



Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"

Συνδυασμένο κάταγμα κοτύλης – λεκάνης σύστοιχα με σύνθετο κάταγμα κνήμης σε πολυτραυματία.

Προεγχειρητικός σχεδιασμός και μεθοδολογία της οστεοσύνθεσης σε στάδια.

Μάρκος Ποσάντζης, Δημήτριος Κλαψάκης, Αναστάσιος Σμυρνής, Αριστοτέλης Στεφούδης, Αθανάσιος Κώνστας
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Συνδυασμένο κάταγμα κοτύλης – λεκάνης σύστοιχα με σύνθετο κάταγμα κνήμης σε πολυτραυματία. Προεγχειρητικός σχεδιασμός και μεθοδολογία της οστεοσύνθεσης σε στάδια.

Μάρκος Ποσάντζης, Δημήτριος Κλαψάκης, Αναστάσιος Σμυρνής, Αριστοτέλης Στεφούδης, Αθανάσιος Κώνστας ΣΚΟΠΟΣ: Η Περιγραφή της μεθοδολογίας οστεοσύνθεσης σε στάδια ενός σύνθετου περιστατικού πολυκαταγμάτων με συνδυασμένο κάταγμα κοτύλης (εγκάρσιο με κάταγμα οπισθίου τοιχώματος με εξάρθρωμα σύστοιχης ιερολαγονίου άρθρωσης), σύστοιχα με σύνθετο κάταγμα κνήμης (ανοιχτό grade 1 συντριπτικό διάφραση κνήμης με κάταγμα pilon) και ρήξη οπισθίου χιαστού συνδέσμου με οπίσθια έξω γωνία.

ΜΕΘΟΔΟΣ & ΥΛΙΚΟ: Ασθενής 37 ετών διακομίστηκε με αεροδιακομίδη στα ΤΕΠ του νοσοκομείου μας 12 ώρες μετά από τροχαίο ατύχημα με δίκυκλο. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός και κατά την κλινική εκτίμηση διαπιστώθηκε βράχυνση αρ κάτω άκρου και αδυναμία έκτασης της ποδοκνημικής (2/5). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία (body ct) με σκιαγραφικό και ανευρέθηκαν οι προαναφερθείσες κακώσεις.

Ακολούθησε σταδιακή χειρουργική αντιμετώπιση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:** Ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο με βελτίωση της κλινικής εικόνας της πάρεσης του περνιαίου νεύρου (3/5), αντιπηκτική αγωγή, fortathrin για 3 εβδομάδες και πρόγραμμα φυσικοθεραπείας.

Υποβλήθηκε σε κλινική και ακτινολογική παρακολούθηση σε διαστήματα 6 εβδομάδων και στους 8 μήνες επετεύχθη κλινική και ακτινολογική πύρωση των καταγμάτων και βελτίωση της κλινικής εικόνας του περνιαίου νεύρου (4/5).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αντιμετώπιση των σύνθετων κακώσεων της λεκάνης απαιτεί σωστή εκτίμηση του περιστατικού και σταδιακή αντιμετώπιση με βάση την φυσιολογική κατάσταση του ασθενούς. Η αξονική τομογραφία με ανασύσταση είναι σημαντικό εργαλείο στον προεγχειρητικό σχεδιασμό. Η χειρουργική ομάδα επίσης πρέπει να έχει εμπειρία και κατάλληλο εξοπλισμό (set εργαλείων, υλικών οστεοσύνθεσης).

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΣ
Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
Email: athkonstsas@yahoo.gr
Phone: 2132077256
Website:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα κάθε χρόνο συμβαίνουν στη χώρα μας 22.000 περίπου τροχαία ατυχήματα, που έχουν ως αποτέλεσμα το θάνατο 2.000 ανθρώπων και τον τραυματισμό άλλων 32.000. Δηλαδή κάθε χρόνο εξαφανίζεται μια ολόκληρη κωμόπολη από το χάρτη της Ελλάδας. Από το σύνολο των τραυματισμένων οι 4.000 είναι σοβαρά και από αυτούς το 15% καταλήγουν στο θάνατο, ενώ πολλοί μένουν ανάπηροι.

Είναι επίσης γεγονός ότι στην Ελλάδα μεταξύ των θυμάτων των τροχαίων ατυχημάτων –οδηγών και επιβατών-συμπεριλαμβάνονται κυρίως άτομα σε νεαρές ηλικίες.

Το αυτοκίνητο και η μοτοσυκλέτα είναι κομμάτια της ζωής όλων μας. Είναι μέσα μεταφοράς και εξυπηρέτησης στις καθημερινές μας ανάγκες. Ο τρόπος όμως με τον οποίο χρησιμοποιούνται είναι πολλές φορές η αιτία για τα θανατηφόρα ατυχήματα.

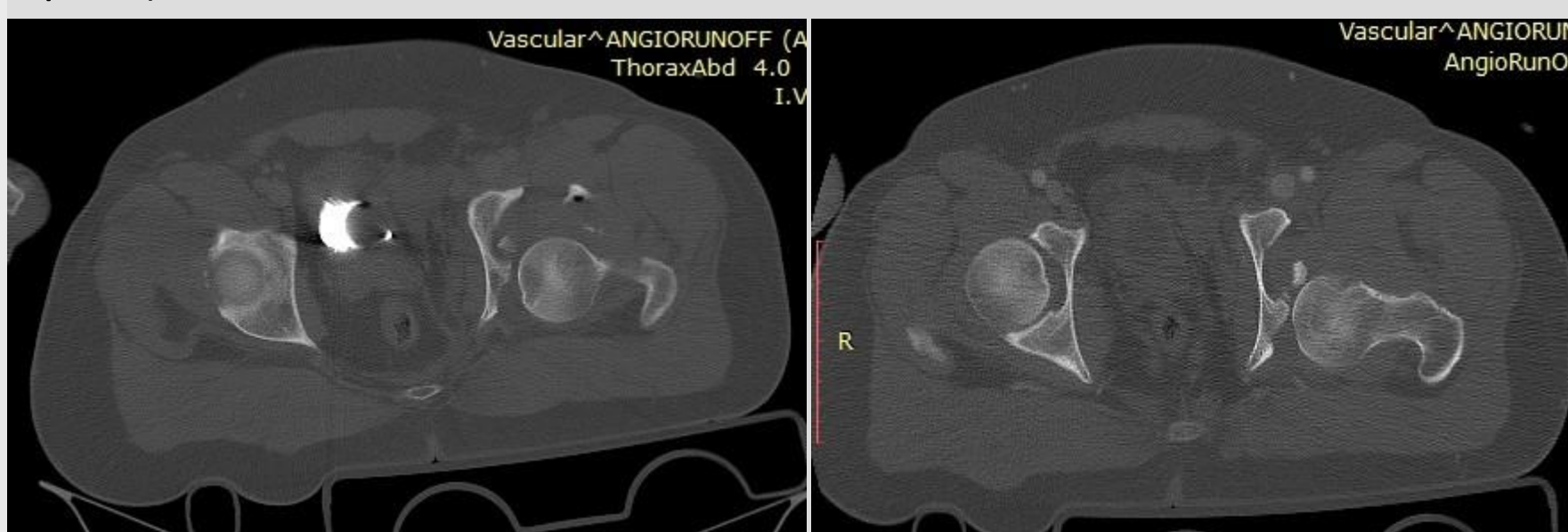
Οι τραυματίες, λόγω των μεγάλων ταχυτήτων, αποκομίζουν πιο σύνθετες και πιο σοβαρές κακώσεις που απαιτούν έναν οργανωμένο και μεθοδικό τρόπο αντιμετώπισης, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, είτε αφορά την επιβίωση τους είτε την βέλτιστη λειτουργική αποκατάστασή τους.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ

Άντρας 37 ετών διεκομίσθη με αεροδιακομίδη από την Πάρο λόγω πολλαπλών κακώσεων απότοκα τροχαίου με δίκυκλο που υπέστη 12 ώρες νωρίτερα. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός με GCS 15/15 και υπεβλήθη στις απαραίτητες κλινικοεργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις.

Ο έλεγχος ανέδειξε κλινική βράχυνση του Αρ κάτω άκρου και αδυναμία της ραχιαίας έκτασης της ΑΡ ΠΔΚ (2/5). Από τα άνω άκρα δεν παρουσίαζε κάτι παθολογικό.

Ακολούθησε σάρωση με whole body CT και ακτινολογικός έλεγχος της λεκάνης και του ΑΡ κάτω άκρου που ανέδειξαν κάκωση του πυελικού δακτυλίου τύπου APCII (διάσταση της ιερολαγονίου ΑΡ) εικ. 4, κάταγμα της κοτύλης ΑΡ (εγκάρσιο + οπίσθιο τοίχωμα) εικ. 1,2,3,4, με εξάρθρωμα της κεφαλής του ΑΡ μηριαίου και κάκωση της μηριαίας κεφαλής, ανοικτό κάταγμα, Gustillo II, της ΑΡ κνήμης εικ. 5 και κάταγμα της ΑΡ ΠΔΚ (τύπου pilon) εικ. 6.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όταν ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, έγιναν οι απαραίτητες διαδικασίες και μεταφέρθηκε στο χειρουργείο για κλειστή ανάταξη του εξαρθρήματος του Αρ ισχίου και τοποθέτηση προσωρινής εξωτερικής οστεοσύνθεσης στην ΑΡ κνήμη, αφού προηγήθηκε επιμελής έκπλυση με αρκετή ποσότητα φυσιολογικού ορού και ειδικού διαλύματος με αντιμικροβιακό παράγοντα.

5 ημέρες μετά, μιας και το επέτρεπε η γενική κατάσταση του, ο ασθενής οδηγήθηκε εκ νέου στο χειρουργείο όπου πραγματοποιήθηκε η ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση του κατάγματος της Αρ κνήμης και ποδοκνημικής (με τη χρήση mini fragment set, small fragment set και ανατομικής πλάκας κνήμης) αρχικά και ύστερα της ΑΡ ιερολαγονίου και του προσθίου τμήματος του εγκαρσίου κατάγματος της ΑΡ κοτύλης με μια πλάκα αντερείσματος.

Στο τραύμα της κνήμης έγινε μερική σύγκλιση, λόγω του οιδήματος των μαλακών μοριών, και ο ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ του νοσοκομείου για καλύτερη παρακολούθηση. (εικόνες δεξιά)

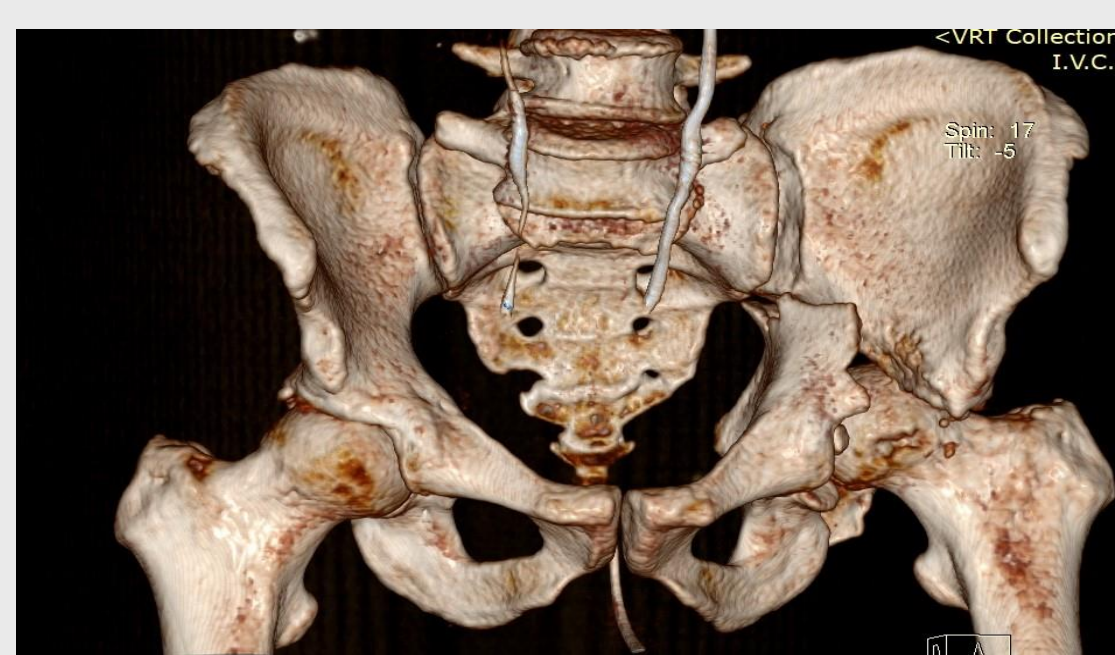
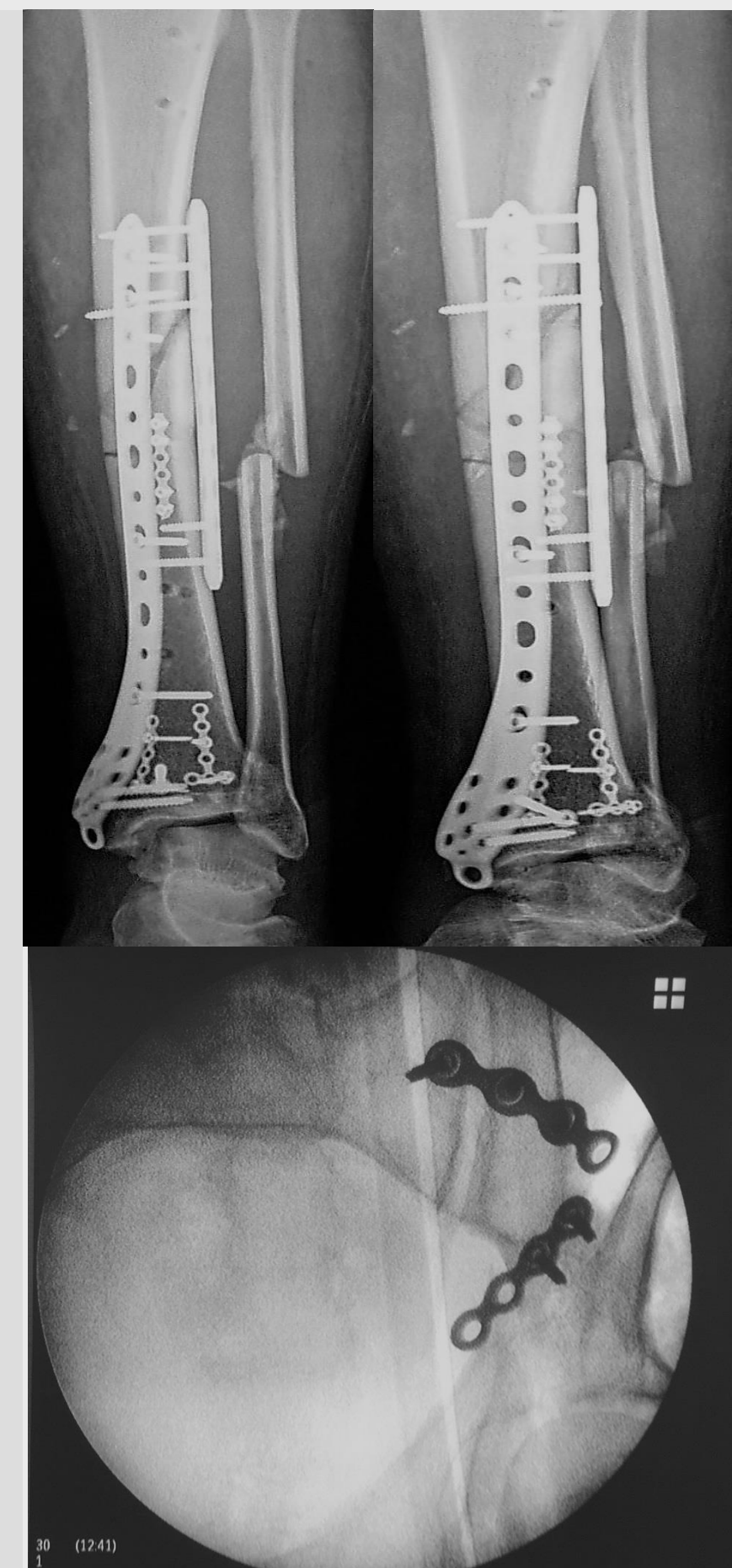


Figure 1. Κάταγμα Αρ κοτύλης.

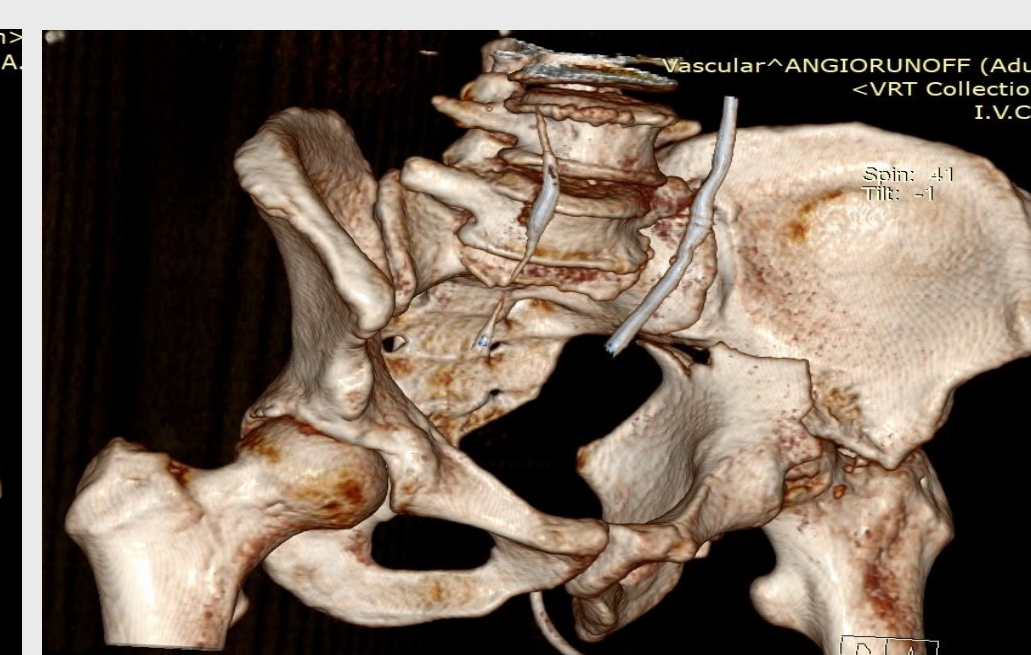


Figure 2. Κάταγμα Αρ κοτύλης.



Figure 3. Κάταγμα Αρ κοτύλης.

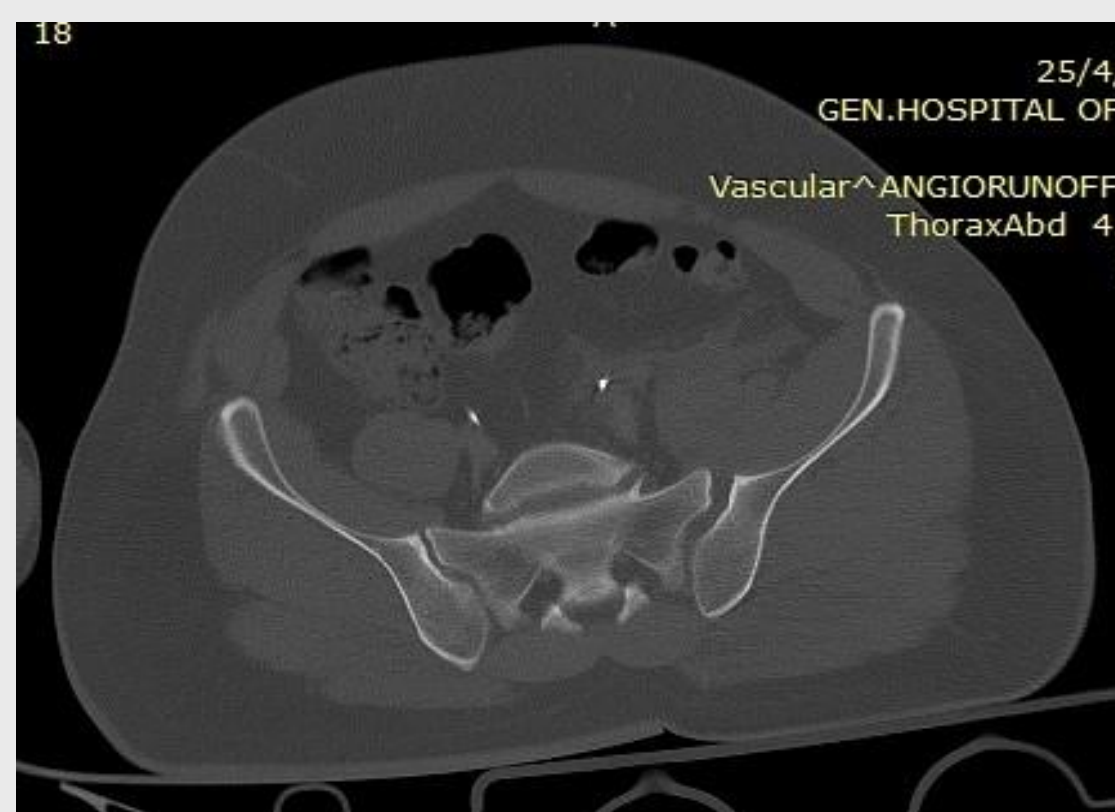


Figure 4. Διάσταση της ΑΡ ΙΛ

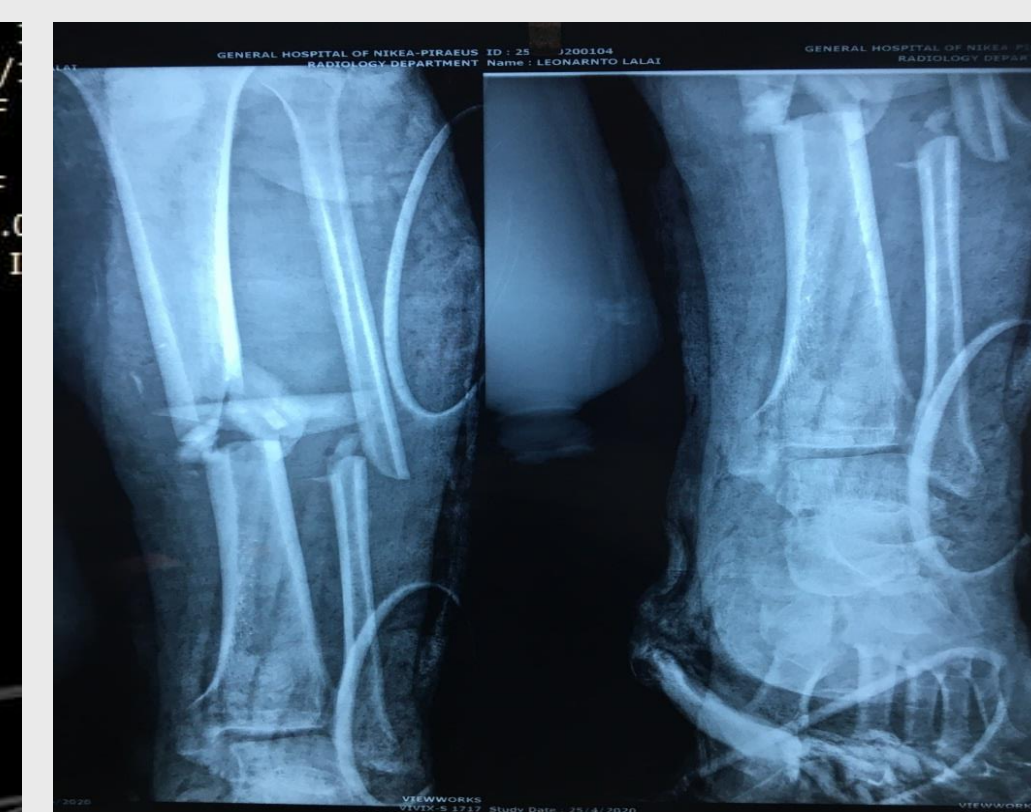


Figure 5. Κάταγμα της Αρ κνήμης

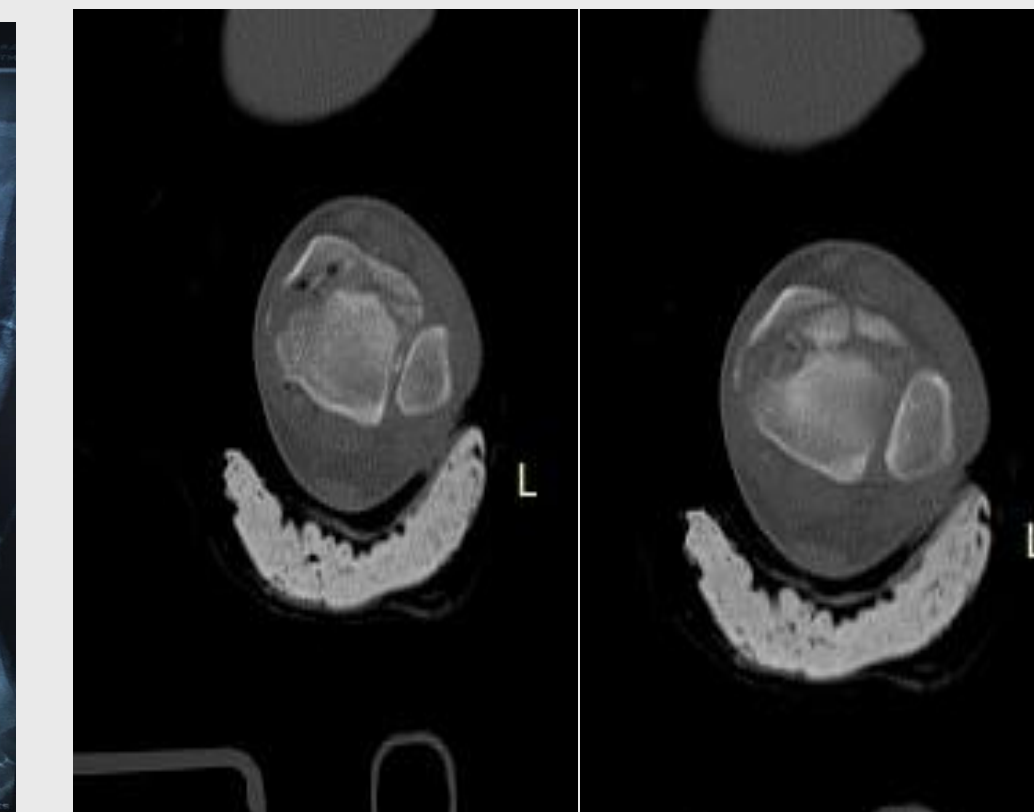


Figure 6. Κάταγμα Αρ ΠΔΚ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Την επόμενη ημέρα ο ασθενής χειρουργήθηκε μέσω της προσπέλασης Kocher Langenbeck για την οστεοσύνθεση του κατάγματος της ΑΡ κοτύλης, όπου και τοποθετήθηκαν 2 πλάκες για τα κατάγματα της οπίσθιας κολώνας και του οπισθίου τοιχώματος και 2 βίδες για την υποστήριξη του οπισθίου τοιχώματος.

Το τραύμα της κνήμης συγκλείσθηκε 5 ημέρες μετά το χειρουργείο της κνήμης. (εικόνες κάτω και δεξιά)

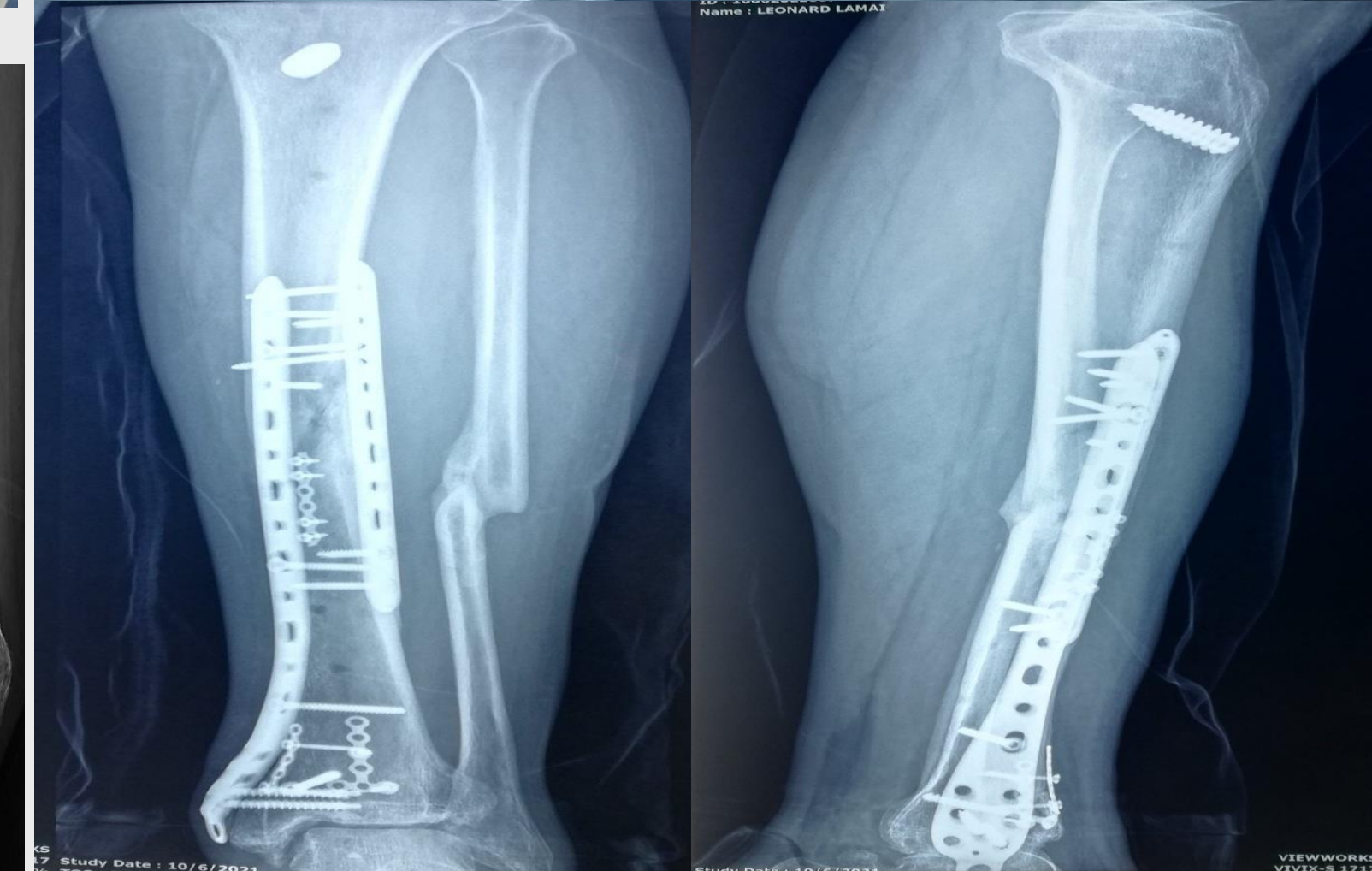
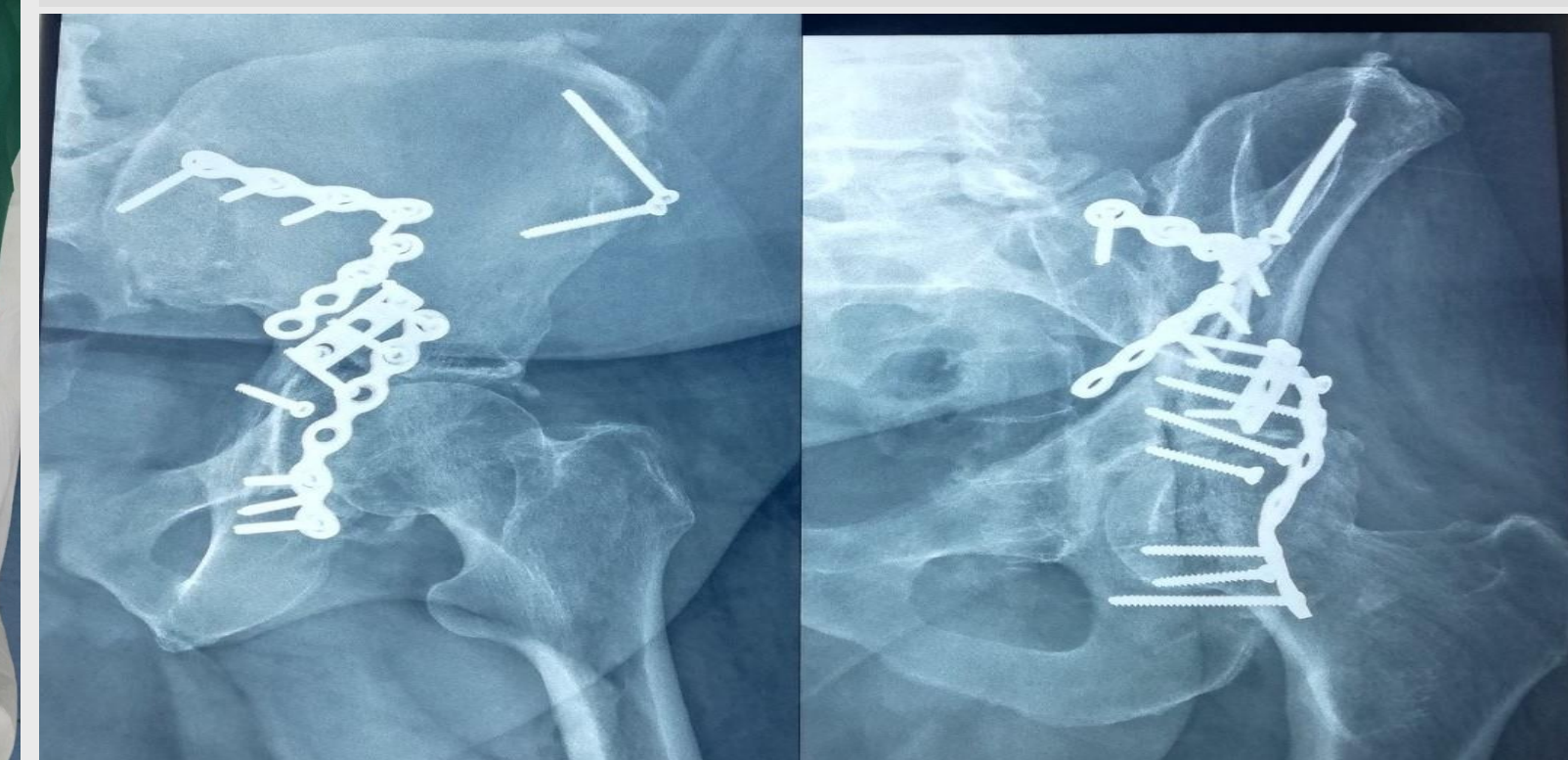


ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο με βελτίωση της κλινικής εικόνας της πάρεσης του περνιαίου νεύρου (3/5), αντιπηκτική αγωγή, fortathrin για 3 εβδομάδες και πρόγραμμα φυσικοθεραπείας.

Λόγω της αστάθειας του ΑΡ γόνατος, έγινε MRI στο γόνατο και διεγνώσθη ρήξη του ΟΧΣ για την οποία υπεβλήθη σε συνδεσμοπλαστική 1 μήνα και 1 βδομάδα περίπου μετά την αρχική κάκωση.

Υποβλήθηκε σε κλινική και ακτινολογική παρακολούθηση σε διαστήματα 6 εβδομάδων και στους 8 μήνες επετεύχθη κλινική και ακτινολογική πύρωση των καταγμάτων και βελτίωση της κλινικής εικόνας του περνιαίου νεύρου (4/5). (εικόνες κάτω)



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αντιμετώπιση των σύνθετων κακώσεων της λεκάνης απαιτεί σωστή εκτίμηση του περιστατικού και σταδιακή αντιμετώπιση με βάση την φυσιολογική κατάσταση του ασθενούς. Η αξονική τομογραφία με ανασύσταση είναι σημαντικό εργαλείο στον προεγχειρητικό σχεδιασμό. Η χειρουργική ομάδα επίσης πρέπει να έχει εμπειρία και κατάλληλο