

OBOJSTRANNÉ VRODENÉ VYKLÍBENIE HLAVIČIEK RÁDIA

Pplk. MUDr. R. SEMAN, mjr. MUDr. B. ZAŤKO
chirurgické oddelenie vojenskej nemocnice v Bratislave
(náčelník: plukovník MUDr. Zd. Rozhold, CSC.)

Vrodené vyklíbenie jednej alebo oboch hlavičiek rádia sa nevyskytuje často. Ako prvý popísal 9 prípadov ABBOTT 1802, neskoršie BONNENBERG 1892, POWERS 1903, Mc FARLANDS 1936, MENG 1940, MAGE 1948, CARAVIAS 1957 a COCHSHOTT a spol. 1958.

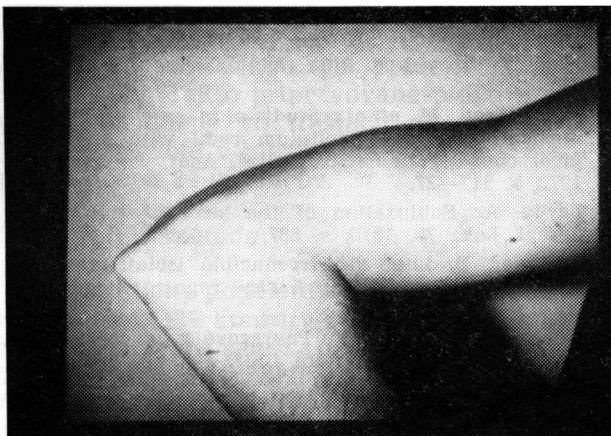
Táto vrodená chyba sa klinicky prejaví v detstvom veku, najskôr okolo 7.—10. roku života, kedy rodičia alebo dieťa spozorujú deformitu jedného alebo oboch lakťových zhybov. Ochorenie nespôsobuje väčšie obtiaže a často je nesprávne považované (najmä laikmi) u detí za následok možného úrazu. Ojedinele sme sa stretli s týmto ochorením u dospelého vojaka.

Kazuistika

Vojak P. D., 21ročný, v civile predavač, bol prijatý na naše oddelenie 7. 1. 1975. Ako 14ročný si všimol výrastky na oboch lakťoch, ktoré mu nerobili ťažkosti. Neskôr síce mával bolesti v lakťových zhyboch pri práci, ale obtiažam nevenoval pozornosť. Po nástupe vojenskej služby nedokáže cvičiť na náradí, nemôže sa plaziť, otáčanie rúk a predlaktí okolo osy možné len otočením celej hornej končatiny. V rodine neudáva podobné ochorenia ani deformity iného druhu.

Objektívne sú horné končatiny bez svalových

atrofií, radiálne od olekranonu v oboch lakťových zhyboch prominujú hlavičky rádia 2 cm pod kožu, ktorá je bez zápalu a trofických zmien (obr. 1). Funkcia lakťových zhybov je obmedzená v zmysle pronácie a supinácie, ktorá je možná len rotovaním celej hornej končatiny pri súčasnej bolestivosti v lakti. Flexia neobmedzená, redukcia extenzie o 15°. Inervácia a prekrvenie normálne. Iné deformity skeletu nenachádzame.



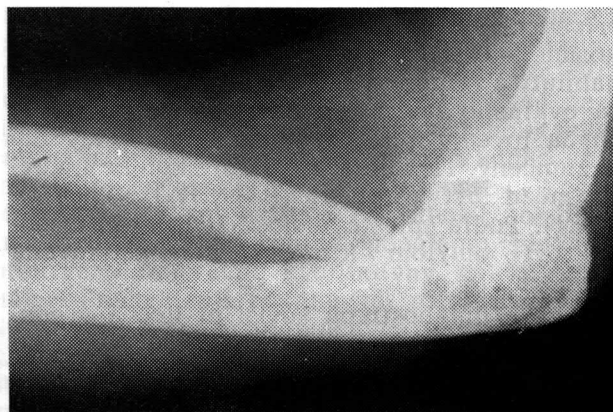
Obr. 1

Paraklinickým vyšetrením zisťujeme len drobné disseminované kalcifikované ložiská vpravo na pľúcach. Na rtg lakťových zhybov proximálny koniec rádia presahuje olekranon, celá hlavička je obojstranne hypoplastická, tuberositas radii oploštělá, kĺbová plocha hlavičky prebieha šikmo (obr. 2).

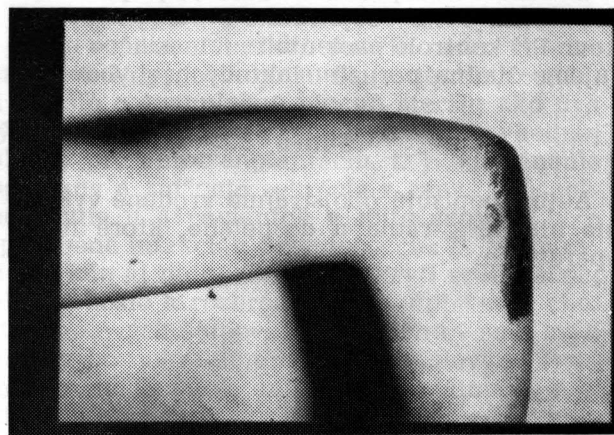


Obr. 2

Operujeme dňa 14. 1. 1975, kedy resekujeme proximálny koniec rádia obojstranne v dĺžke 5 cm (obr. 3). Ligamentum anulare pri operácii nenachádzame. Za 14 dní po zhojení rán per primam prepúšťame pacienta k útvaru (obr. 4). Pri kontrolnom vyšetrení o mesiac flexia a extenzia bez obmedzenia, výrazné zlepšenie supinácie a pronácie, ktoré je možné bez rotácie celej hornej končatiny.



Obr. 3



Obr. 4

Rozprava

Vrodené vyklbenie hlavičky rádia je často obojstranné, podľa niektorých autorov familiárne. Je často združené s ďalšími skeletálnymi deformitami. Hlavička je dislokovaná obvykle dozadu alebo do strany. Predná luxácia je vzácna. Lakťový zhyb je deformovaný, hlavička, ktorá prominuje pod kožu, je ľahko dostupná palpácii. Funkcia lakťového zhybu nemusí byť výrazne poškodená.

OSMOND, CLARCE a Mc FARLAND zastávajú názor, že ochorenie vzniká už v embryonálnom vývoji. Iní autori (BEDRNA) vidia príčinu v agenézii ligamentum anulare radii. Tiež voľné ligamentum anulare a voľná kapsula kĺbna sú považované za príčinu ochorenia. U nášho pacienta sme familiárny výskyt ani iné deformity skeletu nezistili.

Diferenciálne diagnosticky je treba odlíšiť prostú sublúxiu hlavičky rádia najmä u detí, ku ktorej dochádza zdvihnutím alebo pádom dieťaťa vedeného za ruku, prejavujúcej sa typickou bolesťou „pronatio dolorosa“. Ďalej luxáciu hlavičky rádia pri zlomeninách hornej tretiny ulny (Montegiová zlomenina), kde je luxácia hlavičky temer pravidlom (BEDRNA). Väčšinou ide o nález na jednej končatine, vrodené luxácie bývajú obojstranné. V sporných

prípadoch rozhodne rtg vyšetrenie. U vrodenej luxácie je typický rtg nález. Krček rádia je pretiahnutý a radius sa zdá byť dlhší. Hlavička býva oválneho tvaru, dysplastická, je menšia a chýba fovea capitis. Proximálny koniec rádia je ztenčený. Tiež ulna a distálny koniec humeru môžu byť dysplastické (NOVOTNÝ, FLORIAN). Podľa miesta dislokácie hlavičky môže byť omylom klinicky diagnostikovaná exostóza.

Úzko s diagnostikou súvisí aj liečba vrodených luxácií rádia. Zatiaľ čo u malých detí možno použiť liečbu redukciou a fyzioterapiou (EXARHOU), u starších detí a po ukončení rastu u dospelých je nutná buď excízia hlavičky, alebo resekcia celého proximálneho konca rádia v dostatočnej dĺžke. V našom prípade sme resekovali 5 cm obojstranne s dobrým výsledkom. Pri kontrole pacienta za 6 mesiacov nezisťujeme žiadnu poruchu lakťových zhybov.

Súhrn

Autori popisujú obojstranné vrodené vyklíbenie hlavičiek rádia u dospelého, ktoré liečili operatívne.

Zaoberajú sa etiológiou, klinikou a diferenciálnou diagnostikou ochorenia.

Literatúra

1. Almquist, E. E., et. al.: Congenital dislocation of the head of the radius. *J. Bone J. Surg.*, 51, 1969, s. 1118—27.
2. Bedrna, J.: Úrazy kosti a kloubů. Praha, Naše vojsko 1955.
3. Dawerpanah, P.: Subluxation of the radial condyle childhood. (Subluxatio capituli radii). *Med. Welt*, 24, 1973, s. 1408—10.
4. Exarhou, E. I. et al.: Congenital dislocation of the head of the radius. *Acta Ortop. Scand.*, 41, 1970, s. 551—6.
5. Faveri-Tron, M. et al.: Study of a case of habitual dislocation of the capitulum radii with embryological considerations. *Arch. Ital. Anat. Embryol.*, 78, 1973, s. 317—27.
6. Leydo, A.: Subluxation of the head of the radius. *Przegl. Lek.*, 26, 1970, s. 887.
7. Neviaser, B. J. et al.: Irreducible isolated dislocation of the radial head. A case report. *Clin. Ortop.*, 80, 1971, s. 72—74.
8. Novotný, F., Florian, M.: Poúrazové izolované vyklíbení hlavičky rádia. *Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech.*, 37, 1970, s. 284—6.
9. Roles, N. C.: Congenital dislocation of the head of the radius. *Br. Med. J.* 2, 1971, s. 712.