

Repozicija prednjeg isčašenja ramena - tehnika po Sir Astley Cooper-u

Stanković Aleksandar, Cvetković Voja,
Vračević Branislav, Ristić Dejan,
Stanković Biljana, Vojvodić Aleksandar,
Vojinović Miloš

Služba ortopedije i traumatologije sa hiperbaričnom medicinom, Kliničko bolnički centar Zemun-Beograd, Beograd

Apstrakt

Astley Cooper je 1825. godine opisao tehniku repozicije prednjeg isčašenja ramena prednjom elevacijom ruke. Cilj autora je da pokaže svoje rezultate pri reponiranju isčašenja ramena ovom jednostavnom i sigurnom tehnikom. -U hitnoj službi KBC Zemun od 2003 do 2007, ovom tehnikom je reponirano 32 isčašenja ramena sa i bez preloma velikog tuberkuluma humerusa. Repozicija je bila uspešna kod svih isčašenja, a opšta kratkotrajna anestezija je korišćena kod dva pacijenta (3 luksacije). Osnovna prednost ove tehnike je što je ona fiziološka, jednostavna, ne zahteva korišćenje jake sile, a nisu zabeležene neuro-koštane komplikacije.

Ključne reči: prednje isčašenje ramena, repozicija prednjom elevacijom ruke.

Uvod

Iščašenje (luksacija) ramenog zglobo predstavlja preko 50% svih dislokacija koje se dijagnostikuju u hitnoj ambulanti ortopedsko-traumatološke službe¹. Najčešći uzrok isčašenja ramena je trauma, u 90 do 98% slučajeva je reč o prednjem isčašenju ramena. Još je Hipokrat pre nove ere opisao anatomiju i tipove prednjeg isčašenja ramena, metod zatvorene reponicije, rekurentnost kao i hiruršku stabilizaciju zgloba².

Postoje brojne metode reponicije prednjeg isčašenja ramena-Hipokratov metod koji se zasniva na trakciji ruke, a doktor stavlja svoju petu u pazušnu jamu, Koherov metod koji reponira isčašenje pomoću trakcije, spoljašnje i unutrašnje rotacije ruke, Stimsonov metod-kada bolesniku ruka visi preko ivice kreveta i spontano se redukuje³. Yuen M.C i saradnici u svom radu opisuju tehniku reponicije prednjeg isčašenja ramena po Spasu Milješiću⁴. Većina ovih metoda zahteva trakciju, upotrebu sile i anestezije pri reponiciji što je jako neprijatno za pacijenta^{1,2,3}, a mogu se javiti i jatrogene koštane ili neuralne komplikacije^{1,5}.

Astley Cooper je 1825. godine opisao tehniku reponicije prednjeg isčašenja ramena abdukcijom i prednjom elevacijom ruke. Ovim načinom stabilizacije zglobo ramena nema potrebe za eventualnom silom jačeg intenziteta prilikom reponiranja, samim tim se smanjuje mogućnost nastanka jatrogenih komplikacija.

Cilj rada je da prikaže naše rezultate pri reponiciji prednjeg isčašenja ramena ovom tehnikom opisanom pre više od 180 godina.

Reduction of anterior shoulder dislocation - sir Astlecooper technique

Stankovic Aleksandar, Cvetkovic Voja,
Vracevic Branislav, Ristic Dejan,
Stankovic Biljana, Vojvodic Aleksandar,
Vojinovic Milos

Department of Orthopedics, Traumatology and Hyperbaric medicine, Clinical Hospital Center Zemun-Belgrade, Belgrade

Abstract

Astley Cooper has described a technique, the reposition of anterior shoulder dislocation by the frontal arm elevation, on 1825. The author's aim was to show his own results when reposing frontal shoulder dislocation by this simple and secure technique. In the KBC Zemun emergency service, from 2003 to 2007, by this technique, 32 anterior shoulder dislocations with or without fractures of the greater tuberosity fracture, were reposed. The reposition was successful in all dislocations, and total short lasting anesthesia was used to two patients (3 dislocations). The basic advantage of this technique is that it is physiological, simple and does not demand strong physical force, and the neuron-bone complications were not recorded.

Key words: frontal shoulder dislocation, reposition by the frontal arm elevation

Materijal i metode

Nakon prijema bolesnika, uradjenog kliničkog i RTG pregleda pristupa se repoziciji iščašenja ramena. Kliničkim pregledom je neophodno proveriti neurocirkulatorni status. Bolesnik se stavi u spinacioni položaj, a povredjena ruka se laganom trakcijom postepeno abdukuje i elevira u sagitalnoj ravni (Slika 1).



Slika 1. Abdukcija i elevacija ruke

Elevacija i abdukcija ruke se održavaju do pozicije ruke iznad glave, kada se aplikuje trakcija manjeg intenziteta usmerena na gore i spolja (Slika 2).



Slika 1. Repozicija luksacije

U tom momentu glava humerusa je u poziciji ispod korakoida i na ivici glenoida. Najčešće je to momenat završetka repozicije. U pojedinim slučajevima je potrebna unutrašnja rotacija manjeg stepena i manji pritisak na glavu humerusa u predelu pazušne jame².

Rezultati

Na Traumatološkoj službi KBC Zemun od 2003. do 2009 godine ovim načinom repozicije prednjeg iščašenja ramena (bez i sa prelomom velikog tuberkuluma humerusa) reponirano je 32 iščašenja (29 bolesnika). Od toga 19 muškaraca i 10 žena, prosečna starost bolesnika bila je 24.9 godina (od 16 do 78 godina). Prosečno vreme od povredjivanja do repozicije bilo je 3.93 sata (od 1 do 72 sata). Kod tri bolesnika se radilo o ponovnoj luksaciji ramena, nastalih dejstvom slabe sile a ostale povrede su nastale u saobraćajoj nezgodi 5 bolesnika, zadesnim padom u kući i na ulici 15 bolesnika i traumom u sportu 6 bolesnika. Iščašenja sa prelomom velikog tuberkuluma su dijagnostikovana kod 4 bolesnika, a kod jednog bolesnika je pri prijemu utvrđeno postojanje povrede n.axilarisa. Pacijenti su ocenjivali bol pomoću skale od 1 do 4, gde je 1-podnošljiv bol, 2-bol srednjeg intenziteta, 3-jači bol, 4-nepodnošljiv bol.

Repozicija prednjeg iščašenja ramena, ovom metodom, je bila uspešna kod svih bolesnika. Nisu konstatovane postredukcione koštano-neuralne komplikacije. U toku tri repozicije iščašenja bila je potrebna intravenska sedacija ili opšta kratkotrajna anestezija. Reč je o dva bolesnika sa rekurentnom luksacijom ramena i mentalnom retardacijom koji nisu saradjivali pri repoziciji. Najveći broj bolesnika-njih 20 (68.96%) je ocenilo bol pri repoziciji sa 1, 6 sa 2, 1 sa 3, 2 sa 4. Kod bolesnika koji su ocenili bol kao jak bol ordinirali smo analgetike, dok smo 26 repozicija(89,65%) uradili bez anestezije ili upotrebe analgetika. Nakon repozicije kod svih bolesnika je aplikovan Desault-ov zavoj i dalje lečenje je nastavljeno ambulantno.

Diskusija

Rameni zglob je najpokretljiviji zglob čoveka, izložen dejstvu spoljašnjih sila i često dolazi do njegovog iščašenja. Kao posledica iščašenja mogu se javiti komplikacije- lezije živaca⁶, krvnih sudova^{7,8} a najčešća komplikacija je rekurentno iščašenje ramenog zgloba^{9,10}.

Eashempati i saradnici⁵ navode da su svojom metodom repozicije ramena uspeli da reponiraju zglob ramena u 90% pacijenata. Baykal i saradnici¹ navode isti procenat uspešnih repozicija, i ne navode upotrebu anestetika. Miler i saradnici³ prikazuju mogućnost intraartikularne primene Lidokaina pri repoziciji prednjeg iščašenja ramena, što znatno smanjuje troškove lečenja, kao i boravak pacijenta u bolnici.

Tehnika repozicije koju je opisao Astley Cooper 1825 godine, je laka za primenu malo bolna za pacijenta što potvrđuju u svom radu Diklić i saradnici². Osnovna prednost ovog načina repozicije je u fiziološkom pristupu reponiranju. Diklić u svom radu navodi da je Milch 1949 godine klasifikovao muskulaturu ramenog pojasa u tri osnovne grupe[2]. Kada je ruka u položaju iznad glave svi mišići su usmereni u jednom pravcu, tako da gube svoje rotatorne karakteristike. Saha je ovu poziciju glave humerusa opisao kao "nultu poziciju", koja znatno olakšava repoziciju prednjeg iščašenja ramena².

U našem radu uspeli smo da reponirano rame u 100% slučajeva u prvom pokušaju. Samu repoziciju većina pacijenata je dobro podnela (njih 26 ili 89.65%), tako da nismo koristili anesteziju, i veoma retko analgeziju. Nisu zabeleženi koštane ili neuralne komplikacije.

Opisana metoda je veoma dobro podnošljiva, laka za izvodjenje, komplikacije su praktično anulirane i može se koristiti za repoziciju prednjeg iščašenja ramena i bez anestezije. Zbog svoje jednostavnosti i uspešnosti preporučujemo je lekarima na specijalizaciji iz ortopedije i traumatologije.

Literatura

1. Baykal B Sener S, Turkan H. Scapular manipulation techique for reduction of traumatic anterior sholuder dislocations: experiences of an academic emergency department. Emerg. Med J. 2005;22: 336-8
2. Diklić I, Ganić Z, Blagojević Z, Diklić B, Djulić I. Repozicija prednjeg iščašenja ramena tehnikom Sir Astley Cooper. Acta orthop. Iugosl. 1995; XXVI (1): 39-41(Serbian).

3. Miller L, S. Cleeman E, Auerbach J, Flatow LE. Comparasion of intra-articular Lidocaine and intravenous sedation for reduction of shoulder Dislocations: a randomized prospective study. *J Bone Joint Surg Am* 2002;84:2135-9
4. Yuen MC, Yap PG, Chan YT, Tung WK. An easy method to reduce anterior shoulder dislocation: the Spaso Techique. *Emerg. Med. J* 2001;18:370-2
5. Eachempati K K, Dua A, Majhotra R, Bhan S, Bera RJ. The external rotation method for reuction of acute anterior dislocations and fracture-dislocations of the sholulder. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86:2431-4
6. Laat EAT, Visser CPJ, Coene LNJE, Pahlplatz PVM, Tavy DLJ. Nerve lesions in primary shoulder dislocation and humeral neck fractures. *J.Bone Joint Surg [Br]* 1994;76-B:381-3
7. Onyeka W. Anterior shoulder dislocation: an unusual complication. *Emerg Med J*. 2002;19:367-8
8. Curr JF. Rupture of the axillary artery complicating dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint Surg [Br]* 1970; 52-B: 313-6
9. Hovelius L, Augustini G, Fredin Ö, Johanson M, Karlstad N, Thorling J. Prymari anterior dislocation of the shoul- der in young patients, a ten-years prospective study. *J. Bone Joiont Surg [Am]* 1996;78:1677-84
10. Good CR, MacGilivray. Traumatic shoulder in tge adolescent: advances in surgical treatment. *Carr Opin Pediatr*, 2005;17(1):25-9

Autor za korespondenciju:

dr Aleksandar Stanković
Gorana Kovačića 27,
Zemun
Tel 064/854-3048
E-mail aleksandar stanković1965@gmail.com