

MOGUĆNOST OPERATIVNOG LIJEČENJA SPASTIČKE ŠAKE

Spastička paraliza ruke u mnogome se razlikuje od spastičke paralize noge. Dok su na nozi pogođene samo grupe mišića, na ruci je paraliza više difuzna i time ruka predstavlja složeniji problem u liječenju.

Deformacija ruke većinom je tipična i ona izgleda ovako: rame je u adukciji i unutarljivoj rotaciji, lakat u fleksionoj kontrakturi, podlaktica u jakoj pronaciji, a šaka i prsti u maksimalnoj su volarnoj fleksiji. Od toga je palac u tipičnoj i teškoj kontrakturi adukcije i fleksije.

Zbog difuzne paralize mišića i opisane teške deformacije rezultati liječenja uopće, a kirurški zahvati napose, na spastičkoj su ruci i šaci mnogo siromašniji od onih koje postižemo na nogama.

To je razlog da se ortopedi i drugi stručnjaci mnogo teže prihvaćaju posla sa spastičkom šakom. Rezultat takvog stava svojevrsna je sveopća pasivnost koja, u nekim slučajevima, nije opravdana i nanosi štetu onim spastičarima koji imaju uvjete da im se djelomično osposobi spastička šaka. Naime, postoji mogućnost da se u nekim izabranim slučajevima, usprkos deformacijama i teškim kontrakturama, spastička ruka s više operativnih intervencija postavi u takav položaj iz kojega će bolesnik moći bolje iskoristiti preostalu funkciju, u čemu ga inače sprečava deformacija. Naravno da je centar interesa korekcija šake, pa se i intervencijama na njoj posvećuje najviše pažnje.

Ako se dobro izabere slučaj, onda se serijom nekih, u suštini jednostavnih zahvata, na šaci mogu postići iznenađujući efekti. Da bi se došlo do povoljnog rezultata, potrebna su dva osnovna uvjeta. Prvi je uvjet da bolesnik ima mogućnost da izvodi voljne refleksije prstiju. Drugi je uvjet da ne postoji jača atetozna koja kvari koordinaciju kretnji.

U literaturi se nalazi na mnogo prijedloga i operativnih tehnika. Neki autori preporučuju samo transplantacije tetiva, drugi samo koštane operacije, treći kombinaciju jednih i drugih. Smatramo da je svaki slučaj kandidata za operaciju, s obzirom na rasprostranjenost paralize i intenzitet spazama, strogo individualan. Prema tome svaka operativna kom-

binacija, ako je dobro i promišljeno indicirana, može dati dobar rezultat. Mora se ipak naglasiti da u većini slučajeva nije dovoljno primijeniti jednu vrstu operacije, npr. transplanciju tetiva ili samo artrodezu ručnog zgloba. Za dobar rezultat treba u većini slučajeva primijeniti niz operacija, tj. onoliko koliko je potrebno da se glavne komponente deformacije šake uklone, ili bar ublaže. Idući tim kirurškim putem dobili smo većinom povoljne rezultate.

Naš se operativni plan sastoji od tri kirurška akta.

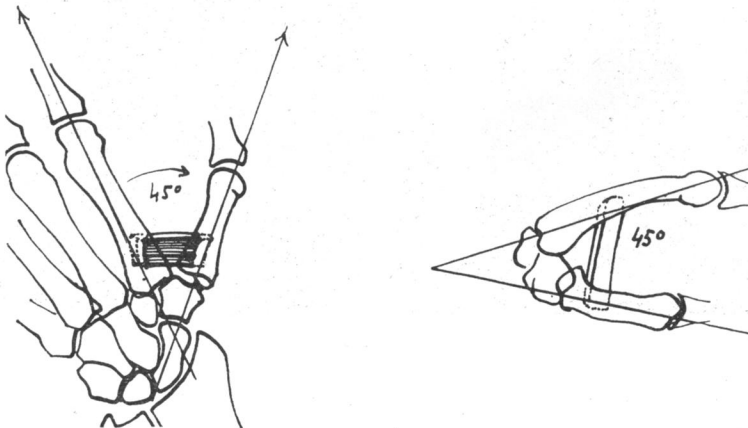
U prvom aktu izvodi se u »fossi cubiti« denervacija, tj. presijecanje I i II grane nervusa medianusa koje se na tom mjestu odvajaju i ulaze u flektorne mišiće. Nakon toga treba odljuštiti i presjeći hvatište muskulusa pronatora teresa s gornjeg dijela radiusa. Kod osobito teških pronacionih kontraktura treba sjeći i musculus pronator quadratus.

Svrha je prvog akta da se umanjí spazam i ukloni pronaciona kontraktura.

Poslije te operacije potrebna je specijalna rehabilitacija sa zadatkom da se što bolje smanji pronaciona kontraktura.

U drugom aktu učini se artrodeza radiokarpalnog zgloba u položaju dorzalne fleksije od 15 stupanja. Artrodeza se može učiniti prema svakoj poznatoj tehnici; mi smo radili tehniku po Brittainu. Taj zahvat uklanja tešku fleksionu kontrakturu šake.

Kad kosti zarastu, pristupa se trećem aktu koji ima zadatak da osigura položaj palca. To se može postići artrodezom palca u metatarzofalangealnom zglobu ili koštanom transplancijom između metakarpalne I i II



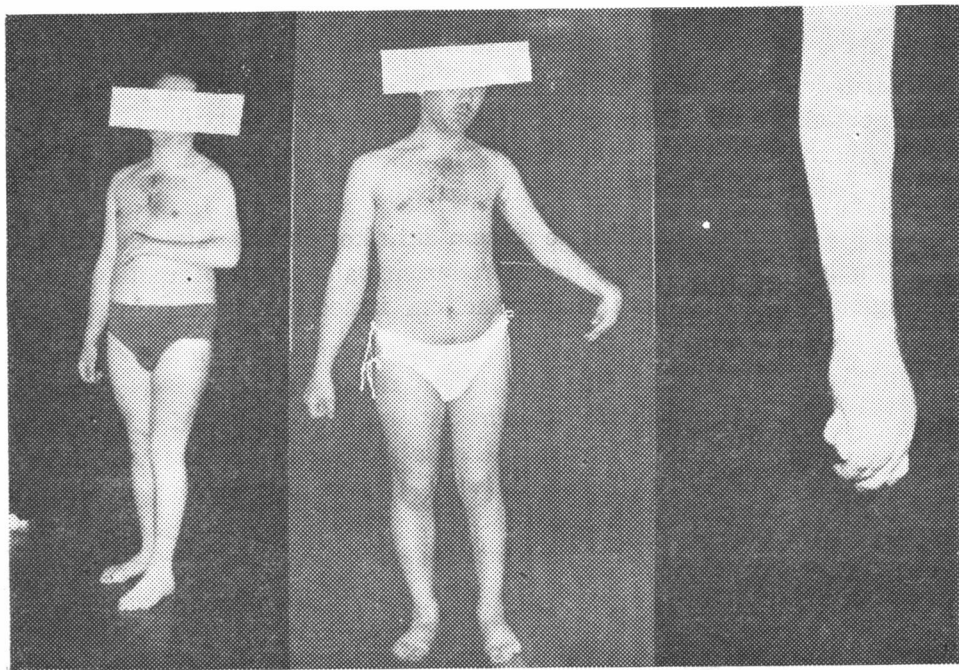
Slika 1.

kosti po Iselinu (skica 1). Iz svoje teške aduktoflektorne kontrakture palac se operacijom prebacuje u koristan položaj abdukcije i opozicije.

Na kraju svih zahvata šaka se nalazi u korigiranom položaju koji je najpovoljniji za korištenje rada prstiju, a to su dorzalna fleksija šake bez pronacione kontrakture i s palcem u abdukciji i odgovarajućoj opoziciji. Tri se spomenuta prsta, fleksionim kretnjama, otvaraju i zatvaraju, poput hvataljke.

Operirali smo deset šaka, nad kojima smo izvršili 31 operaciju. U šest slučajeva uspjelo je povratiti upotrebu šake za 50 posto njezine funkcije, što prije nije bilo uopće moguće. U dva je slučaja rezultat bio nešto slabiji, ali još uvijek bolji nego prije operacije, dok su dva slučaja ostala bez rezultata, vjerojatno zbog preširoko postavljene indikacije.

Naši slučajevi pokazuju da su bolji rezultati kod hemiplegičara, i to zato što oni imaju bolje preduvjete za operaciju, tj. bolju fleksiju prstiju bez atetoze.



Slika 2.

Fotografije prikazuju jedan tipičan slučaj prije i poslije operacije. (Slika 2, lijevo prije operacije, sredina i desno poslije.)

Zaključak

Liječenje spastičke šake predstavlja naročito teški problem rehabilitacije. U većini slučajeva rezultati su veoma siromašni. Međutim, neki se izabrani slučajevi mogu operativnim putem vidljivo popraviti, što govori i naše iskustvo, iako na malom materijalu.

Smatramo da su takve mogućnosti, baš što se tiče spastičke šake, premalo poznate i u rehabilitacionim i u pedagoškim stručnim krugovima između kojih se kreću spastički bolesnici.

Svrha je izlaganja da se ukaže na te mogućnosti kako bi nam se iz tih krugova slali spastičari na operacije kojima bismo mogli njihove šake učiniti više upotrebljivima, što bi uvelike smanjilo njihov invaliditet.

LITERATURA

- Burman M. S.: Bone & Joint Surg, 20: 133, 1938.
Campbell's Operative Orthopaedics, Mosby, St. Louis 1963.
Ferguson Jr. A.: Orthopaedic Surgery in Infancy and Childhood, Williams — Wilkins, Baltimore 1963.
Goldner J. L.: J. Bone & Joint Surg, 37-A: 1141, 1955.
Göb A.: Ztschr. Orthop. 103: 210, 1967.
Keats L.: J. Bone & Joint Surg, 47-A: 274, 1965.
Pollock G. A.: Bone & Joint Surg, 44-B: 68, 1962.

Prof. Dr. Zvonimir Mihelić, Lovran

DIE MÖGLICHKEITEN DER CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG DER SPASTISCH GELÄHMTE HANDE

ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung der spastisch gelähmten Hand ist mit Rücksicht auf die vielseitige Funktion ein schwereres Problem als die, des gelähmten Fußes.

Die Hand ist meistens in folgender Position fixiert: das Schultergelenk in Adduktion und innen-Drehung, der Ellbogen in Beugstellung und der Unterarm in tiefer Pronation. Die Hand befindet sich in der funktionell schlechtesten Lage: maximale Beugstellung im Handgelenk, die Finger in Flexion, der Daumen in Anspannung und Beugstellung.

Die Deformationen kann man chirurgisch angehen, und das Ziel der Eingriffe ist die Reste der positiven Elemente auszuwerten, und die Hand in eine funktionell bessere Lage umzustellen.

Um die Vielfalt der Deformationen zu überwinden sind meistens serienweise Eingriffe nötig. Es werden Sehnenverpflanzungen, Nervenast Resektionen und Arthrodesen angewandt.

Jeder Fall muss individuell betrachtet werden. Es ist nämlich die Frage: ob wir ausser des kosmetischen Aussehens auch funktionell etwas erreichen können.

Wir haben 10 Hände operiert, an welchen 31 Eingriffe unternommen wurden. Die Operationstechnik ist im Text skizziert.

In 6 Fällen waren wir sehr zufrieden, so dass wir 50% des funktionellen Wertes der Hand bekamen.

In 2 Fällen sahen wir eine minimale funktionelle Besserung. Bei 2 Kranken gab es vor und nach der Operation keine Änderung.

Der Schlüssel des Erfolges in der chirurgischen Behandlung ist die richtige Auswahl des Patienten.

Die halbseitig Gelähmten wiesen bessere Erfolge auf.