



# טיפול ניתוחי מול שמרני לפריקת

## כתף אקוטית קדמית

במסגרת קורס: שיקום ממצבים אורתופדיים חריפים- בהנחית הגר פטיש ז"ל

מגישה: לירון צייטלין 065980302

תאריך: 04/08/13

## שיקום כתף לאחר פריקה ראשונה: טיפול ניתוחי או שמרני

### הקדמה

המבנה האנטומי של המפרק הגלנויומרלי מאפשר טווחי תנועה גדולים ומגוונים אשר באים על חשבון היציבות. אי לכך יציבות הכתף מתבססת על מספר מבנים נוספים בינם מבנים סטטיים כמו הלברום והרצועות הגלנויומרליות, ודינמיים כגון שרירי ה rotator cuff<sup>1</sup>.

מפרק הכתף נוטה לפריקות יותר מכל מפרק אחר בגוף עם היארעות של 8-17/100000 כל שנה<sup>1,2</sup>. פריקת כתף אקוטית קדמית היא הנפוצה ביותר מבין פריקות הכתף ותופסת כ 96% מכלל הפריקות<sup>1,2</sup>. ישנו מגוון פגיעות נלוות לפריקת כתף הנפוצות הינן: פגיעה בחלקו הקדמי של הלברום - Bankart lesion, ושבר החיסה של ראש היומרוס - Hill Sachs lesion. הפגיעה שמקושרת לרוב עם פריקות חוזרות היא הפגיעה בחלקו הקדמי של הלברום<sup>2</sup>.

האוכלוסייה שסובלת לרוב מפריקות כתף מורכבת מצעירים פעילים בין הגילאים 21-30 ונשים מבוגרות בין הגילאים 61-80. צעירים לרוב פורקים את הכף כתוצאה מטראומה אשר מתרחשת לעיתים קרובות בזמן ספורט ואילו נשים מבוגרות פורקות כתוצאה מנפילה על יד מושטת<sup>2</sup>.

אחוזים שונים של נשנות הפריקה תוארו בספרות בינם אף נתונים גבוהים כגון 94%<sup>2</sup>. במחקר האורך הארוך ביותר שנעשה (25 שנה) Hovelius et al מצאו שיעור הפריקות החוזרות באוכלוסייה שבין הגילאים 12-25 היה כ 50%<sup>2</sup>.

טיפול ניתוחי (open surgical techniques) לתיקון הפגיעה בלברום נחשב מוצלח ואחריו תוארו אחוזים נמוכים של פריקות חוזרות. עם השנים פותחו הניתוחים הארטרוסקופים אשר סיפקו מענה הרבה פחות פולשני כאשר המטרה הינה תיקון הפגיעה בלברום ושיפור היציבות המבנית של המפרק<sup>2</sup>.

בעבר ניתוח בוצע במצבים כרוניים ולאחר פריקות חוזרות, אך בהתחשב באחוזי הנשנות הגבוהים בעיקר בקרב צעירים פעילים ישנה מחלוקת לגבי עדיפות לאחת השיטות<sup>2</sup>. אין מידע מספק לגבי המחשבה שבטוח לחזור לפעילות ספורטיבית לאחר טיפול שמרני כשהכתף חזרה פחות או יותר לנורמה מבחינה כח וטווחי תנועה וקיים סיכון גדול לפריקה חוזרת<sup>1</sup>.

לאחר סינון לפי רלוונטיות ואיכות ה RCT כתבי הסקירה Jonathan Godin and Jon K. Sekiya בחרו להציג 5 ניסויים קליניים אשר תיאורם מיוצג בטבלאות 1 ו 2.

| Wintzell 1999   | Jakobsen 2007   | Kirkley 1999,2005   |  |
|---|---|---|--|
| <p>האוכלוסייה הכללית שהגיעה ל Soder Hospital, Stockholm; St. Goran's Hospital, Stockholm; Gavle Hospital, Gavle; Uppsala University Hospital, Uppsala Sweden. 14 נשים 46 גברים בין הגילאים 16-30.</p> | <p>האוכלוסייה הכללית שהגיעה ל 13 בתי חולים. 14 נשים, 62 גברים בין הגילאים 15-39.</p>  | <p>האוכלוסייה הכללית שהגיעה למיון University of Western Ontario and University of Calgary. 5 נשים 351 גברים בין הגילאים 16-30, אשר חולקו לשתי קבוצות גיל: 16-22, 23-30.</p>                         | <p>משתתפים</p>   |
| <p>שבר של greater tubercle, מחלה קודמת בכתף באותו צד, גמישות מפרקית, Bony Bankart lesion, שימוש בסמים וחוסר הסכמה להשתתף במחקר.</p>   | <p>היסטוריה של בעיות בכתף, שבר של greater tubercle, חוסר הסכמה להשתתפות במחקר.</p>  | <p>שבר (למעט שבר דחיסה), היסטוריה של חוסר יציבות רב כיוונית או עדות לחוסר יציבות כוז בכתף השנייה, פגיעה עצבית או וסקולרית, אינו מתאים לניתוח ואינו מוכן למעקב של 5 שנים.</p>                        | <p>קריטריונים להוצאה</p>                                   |
| <p>ניתוח (30)- שטיפה ארטרוסקופית תוך 10 ימים מהפציעה ולאחר מיכן שיקום. שמרני (30)- אופציה לסלינג למשך שבוע לאחר מיכן תנועה ללא הגבלה ושיקום.</p>  | <p>ניתוח (37)- ניתוח פתוח לתיקון ה Bankart lesion בשימוש בעוגנים מסוג Mitek תחת הרדמה כללית אשר בוצע תוך 7 ימים מיום הפריקה. לאחר מכן איסור תנועה בסלינג מקובע למשך יומיים, 7 ימים בסלינג לא מקובע ו 12 שבועות שיקום. שמרני (39)- אבחנה ארטרוסקופית לאחר 7 יומיים איסור תנועה בסלינג מקובע, 7 ימים איסור תנועה בסלינג לא מקובע ולאחר מכן 12 שבועות שיקום.</p> | <p>ניתוח (19)- ארטרוסקופי ליציבות עם תפר טראנסגלואידי תוך 4 שבועות מהפציעה. לאחר מיכן איסור תנועה ל 3 שבועות בסלינג ולאחר מיכן שיקום. שמרני (21)- 3 שבועות איסור תנועה בסלינג ולאחר מיכן שיקום.</p> | <p>התערבות - סוג (מספר המשתתפים מתוך אוכלוסיית המחקר).</p> |
| <p>100% מכול הנבדקים- 30 נבדקים (Sober Hospital)- לאחר חודש, 6 חודשים, שנה, שנתיים. 30 נוספים מכל שאר המקומות- לאחר חודש, 6 חודשיים ושנה.</p>   | <p>24 חודשים- מנותחים 100%, מטופלים שמרנית 100%. 10 שנים- מנותחים 97.3%, מנותחים שמרנית 100%.</p>   | <p>32 חודשים- מנותחים 100%, מטופלים שמרנית 90.4%. 79 חודשים – מנותחים 84.2%, מטופלים שמרנית 71.4%.</p>  | <p>מעקב- בחודשים ואחוז מתוך המשתתפים שהגיעו.</p>           |
| <p>בינוניות- 78%<br/>Strength of Recommendation Taxonomy, Level A.</p>  | <p>בינונית- 67%<br/>Strength of Recommendation Taxonomy, Level A.</p>   | <p>גבוהה- 100%<br/>Strength of Recommendation Taxonomy, Level A.</p>  | <p>איכות המחקר</p>   |

טבלה 2: תיאור הניסויים הקליניים

| Robinson 2008   | Bottoni 2002   |  |
|---|--|--|
| <p>Royal Infirmary of Edinburgh, United Kingdom.<br/>6 נשים 82 גברים בין הגילאים 15-35.</p>   | <p>חיילים סדירים במרכז הרפואי של צבא ארצות הברית בהונולולו הוואי.<br/>24 גברים בין הגילאים 19-26.</p>  | <p>משתתפים</p>   |
| <p>פריקה שלא כתוצאה מכח חיצוני, שבר, פגיעה מוסקולוסקלטלית נוספת בגפה, הופעה בבית החולים שבועיים לאחר בפריקה ומאוחר מזה, קונטראינדיקציה להרדמה כללית, גיל צעיר מ15 או מבוגר מ35, עדות לפגיעה קוגניטיבית, מגורים רחוקים מהמרפאה בה נעשה המעקב וחוסר ההסכמה להשתתפות במחקר.</p>                        | <p>שבר, פגיעה עצבית, הסטוריה של פציעות כתף, תת פריקה קודמת, Dead arm syndrome.</p>   | <p>קריטריונים להוצאה</p>                                   |
| <p>ניתוח (45)- שטיפה ארטרוסקופית ותיקון של Bankart lesion תוך שימוש בתפרים ועוגנים אשר בוצע תוך 14 יום מהפריקה. לאחר מכן איסור תנועה בסלינג למשך 6 שבועות שבסיומם 6 שבועות של תכנית שיקום.<br/>שמרני (43)- שטיפה ארטרוסקופית, איסור תנועה בסלינג למשך 6 שבועות שבסיומם 6 שבועות של תכנית שיקום.</p> | <p>ניתוח (10)-ארטרוסקופי לתיקון Bankart lesion בשימוש בחוטים נספגים לאחר דיאגנוזה ארטרוסקופית תוך 10 ימים מהפציעה. 4 שבועות איסור תנועה בסלינג ולאחר מכן שיקום. שמרני (14)- 4 שבועות איסור תנועה בסלינג ולאחר מכן שיקום.</p> | <p>התערבות - סוג (מספר המשתתפים מתוך אוכלוסיית המחקר).</p> |
| <p>למשך 24 חודשים- מנותחים 93.3%, מטופלים שמרנית 97.7%. נבדקו לאחר: 6 שבועות, 3 חודשים, 6 חודשים, שנה, שנתיים.</p>  | <p>17-56 חודשים- מנותחים 90%. 16-56 חודשים מטופלים שמרנית 85.7%. נבדקו כל שבוע למשך 8 שבועות, אחת לחודש למשך 6 חודשיים ולבסוף אחת לחצי שנה.</p>  | <p>מעקב- בחודשים ואחוז מתוך המשתתפים שהגיעו.</p>           |
| <p>גבוהה- 100%<br/>Strength of Recommendation Taxonomy, Level A.</p>  | <p>67% בינונית-<br/>Strength of Recommendation Taxonomy, Level A.</p>  | <p>איכות המחקר</p>   |

1. **חזרה לפעילות- שנתיים אחרי הפגיעה:** Kirkley 1999,2005- כולם (משתי הקבוצות) למעט אדם אחד דיווחו על חזרה לכל או רוב הפעילויות הספורטיביות שלהם, Bottoni 2002- כל המשתתפים חזרו לפעילות מלאה בתפקידם הצבאי, Robinson 2008 - כל המשתתפים חזרו לפעילות מלאה בספורט ועבודה. שנה אחרי הפגיעה: Wintzell 1999- 73.1% מהמנותחים ו65.2% מאלו שטופלו שמרנית חזרו לתפקוד מלא.
2. **פריקה חוזרת-** תוצאות מכל חמשת המחקרים מראות שבקבוצת המנותחים היו משמעותית פחות פריקות חוזרות. במחקרים של Robinson Wintzell and kirkley נראה שהפריקות החוזרות בקרב המנותחים קרו מאוחר יותר (ביחס ליום הפריקה הראשונה) מאשר בקבוצה שטופלה שמרנית. לעומת זאת במחקר של Jakobsen נמצא ששני משתתפים מקבוצה המנותחים ושלושה מהקבוצה שטופלה שמרנית סבלו מפריקה חוזרת בטווח של 2-10 ימים מהפריקה הראשונה.
3. **מדדים פונקציונאליים-** מדדים שונים נלקחו בכל אחד מהמחקרים: Kirkley- Western Ontario Shoulder index. Bottoni- Single Assessment Numeric Evaluation and L'Insalata shoulder index. Wintzell- Rowe shoulder score, Jakobsen Constant score. Robinson- Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand and Western Ontario Shoulder Instability indexes. תוצאות המדדים Single Assessment Numeric Evaluation(88 and 57) and L'Insalata (94 and 73) shoulder index הראו תוצאות טובות יותר באופן משמעותי סטטיסטית בקבוצת המנותחים. כך גם תוצאות המדדים Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand and Western Ontario Shoulder Instability indexes לאחר 24 חודשים. לאחר 79 חודשים במדד Western Ontario Shoulder Instability index נצפו תוצאות טובות יותר בקרב המנותחים אך ההבדל כבר לא היה מובהק.
4. **Apprehension test- מבחן חרדה-** מבחן אובייקטיבי זה ליציבות המפרק נבדק רק בשניים מהמחקרים. בתוצאותיהם ניראו פחות מבחנים חיוביים באופן מובהק בקבוצת המנותחים.
5. **טווחי תנועה-** Kirkley et al בדקו 5 כיווני תנועה ומצאו הבדלים מובהקים רק ב forward flexion . Bottoni et al מצאו הגבלה דומה ל external rotation בשתי הקבוצות. Robinson et al דיווחו שלא נמצא שוני בין הקבוצות מבחינת טווחי התנועה.

6. **שביעות רצון מהטיפול** - המשתתפים שטופלו ניתוחית היו יותר מרוצים באופן משמעותי מאלו שטופלו שמרנית. רק 11% מהמנותחים לעומת 75% מהמטופלים שמרנית הביאו חוסר שביעות רצון מהטיפול שקיבלו.
7. **סיבוכים** - במחקר של Kirkley מטופל אחד סבל מזיהום ועבר התערבות ארטרוסקופית. במחקר של Robinson מטופל אחד בכל קבוצה סבל מאודם ונפיחות ושלושה מטופלים פיתחו כתף קפואה.

## דיון

במחקר זה כל המשתתפים סבלו מפריקת כתף קידמית אקוטית, רובם היו גברים צעירים פעילים אשר נמצאים בסיכון גבוה לפריקה חוזרת. בהתחשב בספציפיות של אוכלוסיית המחקר יהיה זה לא נכון להשליך את תוצאותיו על אוכלוסיות אחרות.

למרות שכל חמשת המחקרים השוו טיפול ניתוחי לשמרני היה שוני בטכניקות הניתוחיות ובמשך תקופות איסור התנועה.

תוצאות כל המחקרים תומכות בבחירה בטיפול ניתוחי בקרב מטופלים צעירים שחוו פריקת כתף קידמית אקוטית. טיפול ניתוחי מקטין באופן משמעותי את הצורך בהתערבות כירורגית נוספת, בעוד שכמעט חצי מהמשתתפים שטופלו שמרנית הזדקקו להתערבות כירורגית במהלך השיקום.

למרות השימוש במדדים שונים להערכת מצבה הפונקציונלי של הכתף, התוצאות היו באופן מובהק לטובת הטיפול הניתוחי. בנוסף למיעוט הסיבוכים התוצאות תומכות בטיפול ניתוחי שמביא לחזרה מלאה וארוכת טווח לפעילות ספורטיבית.

1. Dala-Ali B, Penna M, McConnell J, Vanhegan I, Cobiella C. Management of acute anterior shoulder dislocation. *British Journal of Sport Medicine*. 2012;0:1-8.
2. Godin J, Sekiya J.K. Systematic Review of Rehabilitation Versus Operative Stabilization for the Treatment of First-Time Anterior Shoulder Dislocations. *Sports Health*. 2010;2:156-165.