

617.572-001.6

LUXACE KOSTI PAŽNÍ SE SOUČASNOU DISLOKOVANOU ZLOMENINOU VELKÉHO HRBOLU KOSTI PAŽNÍ

MUDr. Ivo ČEPL

Chirurgické oddělení Okresního ústavu národního zdraví, Pelhřimov
(primář: MUDr. Karel Křikava, CSc.)

Traumatická luxace pažní kosti patří mezi častá poranění ramenního kloubu. Příčinou jsou anatomicko-funkční zvláštnosti. Ramenní kloub představuje nejvolnější a zároveň nej pohyblivější kloub v těle. Setkáváme se zde se značným nepoměrem mezi velikostí kloubní hlavice a kloubní jamky (4:1). Kontaktní plocha kostí v kloubu je malá, kloubní jamka je mělká. Kloubní pouzdro je volné, jeho zesilující struktury jsou v dolní přední části oslabené. Zde při luxaci dochází nejčastěji k odtržení úponu kloubního pouzdra ke kloubní jamce.

I když čisté luxace bez komplikací v každém případě převažují, setkáváme se však i se sdruženým poraněním okolních měkkých nebo kostních struktur. Jednou z nejčastějších komplikací bývá současně odlomení velkého hrbolu kosti pažní. Luxační zlomeniny tohoto typu vznikají většinou nepřímým mechanismem. Při pádu na nataženou paži v abdukci a zevní rotaci se opře anatomický krček humeru o akromion lopatky. Akromion zde působí jako hypomochlion, přes který dochází dlouhou pákou pažní kosti k vypáčení hlavice humeru z kloubní jamky (1). Velký hrbol se odlomí při nárazu na akromion. Ostatní mechanismy – přímý úder do ramenního kloubu, nekoordinovaná svalová činnost – se vyskytují řídce.

Luxovaná kloubní hlavice se vzhledem ke kloubní jamce dislokuje dolů, nahoru, dozadu, dopředu. Prozatím jsme se setkali pouze s přední luxací humeru za současné a brupce velkého hrbolu. Velký hrbol bývá dislokován tahem upínajících se svalů. M. supraspinatus, m. infraspinatus, m. teres minor jsou příčinou přetažení fragmentu zevně a nahoru pod akromion. Šlachy uvedených svalů splývají na zevní proximální straně s kloubním pouzdrem. Spolu s korakohumerálním vazem fixují odlomený velký hrbol ke kloubnímu pouzdru.

Při klinickém vyšetření zjistíme všechny příznaky luxace v ramenním kloubu. Občas se může při palpaci prokázat odlomený velký hrbol. Jedinou spolehlivou vyšetřující metodou, kterou zjistíme přesně o jaký druh poranění jde, je rentgenologické vyšetření ve dvou projekcích.

V rámci léčby těchto poranění se vždy zprvu snažíme o zavřenou repozici – pouze při jejím nezdaru, a je-li pacient schopen operačního výkonu, přistupujeme ke krvavé repozici. Byla vypracována celá řada repozičních manévřů, které je možno uplatnit při konzervativní terapii. Při srovnání jednotlivých repozičních postupů jsme dosáhli velice dobrých výsledků

prováděním repozice dle Mothesse. Tento postup se nám osvědčil i tehdy, jestliže se ostatními manévry luxaci či dislokovanou zlomeninu nepodařilo napravit.

Metodika

Repoziční metoda dle Mothesse (5) představuje nenáročný výkon pro nemocného i pro ošetřující personál. Klasický postup: Pacient leží na stole na zádech. Asistent táhne za abdukovanou končetinu. Protitah zajistí prostěradlo obepínající hrudník poraněného a připevněné na straně nepostižené paže na zeď. Chirurg tlačí oběma svými palci hlavici z dislokované polohy na její místo.

Sami při repozici postupujeme následovně: 1. asistent fixuje hrudník ležícího pacienta tlakem svých rukou v oblasti pod klíčními kostmi vůči podložce. Chirurg zajistí tah za předloktí postižené paže v supinaci a abdukci paže asi 100°. Tlak prstů na kloubní hlavici nepoužíváme. Při dostatečně silném tahu za poraněnou paži v abdukci není ani třeba. V některých případech si můžeme pomoci složenou rouškou, kterou vkládáme do axily a za kterou 2. asistent táhne v ose těla. Za složený pruh o šířce 15–20 cm můžeme vyvinout daleko větší tah než tlakem prstů na hlavici, nehledě na to, že tento postup je daleko šetrnější vůči nervově cévnímu svazku.

Před výkonem aplikujeme pacientovi 5–8 mg diazepam i.v. U muskulárních typů infiltrujeme větší svalové skupiny, které přecházejí z hrudníku na proximální konec kosti pažní, 1% mesokainem. Ke snížení bolesti můžeme aplikovat anestetikum i nitrokloubně (3). U pacientů s výraznou muskulaturou, kde se repozice ihned nezdaří, provádíme za abdukovanou paži nejprve několik sekund submaximální tah – dochází tak k vyčerpání tonu svalových skupin. Poté zvýšením tažné síly dokončíme repozici. Po repozici provedeme RTG kontrolu. Přesvědčíme se o napravení luxace a o repozici odlomeného velkého hrbolu. Nezapomeneme zkontrolovat prokrvení a inervaci celé končetiny. Fixaci zajišťujeme Désaultovým obvazem. Paže je zde fixována v poloze, která umožní přiblížení odtržené části kloubního pouzdra k okraji kloubní jamky. Přední část kloubního pouzdra, která se nejčastěji odtrhne, je plně relaxována (2). Pacienta propouštíme po 2 hodinách domů. Dobu fixace paže upravujeme podle věku pacienta na 2–3 týdny.

Diskuse

Principem velkého počtu repozičních metod je většinou tah za paži v mírné abdukci, rotační pohyby, pákový systém. Jistě na každém pracovišti je určitý nejvíce oblíbený manévr – úspěšné napravení luxační zlomeniny je možné více způsoby.

V trakční metodě dle Mothesse spatřujeme oproti ostatním manévřům dvě výhody. Za prvé – snadné napravení luxace. Při tahu za paži v abdukci nad 90° dochází k vytažení a napnutí dolní přední části kloubního pouzdra. Tím je při repozici snížena možnost jeho interpozice mezi kloubní jamkou a hlavici. Za druhé – přesná repozice odlomeného velkého hrbolu. Dislokovaný odlomený hrbol je umístěn pod „fornix humeri“ (tvořený akromiem, korakoakromiálním vazem a korakoidním výběžkem) (4). Abdukce paže v ramenním kloubu je možná pouze do horizontály. Poté narazí humerus na „fornix humeri“. Další elevace paže probíhá za současného otáčení lopatky. Za zevní rotace a abdukce paže 90° a více stupňů dojde tak k vzájemnému přiložení lomné plochy humeru a velkého hrbolu. Při převedení paže do addukce jsme pozorovali, že odlomený fragment je fixován k humeru vazivovým aparátem přecházejícím z kloubního pouzdra. Při použití repozičních manévřů, které nevycházejí z principu tahu za paži v abdukci nad 90° jsme u některých postižených nedosáhli uspokojivého postavení odlomeného fragmentu. Napravení anatomických vztahů je obzvláště důležité, je-li současně s velkým hrbolem odlomena i část kloubní hlavice, a lomná plocha tak zasahuje do kloubu.

Souhrn

Při ošetřování luxací v ramenním kloubu se současným odlomením velkého hrbolu kosti pažní je vhodné zvolit repoziční manévr dle Mothesse. Metoda vychází z tahu za zevně rotovanou a abdukovanou paži nad 90° při fixovaném hrudníku. Repozice luxace a dislokované zlomeniny velkého hrbolu je možná i v případech, kdy jinými repozičními manévry nebylo dosaženo uspokojivých anatomických poměrů v ramenním kloubu. Metoda představuje nenáročný výkon jak pro pacienta, tak pro ošetřující personál.

Literatura

1. BRÜCKNER, H.: Fracturen und Luxationen. 5. vyd. Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit 1984. s. 178–179.
2. DAVIS, L. – CHRISTOPHER, F.: Textbook of Surgery. 10. vyd. Philadelphia – London – Toronto, David C. Sabiston, W. B. Saunders Company 1972. 1346 s.
3. SAEGESSEER, M.: Spezielle Chirurgische Therapie. 9. vyd. Bern – Stuttgart – Wien, Hans Huber 1972. 1231 s.
4. SINĚLNIKOV, R. D.: Atlas anatomie člověka. 3. vyd. Praha, Avicenum 1980. s. 206–211.
5. ŠPAČEK, B. aj.: Speciální chirurgie I. 2 vyd. Praha, Avicenum 1973. s. 500–501.

Klíčová slova: Luxace kosti pažní s abrupcí velkého hrbolu; Repozice.