

UVODNIK

EDITORIAL

Klinički centar Vojvodine, Novi Sad

Klinika za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju

UDK 616.727.2-001.6-08

LEČENJE PRVOG IŠČAŠENJA RAMENA

TREATMENT OF THE FIRST SHOULDER DISLOCATION

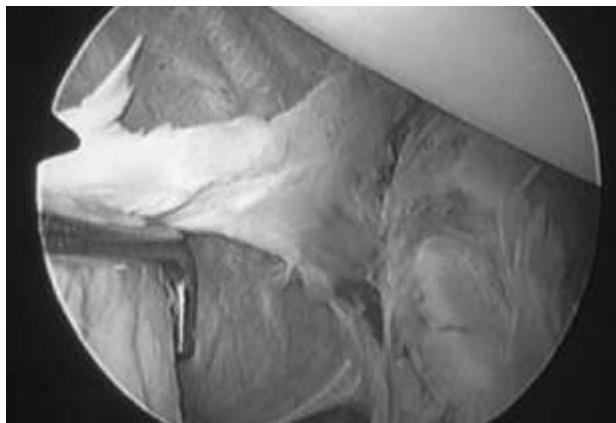
Miroslav MILANKOV

Zglob ramena se svrstava u kuglaste zglobove i on je najpokretljiviji ali i najnestabilniji zglob lokomotornog aparata. Jedna od njegovih osnovnih uloga jeste da, zahvaljujući precizno izbalansiranom odnosu koštanih i mišićno-tetivnih struktura, omogući potpuno pozicioniranje šake u prostoru [1, 2]. Posmatrajući sve zglobove ljudskog tela, iščašenja ramenog zgloba su, prema epidemiološkim podacima, najučestalija [3] i predstavljaju značajan klinički problem, naročito kod mladih osoba. Godišnja incidencija iščašenja ramena je 1,7 iščašenja na 1.000 ljudi, i što je populacija mlađa, veći je rizik od iščašenja [4]. Dijagnoza iščašenja zgloba ramena postavlja se na osnovu anamnestičkih podataka, kliničkog pregleda, analize radiografskih snimaka i pregleda magnetnom rezonancom [5–9]. Klasičan tretman prvog iščašenja ramena je neoperativan, ortopedska repozicija i imobilizacija u trajanju od tri do četiri nedelje, a zatim i do 3 meseca fizikalne terapije. Ovaj pristup, koristan u svim životnim dobima, potvrdio je efikasnost neoperativnog proto kola, pošto skoro polovina pacijenata nikada više nema iščašenje ramena. Robinson i saradnici [10], ocenjujući funkcionalni rezultat i rizik od ponovnog iščašenja u grupi aktivnih bolesnika lečenih klasičnim neoperativnim tretmanom, utvrdili su da je ponovno iščašenje ramena nastalo kod 56% bolesnika u prve dve godine, i da se do pete godine povećalo na 67%. Hovelius i saradnici [11] smatraju da je rizik od ponovnog iščašenja nakon prvog traumatskog iščašenja veći ukoliko se radi o mlađoj osobi. Učestalost ponovnog iščašenja je 50% ukoliko pacijenti imaju između 20 i 30 godina, a povećava se i do 80% kod mlađih od 20 godina. Bankart [12] je 1938. godine prvi pokazao da je patoanatomski supstrat iščašenja zgloba ramena odvajanje čašične usne prednje kapsule zgloba ramena od prednje ivice čašičnog useka lopatice i rešavao ga je otvorenom hirurškom tehnikom. Itoi i saradnici [13] ukazuju na to da Bankartova lezija može da se izleči kada je rame imobilizovano u spoljašnjoj rotaciji. Nasuprot tome, Finestone i saradnici [14], u prospektivnoj studiji koja je upoređivala imobilizaciju u spoljašnjoj i unutrašnjoj rotaciji posle primarnog prednjeg traumatskog iščašenja ramena, pokazali su sličan rizik od ponovnog iščašenja ramena.



Slika 1. Artroskopski snimak zgloba ramena posle prvog iščašenja zgloba sa jasno vidljivom Bankartovom lezijom bez promena na ostalim delovima zgloba.

Fig 1. Arthroscopic picture of the first shoulder dislocation with clearly visible Bankart's lesions without change in other parts of the joint.



Slika 2. Artroskopski snimak zgloba ramena posle mnogobrojnih ponovljenih iščašenja zgloba sa znatnim oštećenjima mekih struktura zgloba ramena.

Fig 2. Arthroscopic picture after numbered repeated shoulder dislocation with a significant impairment of soft structures of the shoulder joint.

Limpisvasti i saradnici [15] potvrdili su da spoljašnja rotacija ne dovodi do adaptacije sa supskapularnim mišićem kod Bankartove lezije. Scheibel i saradnici [16] koristili su magnetnu rezonancu u proučavanju nivoa adaptacije čašične usne prednje kapsule zgloba ramena i prednje ivice čašičnog useka lopatice u različitim pozicijama rotacije, i prema ovim istraživačima, optimalni položaj imobilizacije u spoljašnjoj rotaciji još uvek nije dokazan. U savremenoj ortopediji postoji velik interes za rani hiruški tretman Bankartove lezije kod mladih aktivnih muških pacijenata, posebno ukoliko se bave nekom zahtevnom fizičkom aktivnošću. Dokazano je da hirurški pristup smanjuje mogućnost ponovnog iščašenja ramena posle prvog prednjeg traumatskog iščašenja [17]. Pojava ponovnog iščašenja kod pacijenata koji su lečeni neoperativno bila je 60 – 75%. Kod pacijenata lečenih odmah hirurškim metodama pojava novog iščašenja desila se u 11 do 20% slučajeva. Čak i posle dugoročnog praćenja, hirurška stabilizacija dala je bolje rezultate, sa otprilike 10% ponovnog iščašenja, u poređenju sa 58% kod grupe lečene neoperativno, imobilizacijom. Na nesumnjivi trend ukazuje nekoliko studija koje potenciraju rani hirurški tretman kod mladih aktivnih pacijenata sa nestabilnošću ramena [18–22]. Bigliani i saradnici [23] i Sugaya i saradnici [24] pokazali su znatno oštećenje zglobne kapsule i koštanih struktura ramenog zgloba kod pacijenata sa ponovljenim iščašenjima, što dovodi do lošeg kvaliteta tkiva i poteškoća u hirurškoj reprodukciji normalnih anatomskih odnosa. Osim toga, rana operacija sprečava razvoj dodatnih oštećenja zgloba ramena, gubitak koštane mase prednje ivice čašičnog useka lopatice, nastanak Hil-Saksove lezije na glavi nadlaktatne kosti i šira oštećenja hrskavice. Kod bolesnika sa velikim brojem iščašenja zgloba ramena, rezultat operativnog lečenja je manje uspešan u poređenju sa slučajevima ranog lečenja, naročito u pogledu ograničenja spoljašnje rotacije ramena. Danas je otvoreno pitanje da li rešavanje Bankartove lezije treba da bude artroskopskom ili otvorenom hirurškom tehnikom [25–28]. Novije studije [29–30], upoređujući ove metode, nisu našle razliku u pogledu učestalosti ponovnog iščašenja ili stabilnosti ramena. Tehnika artroskopske fiksacije Bankartove lezije ramena napredovala je do te

mere da su rezultati ove rekonstrukcije najmanje jednaki otvorenim tehnikama sa jasnim poboljšanjem subjektivnih i objektivnih parametara i niskim rizikom od nastanka komplikacija [31–34]. Jedina razlika je bila u prosečnom trajanju operacije, koje je kod otvorene metode bilo dva puta duže nego kod artroskopske metode [35]. Ponovno iščašenje ramena posle artroskopske stabilizacije ramenog zgloba najčešće je posledica nepravilno postavljene indikacije i pokazuje da je potreban pažljiv odabir pacijenata [36]. Učestalost ove komplikacije je između 5 i 20%. Tretman prvog prednjeg iščašenja zgloba ramena mora da ima individualni pristup, uzimajući u obzir doba pacijenta, nivo profesionalnih i životnih aktivnosti, kao i stanje aktivnih i pasivnih stabilizatora ramenog zgloba. Niska stopa ponovljenih iščašenja ramena posle primarne rekonstrukcije omogućava brz povratak svim aktivnostima pre povrede i poboljšava kvalitet života u poređenju sa pacijentima koji imaju bezbroj iščašenja ramenog zgloba, uz nesposobnost da se vrate normalnom aktivnom životu. Pacijente starijeg životnog doba treba tretirati neoperativno, dok kod mladih i sportski aktivnih osoba koje prvi put imaju prednje iščašenje ramena treba razmotriti opciju artroskopskog tretmana.

Literatura

1. Birnbaum K, Prescher A. Anatomic and functional aspects of the kinetics of the shoulder joint capsule and the subacromial bursa. *Surg Radiol Anat* 1998;20:41-5.
2. Kolts I, Busch LC, Tomusk H. Anatomical composition of the anterior shoulder joint capsule. A cadaver study on 12 glenohumeral joints. *Ann Anat* 2001;183:53-9.
3. Kroner K, Lind T, Jensen J. The epidemiology of shoulder dislocations. *Arch Orthop Trauma Surg* 1989;108:288-90.
4. Owens BD, Dawson L, Burks R, Cameron KL. Incidence of shoulder dislocation in the United States Military: demographic considerations from a high-risk population. *J Bone Joint Surg Am* 2009;91:791-6.
5. Diklić I. Hirurgija ramena, Naučna KMD, Beograd 2009.
6. Rockwood CA Jr, Jensen KL X-ray evaluation of shoulder problems. In: Rockwood CA Jr, Matsen FA 3rd, editors. *The shoulder*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1998:199-231.
7. Pavlov H, Warren RF, Weiss CB Jr, Dines DM. The roentgenographic evaluation of anterior shoulder instability. *Clin Orthop* 1985;194:153-8.
8. Green MR, Christensen KR. Magnetic resonance imaging of the glenoid labrum in anterior shoulder instability. *Am J Sports Med* 1994;22:493-8.
9. Iannotti JR, Zlatkin MB, Esterhai JL, Kressel HY, Dalinka MK, Spindler KP. Magnetic resonance imaging of the shoulder. Sensitivity, specificity, and predictive value. *J Bone Joint Surg Am* 1991;73:17-29.
10. Robinson CM, Howes J, Murdoch H, Will E, Graham C. Functional outcome and risk of recurrent instability after primary traumatic anterior shoulder dislocation in young patients. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:2326-36.
11. Hovelius L, Augustini BG, Fredin H, et al. Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients: a ten-year prospective study. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78:1677-84.
12. Bankart ASB. The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder joint. *Br. Surg* 1938;26:23-9.

13. Itoi E, Hatakeyama Y, Sato T, Kido T, Minagawa H, Yamamoto N, Wakabayashi I, Nozaka K Immobilization in external rotation after shoulder dislocation reduces the risk of reLiteratura Med Pregl 2010; LXIII (3-4): 155-157. Novi Sad: mart-april. 157 currence. A randomized controlled trial. J Bone Joint Surg Am 2007;89:2124-31.
14. Finestone A, Milgrom C, Radeva-Petrova DR, Rath E, Barchilon V, Beyth S, et al. Bracing in external rotation for traumatic anterior dislocation of the shoulder. J Bone Joint Surg Br 2009;91:918-21.
15. Limpisvasti O, Yang BY, Hosseinzadeh P, Leba TB, Tibone JE, Lee TQ. The effect of glenohumeral position on the shoulder after traumatic anterior dislocation. Am J Sports Med 2008;36:775-80.
16. Scheibel M, Kuke A, Nikulka C, Magosch P, Ziesler O, Schroeder RJ. How long should acute anterior dislocations of the shoulder be immobilized in external rotation? Am J Sports Med 2009;37:1309-16.
17. Jakobsen BW, Johannsen HV, Suder P, Sjøbjerg JO. Primary repair versus conservative treatment of first-time traumatic anterior dislocation of the shoulder: A randomized study with 10-year follow-up. Arthroscopy 2007;23:118-23.
18. Arciero RA, Wheeler JH, Ryan JB, McBride JT. Arthroscopic Bankart repair versus nonoperative treatment for acute, initial anterior shoulder dislocations. Am J Sports Med 1994;22: 589-94.
19. Bottoni CR, Wilckens JH, DeBerardino TM, et al. A prospective, randomized evaluation of arthroscopic stabilization versus nonoperative treatment in patients with acute, traumatic, firsttime shoulder dislocations. Am J Sports Med 2002;30:576-80.
20. Kirkley A, Griffin S, Richards C, Miniaci A, Mohtadi N. Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization and rehabilitation in first traumatic anterior dislocations of the shoulder. Arthroscopy 1999;15:507-14.
21. Kirkley A, Werstine R, Ratjek A, Griffin S. Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization and rehabilitation in first traumatic anterior dislocations of the shoulder: Long-term evaluation. Arthroscopy 2005;21:55-63.
22. Robinson CM, Jenkins PJ, White TO, Ker A, Will E. Primary arthroscopic stabilization for a first-time anterior dislocation of the shoulder. A randomized, double-blind trial. J Bone Joint Surg Am 2008;90:708-21.
23. Bigliani LU, Newton PM, Steinmann SP, Connor PM, Mcllveen SJ. Glenoid rim lesions associated with recurrent anterior dislocation of the shoulder. Am J Sports Med 1998;26:41-5.
24. Sugaya H, Moriishi J, Dohi M, Kon Y, Tsuchiya A. Glenoid rim morphology in recurrent anterior glenohumeral instability. J Bone Joint Surg Am 2003;85:878-84.
25. Ninković S, Stanković M, Savić D, Matijević R, Milankov M. The surgical treatment of the recurrent dislocation on the shoulder joint with minimum invasion anterior approach. Med Pregl 2008;61(1-2):49-54.
26. Cole BJ, L'Insalata J, Irrgang J, Warner JJ. Comparison of arthroscopic and open anterior shoulder stabilization. A two to six-year follow-up study. J Bone Joint Surg Am 2000;82:1108-14.
27. Fabbriciani C, Milano G, Demontis A, Fadda S, Ziranu F, Mulas PD. Arthroscopic versus open treatment of Bankart lesion of the shoulder: A prospective randomized study. Arthroscopy 2004;20:456-62.
28. Karlsson J, Magnusson L, Ejerhed L, Hultenheim I, Lundin O, Kartus J. Comparison of open and arthroscopic stabilization for recurrent shoulder dislocation in patients with a Bankart lesion. Am J Sports Med 2001;29:538-42.
29. Bottoni CR, Smith EL, Berkowitz MJ, Towle RB, Moore JH. Arthroscopic versus open shoulder stabilization for recurrent anterior instability: A prospective randomized clinical trial. Am J Sports Med 2006;34:1730-7.

30. Millett P, Clavert P, Warner JJ. Open operative treatment for anterior shoulder instability: when and why? *J Bone Joint Surg Am* 2005;87:419-32.
31. Kartus J, Ejerhed L, Funck E, Kohler K, Sernert N, Karlsson J. Arthroscopic and open shoulder stabilization using absorbable implants. A clinical and radiographic comparison of two methods. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 1998;6:181-8.
32. Sperber A, Hamberg P, Karlsson J, Sward L, Wredmark T. Comparison of an arthroscopic and an open procedure for posttraumatic instability of the shoulder: A prospective, randomized multicenter study. *J Shoulder Elbow Surg* 2001;10:105-8.
33. Tan CK, Guisasola I, Machani B, et al. Arthroscopic stabilization of the shoulder: a prospective randomized study of absorbable versus nonabsorbable suture anchors. *Arthroscopy* 2006;22:716-20.
34. Magnusson L, Ejerhed L, Rostgard-Christensen L, et al. A prospective, randomized, clinical and radiographic study after arthroscopic Bankart reconstruction using 2 different types of absorbable tacks. *Arthroscopy* 2006;22:143-51.
35. Hobby J, Griffin D, Dunbar M, Boileau P. Is arthroscopic surgery for stabilisation of chronic shoulder instability as effective as open surgery? A systematic review and meta-analysis of 62 studies including 3044 arthroscopic operations. *J Bone Joint Surg Br* 2007;89:1188-96.
36. Balg F, Boileau P The instability severity index score. A simple pre-operative score to select patients for arthroscopic or open shoulder stabilisation. *J Bone Joint Surg Br* 2007;89:1470-7.

Rad je primljen 17. II 2010.

Prihvaćen za štampu 17. II 2010.

BIBLID.0025-8105:(2010):LXIII:3-4:155-157.