

## گزارش یک مورد نادر از در رفتگی تروماتیک همزمان قدامی و خلفی در مفاصل ران

سید عبدالحسین مهدی نسب\*

### چکیده

دررفتگی تروماتیک مفصل ران اکثراً یکطرفه و خلفی است که در آن سر استخوان ران به پشت حفره استابولوم جابجا می‌شود ولی نوع قدامی آن نیز در ۱۰ درصد موارد دیده می‌شود دررفتگی تروماتیک و همزمان هر دو مفصل ران در یک بیمار عارضه نادر و بیشتر موارد گزارش شده از نوع خلفی بوده‌اند. اغلب این دررفتگی‌ها با آسیب‌های دیگر استخوانی و نسج نرم همراه اند. وجود دررفتگی تروماتیک قدامی و خلفی هر دو مفصل ران راست و چپ بطور همزمان در یک بیمار عارضه بسیار نادر محسوب می‌شود بخصوص از این نظر که بدون شکستگی و یا بیماری زمینه‌ای دیگر باشد. در این گزارش خانم ۲۶ ساله‌ای با دررفتگی قدامی و خلفی مفاصل ران بدنبال سانحه رانندگی معرفی می‌شود که با جا اندازی بسته موفقیت‌آمیز تحت درمان قرار گرفته است.

**کلید واژه‌گان:** مفصل ران، دررفتگی تروماتیک، دررفتگی قدامی و خلفی

### مقدمه

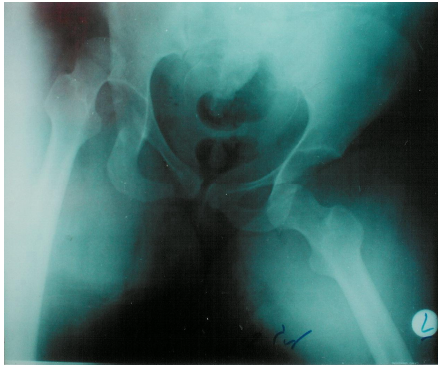
افراد جوان، لازمست تا منجر به شکستگی یا دررفتگی آن شود. شایعترین علت این دررفتگی ضربه شدید در حین تصادفات و سوانح رانندگی است در این حالت برخورد شدید زانو به داشبورد ماشین و انتقال نیرو در امتداد محور ران به لگن، منجر به دررفتگی یا شکستگی دررفتگی مفصل می‌گردد (۲ و ۳). با رادیوگرافی ساده لگن براحتی

مفصل ران از نوع ( گوی و حفره) است<sup>۱</sup> و بعداز مفصل شانه، بیشترین دامنه حرکتی را در بین مفاصل بزرگ بدن دارا می‌باشد (۱). بدلیل پوشش بیشتر از ۵۰ درصد سرفمور در داخل حفره استابولوم و وجود عضلات و لیگامانهای قوی این مفصل از پایداری ذاتی و محکم در برابر ضربه و دررفتگی برخوردار است لذا نیروی شدید بخصوص در

\*استادیار گروه ارتوپدی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

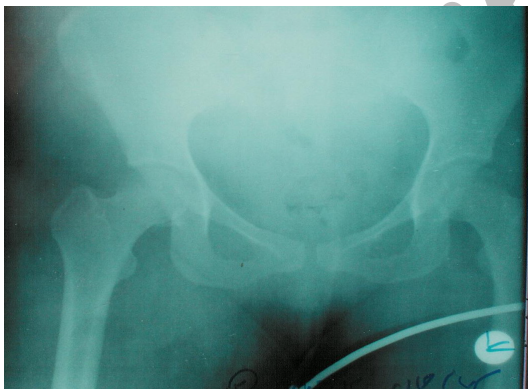
1- Ball and socket

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۲۶ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۴/۱۱/۸ اعلام قبولی: ۱۳۸۴/۱۱/۳۰



شکل ۱

بیمار به اتاق عمل منتقل و با مانور آلیس، جاناندازی بسته هر دو مفصل انجام شد که تا زاویه فلکسیون ۹۰ درجه مفاصل، پایدار بود. سپس در بخش زنان تحت مراقبت قرار گرفت که با توجه به معاینات مربوط و سونوگرافی با تشخیص کندگی جفت و مرگ جنین، زایمان بروش Induction انجام و نوزاد مرده خارج گردید. سپس رادیوگرافی کنترل لگن انجام شد که جاناندازی کامل هر دو مفصل را نشان می داد (شکل ۲).



شکل ۲

بیمار در بخش ارتوپدی بستری و کشش پوستی به پاها گذاشته شد و در سی‌تی‌اسکن از مفاصل ران هیچگونه شکستگی دیده نشد و بعد از ۱۰ روز با حال عمومی خوب مرخص گردید.

می‌توان این دررفتگی را تشخیص داد ولی بعد از جاناندازی گرفتن رادیولوژی‌های لگن در چند نما و بخصوص انجام سی‌تی‌اسکن جهت اطمینان از نحوه جاناندازی، بررسی دیواره استابولوم و یا تشخیص شکستگی‌های کوچک داخل مفصل، ضروری است این دررفتگی جزء موارد فوریت در ارتوپدی است و باید [در کوتاهترین زمان ممکن] جاناندازی شود (۴). در حدود ۹۰ درصد موارد این دررفتگی از نوع خلفی و در ۱۰ درصد موارد دیگر از نوع قدامی است (۴) و بدلیل نیروی شدید اعمال شده اغلب با شکستگی‌های دیگر در لگن، استابولوم، سر یا تنه استخوان ران همراه است. جاناندازی باید جهت جلوگیری یا کاستن از عوارض بعدی نظیر نکروز سر استخوان یا استئوآرتریت مفصل، باید هرچه زودتر صورت گیرد.

### معرفی بیمار

خانم س.ح ۲۶ ساله سرنشین وسیله نقلیه وانت سواری در اثر سانحه تصادف، به بخش حوادث بیمارستان رازی اهواز منتقل شد، حال عمومی و علائم حیاتی وی خوب بود ولی درد شدید در مفاصل ران و لگن داشت. تغییر شکل بصورت کوتاهی، نزدیک شدن، چرخش بداخل و خم شدن در مفصل ران راست و خم شدن، دور شدن و چرخش به خارج در ران چپ دیده می‌شد. نبض‌های پا قابل لمس بود و حرکات فعال در انگشتان پاها وجود داشت. ضمن شرح حال و معاینه مشخص شد که مصدوم در ماه ششم آبستنی است. لذا ابتدا مشاوره با متخصص زنان و بیهوشی بعمل آمد و بعد از انجام رادیوگرافی دررفتگی خلفی در مفصل راست و قدامی در سمت چپ دیده شد (شکل ۱).

استخوانی و نسج نرم اندامها و احشاء داخلی تا ۹۵ درصد موارد همراه با این دررفتگی گزارش شده است. عمده این صدمات استخوانی همراه بیشتر در سر و گردن یا تنه استخوان ران، استابولوم، لگن، زانو، و ساق اتفاق می افتد (۵،۶). شکستگی تنه ران (۴ درصد)، زانو (۲۵ درصد)، آسیب عصب سیاتیک (۱۴-۱۰ درصد) (۷،۸،۹). در بیمار فوق الذکر دو نکته می تواند قابل توجه باشد ۱- علی رغم دررفتگی هر دو مفصل و قطعاً اصابت نیروی شدید، هیچ گونه شکستگی دیگری در استخوانهای لگن و اندامها مشاهده نگردید ۲- نحوه اصابت ضربه و قرار گرفتن رانها که در دو وضعیت و با دو مکانیسم مخالف دررفتگی مفاصل آنها اتفاق افتاده است. در بررسی متون مقالات و متون و مدلاین انگلیسی زبان تا به حال ۵۰ مورد دررفتگی خلفی دو طرفه مفاصل ران بطور همزمان و ۹ مورد دررفتگی قدامی و خلفی همزمان گزارش شده است (۱۰،۱۱،۱۲،۱۳،۱۴).

## بحث

مفصل ران در حین ایستادن، راه رفتن و فعالیتهای مختلف روزمره یا ورزشی علی رغم داشتن دامنه حرکتی وسیع، از پایداری و ثبات قابل توجهی برخوردار است و این حالت ناشی از شکل استخوانها، فشار فیزیولوژیک و انقباض دینامیک عضلات، عمق حفره استابولوم و کپسول و لیگامانهای محافظ آن، می باشد درحالیکه همین مفصل در حالت نشستن با فلکسیون و ادکسیون زانو و ران ثبات استخوانی کمتری دارد بلکه عمده مقاومت آن در برابر ضربه مربوط به لبه خلفی استابولوم و کپسول مفصل می باشد بخصوص در فلکسیون و ادکسیون زیاد که فقط کپسول خلفی و لیگامان متصل به سراسخوان عامل اصلی نگهدارنده و ثبات آن است. در حالت فوق و در صورت اصابت ضربه شدید به جلو زانو، دررفتگی از نوع خلفی روی می دهد و هرچه میزان ادکسیون کمتر و یا ران به حالت ابدکسیون قرار گیرد احتمال شکستگی در دیواره استابولوم و یا دررفتگی قدامی افزایش می یابد. برطبق آمارهای موجود تا ۵۰ درصد موارد این بیماران حداقل یک شکستگی نیز دارند که در برخی گزارشات آسیب های

## منابع

- 1-Michel W, Chapman s. Orthopeadic surgery. 3 ed. Vol 1. Lippincott: Williams&Wilkins; 2001.
- 2-Piertafesa Ca, Hobbman JR. Trumatic dislocation of the hip. JAMA 1983; 3342-46.
- 3-Speed K. Simultaneous bilateral traumatic dislocation of the hip. Am J Surg 1953; 85 292.
- 4-P. Tornetta III. Hip dislocations and fractures of the femoral head. In: Rockwood and green, s fractures in adults 5<sup>th</sup> ed. Lippincott 2001, 1547-66.
- 5-Conolly WB, Hedberg EA. Observation of Fractures of the relvis. J Trauma 1969:104-11
- 6-Fina CP, Kelly PJ. Dislocation of the hip with fractures of the proximal femur. J Trauma 1970; (10) :77-87.
- 7-Gillespie WJ. The incidence and pattern of kness injury associated with dislocation of the hip . JBY [Br] 1975;(3):376-8.
- 8-Cwin AA. Pelvic and hip. In: Rosen P, Barkin RM, Braen RG, et al. Emergency medicine concepts and clinical practise. 3<sup>rd</sup> de, Vol 1. St Louis, Mosby -year Book; inc. 1992, pp 658-683.
- 9-Kuhn DA, Frymoyer JW. Bilateral traumatic hip dislocation. J Trauma 1987;(27): 442-4.

- 10-Shukla PC, Cooke SE, Pollack CV, Kolb JC. Simultaneous asymmetric bilateral traumatic hip dislocation. Am J Orthop 1993;(22):1768-71.
- 11-Gittins ME, Serif LW. Bilateral Traumatic anterior/posterior dislocations of the hip Joints: case report. J Trauma 1991; (3): 1689-92.
- 12-Bansal VP. Mehta Bilateral hip dislocation: one anteriorly, one posteriorly. J Orthop Trauma 1991;(5):86-8.
- 13-Ingram, Aj, Turner TC. Bilateral traumatic posterior dislocation of the hip complicated by bilateral fracture of the femoral shaft. JBJS 36Am :1957: 1249-55
- 14-Garden RS. Reduction and fixation of subcapital fractures of the femur. Orthop Clin north Am 1974;(5):683-712.

Archive of SID