مجله جراحی استخوان و مفاصل ایران
انجمن جراحان ارتوپدی ایران
دوره ششم، شماره ۳ (شماره مسلسل ۲۳)، بهار ۱۳۸۷، صفحه‌های ۱۱۹-۱۱۷

دررفتگی ولار مزمن مفصل رادیواولنار تحتانی

(گزارش یک مورد)

دکتر محمد دهقانی[۱]، دکتر سید هادی سید حسینیان[۲]

Old Volar Radioulnar Dislocation

(Report of One Case)

Mohammad Dehghani, MD; Seyed Hadi Seyed Hosseinian, MD
«Isfahan University of Medical Sciences»

خلاصه

دررفتگی ولار مفصل رادیو اولنار تحتانی بدون شکستگی همزمان رادیوس و اولنا یک آسیب نادر است که ممکن است به آسانی از نظر دور بماند. این گزارش مربوط به خانم ۴۴ ساله‌ای است که با شکایت محدودیت حرکات چرخشی ساعد ۴ ماه بعد از آسیب اولیه مراجعه کرد. پرتونگاری و سی‌تی‌اسکن انجام شده، دررفتگی ولار مفصل رادیواولنار تحتانی را بدون شکستگی در این ناحیه نشان داد. به علت گذشت زمان طولانی از آسیب اولیه، جااندازی بسته ممکن نبود و بیمار با جااندازی باز و بازسازی رباط با گرافت تاندونی با موفقیت درمان شد.

Abstract

Volar radioulnar dislocation without fracture in ulna or radius is rare. This is a report of an old volar dislocation of distal ulna that required open reduction and ligament reconstruction with free tendon graft.

دریافت مقاله: ۴ ماه قبل از چاپ **مراحل اصلاح و بازنگری:** ۱ بار **پذیرش مقاله:** ۱/۵ ماه قبل از چاپ

مقدمه

دررفتگی مفصل رادیواولنار تحتانی می‌تواند دورسال یا ولار باشد[۱]. دررفتگی ولار و ایزوله مفصل رادیواولنار تحتانی آسیب نادری است که ممکن است در مراجعه اولیه تشخیص داده نشود. دررفتگی‌هایی که ۸ هفته بعد از آسیب اولیه مراجعه می‌کنند، دررفتگی مزمن محسوب می‌شوند. بیماران با در رفتگی مزمن مفصل رادیواولنار تحتانی اغلب مدت‌ها بعد به‌علت محدودیت پروناسیون ساعد یا تغییرات بعد از آسیب در مفصل مراجعه می‌کنند[۲,۳]. در این گزارش، یک مورد دررفتگی ولار مزمن مفصل رادیواولنار تحتانی که با جااندازی باز و بازسازی رباطی با تاندون گرافت درمان شد، ارائه می‌شود.

گزارش مورد

یک خانم ۴۴ ساله با شکایت محدودیت حرکات چرخشی ساعد به کلینیک مراجعه کرد. در شرح حال سابقه افتادن جسم سنگین روی سطح دورسال مچ دست را ۴ ماه قبل ذکر کرد. در مراجعه اولیه به اورژانس، پس از انجام پرتونگاری رخ و نیمرخ با تشخیص پیچ‌خوردگی مچ دست، به مدت ۳ هفته تحت درمان با گچ کوتاه اندام قرار گرفت. بعد از باز کردن گچ و انجام فیزیوتراپی، بیمار محدودیت پروناسیون ساعد داشت.

در معاینه فیزیکی بیمار تنها قادر به چرخش ساعد در محدوده ۶۰-۳۰ درجه بود و مچ دست در وضعیت سوپیناسیون

(۱): ارتوپد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
(۲): دستیار ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
نشانی نویسنده رابط: اصفهان، خ کاشانی، بیمارستان آیت ا... کاشانی
دکتر محمد دهقانی E-mail: m_dehghani@med.mui.ac.ir