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (* مولف مسؤل)

رباطهای زانو نبود و یا در مواردیکه بعلت کهولت سن و یا مشکلات و بیماریهای داخلی، عمل جراحی امکانپذیر نبود از روش درمان غیرجراحی برای درمان شکستگیهای پلاتوی تیبیا (طبق درشت‌نی) استفاده گردید.

تعیین نوع شکستگی بیماران بر اساس طبقه‌بندی Schatzker (type I to VI) انجام گردید (۲). در هر دو گروه تحت مطالعه بیشترین نوع شکستگی شامل تیپ I بود (۴۵٪) که تقریباً شبیه آمارهای کلاسیک می‌باشد. کمترین نوع شکستگی نیز بترتیب شامل نوع ششم (VI) و سپس نوع سوم (III) بود (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱- فراوانی انواع شکستگی

میانگین سنی در گروه جراحی ۳۶/۹ سال (محدوده ۶۵-۱۸ سال) و در گروه غیرجراحی ۴۶/۵ سال (محدوده ۷۸-۱۴ سال) بود. در گروه غیرجراحی که میانگین سنی بالاتری داشتند، ضایعات همراه در زانوی بیماران شامل یک مورد Avulsion fracture - Anterior cruciate ligament (ACL) یک مورد شکستگی در پای مقابل، یک مورد آسیب رباط طرفی داخلی زانو و یک مورد Avulsion fracture - Posterior cruciate ligament (PCL) بود. در گروه جراحی، ضایعات همراه با شکستگی استخوان درشت‌نی شامل ۲ مورد شکستگی باز همراه با ضایعات شدید پوست و نسوج نرم و ۳ مورد

دیگر هر یک از جراحان ارتوپدی، معیار خاصی را برای قابل قبول بودن نتایج درمان شکستگی مدنظر قرار می‌دهند. Sarmiento که یکی از پیشگامان مشهور درمان غیرجراحی شکستگیها می‌باشد، معتقد است که شروع زودرس حرکات مفصلی و تقارن غضروف مفصلی، مهمترین عامل در تعیین پیش‌آگهی بیماری و جلوگیری از تغییرات زود تخریبی (degenerative) در مفصل می‌باشد (۱). بطور کلی چهار هدف عمده در درمان شکستگیهای طبق درشت‌نی مورد قبول اکثر جراحان ارتوپدی می‌باشد. این اهداف عبارتند از: ۱- بدست آوردن تقارن سطح مفصلی، ۲- بدست آوردن راستای مناسب اندام (Axial Alignment)، ۳- ثبات مفصلی (Joint Stability)، ۴- حرکت کافی، مناسب و بدون درد مفصل زانو.

روش بررسی

از ابتدای فروردین ماه سال ۱۳۷۵ لغایت اسفندماه سال ۱۳۷۶، ۵۲ بیمار با تشخیص شکستگی پلاتوی تیبیا در بخش اورژانس بیمارستان شفاپایان، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران، بستری گردیدند. از این تعداد ۳ نفر بعلت عدم پیگیری کامل (follow up) از بررسی حذف گردیدند. بررسی بصورت مشاهده‌ای و آینده‌نگر (Cohort) انجام گردید.

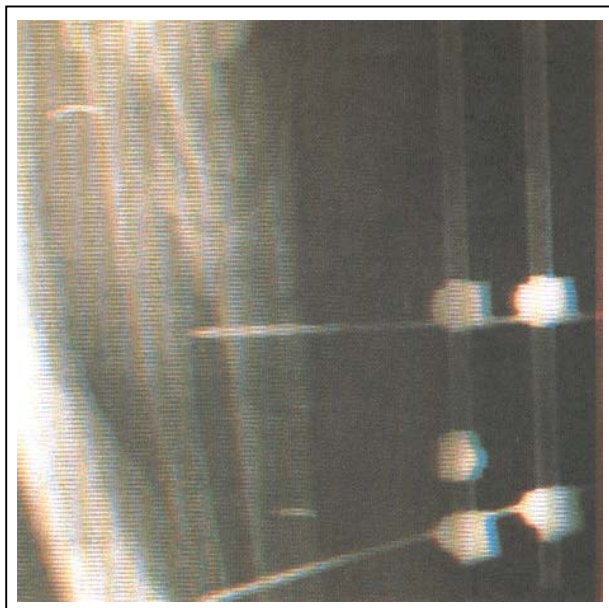
بیماران مراجعه کننده پس از اقدامات اولیه درمانی در اورژانس، در بخش ارتوپدی بستری شدند. از مجموع ۴۹ بیمار مورد مطالعه، ۳۱ مورد با درمان جراحی و ۱۸ مورد بروش غیرجراحی درمان شدند.

نحوه انتخاب روش درمان جراحی و غیرجراحی کاملاً براساس اصول درمانی پذیرفته شده در کتب مرجع ارتوپدی و پس از مشاوره با اساتید گروه فوق تخصصی زانو استوار بود و هیچ‌گونه تغییری در روش درمانی انجام نشد.

در مواردیکه میزان جابجایی سطح شکستگی داخل مفصلی زانو کمتر از ۴ میلیمتر بود و بیمار نیز دچار بی‌ثباتی

بیمار ظرف چند هفته پس از عمل دامنه کامل حرکات زانوی آسیب دیده را بدست آورد.

در مواردیکه شکستگی همراه با فرورفتگی (depression) شدید سطحی مفصلی بود در تمامی موارد علاوه بر جا اندازی باز شکستگی و ثابت نمودن قطعات با plate از پیوند استخوان خود بیمار (autogenic) برای تقویت جوش خوردگی محل شکستگی استفاده گردید. برش جراحی در موارد ساده‌تر در قسمت طرفی زانو انجام شد و در موارد شدید و دو طرفه شکستگی، از برش جراحی مستقیم در وسط زانو استفاده گردید. حتی المقدور سعی گردید که از گذاشتن ۲ عدد پلیت (plate) در دو طرف ساق خودداری شود تا عوارض ناگوار پوستی و عفونت به حداقل برسند. در اینگونه موارد از روشهای درمانی دیگر نظیر فیکساتور خارجی (external fixator) در سمت داخلی زانو، همراه با گذاشتن Pin یا پیچ در سمت خارجی بروش پوستی و باکنترل تلویزیون استفاده می‌گردید (تصویر شماره ۲).



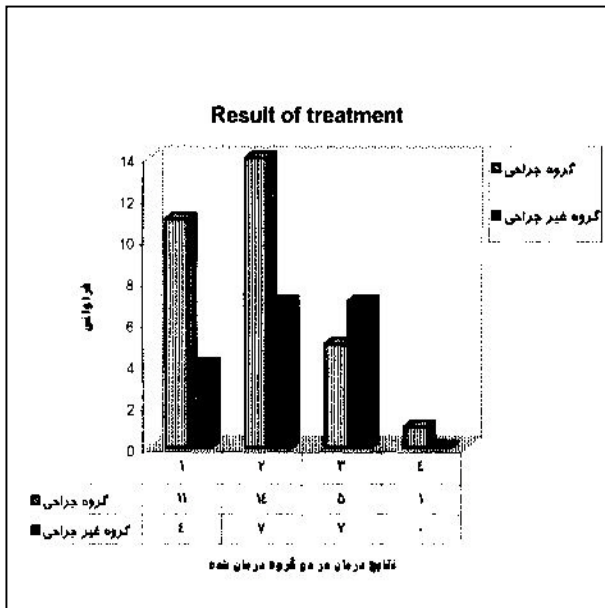
تصویر شماره ۲ - آقای ۲۷ ساله با شکستگی و خردشدگی شدید پلاتوی تیبیا، پس از عمل جراحی و کارگذاشتن external fixator

در بیمارانیکه بروش جراحی تحت درمان قرار گرفته بودند، در صورتیکه حین عمل محل شکستگی بطور محکم ثابت می‌گردید حدود ۴ هفته پس از عمل وزن‌گذاری کنترل

ACL-Intercondylar eminence fracture بود. نکته قابل توجه اینکه در فاصله زمانی یاد شده (۲ سال) در هیچ یک از موارد درمان جراحی، در حین عمل موردی از پارگی مینسک که نیاز به ترمیم جراحی داشته باشد مشاهده نگردید. روش درمان غیر جراحی در مورد شکستگیهای با ثبات (Stable) و بدون جابجایی سطح مفصلی زانو، گچ‌گیری بمدت ۴ تا ۶ هفته و سپس اعمال Cast brace همراه با شروع حرکات کنترل شده زانو بود. بیماران فوق پس از باز نمودن گچ اولیه، بتدریج و با کمک عصا و چوب زیربغل، روی اندام مبتلا وزن می‌گذاشتند و تا ۱۲ هفته پس از شروع درمان، بطور کامل تحمل وزن اعمال می‌گردید. در شکستگیهای تیپ I کوندیل خارجی تیبیا و در حضور ثبات مفصلی، در ۴ مورد ثابت کردن شکستگی به روش پوستی Percutaneous و با کنترل تلویزیون (Image Intensifier) صورت گرفت که نتایج درمانی بسیار خوبی از این روش بدست آمد و حتی در یک مورد که بیمار خانمی ۶۵ ساله بود شکستگی هر دو کوندیل خارجی و داخلی وی با روش فوق‌الذکر براحتی ثابت گردید (تصویر شماره ۱).

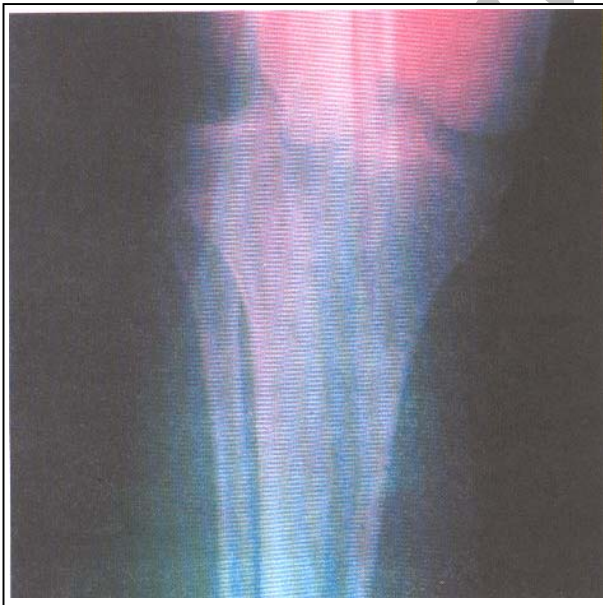


تصویر شماره ۱ - خانم ۶۵ ساله با شکستگی هر دو کوندیل تیبیا، ۳ ماه پس از عمل جراحی



نمودار شماره ۲- نتایج درمان در دو گروه درمان شده

از طرف دیگر بیماران گروه جراحی بسیار سریعتر به کار و زندگی عادی خود برگشتند و با توجه به جوانتر بودن بیماران و بالاتر بودن سطح انتظارشان از نتایج درمانی، روش جراحی رضایت اکثر بیماران را فراهم نمود (تصویر شماره ۳ و ۴).



تصویر شماره ۳- آقای ۱۸ ساله با شکستگی پلاتوی تیبیا (Tibial Shaft Sclitting)

شده بر روی اندام مبتلا شروع می‌شد و در مواردیکه شکستگی اولیه شدید بود و یا در استحکام تکنیک عمل و محل شکستگی اطمینان کافی وجود نداشت وزن‌گذاری حدود ۸ تا ۱۰ هفته به تعویق می‌افتاد.

نتایج

در هر گروه درمان شده، بیماران سه ماه پس از اتمام کامل درمان، بطور دقیق معاینه شدند و نتایج درمانی ارزیابی گردید.

با توجه به اینکه هیچ روش اختصاصی برای ارزیابی نتایج درمان شکستگیهای طبق تیبیا در منابع ارتوپدی وجود نداشت، جدولی اختصاصی جهت بررسی نتایج درمانی طراحی گردید که در آن ۶ شاخص اصلی در درمان و پیش‌آگهی بیماران بدین شرح در نظر گرفته شد: ۱- درد، ۲- عملکرد (function)، ۳- میزان دامنه حرکت مفصل زانو (Range of Motion, ROM)، ۴- میزان ثبات زانو پس از درمان، ۵- تفسیر رادیولوژیکی نتایج درمان شکستگی و ۶- قدرت عضلانی اندام مبتلا. کل امتیاز در نظر گرفته شده از ۰ الی ۱۰۰ امتیاز بود. میانگین امتیاز بدست آمده در گروه غیر جراحی ۷۹ بود (۷۳-۹۸) که نشاندهنده توزیع نسبتاً متعادل درمانی در روشهایی غیر جراحی می‌باشد. متوسط امتیاز بدست آمده در گروه جراحی ۸۸/۱۶ (۴۳-۱۰۰) بود. در این گروه فقط ۶ بیمار امتیاز کمتر از ۸۰ بدست آورده بودند. در یک مورد نیز که امتیاز ۴۳ بدست آمد، شکستگی باز هر دو کوندیل وجود داشت و بیمار بعلت مشکلات داخلی و تاخیر در زمان عمل جراحی و استفاده از دو پلیت دچار عوارض شدید گردید.

در ۲۵ بیمار، علی‌رغم شکستگی شدید، نتایج درمانی بسیار خوبی از درمان جراحی بدست آمد (امتیاز بالا ۸۰ الی ۱۰۰) که نشاندهنده قابل ملاحظه بودن اختلاف آماری در نتایج درمان جراحی در بیماران با شکستگیهای متوسط و شدید، نسبت به درمان غیر جراحی در این بیماران می‌باشد (نمودار شماره ۲).

روش غیر جراحی ۴ مورد نتیجه عالی و ۴ مورد نتیجه خوب بدست آوردند.

گروه تیپ II) از ۹ بیمار، ۷ نفر بروش جراحی درمان (۳ نفر نتیجه عالی، ۳ نفر نتیجه خوب و یک نفر نتیجه متوسط) و ۲ نفر بروش غیر جراحی درمان شدند (۱ نفر نتیجه خوب و ۱ نفر نتیجه متوسط).

گروه تیپ III) ۳ بیمار وجود داشت که هر ۳ نفر بروش غیر جراحی درمان شدند (یک نفر نتیجه خوب و ۲ نفر نتیجه متوسط).

گروه تیپ IV) از ۵ بیمار، ۳ نفر بروش جراحی (یک نفر نتیجه عالی، یک نفر نتیجه خوب و یک نفر نتیجه متوسط) و ۲ نفر بروش غیر جراحی مداوا شدند (هر دو نفر نتیجه متوسط).

گروه تیپ V) از ۸ بیمار، ۶ نفر بروش جراحی (یک نفر نتیجه عالی، ۲ نفر نتیجه خوب و ۲ نفر نتیجه متوسط) و ۲ نفر بروش غیر جراحی درمان شدند (هر دو نفر نتیجه متوسط).

گروه تیپ VI) از ۲ بیمار یک نفر بروش جراحی (که نتیجه ضعیف حاصل شد) و نفر بعدی بروش غیر جراحی درمان شد (نتیجه متوسط).

بحث

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه نتایج روشهای درمان جراحی و غیر جراحی شکستگیهای داخل مفصل زانو در ایران می باشد. بدیهی است که شرایط خاص اجتماعی و فرهنگی کشور ایران تفاوتهاى عمده‌ای با جوامع غربی دارد ولی با توسعه شهرنشینی و به محاذات آن افزایش تصادفات رانندگی، درصد بالایی از جوانان در سنین اوج فعالیت اقتصادی، اجتماعی و ورزشی درگیر آسیبها و شکستگیهای شدید اطراف زانو می‌شوند. شکستگی پلاتوی تیبیا یکی از شایعترین و در عین حال مشکلترین آنها می‌باشد. هدف از درمان جراحی این بیماران اعاده هر چه سریعتر این بیماران به کار و زندگی قبلی خودشان می‌باشد که این امر با توجه کامل به اصول



تصویر شماره ۴- همان بیمار ۴ ماه پس از عمل جراحی

در گروه جراحی، ۲ هفته پس از عمل جراحی بخیه‌ها کشیده شد و پس از قرار دادن اندام در Cast brace حرکت مفصل شروع گردید و سعی شد طی ۶ هفته حداقل ۹۰ درجه خم شدن (flexion) مفصل زانو بدست آید. از نظر عوارض (complication)، از ۳۱ نفر بیمار گروه جراحی ۳ نفر از بیماران سه ماه پس از اتمام درمان اولیه دچار محدودیت دامنه حرکت بمیزان کمتر از ۳۰ درجه شدند. در ۱۳ نفر از بیماران (۴۲٪ موارد) بی‌ثباتی خفیفی مشاهده شد که شکایت خاصی در بیماران ایجاد نکرده بود. در یک مورد خاص، بیمار بعلت شکستگی باز هر دو کوندیل دچار عوارض دراز مدت پس از عمل گردید که شامل جوش نخوردن محل شکستگی، باز شدن پوست محل عمل و ترشحات مزمن از زخم جراحی بود. در گروه غیر جراحی، علی‌رغم کمتر بودن شدت ضایعه اولیه، میزان دامنه حرکت مفصل زانو کمتر از بیماران مشابه در گروه جراحی بود که در قسمت بحث به بررسی علل آن پرداخته می‌شود.

از نظر نتایج درمان بر اساس طبقه‌بندی Schatzker یافته‌ها به شرح زیر بودند:

گروه تیپ I) از ۲۲ بیمار، ۱۴ نفر بروش جراحی درمان شدند که ۶ نفر نتایج عالی و ۸ نفر نتیجه خوب داشتند و در

شکستگی ناحیه خلفی طرفی (posterolateral) کوندیل تیبیا، بیمار علی‌رغم عدم وجود بی‌ثباتی ظاهری در معاینات اولیه و حتی در معاینه تحت بیهوشی و درمان با کشش و cast brace، تا یکسال بعد دچار محدودیت شدید حرکت زانو بود. موارد مشابهی توسط Waldrop از New Orleans گزارش شده است و وی توصیه به معاینه این بیماران در حالت خمیده زانو می‌نماید. همچنین Waldrop اکثر موارد بیماران را که از نظر سنی جوانتر بودند با عمل جراحی درمان نمود (۵).

در انتها پیشنهاد می‌گردد که در موارد متوسط و شدید شکستگیهای پلاتوی تیبیا و در صورت مناسب بودن سایر شرایط (نظیر در دسترس بودن امکانات کافی، اطاق عمل مجهز و نیز وجود تجربه و تبحر در تکنیکهای عمل جراحی) درمان جراحی جهت بیماران در نظر گرفته شود.

در صورتیکه درمان غیر جراحی مدنظر قرار گیرد، بایستی با استفاده از cast brace و یا کششهای استخوانی مخصوص (Pearson attachment) هر چه زودتر زانو را به حرکت درآورد تا محدودیت حرکتی عارض نشود. در هر دو روش درمانی نیز توصیه می‌شود، با آگاه‌سازی کامل بیمار، بتدریج و با احتیاط طی ۶ تا ۸ هفته گذاشتن وزن روی اندام مبتلا شروع گردد.

منابع

- 1- Sarmiento Augusto MD., Fractures of proximal Tibia and Tibial condyles, Clin. Orthop. 145, Nov – Dec 1979: 136-145.
- 2- Canale S Terry, Campbell's operative orthopaedics, 2 nd Vol., 9 th edition, 1998, 2095-6.
- 3- Jensen Dennis: Tibial plateau fractures: JBJS; Vol. 72-B(1), Jan 1990: 49-52.
- 4- DeCoster, Thomas. A: Cast Brace Treatment of proximal tibia fractures. Clin. Orthop. 1988: 197-204.
- 5- Waldrop John I, MD., Fractures of the posterolateral tibial plateau; Am J Sport Med, 16(5), 1988: 492-8.

جراحی و اهداف اصلی آن یعنی ۱- تقارن سطح مفصلی بیمار در پایان عمل جراحی، ۲- شروع حرکت زودرس و کنترل شده زانو جهت جلوگیری از contracture های مفصلی و نهایتاً ۳- اعاده راستای طولی مناسب اندام تحتانی (axial alignment) امکانپذیر می‌باشد. این امر در تحقیقات مولفین مختلف از کشورهای اروپایی و آمریکایی نیز بصورت جداگانه مورد تاکید قرار گرفته است. در یک بررسی فاکتور اصلی در تایید اندیکاسیون عمل جراحی، بی‌ثباتی (instability) و واروس یا والگوس عنوان گردیده است (۳).

میزان قابل قبول فرورفتگی سطح مفصلی نیز در منابع مختلف بین ۵ تا ۸ میلی‌متر متفاوت می‌باشد. ولی آنچه مهمتر از سایر عوامل بنظر می‌رسد شروع زودرس حرکات مفصل زانو می‌باشد. یکی از موارد اختلاف این پژوهش با آمارهای کلاسیک، میزان پارگی منیسک همراه با شکستگیهای پلاتوی تیبیا می‌باشد. طبق گزارشهای مختلف در ۲۰٪ موارد حین عمل جراحی، پارگی منیسک که نیاز به ترمیم داشته باشد مشاهده می‌شود لیکن در این مطالعه از ۳۱ مورد بیمار جراحی هیچ مورد پارگی شدید منیسک مشاهده نگردید. از نظر روش و طول مدت درمان غیر جراحی نیز تفاوتی در بیماران این پژوهش با سایر مطالعات مشاهده گردید.

در سال ۱۹۸۶ در دانشگاه کالیفرنیا و در سال ۱۹۸۸ در نیومکزیکو مطالعات متعددی بر روی استفاده از cast brace جهت درمان غیر جراحی شکستگیهای ساق انجام پذیرفت و مشاهده گردید در شکستگیهای با فرورفتگی کمتر از ۴ میلی‌متر در سطح مفصلی، استفاده از hinged brace و شروع حرکات مفصل ۱۲ روز بعد از شکستگی نتایج درمانی کاملاً رضایت‌بخشی را بدنبال دارد و تا ۱۰ سال بعد هیچ‌گونه عارضه تحلیلی (degenerative) در مفصل بیماران مشاهده نشد (۴). با توجه به اینکه بیماران این مطالعه حدوداً ۴ تا ۶ هفته با گچ بلند پا درمان شدند، احتمالاً پائینتر بودن میزان دامنه حرکت مفصل زانو، بعلاوه شروع دیررس حرکت می‌باشد. همچنین در یک مورد خاص