

Εξάρθρημα ποδοκνημικής χωρίς συνοδό κάταγμα σε 13 χρονών αθλητή παρκούρ: Παρουσίαση περιστατικού

Γεώργιος Καλιντεράκης¹, Δημήτριος Κουρεμένος², Υβόννη Πατταμερκουρίου², Χρήστος Μανουσάκης², Δημήτριος Μυργιώτης², Βασιλική Μαρκοπούλου², Σπυρίδων Στρογγύλος², Ιωάννης Μιχελάρακης²

1 Α Ορθοπαιδική κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών
2 Β Ορθοπαιδική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού

Περίληψη

Το εξάρθρημα ποδοκνημικής χωρίς συνοδό κάταγμα αποτελεί εξαιρετικά σπάνια κάκωση. Στα παιδιά έχουν περιγραφεί λιγότερα από 10 περιστατικά στην βιβλιογραφία. Οι κακώσεις αυτές είναι συνήθως αποτέλεσμα υψηλής βίας. Η θεραπεία είναι κατά κύριο λόγο συντηρητική με κλειστή ανάταξη και ακινητοποίηση σε κνημοποδικό νάρθηκα. Αυτή η παρουσίαση αναφέρεται σε μια τέτοια κάκωση σε αθλητή παρκούρ ηλικίας 13 χρονών ύστερα από πτώση του από ύψος. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά χωρίς λειτουργικά ενοχλήματα στη τελευταία επανεξέταση.

Εισαγωγή

Οι κακώσεις της ποδοκνημικής σε παιδιά συχνά συσχετίζονται με κατάγματα της επιφυσιακής πλάκας. Το εξάρθρημα ποδοκνημικής χωρίς συνοδό κάταγμα αποτελεί σπάνια κάκωση ειδικότερα στα παιδιά με ανοικτές επιφύσεις. Στην βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί λιγότερα από 10 περιστατικά που να αφορούν τον παιδιατρικό πληθυσμό. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση ενός τέτοιου περιστατικού και η αντιμετώπισή του.

Αποτελέσματα

Επιλέχθηκε συντηρητική αντιμετώπιση της κάκωσης με ακινητοποίηση σε κνημοποδικό νάρθηκα για 6 βδομάδες. Στην συνέχεια ακολούθησε εντατική φυσικοθεραπεία. Ο ασθενής επανήλθε στις αθλητικές δραστηριότητες 6 μήνες μετά χωρίς λειτουργικά ενοχλήματα.

Συζήτηση

Τα κατάγματα της ποδοκνημικής καθώς και κατάγματα-εξαρθήματα αποτελούν συχνές κακώσεις στην ορθοπαιδική. Ωστόσο το εξάρθρημα της ποδοκνημικής χωρίς συνοδό κάταγμα αποτελεί εξαιρετικά σπάνια κάκωση. Οι κακώσεις αυτές μπορεί να είναι ανοιχτές ή κλειστές και συχνά είναι υψηλής ενέργειας όπως τροχαία ατυχήματα ή πτώσεις από ύψος. Ο συνηθέστερος μηχανισμός κάκωσης θεωρείται ότι είναι η μέγιστη πελματιαία κάμψη με ταυτόχρονη έσω κλίση του άκρου πόδα, ενώ σαν προδιαθεσικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί η υποπλασία του έσω σφυρού, τα επαναλαμβανόμενα διαστρέμματα και το σύνδρομο υπερελαστικότητας των αρθρώσεων(1). Όσο αφορά τον αναπτυσσόμενο σκελετό, το γεγονός ότι οι επιφύσεις είναι πιο αδύναμες δομές σε σύγκριση με τους αντίστοιχους συνδέσμους οδηγεί πιο συχνά σε διαχωρισμό της επίφυσης ή κάταγμα αυτής (2). Στην δικιά μας περίπτωση οι επιφύσεις είναι σχεδόν κλειστές στις απλές ακτινογραφίες, παρόλα αυτά στην μαγνητική που ακολούθησε για τον αποκλεισμό συνοδών κακώσεων οι επιφύσεις απεικονίζονται ανοιχτές σε φάση σύγκλησης (εικόνα 4).

Συζήτηση

Όσον αφορά την θεραπεία η αντιμετώπιση στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι συντηρητική. Οι ανοιχτές κακώσεις είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν χειρουργικά. Η τελευταία επιλογή επιτρέπει τον επιμελή χειρουργικό καθαρισμό και τη διερεύνηση και αντιμετώπιση των πιθανών συνοδών συνδεσμικών κακώσεων αν και το τελευταίο δεν τυγχάνει καθολικής συναίνεσης από την ορθοπαιδική κοινότητα (3,4). Ο Wroble κ.συν. αναφέρουν ότι η κλειστή ανάταξη μπορεί να επιτευχθεί εύκολα και η ιδανικότερη θεραπεία είναι η ακινητοποίηση με κνημοποδικό νάρθηκα για 6 βδομάδες με αποφυγή πλήρους φόρτισης τις πρώτες 3 βδομάδες (5). Στην περίπτωση μας επιτεύχθηκε κλειστή ανάταξη μετά την χορήγηση ήπιας αναλγησίας και τοποθετήθηκε κνημοποδικός νάρθηκας για 6 εβδομάδες. Η αποφόρτιση είχε διάρκεια ενός μήνα ακολουθούμενη από εντατική φυσικοθεραπεία. Ο ασθενής μας επέστρεψε στην πρότερη αθλητική του δραστηριότητα 6 μήνες μετά.

Υλικά και Μέθοδοι

Η ποδοκνημική άρθρωση είναι κατά βάση μια γίγγλυμη άρθρωση που εμφανίζει εγγενή σταθερότητα καθώς η παρεκτόπιση του αστραγάλου προς τα έσω και έξω παρεμποδίζεται από το έσω και έξω σφυρό αντίστοιχα. Στα παιδιά οι σύνδεσμοι είναι πιο ισχυροί από τις επιφυσιακές πλάκες, συνεπώς είναι πιο πιθανό να συμβεί κάταγμα δια της επίφυσης παρά εξάρθρημα χωρίς κάταγμα. Αυτή η παρουσίαση αναφέρεται σε μια τέτοια κάκωση σε αθλητή παρκούρ, ηλικίας 13 χρονών, ύστερα από πτώση του από ύψος (~ 1.5 μ). Ο ασθενής προσήλθε στα ΤΕΠ με παραμόρφωση της ποδοκνημικής άρθρωσης (εικόνα 1). Κατά την αρχική κλινική εξέταση ο άκρος πόδας ήταν μετατοπισμένος προς τα έσω με συνοδό τάση του δέρματος της έξω πλευράς. Επιπλέον, οι σφύξεις στην ραχιαία του ποδός ήταν ψηλαφητές χωρίς την παρουσία υπαισθησίας. Μετά τον απεικονιστικό έλεγχο με ακτινογραφίες επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του εξαρθήματος της ποδοκνημικής χωρίς συνοδό κάταγμα (εικόνα 2). Εξαιτίας της μη συνεργασίας του ασθενούς πραγματοποιήθηκε μόνο η προσθιοπίσθια προβολή. Μετά την ανάταξη, ακολούθησε επαναληπτικός απεικονιστικός έλεγχος ο οποίος επιβεβαίωσε την ανάταξη (εικόνα 3) καθώς επίσης και νευραγγειακός έλεγχος με φυσιολογικά ευρήματα. Εκτός των απλών ακτινογραφιών, ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική και μαγνητική τομογραφία οι οποίες απέκλεισαν τυχόν λανθάνουσες οστικές κακώσεις.



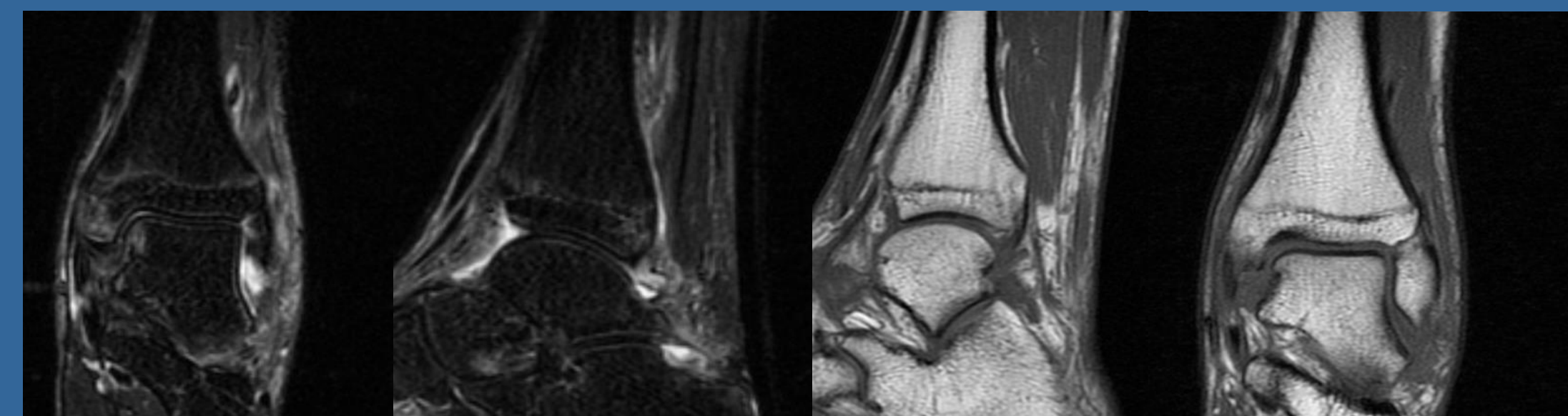
Εικόνα 1: Η φωτογραφία δείχνει την παραμόρφωση της άρθρωσης στο ΤΕΠ



Εικόνα 2 : Προσθιοπίσθια ακτινογραφία που απεικονίζει το εξάρθρημα της ποδοκνημικής



Εικόνα 3 : Ακτινογραφίες που απεικονίζουν την ποδοκνημική μετά την ανάταξη .



Εικόνα 4 : Στεφανιαίες και οβελιαίες τομές από τον μαγνητικό τομογράφο που απεικονίζουν την μερική σύγκλειση των επιφύσεων και οστικό οίδημα στο έσω σφυρό και στο βόλο του αστραγάλου.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Καλιντεράκης Γεώργιος
Α Ορθοπαιδική κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Email: gkalinterakis@gmail.gr
Phone: 6986227615

Συμπεράσματα

Το εξάρθρημα ποδοκνημικής χωρίς συνοδό κάταγμα αποτελεί σπάνια οντότητα σε παιδιά και εφήβους με ελάχιστα περιστατικά στην βιβλιογραφία. Η μακροπρόθεσμη πρόγνωση αυτών των κακώσεων χαρακτηρίζεται από καλά αποτελέσματα μετά από συντηρητική αντιμετώπιση.

Βιβλιογραφία

- Yurttaş Y, Kilinçoğlu V, Tokar S, Kürklü M, Atilla A, Başbozkurt M. Closed posteromedial dislocation of ankle in a 12 year-old boy: a case report. Cases J. 2009 Jul 17;2:6550. doi: 10.4076/1757-1626-2-6550. PMID: 19829824; PMCID: PMC2740112.
- J. Prost à la Denise, W. Tabib, F. Pauthier. Long-term result of a pure tibiotalar dislocation in a child. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2009 Jun 22;7:95. doi.org/10.1016/j.otsr.2009.06.007.
- Uyar M, Tan A, İşler M, Cetinus E. Closed posteromedial dislocation of the tibiotalar joint without fracture in a basketball player. Br J Sports Med. 2004 Jun;38(3):342-3. doi: 10.1136/bjsm.2002.003954. PMID: 15155441; PMCID: PMC1724820.
- Siddiqui BM, Parker S, Barry M, Moore D, Mangwani J. Consequences of a missed ankle dislocation in an adolescent. Foot (Edinb). 2014 Dec;24(4):195-9. doi: 10.1016/j.foot.2014.08.011. Epub 2014 Aug 27. PMID: 25248471.
- Wroble RR, Nepola JV, Malvitz TA. Ankle dislocation without fracture. Foot Ankle. 1988 Oct;9(2):64-74. doi: 10.1177/107110078800900202. PMID: 3066723.