

جا اندازی بسته و پین گذاری از راه پوست در درمان شکستگی های متافیز دیستال رادیوس

مهرداد منصوری¹، بابک سیاوشی¹

1- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، گروه ارتوپدی

یافته / دوره هشتم / شماره 3 / پاییز 85 / مسلسل 29

چکیده

دریافت مقاله: 85/5/25، پذیرش مقاله: 85/8/17

Ø مقدمه: شکستگی های متافیز دیستال رادیوس از شایعترین شکستگیهای سیستم اسکلتی بوده و شیوع آن به علت افزایش شیوع استئوپروز در حال افزایش است. هدف از مطالعه حاضر بررسی روش جاناندازی و پین گذاری بسته در درمان این نوع شکستگی است.

Ø مواد و روش ها: در این مطالعه تعداد 44 بیمار که طبق تقسیم بندی یونیورسال در گروه 2 و در تقسیم بندی اولدر 2 و 3 بودند، در طی 3 سال مورد مطالعه قرار گرفتند. شکستگی بیماران تحت بیهوشی عمومی و با استفاده از فلوروسکوپی جاناندازی بسته شده و توسط دو عدد پین فیکس شدند. نتایج درمان از لحاظ پرتونگاری با بررسی طول رادیال، زاویه رادیال و چرخش ولار و از لحاظ بالینی توسط معیار مدیفیه دمریت بررسی شد.

Ø یافته ها: جاناندازی خوب و قابل قبول از لحاظ پرتونگاری در 68 درصد موارد و نتایج عالی و خوب از لحاظ بالینی طبق معیار دمریت در 84 درصد موارد بدست آمد. در هیچ موردی تغییر شکل آشکاری در اندام بعد از درمان بوجود نیامد و هیچ یک از عوارض بوجود آمده موجب تأثیر عمده ای در کارآیی کلی فرد نشدند.

Ø بحث و نتیجه گیری: با در نظر گرفتن سادگی روش جراحی و تهاجم بافتی کم و عوارض کمتر نسبت به دیگر روشها، جاناندازی بسته و پین گذاری روش درمانی مناسبی جهت استفاده در شکستگی های متافیز دیستال رادیوس بخصوص با خردشدگی دورسال میباشد.

واژه های کلیدی: شکستگی دیستال رادیوس، جاناندازی بسته، پین گذاری

آدرس مکاتبه: خرم آباد لرستان، خیابان انقلاب، بیمارستان شهدای عشایر، دفتر آموزش بالینی

پست الکترونیک: mehrdadmansourii@yahoo.com

مقدمه

شکستگی کالیس شایعترین شکستگی استخوانهای بلند اندام فوقانی است و حدود 25% کل این شکستگی ها را شامل میشود (1). این شکستگی شایعترین شکستگی اندام فوقانی بوده و درد و محدوده سنی جوانها و افراد مسن شایع است. استئوپروز یک ریسک فاکتور مهم برای این شکستگی ها بوده بطوریکه 17% زنان بعد از سن 50 سالگی دست کم یکبار دچار این شکستگی می شوند (2). این شکستگی ها معمولاً به دورسال و رادیال جابجا و زاویه دار میشوند و موجب کوتاهی قسمت دیستال رادیوس میشوند و اگر به آنها اجازه داده شود تا در امتداد بد جوش بخورند احتمال اینکه کارآیی مچ دست دچار اشکال شود بیشتر می گردد (3). هدف اصلی درمان در این شکستگی ها جاناندازی مناسب، ثابت ماندن استخوان در حین جوش خوردن و بدست آوردن مجدد حرکات مچ دست است. انواع متفاوت درمان شامل آتل بندی ساده تا جاناندازی باز و ترکیبی از فیکساسیون مخلوط داخلی و خارجی توضیح داده شده است (4). عوامل متفاوتی مانند الگوی پرتونگاری، کیفیت استخوان، جابجایی، خرد شدگی شکستگی و انرژی آسیب وارده نوع درمان را مشخص میکند (5). اگر ریسک کوتاهی و بد جوش خوردن وجود داشته باشد، این شکستگی ها توسط روشهای استئوسنتز مانند پین گذاری از راه پوست یا جاناندازی باز محدود و یا جاناندازی باز و فیکساسیون داخلی وسیع و گرافت استخوانی یا فیکساتور خارجی درمان میشوند. در 25 سال اخیر مطالعات فراوان نشان داده است که کارآیی مچ دست ارتباط نزدیکی با بدجوش خوردن شکستگی دارد. سنتی ترین درمان شکستگی های دیستال رادیوس در افراد استئوپروتیک، جاناندازی بسته و بیحرکتی با گچ است، با این حال معمولاً در دو هفته اول بعد از جاناندازی حتی با وجود جاناندازی آناتومیک، جاناندازی ایجاد شده از دست میروود و به علت وجود کورتکس نازک، حتی جاناندازی مجدد و بیحرکتی با گچ نمیتواند کوتاهی رادیال و پیش آگهی را بهتر کند. بعضی از مؤلفین استفاده از

فیکساتور خارجی را مناسبترین روش درمانی دانسته اند (6). با این حال تحمل این وسیله برای بیمار مشکل بوده و بیماران آنرا دوست ندارند. همچنین احتمال عفونت محل پیچ ها در استفاده از فیکساتور خارجی بالاست. استفاده از پین گذاری از راه پوست یک روش خوب است که پیچیدگی های استفاده از جاناندازی باز و فیکساسیون داخلی را نداشته و با این حال بنظر میرسد بتواند پایداری مناسبی را بدست بدهد (7). در مطالعه اخیر نتایج و عوارض استفاده از این روش بررسی شده است.

مواد و روش ها

در سالهای 83-81 تعداد 132 بیمار با سن متوسط 48 سال (72-17) با شکستگی دیستال رادیوس تحت درمان قرار گرفتند. از این تعداد در 74 نفر، شکستگی جابجایی کم داشته و پایدار بودند و تحت درمان توسط جاناندازی بسته و گچ گیری قرار گرفتند. از 58 نفر بقیه که شکستگی ناپایدار و خارج مفصلی با زاویه دار شدن دورسال داشتند و طبق تقسیم بندی یونیورسال در گروه 2 و در تقسیم بندی اولدر 2 و 3 بودند، تعداد 44 نفر در دسترس قرار گرفته و مطالعه شدند (جدول 1).

جدول شماره 1- تقسیم بندی اولدر برای شکستگی دیستال رادیوس

نوع تیپ	نوع شکستگی
تیپ 1	بدون جابجایی (کمتر از 5 درجه زاویه دار شدن به دورسال، بدون کوتاهی واضح رادیال)
تیپ 2	جابجاشده با خردشدگی مختصر (جابجایی قطعه دیستال به دورسال، کوتاهی رادیال تا 3 میلیمتر، خرد شدگی مختصر)
تیپ 3	جابجا شده با خردشدگی دورسال رادیوس (خردشدگی دورسال رادیوس، کوتاهی رادیال زیر اولنا، خرد شدگی قطعه دیستال)
تیپ 4	جابجاشده با خرد شدگی شدید سر رادیوس (خرد شدگی شدید دورسال رادیوس و قطعه دیستال رادیوس، کوتاهی معمولاً 2-8 میلیمتر زیر دیستال اولنا، شکستگی داخل مفصل، گاهی کورتکس ولازنامناسب)

از این تعداد 17 نفر مرد و 27 نفر زن بوده و شکستگی در 13 نفر در دست غالب و در 31 نفر در دست غیرغالب بود. جاناندازی بسته شکستگی در عرض 24 ساعت اول تحت بیهوشی عمومی صورت گرفته و سپس توسط کشش و

3- چرخش ولار⁸ در سطح مفصلی دیستال رادیوس در نمای جانبی.

جاناندازی شکستگی از لحاظ پرتونگاری موقعی که زاویه دار شدن به دورسال کمتر از 5 درجه و اختلاف در کوتاهی رادیال کمتر از 2 میلیمتر باشد، خوب در نظر گرفته شد و هنگامی که زاویه دار شدن به دورسال 5-10 درجه و اختلاف کوتاهی رادیال 2-5 میلیمتر باشد، قابل قبول و هنگامی که زاویه دار شدن به دورسال بیش از 10 درجه و اختلاف کوتاهی رادیال بیش از 5 میلیمتر باشد، بد در نظر گرفته شد.

یافته ها

در بررسی رادیولوژیک سه مؤلفه اساسی یعنی طول رادیال، زاویه رادیال و چرخش ولار مورد توجه قرار گرفتند. طول رادیال قبل از جاناندازی (4-10) 8، بلافاصله بعد از آن (8-15) 13 و بعد از شش ماه (8-13) 11 میلیمتر بود. زاویه رادیال قبل از جاناندازی (9-19) 16، بلافاصله بعد از آن (17-26) 23 و بعد از شش ماه (16-24) 22 درجه بود. چرخش ولار تایلر قبل از جاناندازی (5-30-) 19، بلافاصله بعد از آن (4-19-) 16 و بعد از شش ماه (6-15-) 14 درجه بود. در معاینه بالینی اکستنشن 16 ± 34 درجه، فلکشن 16 ± 41 درجه، پرونیشن 27 ± 59 درجه، سوپینیشن 30 ± 82 درجه، انحراف رادیال⁹ 3 ± 19 درجه، انحراف اولنار¹⁰ 3 ± 19 درجه و قدرت مشت کردن نسبت به طرف مقابل 17 ± 74 درصد بود. در بررسی نتایج بالینی توسط روش مدیفیه دمریت در 84 درصد نتایج عالی و خوب بدست آمد. عفونت محل پین ها در دو مورد بوجود آمد که با تجویز آنتی بیوتیک خوراکی بهبود یافتند. یک مورد سفتی در حرکات انگشتان بوجود آمد که با فیزیوتراپی بعد از

مانیپولاسیون دستی سعی در جاناندازی بسته شکستگی شد. بعد از تأیید جاناندازی توسط فلوروسکوپ دو عدد پین 1/6 میلیمتری از استیلوئید رادیوس وارد استخوان شده و تا کورتکس مقابل پیش رفتند. سر پین ها در خارج از پوست باقی مانده و یک گچ بلند دست برای بیمار گرفته شد. حرکات انگشتان از روز اول بعد از جاناندازی شروع شد. پین ها بعد از شش هفته توسط بیحسی موضعی خارج شده و همزمان گچ بیمار نیز کنار گذاشته شد. سپس فیزیوتراپی دست بصورت شروع حرکات مچ دست توسط سوپینیشن¹، پرونیشن²، فلکشن³، اکستنشن⁴، حرکات آرنج و انگشتان انجام شده و تا هفته دوازدهم ادامه یافت. به بیمار توصیه شد تا 12 هفته بعد از شروع درمان از اندام فوقانی برای برداشتن اجسام سنگین استفاده نکند. پیگیری بیماران شامل بررسی بالینی و پرتونگاری در هفته ششم و ماه ششم انجام گرفت. در بررسی عملکرد بیمار، معاینه فیزیکی شامل اندازه گیری قدرت مشت کردن توسط دینامومتر⁵ در هر دو دست انجام شد و دامنه حرکات مچ دست هم اندازه گیری گردیده و نتایج بالینی توسط روش مدیفیه دمریت بررسی شدند (8). در این روش معیارهایی مثل تغییر شکل اندام، دامنه حرکت مچ دست، شدت درد و عوارض درمان مورد توجه قرار می گیرند. در بررسی پرتونگاری نماهای قدامی خلفی و جانبی از هر دو مچ دست در زمان ورود بیمار و بعد از جاناندازی و هفته ششم و ماه ششم تهیه شده و با یکدیگر مقایسه شدند. بررسی پرتونگاری شامل 3 مؤلفه بود:

1- طول رادیال⁶ در نمای قدامی خلفی که توسط اندازه گیری فاصله بین دو خط عمود بر محور طولی رادیوس که یکی از نوک استیلوئید رادیوس عبور میکند و دیگری از سطح مفصلی دیستال اولنار عبور میکند.

2- زاویه رادیال⁷ که زاویه بین خطی است که از نوک استیلوئید رادیوس و گوشه مدیال فاست لونیت میگذرد و خط عمود بر محور طولی رادیوس.

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1. Supination | 6. Radial length |
| 2. Pronation | 7. Rradial inclination |
| 3. Flexion | 8. Volar tilt |
| 4. Extension | 9. radial deviation |
| 5. Sammons preston | 10. ulnar deviation |

جاناندازی بسته و سپس آتل بندی یا گچ گیری یا پین گذاری از راه پوست یا فیکساتور خارجی یا جاناندازی باز استفاده می شود و مطالعات متعدد نشان داده است که ارتباط مستقیمی بین نتایج آناتومیک و بالینی وجود دارد (9).

گر چه بسیاری از افراد مسن که سطح فعالیت بدنی کمتری دارند حتی اگر بعد از درمان دچار تغییر شکل در ناحیه مچ دست شوند، در زندگی روزمره دچار مشکل جدی نمیشوند (10). در اکثر مطالعات ذکر شده است که شدت آسیب آناتومیک در هنگام آسیب (11) و مقدار تغییر شکل باقیمانده بعد از درمان (12) در نتایج بخصوص قدرت مشت کردن و دامنه حرکات مؤثر هستند. مک کوئین و کاسپر نشان دادند که جاناندازی مناسب موجب نتایج بهتر در فعالیتهای روزمره، قدرت مشت کردن، دامنه حرکات مچ دست و شکل ظاهری اندام می شود (13). بدست آوردن امتداد اولیه قابل قبول توسط کشش و جاناندازی بسته در شکستگی های دیستال رادیوس مشکل نیست ولی حفظ آن مشکل است بخصوص در افراد مسن که احتمال جابجایی مجدد در دو هفته اول بعد از جاناندازی اولیه و بیحرکتی به علت کورتکس نازک و خرد شدگی زیاد است (14) حفظ و نگهداری جاناندازی بخصوص در شکستگی های ناپایدار اهمیت پیدا میکند. لفظ ناپایدار را موقعی به شکستگی های متافیز دیستال رادیوس اطلاق میکنند که امتداد و سربسر شدن استخوانها در محل شکستگی را بتوان بعد از جاناندازی باز در یک گچ نگهداشت و چون این تعریف گذشته نگر است با انجام مطالعاتی ریسک فاکتورهای ناپایداری مشخص شده است تا قبل از شروع درمان بتوان ناپایداری را مشخص کرد:

1- شکل شکستگی (خرد شدگی دورسال بعد از پلان میداگزپال رادیوس - شکستگی داخل مفصلی - شکستگی همراه در اولنار)

خارج کردن پین ها و گچ بهبود یافت. هیچ موردی از آسیب یا تحت فشار قرار گرفتن عصب مدیان و دیستروفی رفلکسی سمپاتیک¹ مشاهده نشد (جدول 2).

جدول شماره 2- روش نمره دهی دهریت

نمره	نتیجه	
1	استیلوئید اولنار برجسته	تغییر شکل باقیمانده
1-2	انحراف به دورسال باقیمانده	
2-3	کج شدن بطرف رادیال	
0	عالی (بدون درد)	نظر بیمار
1-2	خوب (بندرت درد دارد)	
1-4	معمولی (درد گاهگاهی)	
1-6	بد (اغلب)	
1-5	کاهش دورسی فلکشن	معاینه
1-3	کاهش چرخش بطرف اولنار	
1-2	کاهش سوپینیشن	
1	کاهش خم شدن	
1	کاهش چرخش بطرف رادیال	
1	درد در DRUJ	
1-2	کاهش پرونیشن	
1	آرتريت مختصر	عوارض
1-3	آرتريت مختصر با درد	
1-2	آرتريت متوسط	
1-4	آرتريت متوسط با درد	
1-3	آرتريت شديد	
1-5	آرتريت شديد با درد	
1-6	اختلال در عصب مدیان	
1-6	سفتی انگشتان	
1-6	RSD	
0-2	عالی	نتیجه نهایی
3-6	خوب	
7-18	متوسط	
19 یا بیشتر	بد	

بحث و نتیجه گیری

شکستگی دیستال رادیوس یکی از شایعترین آسیبهایی سیستم اسکلتی است و با در نظر گرفتن روند رو به رشد تعداد کهنسالان از طرفی و شیوع فراوان استئوپروز از طرف دیگر در این گروه به علت عدم وجود فرهنگ مناسب پیشگیری از استئوپروز اهمیت آن بیشتر و توجه به آن مهمتر می شود. روشهای گوناگونی در درمان این دسته از شکستگی ها شامل

1. Reflex Sympathetic Dystrophy

2- شدت جابجایی اولیه (زاویه دار شدن به دورسال بیش از 20 درجه - کوتاهی رادیال بیش از 5 میلیمتر) و
3- خصوصیات بیمار (سن بیش از 60 سال و کیفیت استخوان) است.

البته در درمان بیمار باید وضعیت بافت نرم، روش زندگی و بیماریهای همراه را هم در نظر گرفت. مهمترین عواملی که در نتایج درمان مؤثرند اول طول رادیال و سپس چرخش ولار است (15). در استخوان استئوپروتیک حتی با وجود استفاده از ایمپلنت، کوتاهی و زاویه دار شدن به دورسال بوجود می آیند. روش پین و پلاستر در درمان شکستگی های خرد شده دیستال رادیوس اولین بار توسط بوهرلر در 1929 توضیح داده شد و بعداً بارها اصلاحاتی در آن به عمل آمد. معروفترین اصلاحیه آن استفاده از دو پین یکی ترانس متاکارپال و دیگری در ناحیه آنته براکیال است که در یک گچ بلند دست یکپارچه شده است. در روش گرین یک پین از متاکارپهای 2 و 3 و دیگری از قسمت پروگزیمال اولنار عبور داده شده و بعد گچ بلند دست با پین ها یکپارچه میشود (16). روش استفاده از فیکساتور خارجی در درمان این شکستگی ها توسط مؤلفان بسیاری پیشنهاد شده است و روشی است که به علت تهاجم بافتی مختصر بطور وسیعی از آن استفاده میشود. در یک سری 52 تایی در بیماران با سن متوسط 52 سال واگان گزارش نتایج خوب و عالی 89 درصدی را در درمان شکستگی های ناپایدار دیستال رادیوس داده و 14 درصد عارضه را ذکر کرد (17). هورن گزارش 70 درصد نتایج خوب و عالی و عوارض 26 درصد را داده و کانی گزارش 90 درصد عالی و خوب و عوارض 25 درصد را داد. در گزارش او 92 درصد بیماران بعد از درمان درد نداشته و تنها در 11 درصد موارد تغییر شکل اندام مشاهده شد. به طور کلی فیکساتور خارجی روش درمانی خوب ولی پرعارضه ای است. براساس گزارش بسیاری از مؤلفان جانندازی در بیشتر موارد از دست میرود که معمولاً به علت شل شدن پین ها یا عفونت است. شیوع عفونت در استفاده از فیکساتورهای

خارجی بالا است. هوچینسون و همکاران نشان دادند که فیکساتور خارجی می تواند طول رادیال را بهتر از پین حفظ کند ولی چرخش ولار را نمی تواند بدست آورد (18). روش دیگر جهت پایدار نگهداشتن جانندازی شکستگی های متافیز دیستال رادیوس استفاده از پین گذاری از راه پوست است. در سال 1976 کاپانچی روش خود را بصورت پین گذاری متعدد داخل محل شکستگی در درمان شکستگی های خرد شده دیستال رادیوس که درگیری داخل مفصلی کمی دارند را توضیح داد (19). در این روش پین ها مستقیماً به داخل محل شکستگی می روند و در واقع مقدار زیادی از جانندازی با استفاده از خود پین صورت می گیرد. در بررسی کلاسی استفاده از دو عدد پین جهت درمان این نوع شکستگی ها در 96 درصد موارد همراه با نتایج خوب و عالی در 28 بیمار بدست داد. عوارض جدی مشاهده نشد، در دو بیمار جابجایی مختصری در جانندازی بعد از درمان بوجود آمد که در کارآیی کلی بیمار تأثیری نداشت. یک بیمار دچار کاهش متوسط در فلکشن و اکستنشن مچ دست شد و در هیچ موردی کاهش شدید در چرخش مچ دست بوجود نیامد. در مطالعه لودویگسن و همکاران بر روی 60 بیمار سن تر از 20 سال با شکستگی خرد شده دیستال رادیوس اولدر 3 و 4 نتایج درمانی مشابهی از لحاظ کارآیی و معیارهای پرتونگاری و عوارض با استفاده از فیکساتور خارجی و پین گذاری از راه پوست بدست آمد، در حالیکه استفاده از پین گذاری از راه پوست ساده تر و ارزانتر از استفاده از فیکساتور خارجی است (20). در مطالعه ما بر روی 44 بیمار با شکستگی متافیز دیستال رادیوس در 68 درصد موارد جانندازی خوب و قابل قبول از لحاظ پرتونگاری و در 84 درصد نتایج عالی و خوب از لحاظ بالینی طبق معیار دمریت بدست آمد. در هیچ موردی تغییر شکل آشکاری در اندام بعد از درمان بوجود نیامد و هیچیک از عوارض بوجود آمده موجب تأثیر عمده ای در کارآیی کلی فرد نشدند. عوارضی مثل عفونت محل پین که در استفاده از فیکساتور خارجی بطور مکرر مشاهده می شود در این

محل شکستگی جلوی جابجایی مجدد را بعد از جانندازی اولیه بگیرد. به نظر میرسد جانندازی و پین گذاری بسته روش درمانی مناسبی جهت استفاده در شکستگی های متافیزال دیستال رادیوس بخصوص با خردشدگی دورسال باشد.

روش درمانی شیوع بسیار کمتری داشت. ایمپلنت های بکار رفته در این روش بسیار ارزانتر و در دسترس تر از فیکساتور خارجی بوده و در هر بیمارستان جراحی یافت میشود. نسبت به جانندازی باز تهاجم بافتی کمتری داشته و در مقایسه با جانندازی بسته و بیحرکتی با گچ به تنهایی تا حد زیادی توانست با پایدار کردن

References

1. Olden GN, Lond MB. Treatment and prognosis of Colles' fracture. *Lancet*. 1963; 1: 511-4
2. Lauritzen JB, Schwarz P, Lund B. Changing incidence and residual lifetime risk of commo osteoporosis-related fractures. *Osteoporos Int* 1993; 3: 127-132
3. Kopylov P, Johnell O, Redlund-Johnell I, Bengner U. Fractures of the distal end of the radius in young adults: a 30-year follow-up. *J Hand Surg*. 1993; 18: 45-9
4. Bradway JK, Amadio PC, Cooney WP. Open reduction and internal fixation of displaced, comminuted intra-articular fractures of the distal end of the radius. *J Bone Joint Surg Am* 1989; 71 (6): 839-47
5. Jupiter JB. Fractures of the distal end of the radius. *J Bone Joint Surg*. 1991; 73: 461-9
6. Cannegieter DM, Juttman J W. Cancellousgrafting and external fixation for unstable Colles' fractures. *J Bone Joint Surg* 1997; 79B: 428-432
7. Rayhack JM. The history and evolution of percutaneous pinning of displaced distal radius fractures. *Orthop Clin North*. 1993; 24: 287-300
8. George L, Lucas MD, Brett C. Intermediate-Term Outcomes of Patients Treated by Distal Radial Osteotomy The University of Pennsylvania Orthopaedic Journal. 1999; 12: 33-39
9. Jupiter JB. Fractures of the distal end of the radius. *J Bone Joint Surg*. 1991; 73: 461-9
10. Young BT, Rayan GM. Outcome following nonoperative treatment of displaced distal radius fractures in low-demand patients older than 60 years. *J Hand Surg*. 2000; 25: 19-28
11. Field J, Warwick D, Bannister GC, Gibson AG. Long-term prognosis of displaced Colles' fracture: a 10-year prospective review. *Injury* 1992; 23: 529-32
12. Boyd LG, Horne JG. The outcome of fractures of the distal radius in young adults. *Injury* 1988; 19: 97-100
13. McQueen M, Caspers J. Colles, fracture: does the anatomical result affect the final reduction? *J Bone Joint Surg* 1988; 70B: 649-651
14. Christensen OM, Christiansen TG, Krashennikoff M, Hansen FE. Length of immobilisation after fractures of the distal radius. *Int Orthop*. 1995; 19: 26-29
15. Kapoor H, Agarwa A, Dhaon BK. Displaced intra-articular fractures of distal radius: a comparative evaluation of results following closed reduction, external fixation and open reduction with internal fixation. *Injury* 2000; 31: 75-9
16. Green DP. Pins and plaster treatment of comminuted fractures of the distal end of the radius. *J Bone Joint Surg* 1975; 57A: 304-310
17. Vaughan PA, Lui SM, Harrington IJ. Treatment of unstable fractures of the distal radius by external fixation. *J Bone Joint Surg* 1985; 67B: 385-389
18. Hutchinson DT, Strenz GO, Cautilli RA. Pins and plaster vs external fixation in the treatment of unstable distal radial fractures. *J Hand Surg*. 1995; 20: 365-372
19. Kapandji A. Losterosynthese par double embrocharge intra-focal: traitement fonctionnel des fractures non articulaires de l'extremite inferieure du radius. *Ann Chir* 1976; 30: 903-908
20. Ludvigsen TC, Johansen S, Svenningsen S, Saetermo R. External fixation versus

percutaneous pinning for unstable Colles' fracture. Equal outcome in a randomized study of 60 patients. Acta Orthop Scand. 1997 Jun; 68(3): 255-8