

گزارش یک مورد تیبیا همی ملیا و عمل جراحی مربوطه در سن بیست سالگی

چکیده

زمینه و هدف: تیبیا همی ملیا، نوعی نقصان طولی استخوان تیبیا است که در بدو تولد مشخص می‌باشد. در این بیماری کوتاهی اندام، دفورمیتی شدید پا و انقباض فلکشن زانو مشهود است. درمان این بیماران معمولاً در سال‌های اولیه عمر انجام می‌گیرد. هدف از درمان به دست آوردن پای باثبات و برابر در هر دو سمت می‌باشد.

معرفی بیمار: بیمار مورد نظر آقای ۲۰ ساله می‌باشد که تیبیا همی ملیا نوع IA داشته. نکته جالب در این بیمار تحمل دفورمیتی شدید اندام تحتانی سمت راست و کوتاهی قابل توجه تا سن ۲۰ سالگی و داشتن شصت دوتایی در دست و پای همان سمت می‌باشد.

نتیجه‌گیری: درمان بیماری تیبیا همی ملیا بهتر است در سال‌های اول عمر انجام شود و حداقل تعداد عمل به بیمار تحمیل شود.

دکتر شهریار رضا کامرانی I

* دکتر آرش متقی II

دکتر رامین حاج زرگرباشی III

کلیدواژه‌ها: ۱- تیبیا همی ملیا ۲- آنومالی مادرزادی ۳- نقصان طولی اندام

مقدمه

بقایای غضروفی تیبیا در نوع IB است که با استفاده از MRI، آرتروگرافی و یا سونوگرافی قابل تشخیص است. در نوع II، بخش پروگزیمال و در نوع III بخش دیستال تیبیا وجود داشته و بالاخره در نوع IV تیبیا کوچک‌تر از نرمال بوده و در بخش دیستال، دیاستاز مفصل تیوفیبیولا دیده می‌شود. در کلیه انواع فوق، سر فیبولا در بخش پروگزیمال در رفتگی دارد. در نوع IA و III معمولاً درمان انتخابی قطع و استفاده از پروتز می‌باشد. در انواع IB و II معمولاً سعی در بازسازی پا و زانو و به دست آوردن طول مناسب اندام می‌شود.^(۴) در مورد IA و III نیز سعی در بازسازی زانو به شرط داشتن کوارد مناسب، با ترانسفر فیبولا به بین کندیل‌ها و به دست آوردن پای پلانٹیگراد شده است. اما، مستلزم اعمال جراحی متعدد با نتیجه غیر قابل پیش‌بینی می‌باشد. در نوع IB و II، با توجه به تیبیا یا بخش غضروفی آن، امکان ترانسفر فیبولا به آن وجود داشته و در صورت عدم به دست آوردن کف پای پلانٹیگراد می‌توان از قطع کف پا استفاده کرد.

تیبا همی ملیا، یک نقصان طولی استخوان تیبیا است. این بیماری شامل یک طیف نقصان کامل تا یک تیبیای هیپوپلاستیک می‌باشد. تیبیا همی ملیا، بروز ۱ در میلیون تولد داشته، اغلب حالت اسپورادیک دارد و در ۳۰ درصد موارد ۲ طرفه می‌باشد.^(۱) در این بیماری طول ساق کوتاه‌تر از نرمال بوده، زانو در حالت انقباض فلکشن می‌باشد و معمولاً عضله کوادر ناتوان است. پای این افراد دفورمیتی اکینو و اروس داشته و عصب پروئنال در اغلب موارد در حد مچ پا خاتمه می‌یابد. شریان تیبیالیس قدامی نیز اغلب وجود ندارد. استخوان‌های تالوس و کالکانه فیوژن دارند.^(۲) هدف درمانی در اینجا به دست آوردن پای باثبات و برابر از لحاظ طول با طرف مقابل می‌باشد. مهم‌ترین طبقه‌بندی مورد استفاده در این بیماری طبقه‌بندی Jones می‌باشد.^(۳) در نوع IA، نبود کامل تیبیا و اپی‌فیز هیپوپلاستیک دیستال فمور مشهود است. در نوع IB نیز در بدو تولد تیبیا در گرافی دیده نمی‌شود، اما اپی‌فیز دیستال فمور شکل گرفته است. تفاوت IA با IB در وجود

I) دانشیار و متخصص ارتوپدی، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، ایران
II) متخصص ارتوپدی، بیمارستان اکباتان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی همدان، همدان، ایران (*مؤلف مسؤول)
III) دستیار ارشد ارتوپدی، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، تهران، ایران