

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

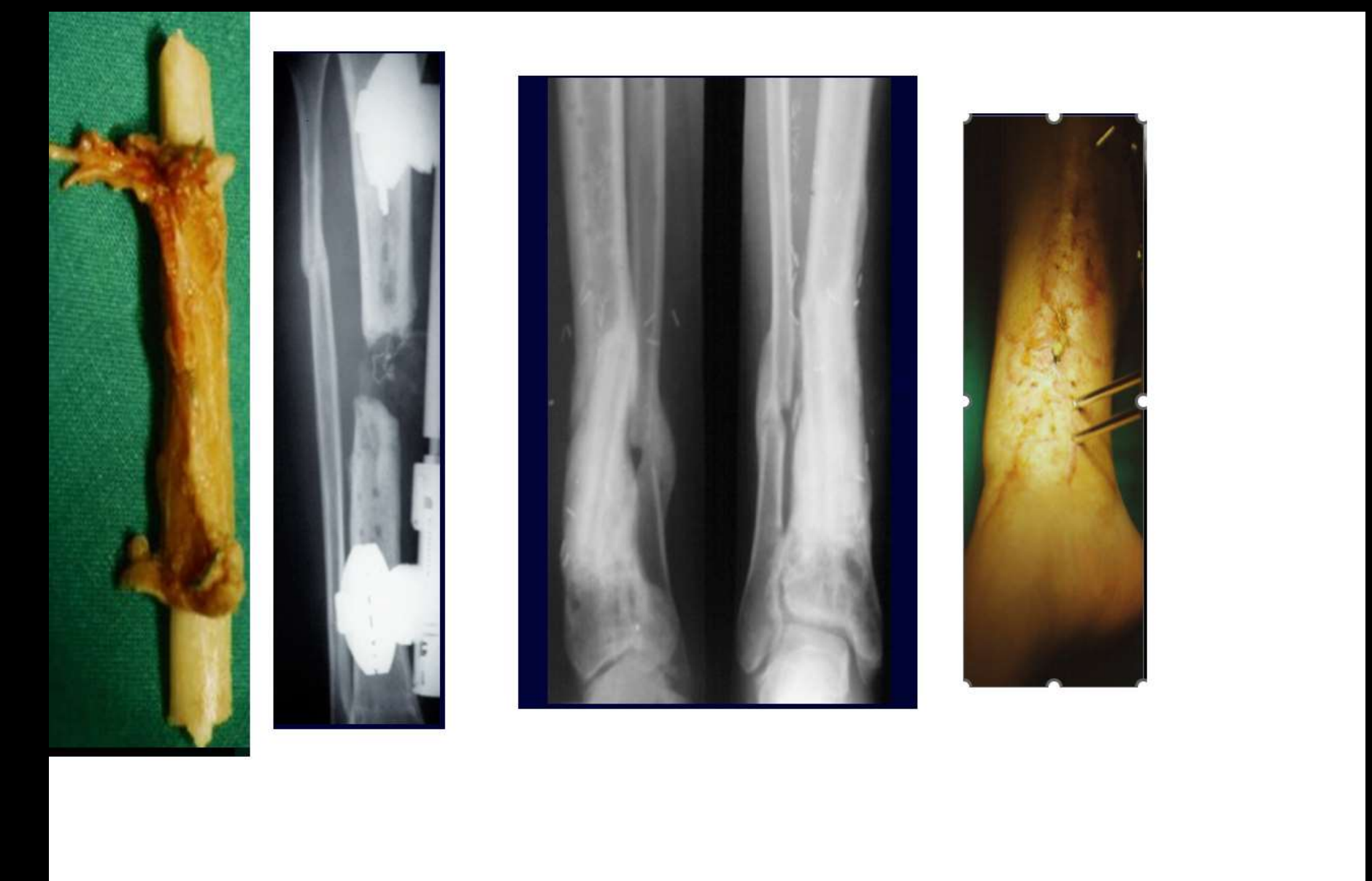
Η παρουσίαση της περίπτωσης ασθενούς με χρόνια οστεομυελίτιδα κεντρικής κνήμης, που αντιμετωπίστηκε με πολλαπλές επεμβάσεις και διαφορετικές χειρουργικές τεχνικές μέχρι την επίτευξη της επούλωσης.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

- Ασθενής 25 ετών, θήλυ, εισήχθη στην Κλινική με διάγνωση χρόνιας οστεομυελίτιδας (ΔΕ) κνήμης, 15 χρόνια από την αρχική διάγνωση και τέσσερις υποτροπές μετά από χειρουργική αντιμετώπιση. Παθογόνος μικροοργανισμός (*Staphylococcus haemolyticus*) απομονώθηκε την τρίτη φορά που ελήφθη οστική βιοψία.
- Η ασθενής παρουσιάστηκε με πόνο στο (ΔΕ) σκέλος και πυρετό, με αποτυχία της αρχικής θεραπείας (ναρθηκοποίηση, ενδοφλέβια αντιβιοτικά, χειρουργικό καθαρισμό).
- Επτά ημέρες μετά, υπεβλήθη σε εκτομή του συνόλου του παθολογικού και μη βιώσιμου ιστού, με τοποθέτηση τσιμέντου εμποτισμένου με αντιβιοτικά και σταθεροποίηση με Taylor Spatial Frame (TSF).
- Τέσσερις μήνες αργότερα, το κενό της επαγόμενης μεμβράνης πληρώθηκε με αυτομόσχευμα λαμβανόμενο με την τεχνική RIA σε ίση ποσότητα με αλλομόσχευμα.
- Σε επιπλέον 3 μήνες τοποθετήθηκε εκ νέου αυτομόσχευμα στην περιοχή του οστικού ελλείμματος.
- Κατά τον 7^ο μήνα μετά την εφαρμογή της μεθόδου Masquelet, το περιφερικό σημείο σύνδεσης απέτυχε να πωρωθεί.
- Έτσι, 9 μήνες από την αρχική επέμβαση αντιμετώπισης οστικού ελλείμματος, πραγματοποιήθηκε μεταφορά Ελεύθερου Αγγειούμενου Κρημνού Περόνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Ακτινολογικά σημεία πύρωσης ήταν παρόντα 3,5 μήνες μετεγχειρητικά.
- Παρά τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων και το χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση, η ασθενής 1,5 έτος από την προσέλευσή της είναι ελεύθερη λοίμωξης, κινητοποιείται με πλήρη φόρτιση, χωρίς πόνο – σημαντικά λειτουργικά ενοχλήματα σε καθημερινή δραστηριότητα.



Χρήση ελεύθερου αγγειούμενου κρημνού περόνης προς αποκατάσταση ιστικού ελλείμματος κνήμης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα προκύπτοντα οστικά ελλείμματα μετά από χρόνια οστεομυελίτιδα αποτελούν πρόκληση για την Ορθοπαιδική Χειρουργική. Ο Ελεύθερος Αγγειούμενος Κρημνός Περόνης αποτελεί αξιόπιστη επιλογή, ειδικά μετά από αποτυχία προηγούμενης τεχνικής επαγόμενης μεμβράνης.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. El-Negery A, Elmoghazy NA, Abd-Ellatif MS, Elgeidi A. Vascularized fibular medialization for reconstruction of the tibial defects following tumor excision. Int Orthop 2017.
2. Tu YK, Yen CY. Role of vascularized bone grafts in lower extremity osteomyelitis. Orthop Clin North Am 2007.
3. Tu YK, Yen CY, Yeh WL, Wang IC, Wang KC, Ueng WN. Reconstruction of posttraumatic long bone defect with free vascularized bone graft: good outcome in 48 patients with 6 years' follow-up. Acta Orthop Scand 2001.
4. Shin EH, Shin AY. Vascularized bone grafts in orthopaedic surgery. JBJS Rev 2017.
5. Chacha PB, Ahmed M, Daruwalla JS. Vascular pedicle graft of the ipsilateral fibula for non-union of the tibia with a large defect. An experimental and clinical study. J Bone Joint Surg Br 1981.
6. Masquelet AC, Fitoussi F, Begue T, Muller GP. Reconstruction of the long bones by the induced membrane and spongy autograft. Ann Chir Plast Esthet 2000.
7. Mansour TM, Ghanem IB. Preliminary results of the induced membrane technique for the reconstruction of large bone defects. J Pediatr orthop 2017.
8. Ilizarov GA, Ledyayev VI. The replacement of long tubular bone defects by lengthening distraction osteotomy of one of the fragments. 1969. Clin Orthop Relat Res 1992.