

Arthroscopic management of anterior shoulder instability with suture anchors

Alaa Mohamed Hassanen

يعتبر مفصل الكتف من المفاصل ذو المجالات الواسعة من الحركة وهذا يجعله أكثر مفاصل الجسم تعرضاً للخلع المتكرر. والخلع يمكن أن يكون أمامياً أو خلفياً أو سفلياً ولكن الخلع الأمامي المتكرر هو الأكثر شيوعاً مقارنةً بالنوعين الآخرين. وهناك أسباب عديدة لحدوث الخلع الأمامي المتكرر ومن هذه الأسباب آفة بنكارت، ارتخاء بغلاف المفصل، آفة هيل-ساكس، إصابات الجزء الأمامي لحق عظمة لوح الكتف ووجود أجسام سائبة داخل المفصل، ولكن تعتبر آفة بنكارت هي السبب الأكثر شيوعاً لحدوث الخلع الأمامي المتكرر لمفصل الكتف وهي تعني قطع الجزء الأمامي لغلاف مفصل الكتف وانفصاله عن الحافة الأمامية لحق عظمة لوح الكتف، وقبل العقدين الأخيرين كان يتم علاج آفة بنكارت بواسطة الجراحات المفتوحة حيث يتم تشريح العضلات المحيطة بمفصل الكتف وفتح غلاف مفصل الكتف وبعد ذلك يتم تثبيت الجزء الأمامي من غلاف مفصل الكتف في الحافة الأمامية لحق عظمة لوح الكتف باستخدام مواد مختلفة مثل الخيوط، المسامير، الدبابيس والمواد ذاتية التحلل ولكن أسلوب الجراحات المفتوحة له عيوب عديدة منها تشريح العضلات الأمامية لمفصل الكتف مما يسبب حدوث ندبات بالعضلات بعد الجراحة مع تقليل مدى حركة المفصل واحتياج المريض لجلسات علاج طبيعي لاستعادة حركة المفصل وأيضاً زيادة النزف أثناء العملية مما يعرض المريض لمخاطر عديدة ويزيد من صعوبة العملية ويطيل الوقت وأيضاً بقاء المريض مدة طويلة بالمستشفى بعد العملية مما يزيد من تكلفة العملية ويطيل مدة غياب المريض عن عمله. ولكن في العقدين الأخيرين بدأ استخدام المنظار في مفصل الكتف وقد بدأ كمنظار تشخيصي ثم تطور فأصبح أيضاً منظار علاجي وأصبح يستخدم في علاج مثل هذه الحالات، وفي نفس الوقت ظهرت وسائل جديدة لتثبيت الجزء الأمامي لغلاف مفصل الكتف في الحافة الأمامية لحق عظمة لوح الكتف ومن هذه الوسائل المثبتات الخطافية، واستخدام المنظار أعطى مزايا عديدة مقارنةً بالجراحات المفتوحة منها : أولاً : يتم تشخيص الحالة بدقة من خلال المنظار مع التأكد أن السبب الرئيسي لحدوث الخلع الأمامي المتكرر هو قطع الجزء الأمامي لغلاف مفصل الكتف (آفة بنكارت) والتأكد أيضاً من عدم وجود أي أسباب أخرى مسببة لحدوث الخلع المتكرر لأن علاج آفة بنكارت مع ترك الأسباب الأخرى يؤدي إلى نتائج غير مرضية. ثانياً : لا يوجد تشريح للعضلات الأمامية لمفصل الكتف ولا قطع بالغلاف الأمامي لمفصل الكتف مما يقلل من حدوث ندبات بالعضلات بعد الجراحة وأيضاً عدم تقليل مدى حركة مفصل الكتف ويقلل أيضاً من الاحتياج إلى العلاج الطبيعي لتقوية العضلات واستعادة مدى الحركة للمفصل. ثالثاً : عدم حدوث نزف أثناء العملية مما يساعد على سرعة إجراء العملية ويقلل الوقت اللازم لإنجازها وتجنب المريض التعرض لأي مضاعفات ناتجة عن نزف الدم وخاصة كبار السن. رابعاً : قلة الألم بعد الجراحة نتيجة عدم تشريح عضلات الكتف يقلل الاحتياج إلى مضادات الألم بعد العملية مما يجنب المريض مضاعفاتها وخاصة كبار السن وأصحاب أمراض القلب والصدر. خامساً : نتيجة كل ما سبق فعملية منظار الكتف تقلل مدة بقاء المريض بالمستشفى مما يقلل من تكلفة العملية ويساعد على سرعة عودة المريض إلى عمله. وقد اشتملت هذه الدراسة على عدد 32 مريض يعانون من خلع أمامي متكرر بمفصل الكتف وقد تم تشخيصهم بالكشف الإكلينيكي وعمل أشعة بالرنين المغناطيسي على مفصل الكتف وتم علاجهم عن طريق المنظار باستخدام المثبتات الخطافية في تثبيت الجزء الأمامي لغلاف مفصل الكتف بالحافة الأمامية لحق عظمة لوح الكتف، وقد أمكن متابعة 30 مريض بعد العملية مع تعذر متابعة حالتين فقط بعد العملية. وقد اتبعت خطوات معينة في إجراء الجراحة وهي كالتالي : أولاً : يتم أولاً إجراء منظار تشخيصي يشمل كل جنبات مفصل الكتف ويتم التأكد من وجود

آفة بنكارت كسبب رئيسي لحدوث الخلع الأمامي المتكرر ويتم التأكد من عدم وجود أسباب أخرى مصاحبة له وذلك لضمان نتيجة جيدة بعد العملية. ثانياً : يتم عمل تنظيف للمفصل. ثالثاً : يتم تجهيز الجزء الأمامي لعنق حق عظمة لوح الكتف حتى يسهل التئام الجزء الأمامي لغلاف المفصل به. رابعاً : يتم حفر ثقبوب بالجزء الأمامي لعنق حق عظمة لوح الكتف وذلك عند الساعة 5 ، 3 ، 1 بالنسبة للكتف الأيسر وعند الساعة 7 ، 9 ، 11 بالنسبة للكتف الأيمن مع مراعاة أن يكون عدد الثقبوب مناسب لطول القطع بالغلاف الأمامي لمفصل الكتف وقد تراوح عدد الثقبوب بين ثقب واحد وذلك بالنسبة للقطع الصغير وثلاثة أو أربعة ثقبوب بالنسبة للقطع الكبير. خامساً : يتم تمرير الخيط بالجزء السفلي لغلاف مفصل الكتف المقطوع مع مراعاة أن يكون الخيط في مستوى أسفل من مستوى الثقب حتى عندما يتم الشد على الخيط يرفع الغلاف معه مما يمنع ترهل الغلاف. سادساً : يتم تمرير الخيط بالخطاف ثم وضع الخطاف بالثقب السفلي الذي تم إعداده من قبل مع مراعاة التأكد من ثبات الخطاف بالشد على الخيط المصاحب له مع سحب هذا الخيط من الخطاف بعد التأكد من ثباته. سابعاً : يتم عمل عقدة خارج المنظار يتم تمريرها داخل المنظار حتى يلتصق الخطاف بالجزء المقطوع من غلاف مفصل الكتف. ثامناً : يتم تكرار العملية في الثقبوب الباقية مع مراعاة أن يبدأ من الثقب السفلي فالأعلى. بعد العملية يتم اتباع برنامج تأهيلي متدرج للمريض لضمان الحصول على أفضل النتائج وذلك بوضع علاقة ذراع كي تحمي المريض من أي حركة مفاجئة تؤدي إلى قطع الخيوط أو غلاف مفصل الكتف وخصوصاً أثناء إفاقة المريض وأثناء نومه وفي الأيام اللاحقة بعد ثلاثة أسابيع يتم إزالة علاقة الذراع أثناء النهار ووضعها أثناء الليل وبدأ تحريك الذراع تدريجياً حركة البندول لتقوية عضلات مفصل الكتف وذلك لمدة ثلاثة أسابيع ثم يتم إزالة علاقة الذراع تماماً بعد ستة أسابيع مع بدأ تمرينات العلاج الطبيعي مع زيادة مدى الحركة تدريجياً حتى يصل مدى الحركة لما كان عليه قبل العملية. يعود المريض لسابق نشاطه وعمله بعد أربعة أشهر من العملية ويعود لمزاولة نشاطه الرياضي بعد ستة أشهر من العملية. بعد انتهاء البرنامج التأهيلي يبدأ تقييم حالة المريض عن طريق استخدام مقياس رو وقد ارتفعت النسبة من 52.06 نقطة إلى 86.93 نقطة طبقاً لهذا المقياس وقد حصل 20 مريض على درجة ممتاز و5 مرضى على درجة جيد وأربعة مرضى على درجة مرضية ومريض واحد فقط على درجة ضعيف. وقد حدثت بعض المضاعفات في قليل من الحالات مثل تلوث بالجرح الجلدي وتم علاجها بالمضادات الحيوية وقد شفيت تماماً وشد بالصفيرة العضدية للذراع وذلك نتيجة طول فترة العملية مع استخدام وزن زائد في شد الذراع ولكن مع العلاج الطبيعي انتهت الأعراض وعادت الذراع لحالتها الطبيعية وأيضاً إصابة الغضروف المغلف لرأس عظمة العضد نتيجة بروز المثبت الخطافي. من خلال تقييم الحالات إكلينيكيًا ومن خلال مقياس رو فقد أظهرت النتائج أن استخدام المنظار في علاج حالات الخلع الأمامي المتكرر لمفصل الكتف الناتج عن آفة بنكارت باستخدام المثبتات الخطافية طريقة جيدة حققت نتائج متميزة لمعظم الحالات.