

# گزارش یک مورد شکستگی-دررفتگی قدامی شانه و شکستگی تنه استخوان بازوی همان سمت به صورت همزمان

## چکیده

زمینه: شکستگی-دررفتگی قدامی شانه همزمان با شکستگی استخوان بازو همان سمت، ناشی از ترومای شدید بوده و بسیار نادر می‌باشد. در این گزارش یک مورد از این آسیب همراه با درمان انجام شده، ارائه می‌شود. معرفی بیمار: بیمار آقای ۴۸ ساله‌ای است که به دنبال تصادف موتور سیکلت با شکستگی بازو همراه با شکستگی-دررفتگی قدامی شانه همان سمت به بیمارستان آورده شد. هر دو آسیب بیمار به صورت باز جاندازی و سپس تثبیت شد. نتیجه‌گیری: در صورت تشخیص به موقع این آسیب نادر و ناتوان کننده، می‌توان درمان را به صورت کامل انجام داد. لذا، دقت در معاینه و گرفتن گرافی‌های کامل الزامی است.

\*دکتر آرش متقی I

دکتر محمدعارف محمدی II

کلیدواژه‌ها: ۱- شکستگی-دررفتگی شانه ۲- شکستگی استخوان بازو ۳- شکستگی توبروزیته بزرگ

تاریخ دریافت: ۸۷/۴/۲۳، تاریخ پذیرش: ۸۷/۸/۱۵

## مقدمه

شده است. معمولاً جاندازی بسته در اورژانس بدون بیهوشی عمومی مشکل بوده و Calderone آسیب عصبی رادیال را به دنبال این تلاش گزارش کرده است.<sup>(۴)</sup> بنابراین اغلب جهت جاندازی نیاز به انتقال به اتاق عمل بوده. از جاندازی با کشش یا مانیپولاسیون با استفاده از Pin در قسمت پروگزیمال هومروس استفاده می‌شود. ندرتاً نیاز به جاندازی باز جهت دررفتگی شانه می‌باشد. جهت درمان شکستگی بازوی همراه نیز می‌توان درمان‌های متفاوتی من جمله آتل‌گیری، تثبیت بان، Nail و فیکساتور به کار برد.

## معرفی بیمار

بیمار مورد نظر مرد ۴۸ ساله راست دست بود که پس از تصادف با موتور سیکلت توسط آمبولانس به بیمارستان منتقل شد. حین بستری بیمار هوشیار و علائم حیاتی نرمال بود. دفورمیتی و تورم دردناک شانه و بازوی راست داشت. معاینه عروقی و عصبی اندام

شکستگی-دررفتگی یک مفصل همراه با شکستگی استخوان بلند همان سمت معمولاً ناشی از ترومای شدید بوده و جزء آسیب‌های غیر شایع و ناتوان‌کننده می‌باشد. در این میان شکستگی-دررفتگی شانه همراه با شکستگی استخوان بسیار نادر است.

اولین بار در سال ۱۹۴۰ Winderman et al یک مورد از این آسیب را گزارش کرد.<sup>(۱)</sup> پس از آن ۱۵ مورد توسط نویسندگان دیگر گزارش شده است. مکانیسم آسیب در این محل شبیه موارد مشابه در اندام تحتانی است، مانند شکستگی استخوان ران همراه با دررفتگی سر استخوان ران که در Dashboard injury دیده می‌شود. Sankaran – Kutty علت این آسیب را انتقال نیرو در طول استخوان بازو دانست.<sup>(۲)</sup> Kontakis نیز معتقد بوده که در این حادثه، اول دررفتگی اتفاق می‌افتد و سپس تنه استخوان بازو دچار شکستگی می‌شود.<sup>(۳)</sup> راه‌های درمانی متفاوتی جهت این آسیب پیچیده مطرح

I) متخصص ارتوپدی، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی همدان، همدان، ایران (\*مؤلف مسؤول)

II) متخصص ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی زاهدان، زاهدان، ایران

پیچ Lag، شکستگی استخوان بازو تثبیت شد (شکل شماره ۲). کندگی لابروم یا شکستگی گلوئید مشهود نبود. معاینه عروقی-عصبی در خاتمه عمل نرمال بود.



شکل شماره ۲- رادیوگرافی پس از عمل

مزبور نرمال بوده و در سایر قسمت‌های بدن نیز مشکل خاصی نداشت. در رادیو گرافی بیمار (شکل شماره ۱) شکستگی نیمه میانی استخوان بازو با گسترش به متافیز پروگزیمال هومروس و دررفتگی مفصل شانه همان سمت و شکستگی توبروزیته بزرگ مشهود بود.



شکل شماره ۱- شکستگی-دررفتگی شانه همراه با شکستگی استخوان بازو و توبروزیته بزرگ

### بحث

همان طور که ذکر شد شکستگی استخوان بازو همزمان با شکستگی-دررفتگی مفصل شانه بسیار نادر بوده و آسیبی با ترومای شدید است. لذا، در برخورد با این بیماران در درجه اول اصرار بر گرفتن گرافی‌های کامل و با کیفیت مناسب و ضمناً معاینه دقیق سایر نقاط بدن می‌باشد، تا هم دررفتگی همزمان و هم آسیب‌های احتمالی همراه تشخیص داده شوند.

همان طور که در شکل شماره ۳ مشهود است به دلیل نامناسب بودن گرافی اولیه، دررفتگی شانه مشخص نیست. لذا، با توجه به قانون گرفتن گرافی از هر دو مفصل بالا و پایین شکستگی، مجدداً گرافی تکرار شد. نکته قابل توجه دیگر در این بیماری اقدام اورژانس جهت جاناندازی دررفتگی شانه همراه می‌باشد که البته با توجه به موفقیت آمیز نبودن در بخش اورژانس، به اطاق عمل منتقل شد.

ابتدا اقدام به جاناندازی بسته تحت تزریق آرام بخش و ضد درد وریدی (۱۰ میلی‌گرم (mg) دیازپام + ۱۰ mg پتدین) شد. اما در سعی اول موفقیت آمیز نبود و با توجه به احتمال عارضه عصبی، تلاش مجددی صورت نگرفت و لذا بیمار به اطاق عمل منتقل شد.

در آنجا نیز علی‌رغم بیهوشی عمومی و تجویز شل کننده، باز هم تلاش در جاناندازی بسته دررفتگی بیمار موفقیت آمیز نبود و با توجه به گسترش شکستگی به قسمت پروگزیمال بازو، امکان استفاده از Pin جهت مانیپولاسیون قطعه پروگزیمال نیز وجود نداشت. لذا، نهایتاً تصمیم به جاناندازی باز دررفتگی و شکستگی همراه گرفته شد.

با اپروچ دلتوپکتورال و امتداد آن در بازو (اپروچ آنترولترال بازو) مفصل و شکستگی تنه مشخص شد. ابتدا جاناندازی سر هومروس صورت گرفت و قطعه توبروزیته بزرگ Fix شد. سپس با استفاده از پلاک T و

در ضمن با توجه به احتمال آسیب عصبی حین مانور جاناندازی، باید از انجام مانورهای مکرر در اورژانس خودداری کرده و در صورت عدم موفقیت تحت بیهوشی عمومی اقدام به جاناندازی بسته کرد. البته در بیمار فوق بایبیهوشی عمومی نیز جاناندازی بسته با مانور کشش مقدور نبود و به دلیل گسترش شکستگی به قسمت پروگزیمال، مانیپولاسیون با pin نیز قابل استفاده نبود. در نهایت در صورت تشخیص به موقع، درمان این آسیب علی رغم نادر بودن و شدت آن مشکل نمی باشد.



شکل شماره ۳- به دلیل نامناسب بودن رادیوگرافی اولیه، دررفتگی شانه مشخص نیست

### فهرست منابع

1- Winderman A. Dislocation of the shoulder with fracture of the shaft of the humerus. Bull Hosp Joint Dis Orthop Inst 1940; 1: 23-25.

2- Sankaran-Kutty M, Sadat-Ali M. Dislocation of the shoulder with ipsilateral humeral shaft fracture. Arch Orthop Trauma Surg 1989; 108(1): 60 - 62.

3- Kontakis GM, Galanakis IA, Steriopoulos KA. Dislocation of the shoulder and ipsilateral fracture of the humeral shaft: case reports and literature review. J Trauma 1995; 39(5): 990 - 992.

4- Calderone RR, Ghobadi F, McInerney V. Treatment of shoulder dislocation with ipsilateral humeral shaft fracture. Am J Orthop 1995; 24(2): 173 - 176.

## *Simultaneous Anterior Fracture-Dislocation of the Shoulder and Fracture of the Ipsilateral Humeral Shaft: Case Report*

**\*A. Mottaghi, MD<sup>I</sup>      M. A. Mohammadi, MD<sup>II</sup>**

### *Abstract*

**Introduction:** Simultaneous anterior fracture-dislocation of the shoulder and fracture of the ipsilateral humeral shaft results from severe trauma and is very rare. In this report we present such an injury and its treatment.

**Case Report:** A 48-year old man was brought to hospital after a motor bike accident with anterior dislocation of the shoulder and fracture of the ipsilateral humeral shaft and greater tuberosity. Both injuries were treated by open reduction and internal fixation

**Conclusion:** By timely diagnosis of this rare and disabling injury, full treatment can be given. Thus, performing an accurate examination and obtaining the essential x-rays are mandatory.

**Key Words:** 1) Dislocation of shoulder    2) Fracture of ipsilateral humeral shaft  
3) Greater tuberosity fracture

**I)** Orthopedic Surgeon, Besat Hospital, Hamedan University of Medical Sciences and Health Services, Hamedan, Iran  
(\*Corresponding Author)

**II)** Orthopedic Surgeon, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran