



Ωμοθωρακικός Διαχωρισμός. Μια Σπάνια Κάκωση. Παρουσίαση Περιστατικού

Βλάχος Χρήστος, Παπαρηγορακης Ευτύχιος, Μαρουγκλιάνης Βασίλειος, Αθανάσιος Γαλάνης, Βασιλειάδης Ηλίας, Πνευματικός Σπυρίδων

Γ' Ορθοπεδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

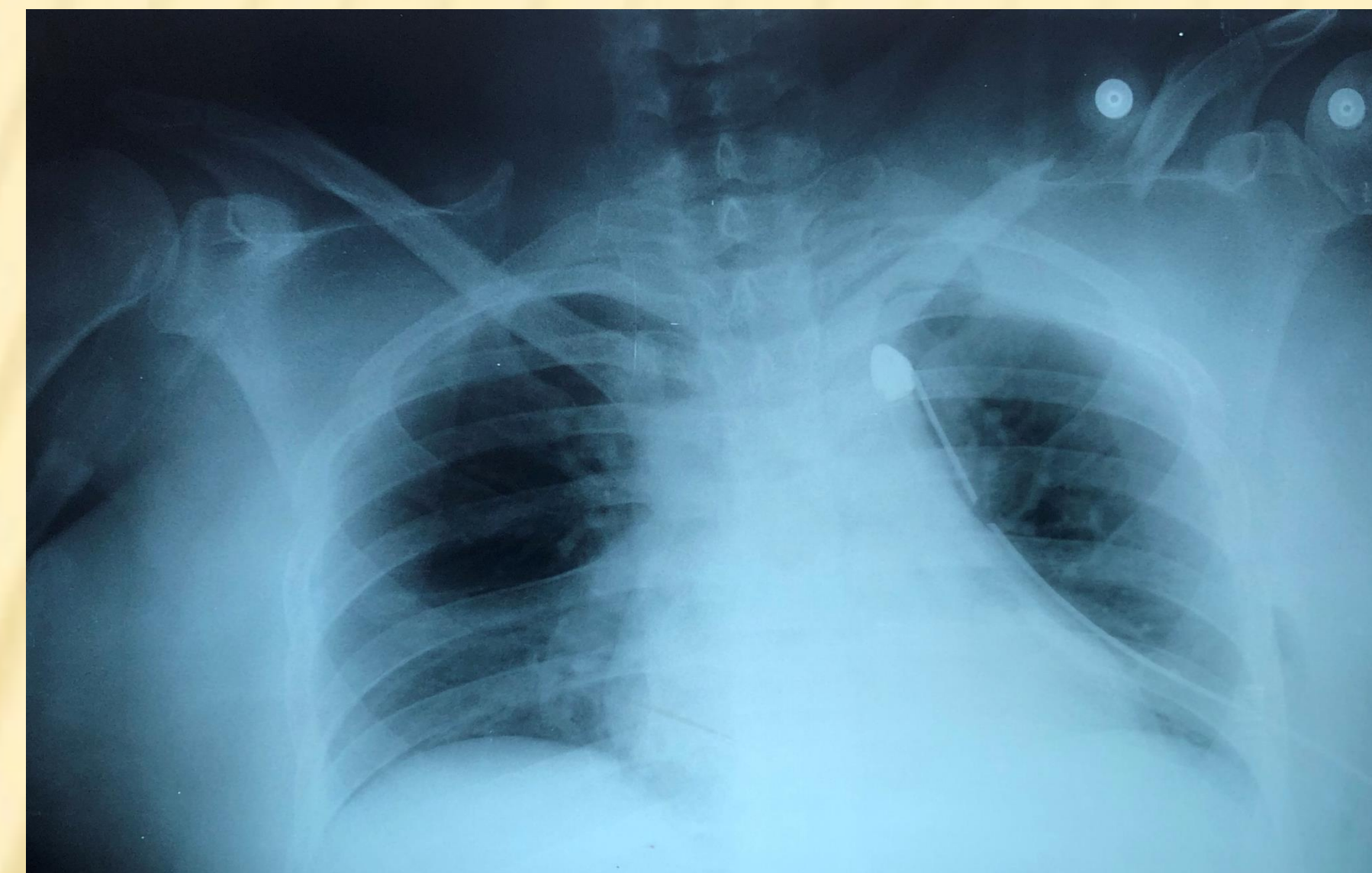
Ο ωμοθωρακικός διαχωρισμός αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια και δυνητικά καταστροφική κάκωση του ωμικού συμπλέγματος. Προκαλείται από βίαιο μηχανισμό κάκωσης, κατά κύριο λόγο τροχαία ατυχήματα με δίκυκλα (44%) και αυτοκίνητα (35%). Η θνητότητα των ασθενών φτάνει σε ποσοστό 10% , κυρίως λόγω των συνοδών κακώσεων. [1] Η διάγνωσή του χρήζει αυξημένο βαθμό υποψίας και επαγρύπνησης από τον κλινικό ιατρό τόσο κατά τον κλινικό όσο και τον απεικονιστικό έλεγχο του ασθενούς.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

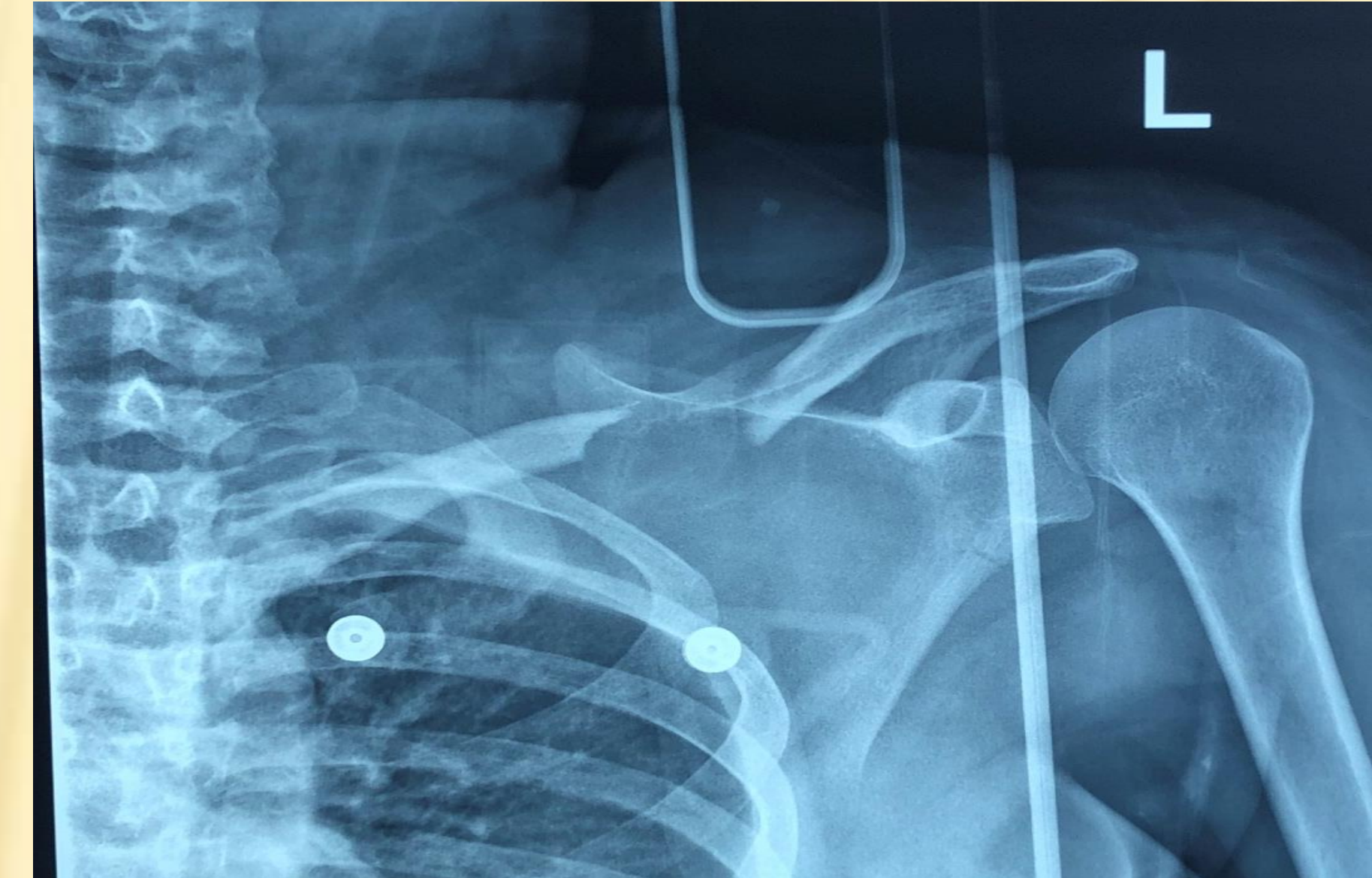
Γυναίκα 24 ετών προσεκομίσθη αιμοδυναμικά ασταθής στα ΤΕΠ του νοσοκομείου μας κατόπιν τροχαίου ατυχήματος με το αυτοκίνητό της. Αντιμετώπιστηκε αρχικά βάσει του πρωτοκόλλου ATLS, ενώ κατά την δευτερεύουσα εκτίμηση και τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκαν πνευμονικές θλάσεις άμφω, κατάγματα αποφυσιακών αρθρώσεων AP των Α6-7 σπονδύλων, κατάγματα των Θ4-5-6-7 σπονδύλων και κατάγματα εγκαρσίων αποφύσεων AP των Α7, Ο1-2-3-4 σπονδύλων, χωρίς νευρολογική σημειολογία. Τέλος διαπιστώθηκε εικόνα ωμοθωρακικού διαχωρισμού συνεπεία κατάγματος ωμοπλάτης AP και παρεκτοπισμένου κατάγματος κλείδας AP (3,5εκ), χωρίς λύση της συνέχειας του υπερκείμενου δέρματος. Το AP άνω άκρο δεν παρουσίαζε κάποια νευρολογική ή αγγειακή σημειολογία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

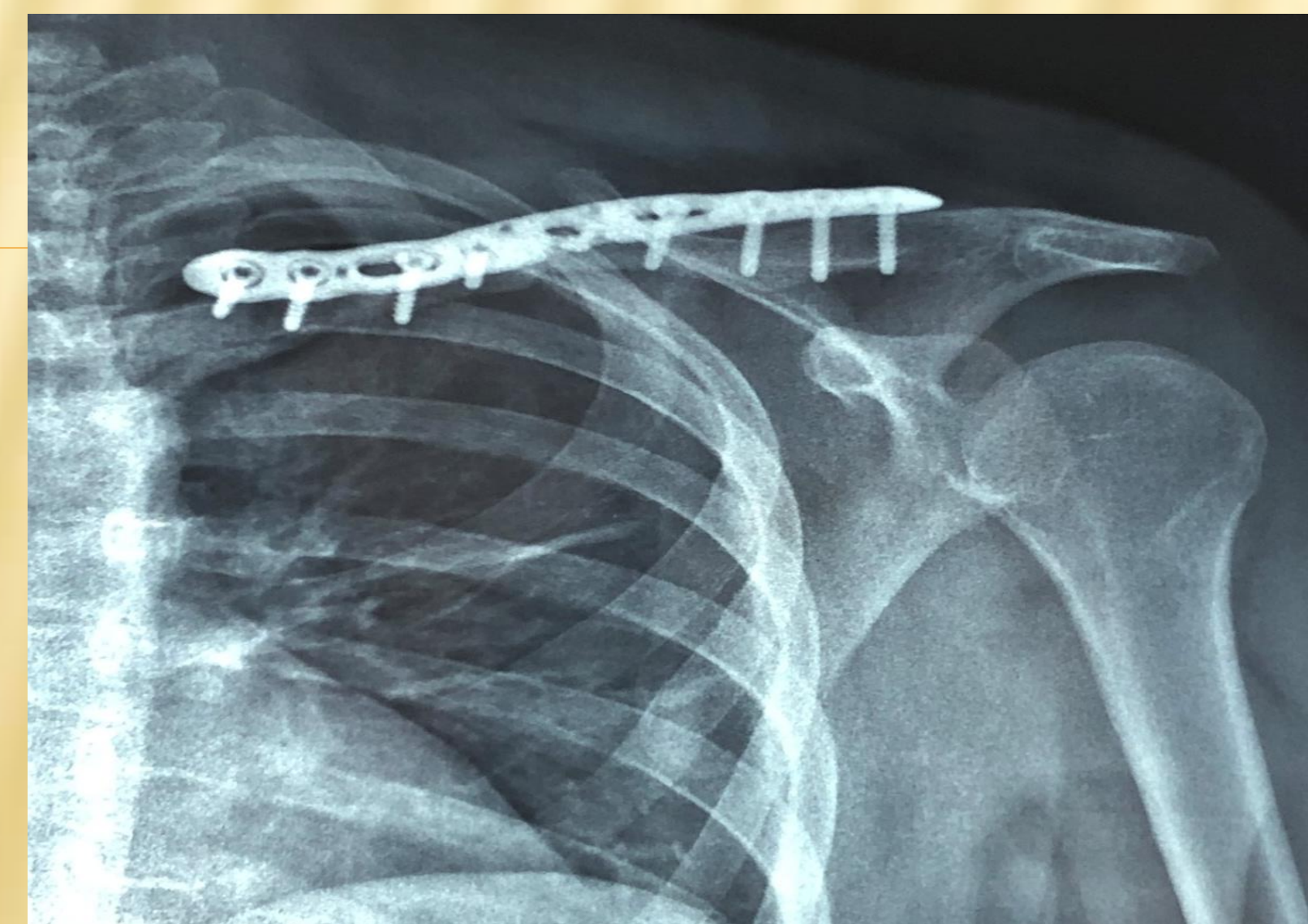
Μόλις η κατάσταση της ασθενούς σταθεροποιήθηκε προχωρήσαμε σε ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση του κατάγματος της κλείδας.. Τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με αυχενικό κολάρο τύπου Philadelphia και θώρακο-οσφυϊκό νάρθηκα τύπου Taylor. Η ασθενής κινητοποιήθηκε άμεσα MTX και ήδη από τον τρίτο μήνα MTX το κλινικό αποτέλεσμα ήταν πολύ καλό (πλήρες εύρος ωμικής ζώνης άνευ άλγους).



Εικ.1. Επικεντρωμένη ακτινογραφία θώρακος



Εικ.2. Κάταγμα Κλείδας



Εικ. 3. Τρεις μήνες MTX



Εικ.4. Τέσσερις μήνες MTX

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο ωμοθωρακικός διαχωρισμός περιγράφηκε πρώτη φορά από τους Oreck και συν. ως από μια πλάγια παρεκτοπισμένη ωμοπλάτη που μπορεί να συνοδεύεται από ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, με κύρια την ρήξη του βραχιονίου πλέγματος και των υποκλείδιων αγγείων, με συνήθως άθικτο υπερκείμενο δέρμα .[1] Οφείλεται συχνότερα σε παρεκτοπισμένο κάταγμα της κλείδας, και σπανιότερα σε εξάρθρωμα της ακρωμοκλειδικής ή της στερνοκλειδικής άρθρωσης. [2] Το 40% των ασθενών φέρει ένα συνοδό κάταγμα βραχιονίου, κερκίδας ή ωλένης, ενώ το 20% θα υποστεί ακρωτηριασμό του πάσχοντος σκέλους.[3] Ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η αξιολόγηση μιας επικεντρωμένης ακτινογραφίας θώρακος, με τα άνω άκρα σε ουδέτερη στροφή, όπου συγκρίνουμε την απόσταση του έσω ορίου της ωμοπλάτης από την ακανθώδη απόφυση της ΘΜΣΣ σε κάθε πλευρά. Φυσιολογικά η διαφορά των δύο θα πρέπει να είναι μικρότερη από 1εκ.[1] Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά αφενός την σειρά και τον τρόπο αντιμετώπισης των σκελετικών βλαβών του ωμοθωρακικού διαχωρισμού, και αφετέρου την απόφαση για ακρωτηριασμό ή μη του πάσχοντος σκέλους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Choo AM. Scapulothoracic Dissociation. Evaluation and Management. American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2017;25(5):339-347.
2. Brucker PU, Gruen GS, Kaufmann RA. Scapulothoracic dissociation: evaluation and management. Injury, Int. J. Care Injured. 2005;36:1147—1155.
3. Branca L, Monesi M. Scapulothoracic dissociation: ‘a devastating shoulder’ injury. Acta Biomed. 2019;90:150-153.