

616.717.83—001.66—039.42

VZÁCNĚJŠÍ PORANĚNÍ RUKY

Pplk. MUDr. Jaroslav MALÍK,
chirurgické oddělení vojenské nemocnice v Č. Budějovicích
(náčelník plk. MUDr. Bedřich Pitra)

Na chirurgických pracovištích je poraněná ruka ošetřována denně. Toto kasuistické sdělení se týká poranění ruky, jehož výskyt je řídký, až vzácný. Vymknutí metakarpálních kostí bez porušení kostí patří k málo se vyskytujícím poraněním. První publikace o tomto poranění přinesli Blandin (1884), Bobrov (1890). V roce 1955 sebral Schmidt z celosvětové literatury 42 případů a popsal dva vlastní. Od té doby bylo o tomto poranění publikováno jen několik článků. Podle dostupné literatury Radochay a Somogyi (1959), Shephard a Solomon (1960), Reut (1965), Pawlowski (1965). U nás popsal izolovanou dorzální luxaci 4. metakarpu Roth (1963). Pro vzácnost vymknutí záprstních kostí dovolujeme si referovat o našem zraněném.

8. 6. 1968 byl dopraven na naše oddělení voják v základní službě J. S., nar. 1948 (č. chor. 1151/68). V anamnéze uvedl, že při demontáži teleskopického tlumiče OT 64 došlo k uvolnění a vymrštění pera tlumiče, které ho prudce udeřilo do dlaně levé ruky. Poraněná ruka mu brzy značně otekla, nemohl hýbat prsty. Byl převezen na chirurgické oddělení nejbližšího OÚNZ a odtud odeslán k nám.

Objektivní nález na poraněné ruce vykazoval mohutný otok v dlaňové části i na dorzu ruky. Otok přesahoval na zápěstí i prsty ruky. Na dorzu zápěstí bylo několik drobných oděrek. Prsty

ruky byly v semiflexi. Palpačně byl hmatný pohyb 2. metakarpu dorzoventrálním směrem. Maximální pohmatová bolestivost byla nad bázemi 2. a 3. metakarpu. Hybnost prstů byla nemožná pro bolest, prokrvení a citlivost ruky bylo při příjmu normální.

Rentgenogram (č. 1, 2, 3): V projekci dorzovolární je patrné nevelké oddálení kůstek dolní řady karpální a bází 2. a 3. metakarpu levé ruky se současným mírným posunem obou metakarpů laterálně. Štěrbina intermetakarpálního kloubu 3.—4. je rovněž rozšířena. V bočné projekci promínují báze obou záprstních kostí volárně, z nich daleko výrazněji metakarp 2. Skelet je bez traumatických změn. Závěr: Laterovolární luxace 2. metakarpu a subluxace 3. metakarpu levé ruky [pplk. MUDr. M. Hacker].

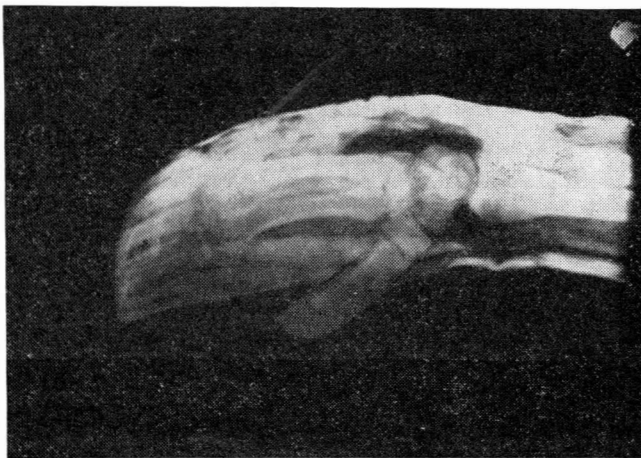
V celkové anestézii byla provedena nejprve punkce zápěstí z dorzální strany a vypuštěn značný hematoma. Potom tahem za prsty a tlakem na luxované metakarpy z dlaně byla provedena repozice a přiloženy sádrové dlahy. Rentgenologické vyšetření po repozici prokázalo fyziologické poměry skeletu ruky (rentgenogram č. 4).

Po 10denní hospitalizaci byl zraněný propuštěn a objednan za 3 týdny ke kontrole. Při ní byla zjištěna porucha hybnosti prstů, trval otok dorzální strany ruky. Byl proto přijat k fyzikální léčbě do nemocnice. Neurologickým vyšetře-

ním byla zjištěna paréza n. mediani. Zraněný pak byl ještě dvakrát hospitalizován a pro subjektivní potíže (bolestivost ruky) a trvání objektivního nálezu (hypotonie a hypotrofie drobných svalů ruky, hypestézie a omezení hybnosti 2.—4. prstu) byl propuštěn mimo vojenskou službu.



Rentgenogram č. 1, 2, 3



Rentgenogram č. 4

Rozprava

Karpometakarpální část ruky v rozsahu 2. až 5. metakarpu tvoří anatomicky pevnou část. Distální řada karpálních kůstek a báze 2.—5. metakarpu mají společné kloubní pouzdro, kloubní šterbina je klikatá, spojení je zesíleno vazy z obou stran ruky i interoseálně. Navíc fixují spojení i šlachy. K vymknutí záprstních kostí bez zlomeniny může tedy dojít při změnách anatomických poměrech ruky nebo působením velkého násilí. Většinou bývají postiženi manuálně pracující muži nebo k úrazu dojde při dopravní nehodě. V sestavě Schmidtově byl častý pád na nataženou ruku. U jiných autorů šlo o úraz vzniklý při motocyklové havárii nárazem řídítek do dlaně (Shephard a Solomon) nebo přitlače-

ním ruky z obou stran (Reut, Roth, Pawlowski). Mechanismus úrazu u našeho zraněného bude asi ojedinělý. Prudký a náhlý úder pera tlumiče do dlaně sám o sobě asi luxaci nezpůsobil. Soudečně podle oděrek na dorzu zápěstí šlo pravděpodobně navíc o přiražení zápěstí na tvrdou podložku. O tom ale zraněný nic nevěděl.

Diferenciálně diagnosticky připadá v úvahu zlomenina metakarpů. Usolceva tvrdí, že diagnóza luxovaného metakarpu je snadná (cit. Reut). Většina autorů to popírá. Také náš zraněný byl s diagnózou „zlomenina 2. a 3. metakarpu“ na rentgenologické vyšetření odeslán. Luxaci metakarpů potvrdí skiagram v obou projekcích.

Repozice luxace nebyla v celkové anestézii problematická. Myslíme, že je vhodné provést před repozicí odsátí hematomu. Operace je doporučována u starších luxací, byla však provedena i u čerstvých po neúspěchu pokusu o repozici (Radochay a Somogyi, Pawlowski).

Pomineme-li luxace 1. metakarpu, které jsou nejčastější, týkají se ostatní více metakarpů najednou a častěji dorzálním směrem. Izolovaných a volárně směřujících bylo mnohem méně. Těchto bylo popsáno teprve kolem deseti (Roth). Jedině tak si vysvětlujeme nesouhlas záznamů v literatuře o době léčení a obnovení plné funkce ruky (6—8 týdnů) s dobou léčení a kontrolních vyšetření našeho zraněného (6 měsíců). Jedině Pawlowského operovaný zraněný byl schopen práce po 5 měsících.

Doba fixace u tohoto poranění je v naší literatuře uváděna krátká. Učebnice Speciální chirurgie z r. 1959 uvádí 2 týdny, z r. 1968 3 týdny. Většina autorů doporučuje fixovat poraněnou ruku déle, jako při zlomeninách záprstních kostí, tedy 5—6 týdnů.

Naše zkušenost upozorňuje na včasné hledání neurologických poruch, zvláště u volární luxace. Snad u našeho zraněného hrála roli i částečná nespolečná práce v obnově funkce ruky. Později prováděné kontrolní rentgenologické vyšetření nevykazovalo změny na skeletu ruky ve smyslu patologické dislokace.

Souhrn

Popsáno kasuistické sdělení volární luxace 2. a subluxace 3. metakarpu. V protikladu k literatuře demonstrován případ s komplikací neurologickou. Upozorněno na nutnost fixovat poraněnou ruku déle jako u zlomenin metakarpálních kostí.

Literatura

1. Kolektiv autorů: Speciální chirurgie. Praha, SZN 1959.
2. Kolektiv autorů: Speciální chirurgie. Praha, SZN 1968.
3. Pawlowski, S.: Old dislocation of 4 bones of the metacarpus. Chir. Narząd. Ruchu Ortop. Pol., 1965, 30:623—6.
4. Radochay, L., Somogyi, J.: Über die Verrenkungen der Handwurzel — Luxatio carpometa-carpalis. Zbl. Chir., 84, 1959, 51:2065—69.
5. Reut, N. I.: Vypich v pervom pjastno-zapjastnom sustave. Ortop. Travm. Protez., 1965, 26:48—9.
6. Roth, A.: Izolovaná luxace karpometakarpálního kloubu. Acta Chir. orthop. Traum., 30, 1963, 3:259—60.
7. Shephard, E., Solomon, D. J.: Carpo-metacarpal dislocation. J. Bone Joint. Surg., 1960, 4:772—77.