

NAŠE ZKUŠENOSTI S OPERATIVNÍM LÉČENÍM LUXACE RAMENNÍHO KLOUBU PODLE OUDARDA

Pplk. MUDr. Jiří KNĚŽEK

Traumatologicko-ortopedické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(náčelník: plk. MUDr. M. Fleischmann, CSc.)

Habituální luxace ramenního kloubu je onemocněním, se kterým se v praxi setkáváme poměrně často. Jeho úspěšné léčení není nejjednodušší a pro operativní léčení byla vypracována celá řada metod. Z toho vyplývá, že žádná z nich není absolutně dokonalá, každá má své indikace, úskalí, úspěchy i recidivy.

Anatomické a biomechanické poznámky: Ramenní kloub je nejvolnější kulový kloub v lidském těle. Kloubní plochy hlavičky kosti pažní a lopatky se stýkají v malém rozsahu. Kloub je zpevněn kloubním pouzdem, které je však volné tak, aby umožňovalo velký rozsah pohybů ve všech exkurzích, dále svaly a jejich šlachami. Z nich pro stabilitu ramenního kloubu má význam zejména m. subscapularis, m. deltoides, mm. infra- a supraspinam. Ke stabilitě přispívá též chrupavčité labrum glenoidale scapulae, které pružně rozšiřuje kloubní jamku.

Etiologie a terminologie: V příčinách opakování luxace ramenního kloubu rozlišujeme souhlasně s Čechem a Matějovským dva zásadní druhy:

1. Habituální luxace v pravém slova smyslu, tj. opakované vykloubení ramenního kloubu na podkladě vrozených úchylek, ať již anatomických či funkčních, neurologických poruch, systémových onemocnění, jako např. atypická konfigurace hlavičky či jamky, ochablost kloubního pouzdra a svalstva při asteniích apod. K první luxaci dochází zpravidla bez velkého násilí, repozice se daří snadno často i bez celkové anestézie, recidivy jsou časté a typicky málo bolestivé. K luxaci dochází ve všech směrech — dopředu, dolů, dozadu. Pro tento typ luxací je vhodný název luxace habituální, tak jak u nás prosazuje např. Mlčoch.

2. Druhou skupinou jsou vykloubení, ke kterým došlo zpravidla hrubším násilím, úrazovým dějem. Při něm dojde k roztržení kloubního pouzdra. Luxace bývá značně bolestivá, nejčastěji přední, repozice se daří často až v celkové anestézii. Opakuje-li se poté luxace i po nevelkém násilí, je přesnější ji definovat jako luxaci recidivující. Zde může dojít k terminologickému sporu, někdy jako recidivující luxace je označována luxace ramenního kloubu, na kterém byl již proveden některý operační zákrok. Z praktických důvodů — hlavně indikací k typu operace — považujeme za vhodné označení „habituální luxace“ pro opakované vykloubení ramenního kloubu, popsané pod bodem 1., „recidivující poúrazová luxace“, popsané pod bodem 2., a „pooperační opakovaná luxace“ pro

vykloubení, ke kterému došlo po provedeném operačním výkonu. Toto dělení pokládáme za vhodné z hlediska výběru operační metody.

Klinický náález a diagnostika: Klinický obraz i rentgenový náález vykloubeného ramenního kloubu je typický: viditelný i hmatný defekt v místě hlavičky kosti pažní, která je naopak hmatná v atypickém místě, antalgické držení horní končetiny a celé horní poloviny těla, omezení pohyblivosti v ramenním kloubu pro bolest a pérový odpor činí diagnózu jasnou i laikovi. Při rtg nálezu, který je typický, pátráme po možných zlomeninách v oblasti ramenního kloubu. Často se však nemocný dostaví pouze s anamnestickým údajem, že u něj dochází k opakujícím se vykloubením ramenního kloubu. Objektivní náález, stejně jako rentgenový snímek ve standardní projekci, bývá chudý: někdy je možné najít hypotrofii ramenního svalstva, palpační bolestivost na přední ploše ramenního kloubu, omezení pohyblivosti spíše reflektorickým svalovým spasmem, odporem vyšetřovaného ze strachu před luxací. Jindy je rozsah pohyblivosti proti straně druhé větší, někteří nemocní dovedou předvést subluxaci ramene. V rtg obraze můžeme zachytit tzv. Hill-Sachsův defekt hlavičky, patrný na předozadním snímku v 60–80 st. vnitřní rotace paže. Jeho význam pro diagnózu je sporný, standardně tento snímek neprovádíme. Často je však objektivní náález na vyšetřovaném ramenním kloubu normální. Pak je nutná pečlivá a podrobná anamnéza, popis mechanismu, způsoby repozice, ošetření a léčení, event. získání objektivních zpráv z pracovišť, kde byl nemocný ošetřován. V prevenci vzniku recidivující poúrazové luxace je zdůrazňována nutnost šetrné repozice v narkóze a svalové relaxaci s následnou fixací Desaultovým obvazem, i když i zde se setkáváme s názory odlišnými (Ehgartner).

Léčení: Vznikla-li habituální či recidivující poúrazová luxace ramenního kloubu, připadá z konzervativních způsobů léčení v úvahu pouze posilování svalstva ramenního rehabilitačním cvičením. Opakuje-li se však vykloubení často a ztěžuje život nemocného, je nutné operativní léčení. Operačních metod je celá řada a je možné je rozdělit do několika skupin:

1. operace zpevňující kloubní pouzdro či labrum glenoidale (Bankart, Bardenhauer, Delitala, Payr, Mikulicz aj.)

2. šlachové a svalové plastiky (Lexer, Rupp, Hohmann, Putti-Platt, Finsterer, Ehrlich aj.)

3. kostní štěpy a zarážky (Eden-Hydrinette, Bazy, Oudard aj.)

4. závěs hlavice kosti pažní (Loeffler, Kirschner, Nicola aj.)

5. Osteotomie humeru (Weber)

Výčet operačních metod není úplný, jde o schematický přehled. Výběr vhodného operačního zákroku je dán jednak rozlišením, zda jde o luxaci habituální či recidivující poúrazovou, je ovlivněn věkem nemocného, zaměstnáním, event. sportem, v neposlední řadě i zvyklostmi a zkušenostmi pracoviště, kde je nemocný léčen.

Na ortopedickém oddělení Ústřední vojenské nemocnice provádíme u opakujících se luxací ramenního kloubu výkon, který popsal Oudard v roce 1924 v modifikaci uvedené ve Frejkově učebnici.

Popis operačního postupu: Nemocný v poloze na zádech se zvednutým hrudníkem a dolními končetinami, podloženou lopatkou operované strany. Operujeme v místním znecitlivění s premedikací. Kožní řez v sulcus deltoideo-pectoralis nad hmatným proc. coracoides scapulae kraniokaudálním směrem délky 3–5 cm. Po protěti kůže, podkoží, fascie pronikáme tupě svalovými vlákny m. deltoideus až k hrotu processus coracoides. Poté provádíme jeho osteotomii dlátem pod úhlem 45 st. k podélné i příčné ose těla asi 2,5 cm od hrotu. Periferní fragment skláníme proti hlavici kosti pažní, do centrálního klínovým dlátem upravíme lůžko a zavedeme kostní štěp — buďto autoštěp odebraný s přední plochy tibie nebo homoštěp z kostní banky. Štěp musí být dobře zaveden, aby nedošlo k jeho uvolnění, fixuje periferní fragment ve sklopené poloze. Proti původní Oudardově operaci, jak ji popisuje Wachsmuth ve své učebnici, neprovádíme zřásnění šlachy m. subscapularis ani kloubního pouzdra. Následuje sutura svalů, fascie, podkoží, kůže, přikládáme Desaultův obvaz na 4 týdny, pak zahajujeme rehabilitaci.

Operační postup má několik úskalí:

1. Přístup nebývá problémem, i když u svalově dobře vyvinutých jedinců, sportovců je nutný delší kožní řez a zejména přesná asistence k objasnění anatomických poměrů.

2. Osteotomie musí být úplná a ve správných osách, zejména s ponecháním dostatečně dlouhého periferního fragmentu.

3. Kostní štěp musí být předem klínovitě upraven a zaveden dostatečně hluboko. Lépe se vhojuje autoštěp.

4. Periferní fragment nefixujeme, přihojí se v poloze námi upravené, nesetkali jsme se s jeho uvolněním či pakloubem.

Rozbor našich výsledků

V letech 1973–1977 bylo pro recidivující luxaci ramenního kloubu operováno 123 nemocných, z nichž 100 jsme zaslali dotazník. Ten obsahoval otázky zaměřené na dobu od první luxace k operaci, délku pracovní neschopnosti. Zvlášť jsme se zaměřili na pooperační výsledky, zejména recidivy, bolestivost, omezení pohyblivosti,

nutnost změny zaměstnání či sportu a celkové subjektivní hodnocení.

Výsledky

Zpracovali jsme 64 hodnotitelných dotazníků, 20 operovaných jsme měli možnost kontrolovat osobně.

1. Doba od první luxace: 64 operovaných bylo operováno 1 rok a déle, od první luxace s maximem 7 let, 18 v době kratší roku, nejkratší byla doba 10 týdnů od prvního úrazu.

2. Průměrná doba pracovní neschopnosti byla 7 1/2 týdne.

3. Průměrný věk nemocných byl 23,6 let, s rozptylem 17–39.

4. Počet recidiv: V dotaznících uvedli dotazovaní 10krát recidivu, tj. 15,62 %.

5. Omezení pohyblivosti uvedlo 7, tj. 10,93 %.

6. Bolesti v operovaném ramenním kloubu ponámahové, častěji však závislé na změně počasí, uvedlo 14, tj. 21,86 %.

7. Zaměstnání po operaci museli změnit 3, tj. 4,63 %.

8. Před operací sportovalo závodně v různých odvětvích 30 dotazovaných, rekreačně 26, ostatní nesportovali vůbec. Změnu sportovní činnosti uvedlo 10, tj. 15,62 %, častěji z kategorie závodní do rekreační činnosti, nebo změnu druhu sportu, zanechat i rekreační sportovní činnosti museli 2, tj. 3,26 %. Operovali jsme i několik reprezentantů ČSSR, kteří jsou s výsledkem operace spokojeni a sportují nadále, např. výsadkář, kanoista, závodník v motokrosu, tedy sporty, které ramenní klouby zatěžují.

9. Subjektivní hodnocení: Zárok za plně úspěšný považuje 35 operovaných, tj. 54,68 %, uspokojivý 19, tj. 29,69 %, neuspokojivý 10, tj. 15,62 %. Při tom se hodnocení „neuspokojivý“ nekryje s těmi, kteří uvedli recidivu.

10. V dotaznících se nám nepodařilo hodnověrně odlišit, zda dotazovaní byli operováni pro habituální či poúrazovou recidivující luxaci.

Z 20 osobně kontrolovaných prokazatelně (anamnesticky) recidivu uvedli 2, tj. 10 %. Žádný neměl omezení pohyblivosti, nezměnil zaměstnání. Změnu sportu uvedli 3, bolestivost 1.

Výsledky této skupiny se tedy zhruba shodují s údaji získanými v dotaznících.

Zajímalo nás srovnání výskytu recidiv:

Autor:	Typ operace:	% recidiv:
Mau	Perthes-Bankart	2,1
(v Hohmannově učebnici)	Eden-Hydrinette-Lange	2,5
	Hohmann-Putti-Platt	5,6
	Oudard-Bazy	5,7
	Löffler	15,0
	Nikola	15,5
	Finsterer-Ehrlich	27,2
Kühn	Lange	5,26
Rowe	Bankart	3,5
Pissarek	Eden-Hydrinette	13,3
Čech,		
Matějovský	Oudard	32,0
	Ostatní typy operací	pod 10,0

Diskuse

Za hlavní kritérium našeho hodnocení jsme si vybrali počet recidiv. Ve srovnání s údaji v literatuře, uvedenými výše, je našich 15,62 % poměrně vysoké číslo. Z 20 nemocných, kontrolovaných osobně, bylo prokázaných luxací 10 %. První údaj může být zkreslen subjektivním faktorem (hodnocení relaxace), druhý je zatížen chybou malých čísel. Proti tomu ve prospěch výkonu námi prováděnému stojí údaje o krátké době neschopnosti, malý počet těch, kteří museli změnit zaměstnání, dobré výsledky u aktivních sportovců. Nepodařilo se nám přesně postihnout všechny faktory, které mohou relaxaci ovlivnit, zejména provést srovnání u operovaných pro habituální luxaci a pro luxaci poúrazovou. Jde o zákrok jednoduchý, který nezatěžuje operovaného, nevede prakticky nikdy k omezení pohyblivosti, je prováděn extraartikulárně. V indikovaných případech — a zřejmě spíše u opakujících se poúrazových luxací — a technicky správně provedený má své uplatnění. Při eventuálních recidivách pak nebrání v provedení výkonu složitějšího, např. operaci podle Bankarta.

Závěr

V našem sdělení jsme se zabývali hodnocením výsledků operace opakujících se luxací ramenního kloubu podle Oudarda. Ke správné indikaci k operačnímu výkonu pokládáme za nutné etiologické dělení na skupinu habituálních luxací v užším slova smyslu a na skupinu poúrazových recidivujících luxací. Ve druhé skupině pokládáme operaci podle Oudarda za indikovanou. Je to jednoduchý extraartikulární výkon s dobrými výsledky. Při neúspěchu a recidivách, které ztěžují život operovaného, po-

nechává možnost provést jiný, radikálnější výkon.

MUDr. Jiří Kněžek
Ortopedicko-traumatologické oddělení
Ústřední vojenská nemocnice
169 02 Praha 6 - Střešovice.

Literatura

1. Frejka, B.: Základy ortopedické chirurgie. Praha, Avicenum 1970.
2. Hohmann, G.: Handbuch der Orthopädie. Stuttgart, G. Thieme Verlag 1959.
3. Chapchal, G.: Orthopädische Therapie. Stuttgart, G. Thieme Verlag 1971.
4. Lange, M.: Orthopädisch-chirurgische Operationslehre. München, J. F. Bergmann Verlag 1962.
5. Wachsmuth, W.: Allgemeine und spezielle chirurgische Operationslehre. Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer Verlag 1956.
6. Čech, O. - Matějovský Z.: Habituální luxace ramenního kloubu. Acta chir. Ortop. Traum. Čechosl., 34, 1967, č. 2, s. 108.
7. Ehrgartner, K.: Hat die Dauer der Gipsfixation nach Schulterluxation einen Einfluss auf die Häufigkeit der habituellen Schulterluxation? Arch. Orthop. Unfall. chir., 9, 1977, č. 2, s. 187.
8. Grauer, H.: Ergebnisse der Behandlung der habituellen Schulterluxation. Beitr. Ortop., 24, 1977, č. 3, s. 129.
9. Kühn, H.: Zur Behandlung der Habituellen Schulterluxation. Z. Orthopädie, 108, 1971, č. 4, s. 599.
10. Matzen, P. F.: Indikationen der operativen Therapie bei Frakturen und Luxationen im Schulterbereich. Beitr. Orthop., 25, 1978, č. 1, s. 44.
11. Pissarek, H.: Ergebnisse des Subscapularisraffung im Vergleich mit der Operation nach Eden-Hybinette-Lange bei der Behandlung der habituellen Schultergelenkluxation. Beitr. Orthop., 25, 1978, č. 1, s. 52.
12. Podzimek, F.: Naše zkušenosti s Loefflerovou operací habituální luxace ramenního kloubu. Acta chir. Ortop. Traum. Čechosl., 44, 1977, č. 4, s. 323.
13. Rowe, C. R.: The Bankart Procedure. Journal Bone Joint Surgery 60 - A, 1978, č. 1, s. 1.