

# ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΚΑΚΩΣΗ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Παναγιωτακόπουλος Γ., Γεωργιάδης Γ., Δασκαλόπουλος Β.  
 Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Το αντιβράχιο, ως ανατομική περιοχή, χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ φάσμα κακώσεων, των οποίων η ταξινόμηση είναι ιδιαίτερα δυσχερής, τόσο λόγω της ποικιλομορφίας όσο και εξαιτίας της σπανιότητας αυτού του τύπου των επιμέρους κακώσεων. Σας παρουσιάζουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό το οποίο αντιμετωπίσαμε στην κλινική μας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Άνδρας, 54 ετών, παρουσιάστηκε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών λόγω μεμονωμένης κάκωσης αριστερού αντιβραχίου συνεπεία πτώσης εξ ίδιου ύψους. Κατά τον ακτινολογικό έλεγχο αναδείχθηκε συντριπτικό κάταγμα του περιφερικού τριτημορίου της κερκίδας με συνοδά εξαρθήματα της άπω και εγγύς κερκιδωλενικής άρθρωσης. Ο ασθενής υπεβλήθη σε ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση της κερκίδας με χρήση διπλής προσπέλασης, ανοικτή ανάταξη της κεφαλής της κερκίδας και καθήλωση αυτής με Κ/Μ, και τέλος αποκατάσταση του δακτυλιοειδούς συνδέσμου με άγκυρες. Ακολούθησε ακινητοποίηση με τοποθέτηση βραχιονοπληξοκαρπικού γυψονάρθηκα για 4 εβδομάδες, ενώ στη συνέχεια, ο ασθενής ξεκίνησε άμεσα συνεδρίες φυσικοθεραπείας.

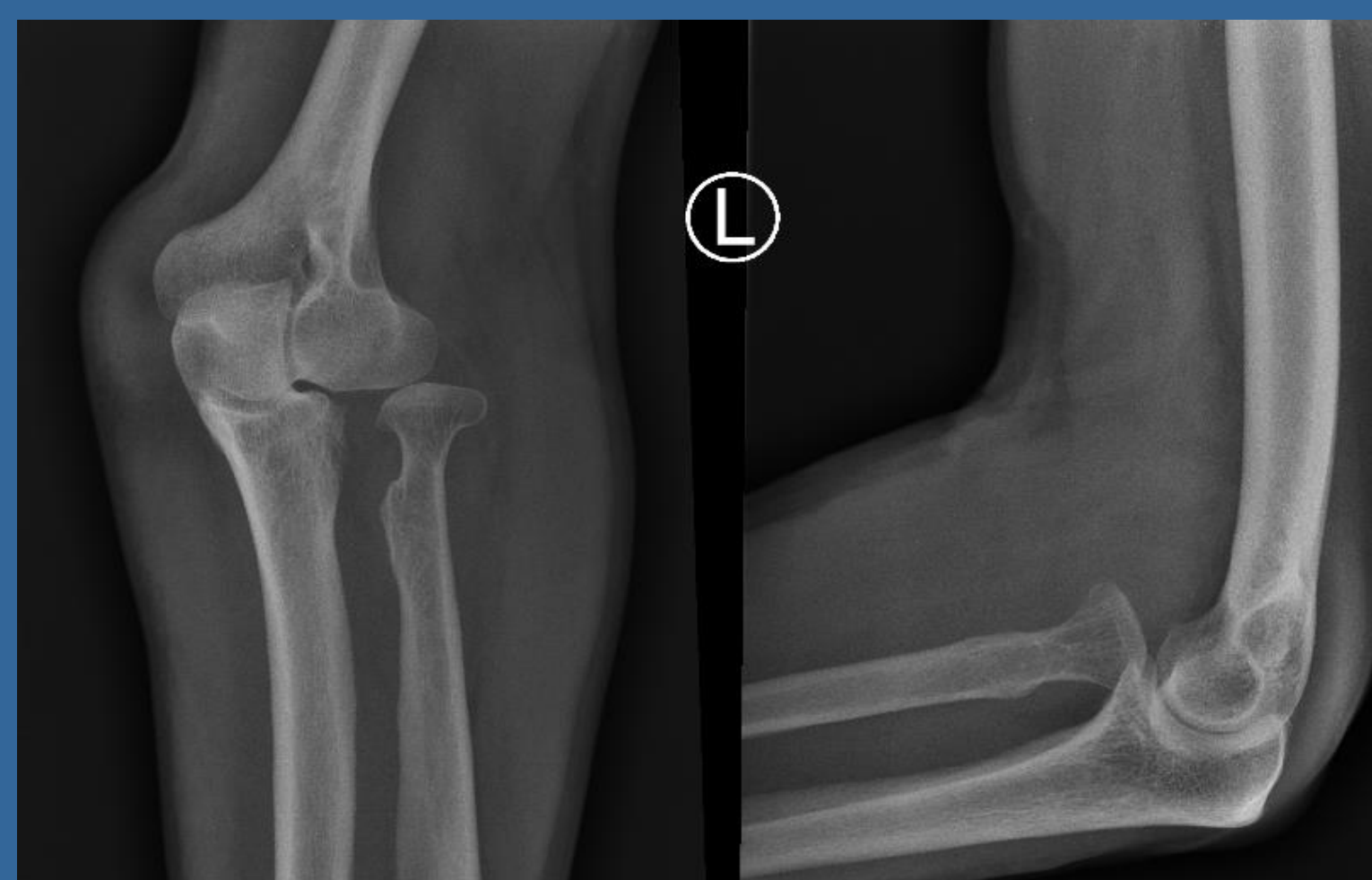
**Αποτελέσματα:** Μετά από 12 εβδομάδες από την αρχική κάκωση ο ασθενής παρουσιάζει ως προς τον αγκώνα έλλειμμα έκτασης και κάμψης, 20 και 10 μοίρες αντίστοιχα και έλλειμμα πρηνισμού-υπτιασμού 50 μοιρών. Ως προς την πηξοκαρπική κάμψη 30 μοίρες και έκταση 40 μοίρες.  
**Συμπεράσματα:** Οι σύνθετες κακώσεις του αντιβραχίου αποτελούν πρόκληση για το σύγχρονο Ορθοπαιδικό όχι μόνο λόγω των αντικειμενικών δυσκολιών της χειρουργικής επέμβασης αλλά και λόγω των ελλείπων δεδομένων της βιβλιογραφίας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αντιβράχιο αποτελεί μια ενιαία λειτουργική μονάδα, η οποία απαρτίζεται από την κερκίδα και την ωλένη, το μεσόστεο υμένα, καθώς και την άπω και την εγγύς κερκιδωλενική άρθρωση. Οι κερκιδωλενικές αρθρώσεις λειτουργούν ως τα σταθερά σημεία του αντιβραχίου, ενώ ο μεσόστεος υμένας συμβάλλει στη μεταφορά φορτίων από την κερκίδα στην ωλένη κατά τις κινήσεις του πρηνισμού και του υπτιασμού. Η μεμονωμένη κάκωση καθεμίας από τις προαναφερθείσες ανατομικές περιοχές, είτε οστού είτε συνδέσμου, αλλά και ο συνδυασμός αυτών των κακώσεων, δημιουργούν ένα εντυπωσιακό μωσαϊκό με τις κακώσεις τύπου Monteggia, Galeazzi και Essex-Lopresti να αποτελούν μόνο την κορυφή του παγόβουνου. Συνεπώς, η ταξινόμηση των κακώσεων του αντιβραχίου είναι ιδιαίτερα δυσχερής, τόσο λόγω της ποικιλομορφίας τους όσο και εξαιτίας της σπανιότητάς τους. Μόλις πρόσφατα έγινε προσπάθεια να περιγραφούν οι δυνατοί συνδυασμοί, βάση κυρίως των μεμονωμένων περιστατικών που έχουν δημοσιευτεί τα προηγούμενα έτη στη βιβλιογραφία<sup>1</sup>.

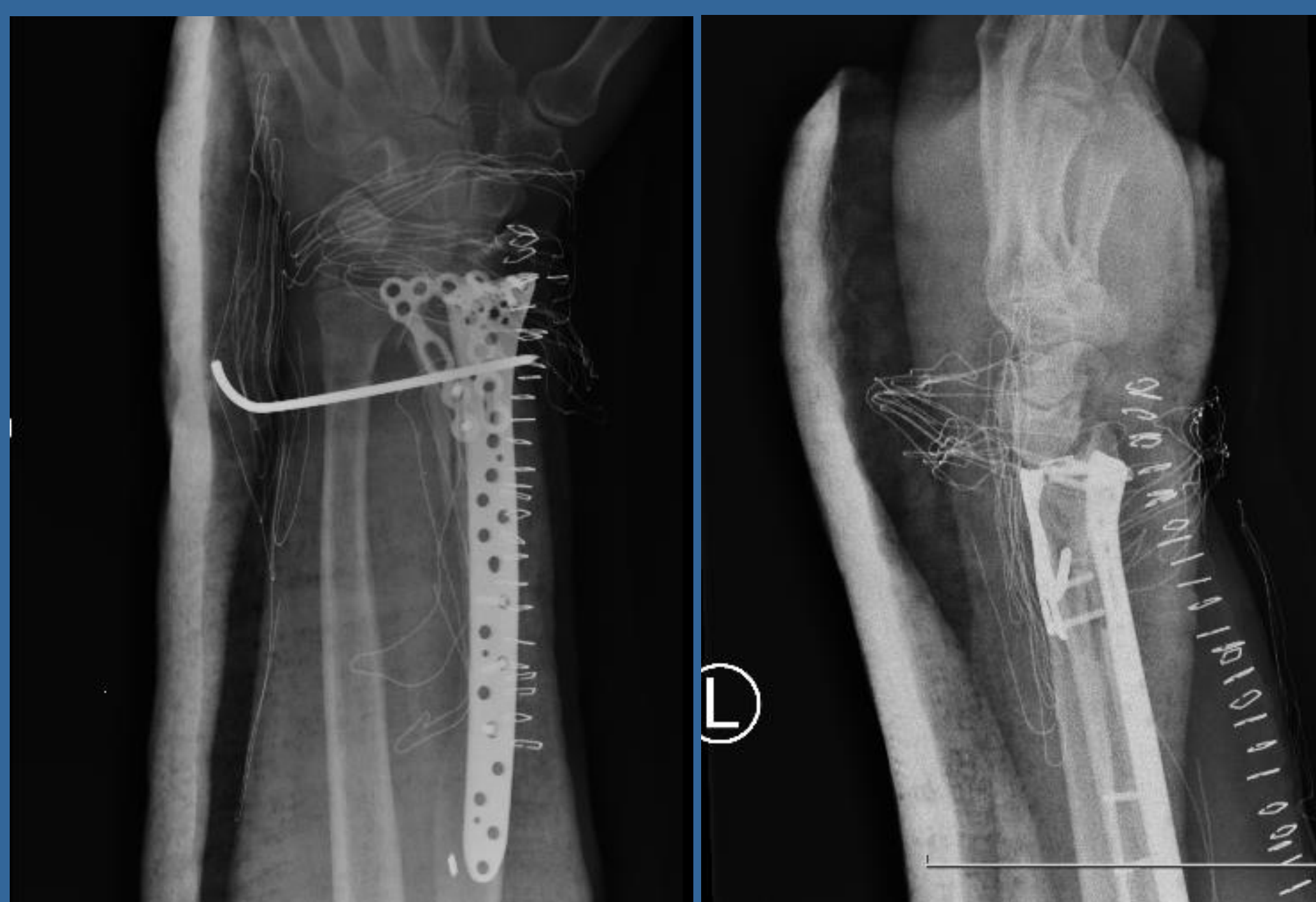


Προεγχειρητικές λήψεις.



## ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής, άρρεν, 54 ετών, δεξιόχειρας, με ατομικό ιστορικό μελαγχρωστικής αμφιβληστροειδοπάθειας, μεταφέρθηκε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών του νοσοκομείου μας, λόγω μεμονωμένης κάκωσης αριστερού αντιβραχίου ύστερα από πτώση εξ ίδιου ύψους. Διαπιστώθηκε ευαισθησία του αριστερού αντιβραχίου και διάχυτο οίδημα, εκτεινόμενο από την πηξοκαρπική έως και τον αγκώνα, και αστάθεια σε βλαισότητα του τελευταίου. Το άκρο ελέγχθηκε νευραγωγικά κατά φύσιν. Κατά τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε συντριπτικό κάταγμα του περιφερικού τριτημορίου της κερκίδας με συνοδά εξαρθήματα της άπω και εγγύς κερκιδωλενικής άρθρωσης. Ο ασθενής οδηγήθηκε εντός 24ώρου στο χειρουργείο. Επιπροσθέτως, διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε ρήξη του έσω πλαιγίου συνδέσμου και πλήρης αστάθεια του αγκώνα. Υπεβλήθη σε ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση της κερκίδας με πλάκα και βίδες με χρήση διπλής προσπέλασης. Αρχικά, με τροποποιημένη παλαμαία προσπέλαση τύπου henry, έγινε αποκατάσταση του μήκους της κερκίδας και ακολούθως σε συνδυασμό με τυπική ραχιαία προσπέλαση, έγινε προσπάθεια αποκατάστασης της αρθρικής επιφάνειας. Τοποθετήθηκαν πλάκα και βίδες, τόσο παλαμαία όσο και ραχιαία, για συγκράτηση της τελικής ανάταξης. Ακολούθησε ανοικτή ανάταξη της κεφαλής της κερκίδας με προσπέλαση τύπου Boyd, καθήλωση της στον κόνδυλο του βραχιονίου με Κ/Μ, με τον αγκώνα σε θέση κάμψης 90 μοιρών και το αντιβράχιο σε ημιπρηνή θέση, αποκατάσταση του δακτυλιοειδούς συνδέσμου με χρήση δύο αγκυρών, και τέλος ανάταξη της άπω κερκιδωλενικής άρθρωσης και συγκράτηση αυτής με Κ/Μ. Το άκρο ετέθη σε βραχιονοπληξοκαρπικό γυψονάρθηκα για 4 εβδομάδες. Στις 4 εβδομάδες αφαιρέθηκαν τόσο ο νάρθηκας όσο και τα Κ/Μs και ο ασθενής ξεκίνησε άμεσα συνεδρίες φυσικοθεραπείας.



## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έξι μήνες μετεγχειρητικά, ο ασθενής παρουσιάζει ως προς τον αγκώνα, φυσιολογική κάμψη και έλλειμμα έκτασης 15 μοίρες, με συνοδό έλλειμμα πρηνισμού-υπτιασμού 40 μοιρών στο αντιβράχιο. Ως προς την πηξοκαρπική, ο ασθενής παρουσιάζει 30 μοίρες κάμψης χωρίς έλλειμμα στην έκταση. Στις μετεγχειρητικές ακτινογραφίες είναι εμφανής η ανάγκη για εκ νέου διόρθωση της κλίσης της αρθρικής επιφάνειας της κερκίδας. Επιπλέον, ο ασθενής διαμαρτύρεται για άλγος στην πηξοκαρπική κατά την κάμψη αυτής, το οποίο κατά πάσα πιθανότητα αποδίδεται σε άσκηση πίεσης από τη ραχιαία πλάκα επί του μηροειδούς.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι κακώσεις του αντιβραχίου στις οποίες συμμετέχουν και τα τρία συνδεσμικά σταθεροποιητικά στοιχεία, δηλαδή τόσο η εγγύς και η άπω κερκιδωλενική άρθρωση όσο και ο μεσόστεος υμένας, είναι ιδιαίτερα σπάνιες και ελάχιστα περιστατικά έχουν δημοσιευθεί στην βιβλιογραφία. Στην δική μας περίπτωση, η επιπλέον των υπολοίπων κακώσεων, ρήξη του έσω πλαιγίου συνδέσμου του αγκώνα, καθιστά το εν λόγω περιστατικό ακόμα πιο σπάνιο και συνεπώς η αντιμετώπιση του αποτελεί πραγματική πρόκληση. Όταν στην κάκωση συμμετέχουν και τα τρία συνδεσμικά σταθεροποιητικά στοιχεία, είναι αναγκαία η αποκατάσταση τουλάχιστον των δύο εξ αυτών προκειμένου να αποφευχθεί η επιμήκης αστάθεια<sup>2</sup>. Σε αυτές τις περιπτώσεις, μετά την αντιμετώπιση του κατάνυκτος, πρώτος και εφικτός στόχος της χειρουργικής ομάδας είναι η αποκατάσταση της άπω και της εγγύς κερκιδωλενικής άρθρωσης, ενώ μέχρι στιγμής, στην βιβλιογραφία δεν έχει αναφερθεί διόρθωση του μεσόστεου υμένα σε πρώτο χρόνο. Εάν μετεγχειρητικά, παρατηρείται επιμήκης αστάθεια, τότε πραγματοποιείται ανακατασκευή του μεσόστεου υμένα<sup>3</sup>.



Μετεγχειρητικές ακτινογραφίες

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κατάγματα-εξαρθήματα του αντιβραχίου συνήθως αναφέρονται ονομαστικά στην βιβλιογραφία (π.χ. Monteggia), ωστόσο είναι εμφανές πως τέτοιου είδους ταξινομήσεις δεν είναι ακριβείς και δεν μπορούν να συμπεριλάβουν όλους τους τύπους των κακώσεων του αντιβραχίου<sup>2</sup>. Η ταξινόμηση αυτών των κακώσεων είναι απαραίτητη προκειμένου να καθοριστεί επιτυχώς ένα πλάνο αντιμετώπισης. Επί του παρόντος ελλείψει βιβλιογραφικών δεδομένων, η αντιμετώπιση των σύνθετων κακώσεων του αντιβραχίου γίνεται κατά περίπτωση και βάση της κρίσεως και της εμπειρίας του θεράποντα χειρουργού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Dumontier C, Soubeyrand M (2014) The Forearm Joint. In: Bentley G (ed) European Surgical Orthopaedics and Traumatology: The EFORT Textbook. Springer, Berlin, Heidelberg, pp 1509–1524
- Fracture-dislocations of the forearm joint: a systematic review of the literature and a comprehensive locker-based classification system;Artiaco et al. J Orthop Traumatol (2020) 21:21
- Kihara H., Short W.H., Werner F.W., Fortino M.D., Palmer A.K. The stabilizing mechanism of the distal radioulnar joint during pronation and supination. J Hand Surg Am. 1995;20(6):930–936

## ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΙΛΙΑΤΩΝ  
 ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
 ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΠΑΚΟΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ  
 ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 2664360374