

Jacek Grażyński, Stefan Sobczyński

ŚRÓDSZPIKOWE ZESPOLENIE ZŁAMAŃ KOŚCI SRÓDRĘCZA PRZY POMOCY DRUTU K.

Z Oddziału Chirurgii Dziecięcej Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem
w Poznaniu

Ordynator: lek. med. S. Sobczyński

Słowa kluczowe: kości śródreżca, złamania, zespolenie śródszpikowe, dzieci

Proponujemy sposób śródszpikowego zaopatrzenia złamania kości śródreżca przy pomocy drutu K analogicznie do metody SZES kości udowej. Poprzez wyborowany otwór w okolicy przynasady bliższej lub dalszej kości wprowadza się drut K. o śr. 1,6-2 mm.

Zabieg nastawienia przeprowadzono u 8 pacjentów, w wieku 14-18 r.ż. w latach 2000-2005. Nie stwierdzano żadnych powikłań. Zrost oceniany na podstawie rentgenogramu był dobry po 3-4 tygodniach.

WSTĘP

Złamanie kości śródreżca i palców u dzieci są dość częste, ale w większości leczone są zachowawczo. Tylko niewielki odsetek tych przypadków wymaga leczenia operacyjnego.

MATERIAŁ I METODA

W latach 2000-2005 zabieg nastawienia przeprowadzono u 8 pacjentów w wieku 14-18 r.ż.

Były to złamania podgłowe II, V kości śródreżca, złamania I kości śródreżca, złamania trzonu w połowie długości IV i V kości śródreżca. Przebieg po nastawieniu niepowikłany. Zrost oceniany na podstawie rentgenogramu był dobry po 3-4 tygodniach. Przykłady zespożeń przedstawiono na rycinach 1, 2, 3.

TECHNIKA ZABIEGU

Poprzez wyborowany otwór w okolicy bliższego lub dalszego odcinka kości wpro-

wadza się drut Kirschnera o średnicy 1,6-2 mm. Po przejściu do odłamu dalszego delikatnie obracamy drutem i uzyskujemy w ten sposób prawidłowe ustawienie odłamów. Zagięty koniec drutu chowamy pod skórą. 1-2 szwy skórne kończą zabieg. Zakładamy podłużnik gipsowy lub inne unieruchomienie stawu śródreżczno-paliczkowy. Drut usuwa się po 4 tygodniach.



Ryc. 1. Złamanie kości śródreżca
Fig. 1. Fracture of metacarpal bone



Ryc. 2. Osteosynteza złamania od odłamu dalszego

Fig. 2. Osteosynthesis of fracture from distal fragment



Ryc. 3. Osteosynteza złamania od odłamu bliższego

Fig. 2. Osteosynthesis of fracture from proximal fragment

OMÓWIENIE

Złamania kości śródreęcza stanowią dość duży odsetek złamań kończyny górnej - od 10% do 39% [1]. Nastawienie przemieszczonych odłamów wydaje się mało skomplikowane i łatwe, często pozostawia się je młodszym kolegom do zaopatrzenia. Tymczasem odsetek wtórnych przemieszczeń jest znaczący.

Przyczyny złamania i sposób postępowania u dorosłych jest szeroko omówiony przez autorów Leggit i Meko [2]. Nawet niewielkie przemieszczenia rotacyjne paliczka mogą być przyczyną znacznej dysfunkcji ręki. W złamaniach podgłowych kości śródreęcza uważa się, że przemieszczenie kątowe do 40 stopni nie upośledza czynności ręki, o ile nie ma przemieszczenia rotacyjnego. Tym nie mniej dąży się każdorazowo do anatomicznego ustawienia odłamów.

Nastawienie zaczyna się od sposobu zachowawczego. Dopiero niepowodzenie jest wskazaniem do zespolenia operacyjnego. Odrębnym problemem są urazy u sportowców, u których uraz dłoni może uniemożliwić dalsze uprawianie wybranej dyscypliny [3].

Metody zespolenia operacyjnego prowadzą się najczęściej do prostego zespolenia śrubą o niewielkich rozmiarach, pętlą drucianą bądź drutem Kirschnera [4, 5].

Zespolenie analogiczne do śródszpikowego zespolenia kości udowej według Metaizeau jest propozycją prostego zaopatrzenia w przypadkach trudności w pierwotnym nastawieniu i w przypadkach wtórnych przemieszczeń złamań kości śródreęcza. Drut Kirschnera jest wprowadzany z końca bliższego lub dalszego w zależności od położenia szczeliny złamania. Drut wewnątrz jamy szpikowej układa się i stabilizuje odłamy lepiej, gdy wprowadzamy go z odłamu dłuższego. Ten sposób zaopatrzenia nie uszkadza struktur stawu i chrząstki wzrostowej. W naszym skromnym materiale nie obserwowaliśmy żadnych powikłań. Unieruchomienie zewnętrzne w postaci podłużnika lub szyny aluminiowej usuwaliśmy po 3 tygodniach, drut był usuwany po 1 miesiącu. Ruchy w stawach nagdarstkowych i śródreęczno-paliczkowych były pełne.

Zespolenie przezskórne kości śródreęcza jest prostą i skuteczną metodą zaopatrzenia złamań w przypadku niestabilności odłamów lub przemieszczeń wtórnych.

PIŚMIENNICTWO

1. *Cornwall R.*: Finger metacarpal fractures and dislocations in children. *Hand Clin.*, 2006, Feb, 22 (1), 1.
2. *Leggit J.C., Meko C.J.*: Acute finger injuries: part II. Fractures, dislocations, and thumb injuries. *Am. Fam. Physician*, 2006, Mar, 1, 73 (5), 827.
3. *Peterson J.J., Bancroft L.W.*: Injuries of the fingers and thumb in the athlete. *Clin. Sports Med.*, 2006, Jul, 25 (3), 527.
4. *Freeland A.E., Orbay J.L.*: Extraarticular hand fractures in adults: a review of new developments. *Clin. Orthop. Relat. Res.*, 2006, Apr, 445, 1, 33.
5. *Wong T.C., Ip F.K., Yeung S.H.*: Comparison between percutaneous transverse fixation and intramedullary K-wires in treating closed fractures of the metacarpal neck of the little finger. *J. Hand Surg., [Br]*. 2006, Feb, 31, (1), 61-.

Jacek Grażyński, Stefan Sobczyński

INTRAMEDULLARY NAILING WITH KIRSCHNER WIRES IN FRACTURES
OF METACARPEAL BONES

We propose a method of intramedullary nailing in the cases of metacarpal fractures in children. The reduction consists of introducing a 1,6-2,0 mm diameter Kirschner wire into medullar cavity.

Between 2000-2005 8 patients were treated according to this method. There were no complications. The union of bone, estimated on x-rays, was satisfactory after 4 weeks period in all cases.

Adres autorów
Oddział Chirurgii Dziecięcej
Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu
ul. Kryświczka 7/8, 61-825 Poznań