

طرائق تدبير كسور السنغ الرابع و الخامس (كسر الملاكم) خبرة مشفى الأسد الجامعي بين عامي 2009-2010

* الدكتور ميشيل بطرس

** الدكتور صفوان يوسف

*** محمود سواري

(تاريخ الإيداع 11 / 8 / 2010. قُبِلَ للنشر في 17 / 10 / 2010)

□ ملخص □

شملت الدراسة (66) مريضاً راجعوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية لديهم كسر في السنغ الرابع أو الخامس (كسر الملاكم)، وذلك في الفترة الواقعة ما بين عامي (2009-2010).
كان معدل إصابة الذكور أعلى بكثير من معدل إصابة الإناث (64 ذكراً و 2 إناث) مع ذروة حدوث بعمر (30) سنة وإصابة اليد اليمنى أعلى بكثير من اليد اليسرى (64 يد اليمنى و 2 يد يسرى).
درست نتائج العلاج المحافظ وكانت نتائج العلاج الجراحي كما يأتي: عولج (46) مريض علاج محافظ بإجراء الرد بطريقة جاس (jhass) مع وضع جبس لمدة أربعة إلى ستة أسابيع.
وعولج (20) مريضاً علاجاً جراحياً: (21) مريضاً تم وضع أسياخ عبر الجلد بمساعدة التنظير الشعاعي، رد مفتوح وتثبيت بأسياخ عند (6) مرضى، ورد مفتوح و تثبيت بصفائح عند مريضين. مع تثبيت المعصم لمدة ثلاثة إلى أربعة أسابيع.
كانت نتائج العلاج الجراحي أفضل بكثير مقارنة مع العلاج المحافظ من حيث فترة التثبيت و من حيث المضاعفات الحاصلة، حصل تبدل ثانوي عند (12) مريضاً من مرضى العلاج المحافظ تم إجراء الرد مرة أخرى عند (7) منهم في حين كانت المضاعفات عن مرضى العلاج الجراحي قليلة جدا

الكلمات المفتاحية: اندمال معيب، سنغ، تبدل ثانوي، أسياخ عبر الجلد.

*أستاذ مساعد - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

**أستاذ مساعد - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

***طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Treatment of Fourth and Fifth Metacarpals Fractures (Boxer's Fractures) Expertise of the University Al-Assad Hospital between 2009-2010

Dr. Michael Butros*
Dr. Safwan Yusof**
Mahmoud Swari***

(Received 11 / 8 / 2010. Accepted 17 / 10 / 2010)

□ ABSTRACT □

This study includes (66) patients who visited the University Al-Assad Hospital in Latakia, with a fracture in the fourth or fifth metacarpals (Boxer's Fractures), in the period between (2009-2010). The incidence rate of males was much higher than females (64 males and 2 females) with a peak incidence of 30-years age, and the injury of the right hand higher than the left hand (64 right hand and 2 left hands). Those results of conservative treatment and surgical treatment were examined as follows: (46) patients were treated by correction in a Jahss maneuver with a cast for four to six weeks. 20 patients were treated by Surgical treatment : 12 patients have been treated with percutaneous Kirschner wires with assistance of radiography, open reduction and internal fixation with wires at 6 patients. Open reduction and internal fixation with plates in two patients. With the fixation of the wrist for a period of three to four weeks.

The results of surgical treatment is much better compared with conservative treatment, in terms of the fixation period and complications occurring. There was a secondary displaced in 12 patients out of the patients with conservative treatment. The reduction was made again in 7 of them while the complications in the patients with surgical treatment were very few.

Keywords: Malunion, Metacarpal, Secondary Displaced, Percutaneous Kirschner wires.

*Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Latakia, Syria.

**Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Latakia, Syria.

***Postgraduate Student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Latakia, Syria.

مقدمة:

من الشائع الاعتقاد أن كسر الملاكم (Boxer's Fractures) (كسر السنعين الرابع أو الخامس) يمكن أن يختلط بالتبدل الثانوي والاندمال المعيب (malunion) بسبب العلاج غير الكامل أو قد يختلط باليبوسة بسبب العلاج والتثبيت الزائد و المبالغ فيه [1].

يشكل كسر الملاكم (كسر السنعين الرابع أو الخامس) نسبة كبيرة من كسور المعصم (حوالي عشرين بالمائة) من مجمل كسور اليد [2].

عادة ما تكون كسور الاسناع (metacarpals fractures) كسوراً قليلة الأهمية عند الجراحين حيث لا تحظى بالكثير من المتابعة. و أغلب الجراحين يعالجون هذه الكسور بالطريق المحافظ و نسبة كبيرة منها تكون غير متبدلة و الاستطباب الجراحي محدود نسبياً.

يعدّ كسر الملاكم شائع بين الشباب الذكور في ذروة النشاط المهني و الرياضي، كما انه يمكن القبول بدرجات خفيفة من النزوي و التبدل فيه وذلك لان السنعين الرابع و الخامس يتمتعان بحركة دورانية جيدة على مستوى المفصل الرسغي السنعي تعوض التبدل الخفيف المتبقي.

وهناك اختلاف وتتنوع شديد في طرائق العلاج المعتمدة و التي ترتبط بعوامل عديدة منها ما يتعلق بطبيعة الكسر ومكانه و شكله ودرجة تبدله ومنها ما يتعلق بالمريض و مهنته و مدى التزامه بالعلاج (حيث أن غالبية المرضى هم من النوع النزق و غير الملتزم بالعلاج [3]) و منها ما يتعلق بقرار الجراح وخبرته وطريقته المتبعة إما بالتدبير المحافظ أو الجراحي (أسيخ عبر الجلد ، رد مفتوح و أسيخ أو صفائح) .

هنا نذكر أن كسر الملاكم هي عبارة خاطئة للإشارة إلى كسر السنعين الرابع و الخامس لأنها غالباً ما تحدث عند غير الملاكمين لكن هذه العبارة تعتمد بشكل واسع عند جراحي العظام ، لأن الملاكم المحترف ينكسر عنده السنع الثاني غالباً.

وأثناء دراستنا صادفنا كسر السنع الثاني عند ثلاثة ملاكمين محترفين مما يؤيد ما ذهبنا إليه.

أهمية البحث وأهدافه:

- تأتي أهمية الدراسة من شيوع الإصابة بين الشباب الذكور في ذروة النشاط المهني و الرياضي و تأثير العلاج غير الصحيح على وظيفة اليد و أن غالبية الإصابة تكون في اليد المسيطرة مما يسبب تعطيلاً عن العمل.

- يهدف البحث إلى دراسة طرائق علاج و تدبير كسر الملاكم (السنعين الرابع و الخامس) المتبعة في مشفى الأسد الجامعي و المقارنة بينها من حيث :

1- مدة العلاج.

2- وظيفة اليد بعد العلاج.

3- حدوث نزوي أو دوران ثانوي بعد العلاج.

و ذلك من اجل الوصول إلى إستراتيجية محددة و خطوط عريضة بخصوص تدبير هذه الكسور (إما علاج محافظ أو علاج جراحي) بما يؤمن علاجاً صحيحاً بأقل فترة تعطيل عن العمل و دون حدوث اختلاطات أو مضاعفات ثانوية .

طرائق البحث ومواده:

شملت هذه الدراسة 66 مريضاً قبلوا في قسم الجراحة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية أو راجعوا الإسعاف بقصة الم و تورم في اليد ، في الفترة الواقعة بين 2009/1/1 و 2010/1/1

طرائق البحث:

1-القصة المرضية :

2-الفحص السريري :

3-شعاعيه : الصورة الشعاعية الأمامية الخلفية و المائلة 45 درجة

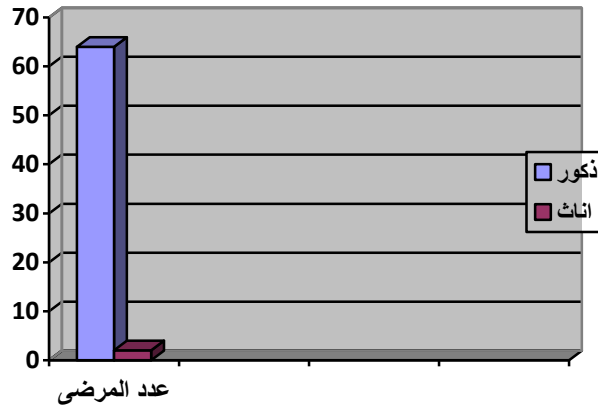
النتائج والمناقشة:**1-النتائج:**

-توزع مرضى الدراسة حسب الجنس :

توزع مرضى الدراسة حسب الجنس كما هو مبين بالجدول رقم (1) و ا لرسم البياني رقم (1)

الجدول رقم (1) يبين توزع مرضى الدراسة حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
عدد المرضى	64	2	66
النسبة المئوية	97%	3%	100%



رسم بياني رقم (1) يبين توزع مرضى الدراسة حسب الجنس

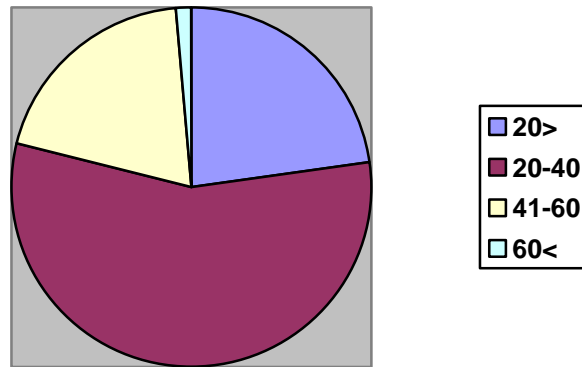
من الجدول السابق نلاحظ أن نسبة إصابة الذكور أعلى من نسبة إصابة الإناث بكثير

- توزع مرضى الدراسة حسب الفئة العمرية :

كان توزع مرضى الدراسة حسب الفئة العمرية كما هو موضح بالجدول رقم (2) و ا لرسم البياني رقم (2).

الجدول رقم (2) يبين توزع مرضى الدراسة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	20>	20-40	41-60	>60
عدد المرضى	15	37	13	1
النسبة المئوية	23%	55%	20%	2%



رسم بياني رقم (2) يبين توزع مرضى الدراسة حسب الفئة العمرية

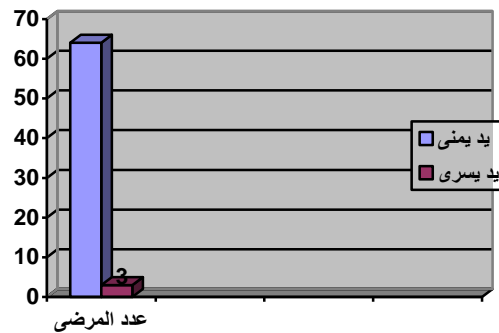
في دراستنا كان أصغر مريض بعمر 9 سنوات وأكبر مريض بعمر 70 سنة والنسبة العظمى للمرضى كانت بين 20 إلى 40 سنة 55% .

العمر الوسطي للمرضى 30 سنة و هي تتوافق مع ذروة النشاط المهني للشباب

-توزع مرضى الدراسة حسب اليد المصابة (مسيطرة - غير مسيطرة يد اليمنى - يد يسرى):

الجدول رقم (3) يبين توزع مرضى الدراسة حسب اليد المصابة

اليد المصابة	يد اليمنى	يد يسرى	المجموع
عدد المرضى	64	2	66
النسبة المئوية	97%	3%	100%



رسم بياني رقم (3) يبين توزع المرضى حسب اليد المصابة

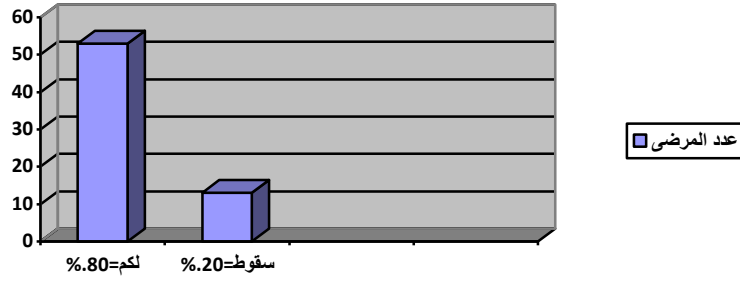
-في دراستنا كانت اغلب الإصابات متوضعة في اليد اليمنى و كانت هي اليد المسيطرة وكانت هناك حالتان

فقط في اليد اليسرى و كانت غير مسيطرة أي أن الإصابة تكون في الطرف الأكثر استعمالا في الحياة اليومية

- توزع مرضى الدراسة حسب آلية الإصابة:

الجدول رقم (4) يبين توزع مرضى الدراسة حسب آلية الإصابة:

آلية الإصابة	لكم	سقوط - رض مباشر	المجموع
عدد المرضى	53	13	66
النسبة المئوية	80%	20%	100%



رسم بياني رقم (4) يبين توزع المرضى حسب آلية الإصابة

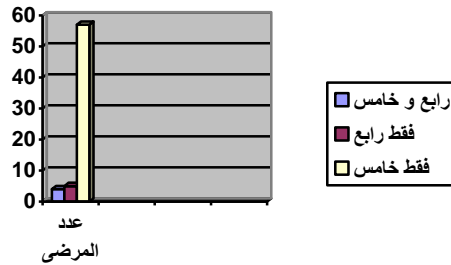
من الجدول نلاحظ أن غالبية الإصابات كانت بسبب آلية لكم أي رض مباشر على منطقة رأس السنع الرابع أو السنع الخامس مما يتماشى مع التسمية (كسر الملاكم)

- توزع المرضى حسب السنع المصاب:

تمت الدراسة على إصابة السنعين الرابع و الخامس فقط

الجدول رقم(5) يبين توزع مرضى الدراسة حسب السنع المصاب

السنع المصاب	رابع و خامس	فقط رابع	فقط خامس	المجموع
عدد المرضى	4	5	57	66
النسبة المئوية	6%	8%	86%	100%



رسم بياني رقم (5) يظهر توزع المرضى حسب السنع المصاب

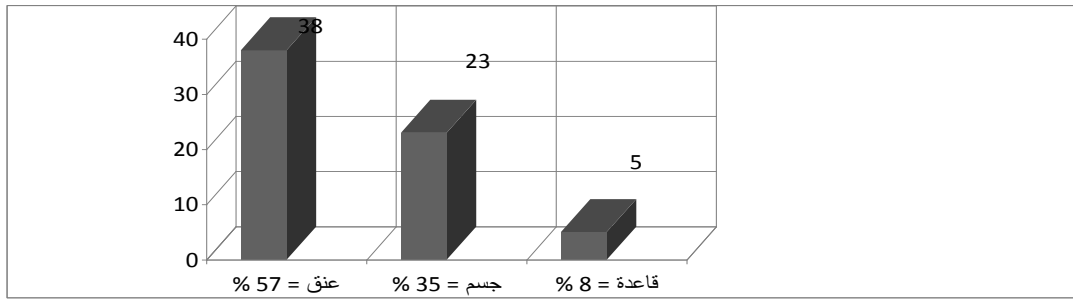
في دراستنا كانت غالبية الإصابات تخص السنع الخامس (92%) وكانت إصابة الرابع في (14%) من الحالات وذلك لان السنع الرابع و الخامس يشكلان و حدة حركية واحدة (جزء من الوحدة الحركية الثالثة لليد)[5]

-مكان الكسر بالنسبة للسنع المصاب:

قسم السنع إلى ثلاثة أقسام (رأس -جسم-قاعدة) كان توزع الكسر بالنسبة للسنع موزع في الجدول الآتي

الجدول رقم(6) يبين توزع مرضى الدراسة حسب مكان الكسر

مكان الكسر	عنق	جسم	قاعدة	المجموع
عدد المرضى	38	23	5	66
النسبة المئوية	57%	35%	8%	100%



رسم بياني رقم (6) يظهر توزع المرضى حسب مكان الكسر

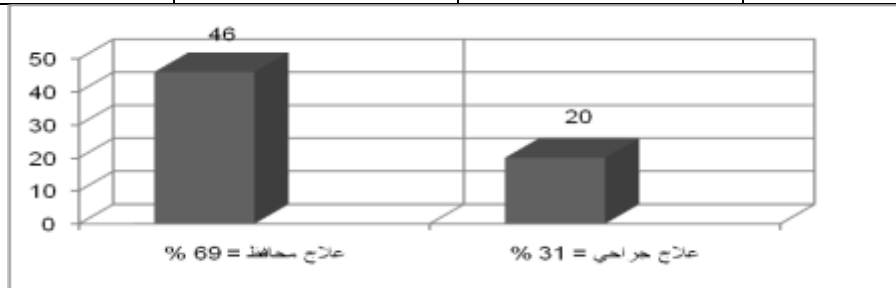
الجدول البياني يظهر أن غالبية الإصابات حصلت في عنق السنع بنسبة 57% و هي تتماشى مع كونه المكان الأضعف في السنع

-طريقة العلاج :

تم علاج المرضى علاجاً محافظاً (رد الكسر و جبيرة jhass) أو جراحي (أسياخ عبر الجلد، فتح مع أسياخ أو صفائح) كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول رقم (7) يبين طريقة تدبير الكسر

المجموع	علاج جراحي	علاج محافظ	طريقة التدبير
66	20	46	عدد المرضى
100%	31%	69%	النسبة المئوية



رسم بياني رقم (7) يظهر توزع المرضى حسب طريقة التدبير

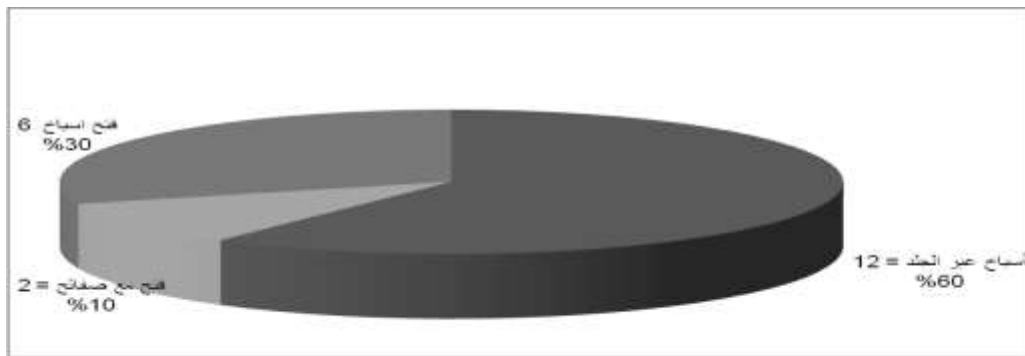
-في دراستنا كانت النسبة الأكبر للعلاج هي بالعلاج المحافظ(وهي الطريقة الأكثر شيوعاً) رغم وجود نسبة اختلاطات كما سيتبين بعد قليل و مع ذلك فهي ذات نتائج مقبولة فيما إذا التزم المريض بالعلاج بشكل جيد و هي الطريقة الأكثر انتشاراً عند الجراحين[4].

-طريقة العلاج الجراحي:

تم إجراء العلاج الجراحي إما بواسطة أسياخ عبر الجلد أو بواسطة الفتح الجراحي و إجراء الرد والتثبيت إما بأسياخ أو صفائح كما هو مبين في الجدول (8)

الجدول رقم (8) يبين طريقة العلاج الجراحي

المجموع	فتح و تثبيت		أسياخ عبر الجلد	طريقة الجراحة
	صفائح	أسياخ		
20	2	6	12	عدد المرضى
100%	10%	30%	60%	النسبة المئوية



رسم بياني (8) يبين توزع المرضى حسب طريقة العلاج الجراحي

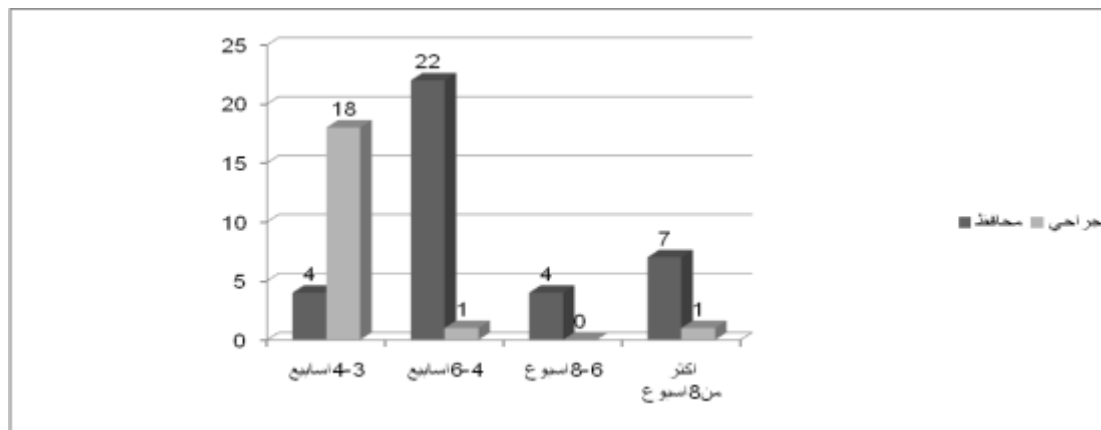
في دراستنا كانت النسبة الأكبر للعلاج الجراحي هي بالأسياخ عبر الجلد دون اللجوء إلى الفتح الجراحي وهو الإجراء الأسهل و الأقل رضاً

- فترة التثبيت في الحالات التي لم يتم التداخل عليها مرة ثانية:

قسمت فترات التثبيت إلى أربع مجموعات (من ثلاثة إلى أربعة أسابيع - ومن أربعة إلى ستة أسابيع - ومن ستة إلى ثمانية أسابيع - وأكثر من ثمانية أسابيع) حيث توزع المرضى عليهم حسب الجدول الآتي:

الجدول رقم (9) يبين توزع المرضى على فترات العلاج حسب طريقة العلاج:

طريقة العلاج	محافظة			جراحي		
	3-4 أسبوع	4-6 أسبوع	6-8 أسبوع	3-4 أسبوع	4-6 أسبوع	6-8 أسبوع
فترة التثبيت	4	32	4	18	1	0
عدد المرضى	4	32	4	18	1	0



رسم بياني (9) يبين توزع المرضى على فترات التثبيت حسب طريقة العلاج

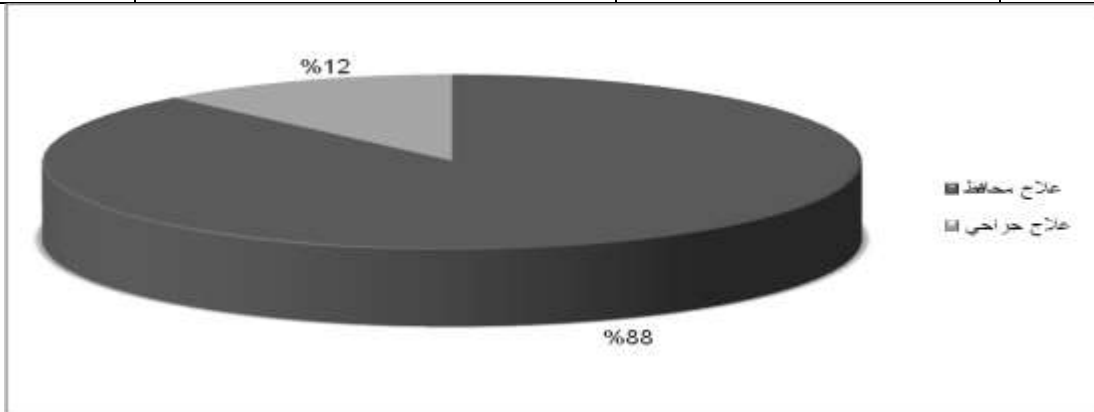
في دراستنا توزعت فترات التثبيت بالنسبة للعلاج المحافظ بشكل أعظمي بين أربعة إلى ستة أسابيع ، بينما توزعت فترات التثبيت بالنسبة للعلاج الجراحي بشكل أعظمي بين ثلاثة إلى أربعة أسابيع و هي أقل من العلاج المحافظ بحوالي أسبوع.

- المضاعفات:

كانت المضاعفات الحاصلة (تبدل ثانوي-غياب البرجم-تشوه جمالي-تحدد حركة-إنتان مكان الجراحة) وهي موزعة حسب الجدول رقم(10):

الجدول رقم(10) يبين توزع المرضى حسب المضاعفات الحاصلة

المجموع	علاج جراحي					علاج محافظ				المضاعفات
	إنتان	تشوه جمالي	تحدد حركة	تبدل ثانوي	غياب البرجم	تشوه جمالي	تحدد حركة	تبدل ثانوي	غياب البرجم	
25	0	0	2	0	1	2	4	12	4	المرضى
%100	%12					%88				النسبة



رسم بياني رقم(10) يبين توزع المرضى حسب المضاعفات الحاصلة

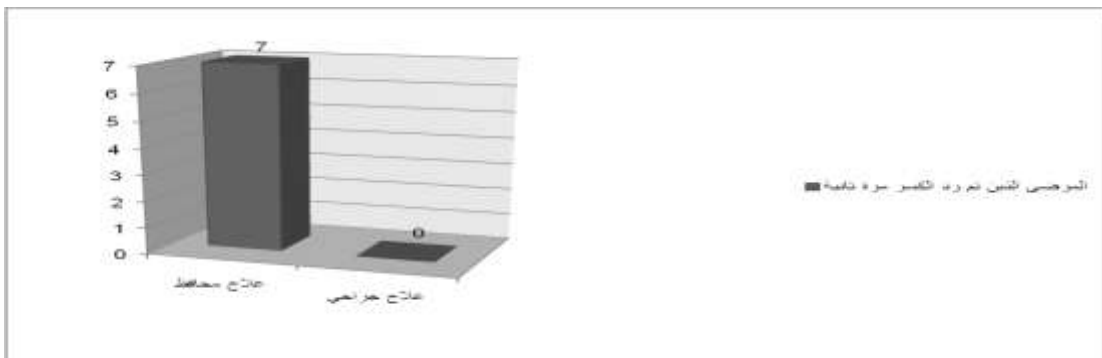
في دراستنا كان المضاعفات موزعة بشكل كبير (88%) في المرضى الذين عولجوا بالطريقة المحافظة في حين كانت نسبة المضاعفات في مرضى العلاج الجراحي(12%) من مجمل المضاعفات الحاصلة

- إعادة الرد مرة ثانية:

عدد المرضى الذين تمت إعادة الرد مرة ثانية موزعة حسب طريقة العلاج الأولية في الجدول الآتي:

الجدول رقم(11) يبين توزع المرضى الذين احتاجوا رد الكسر مرة ثانية

علاج جراحي	علاج محافظ	عدد المرضى الذين احتاجوا الرد مرة ثانية
0	7	7



رسم بياني رقم(11) يبين توزع المرضى الذين احتاجوا رد الكسر مرة ثانية

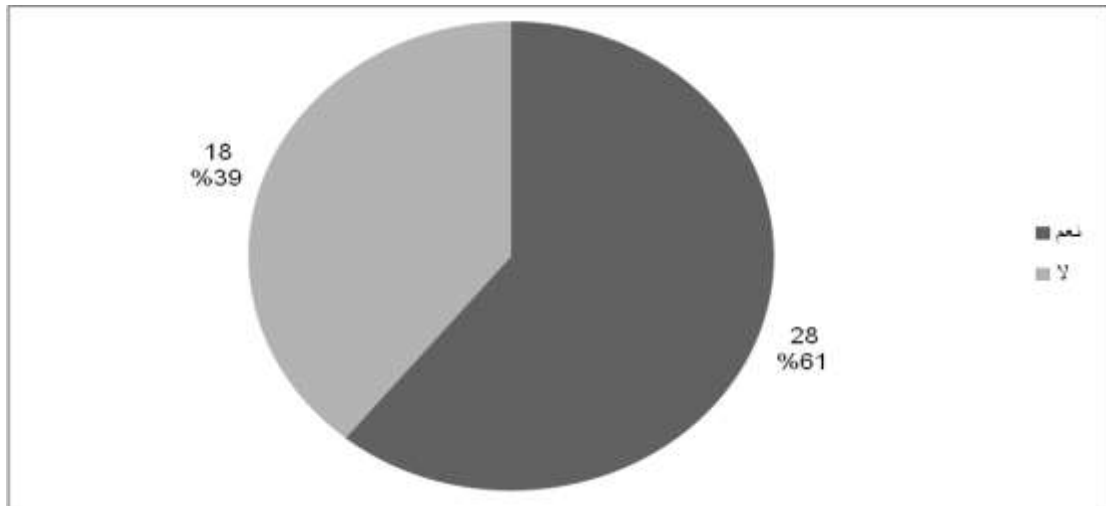
من التوزع السابق يتبين أن جميع المرضى الذين احتاج الكسر للرد مرة ثانية لديهم هم من مرضى العلاج المحافظ وكانت نسبتهم 15% من جميع مرضى العلاج المحافظ
نشير هنا إلى أن هناك خمسة من المرضى الذين حدث لديهم تبدل ثانوي شديد رفضوا العلاج و إجراء الرد مرة ثانية

- هل المريض راضٍ عن نتائج علاجه:

لدى سؤال المريض فيما إذا كان راضياً عن نتيجة العلاج كانت النتائج موزعة حسب الجدول رقم (12) والجدول رقم (13) كما يأتي :

الجدول رقم (12) يبين رأي المريض المعالج بالعلاج المحافظ:

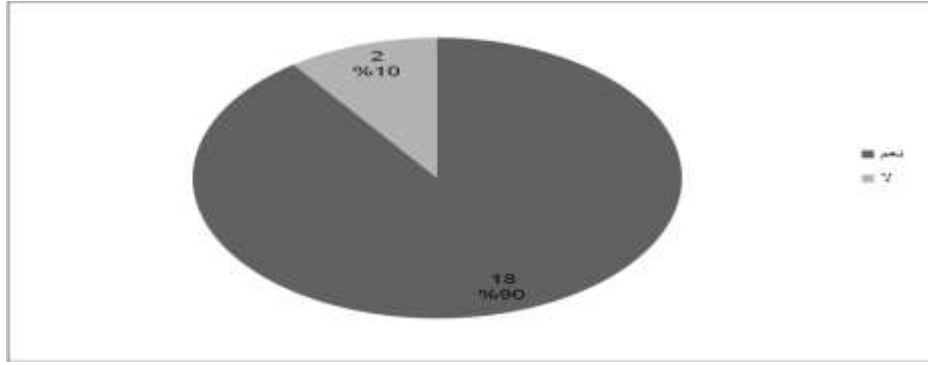
المجموع	محافظ		طريقة العلاج
	لا	نعم	رأي المريض
44	18	28	عدد المرضى
%100	%36	%64	النسبة المئوية



رسم بياني رقم (12) يبين رأي المريض المعالج بالعلاج المحافظ

الجدول رقم (13) يبين رأي المريض المعالج بالعلاج الجراحي:

المجموع	جراحي		طريقة العلاج
	لا	نعم	رأي المريض
20	2	18	عدد المرضى
%100	%3	%97	النسبة المئوية



رسم بياني رقم (13) يبين رأي المريض المعالج بالعلاج الجراحي

في دراستنا كان (97%) من مرضى العلاج الجراحي راضين عن نتائج العلاج و (3%) غير راضين في حين أنه في العلاج المحافظ كان (64%) من المرضى راضين عن نتائج العلاج و (36%) غير راضين ، و ذلك يبين بوضوح تفوق نتائج التدبير الجراحي على التدبير المحافظ .

2- المناقشة:

- شملت الدراسة ستة و ستين مريضاً راجعوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بقصة كسر ملاكم (كسر السنعين الرابع أو الخامس)
- عدد المرضى الذكور في دراستنا كان (64) مريضاً أي نسبة (97%) و عدد المرضى الإناث (2) أي نسبة (3%) كما هو موضح في الجدول رقم (1)، وهو مرتبط بطبيعة المجتمع.
- سجلت معظم الكسور عند الفئة العمرية الشابة حيث كان العمر الوسطي للإصابة (30) سنة مما يتناسب مع ذروة النشاط الرياضي و المهني للشباب كما هو مبين في الجدول رقم (2) . وكان أصغر عمر هو تسع سنوات و أكبر عمر هو سبعون سنة
- كانت الإصابة في اليد اليمنى في (64) حالة أي بنسبة (97%) و كانت في اليد اليسرى في (2) حالة أي نسبة (3%) . وفي جميع الحالات كانت اليد اليمنى هي اليد المسيطرة أي أن الإصابة كانت في الطرف الأكثر استعمالاً . كما هو مبين في الجدول رقم (3)
- حدثت الإصابة بآلية الملاكم (اصطدام رأس السنع بجسم صلب) عند النسبة الأكبر من المرضى (53) مريضاً أي (80%) و كانت آلية الرض المباشر على جسم السنع أو السقوط على السنع مسؤولة عن (20%) من الحالات أي (13) مريضاً كما هو مبين في الجدول رقم (4)
- كانت الإصابة في مرضى الدراسة موزعة على السنعين الرابع و الخامس اللذين يشكلان الوحدة المتحركة الثالثة لليد [5]. بحيث شكلت إصابة السنع الخامس بشكل معزول عند (57) مريض أي نسبة (86%) و السنع الرابع بشكل معزول عند (5) مرضى أي نسبة (8%) و السنعين الرابع و الخامس معا عند (4) مرضى أي نسبة (6%) . أي إن الإصابة شملت السنع الخامس عند (61) مريضاً أي نسبة (92%) و السنع الرابع عند (9) مرضى أي نسبة (14%) كما هو مبين في الجدول رقم (5)

- توزعت الإصابة حسب مكان الكسر بحيث كان النسبة الأكبر لكسور العنق (38) مريضاً أي نسبة (57%) ثم الجسم (23) مريضاً أي نسبة (35%) و ثم القاعدة عند (5) مريضاً أي نسبة (8%). كما هو مبين في الجدول رقم (6)

-عولج مرضى الدراسة بطريقتين رئيسيتين إما علاج محافظ عند (46) مريضاً بنسبة (69%) او علاج جراحي عند (20) مريضاً أي نسبة (31%) كما هو مبين في الجدول رقم (7) وهي تتناسب مع الخطوط العريضة لعلاج مثل هذه الكسور و التي يشيع فيها العلاج المحافظ عند أغلب الجراحين.

-في مرضى العلاج المحافظ: في حال كان الكسر متبدل تم الرد بطريقة جاس (jhass) ثم وضع جبيرة جاس (jhass) لمدة بين 4 إلى 6 أسابيع تختلف حسب عمر المريض ومكان الكسر و يجرى للمريض صورة مراقبة بعد أسبوع للتأكد من عدم حدوث تبدل ثانوي ودعم الجبس في حال خفت الوذمة

-توزع مرضى العلاج الجراحي إلى ثلاث فئات: إما أسياخ معترضة عبر الجلد عند (12) مريضاً أي نسبة (60%) من المرضى العالجين جراحياً و فتح وتثبيت عند (6) مريضاً أي نسبة (40%) من مرضى العلاج الجراحي كما هو مبين في الجدول رقم (8)

-وضعت الأسياخ عبر الجلد بمساعدة التنظير الشعاعي وتحت التخدير الموضعي أو الناحي. نزع الأسياخ بعد 4 أسابيع و تم البدء بالحركة المنفصلة لليد بعد أسبوعين

- تمت مقارنة فترة التثبيت بين طريقتي العلاج فكانت وسطياً 4 إلى 6 أسابيع عند مرضى العلاج المحافظ وكانت الفترة الوسطية في العلاج الجراحي 3 إلى 4 أسابيع كما هو مبين في الجدول رقم (9)

- حدثت المضاعفات عند (22) مريضاً من مرضى العلاج المحافظ وكان التبدل الثانوي يشكل النسبة الأكبر من هذه المضاعفات ((12) مريضاً تم إجراء إعادة الرد عند (7) مريضاً و رفض (5) مريضاً إعادة الرد مرة ثانية). كانت مضاعفات العلاج الجراحي تحدد بسط الأصبع الموافق بشكل خفيف عند مريضين كما هو مبين في الجدول رقم (10) و الجدول رقم (11)

- عند استبيان رأي المريض في العلاج : كانت نسبة المرضى الراضين عن نتائج العلاج (64%) أي (28) مريضاً من مرضى العلاج المحافظ و نسبة (36%) أي (18) مريضاً غير راضين عن نتائج العلاج من مرضى العلاج المحافظ .

ونسبة المرضى الراضين عن العلاج (97%) أي (18) مريضاً من مرضى العلاج الجراحي و نسبة (3%) أي (2) مريض غير راضين عن العلاج من مرضى العلاج الجراحي كما هو مبين في الجدول رقم (12) و الجدول رقم (13)

- في دراستنا صادفنا ثلاثة مرضى حدث لديهم كسر السنع الثاني بآلية اللكم و عند استجواب المرضى تبين أنهم مارسوا رياضة الملاكمة مما يتماشى مع التتويه أن تسمية كسر الملاكم للدلالة على كسر السنعين الرابع أو الخامس غير دقيقة من ناحية المهنة أو الرياضة.

-صادفنا في دراستنا أيضاً مريض واحد كان لديه كسر ملاكم (سنع خامس) غير معالج منذ ثلاثة شهور حدث عنده مفصل موهم (Pseudoarthrosis) مكان الكسر تمت معالجته بفتح قناة التقى ووضع طعم عظمي إسفنجي ذاتي و إجراء التثبيت بأسياخ معترضة

الاستنتاجات والتوصيات:

- إعطاء علاج كسر الملاكم الاهتمام اللازم من قبل الجراحين تجنباً للمضاعفات الناتجة من العلاج غير الكامل (التزوي الثاني-الدوران)
- يمكن علاج كسر الملاكم علاجاً محافظاً أو جراحياً و بنتائج ممتازة في حال اجري العلاج بشكل صحيح و التزم المرضى بالعلاج
- يفضل المعالجة برد الكسر و وضع أسياخ معترضة عبر الجلد تحت التنظير الشعاعي (radiography) عند المرضى الشباب خاصة في حال كان التزوي أكثر من 45 درجة و في حال وجود دوران وذلك بسبب ميل الكسر للتبدل الثانوي في حال عدم التزام المرضى الشباب بالعلاج المحافظ بشكل كامل و بسبب محافظة الأسياخ على رد الكسر بشكل جيد
- يمكن اللجوء إلى العلاج المحافظ عند المرضى المراهقين و الشباب الملتزمين بالعلاج
- يجب تجنب تثبيت اليد أكثر من أربعة أسابيع تجنباً لحدوث اليبوسة
- القرار النهائي يترك لتقدير الجراح وخبرته العملية

المراجع:

- 1- CANALE.T ;DAUGHERTY.K ;JONES.L. *Campbell,s Operative Orthopaedics, fracture.10th*,Mosby,U.S.A,2008,3921-3981
- 2-BUHLZ.W;HECKMAN.D; BROWN.C.C.*Rockwood & Green,s, fractures & dislocations of carpus. 6th*,LippincotWilliams & Wikins, U.S.A,2006,842-881.
- 3-RICHARD.A;BERGER ARNOLD.C *Hand surgery.1st edation*; LippincotWilliams & Wikins,U.S.A, 2004,140-180.
- 4-DAVID.P; ROBERT.N.*Greens operative hand surgery .5edation U.S.A ,2006, 277-320*
- 5- طلوزي، محمود؛ حسن، أيمن. سنل علم التشريح السريري (الطرف العلوي-الطرف السفلي) عربي- انكليزي. الطبعة العربية الأولى، دار القدس، سورية، 2003، 334.

