

# Οξεία, χαμηλής βίας ρήξη καταφυτικού τένοντα τρικεφάλου σε αθλητή σωματικής διάπλασης. Θα μπορούσε να συσχετιστεί με τη μακροχρόνια χρήση σταναζόλης;

Δημήτριος Ντουραντώνης<sup>1</sup>, Ιωάννα Λιανού<sup>2</sup>, Σταματία Χατζηπέρη<sup>3</sup>, Ανδρέας Φιλιππόπουλος<sup>3</sup>, Ιωάννης Φραγκάκης<sup>3</sup>

1. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
2. Ορθοπαιδική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
3. Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, «Άγιος Ανδρέας»

## Εισαγωγή

Η πλήρης ρήξη του τρικεφάλου αποτελεί μια σπάνια κάκωση, που εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς μεταξύ 30 και 50 ετών, με αναλογία ανδρών προς γυναικών 3:2 και περιγράφηκε πρώτη φορά το 1868 από τον Partridge<sup>1</sup>.

Μεταξύ των προδιαθεσικών παραγόντων για τη ρήξη του καταφυτικού τένοντα του τρικεφάλου περιλαμβάνονται συστηματικές παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η νεφρική οστεοδυστροφία και ο δευτερογενής υπερπαραθυρεοειδισμός, καθώς και χρόνιες παθήσεις του αγκώνα όπως η χρόνια θυλακίτιδα. Τέλος, η ρήξη είναι πιο συχνή στους αθλητές<sup>2</sup>, ενώ η χρήση αναβολικών στεροειδών έχει συσχετιστεί με τη ρήξη, όπως και η τοπική ένεση κορτικοστεροειδών<sup>3</sup>.

Η οξεία ρήξη μπορεί να είναι αποτέλεσμα άμεσης πλήξης ή αιφνίδιας και βίαιης κάμψης του αγκώνα που βρίσκεται σε έκταση. Διακρίνεται σε μερική και πλήρη ρήξη, συνήθως αφορά απόσπαση του τένοντα από το οστό, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και στη μυοτενόντια συμβολή. Η διάγνωση και η θεραπεία της κάκωσης μπορεί να διαλάβει, ειδικά στις περιπτώσεις των μερικών ρήξεων.

## Υλικά και μέθοδος

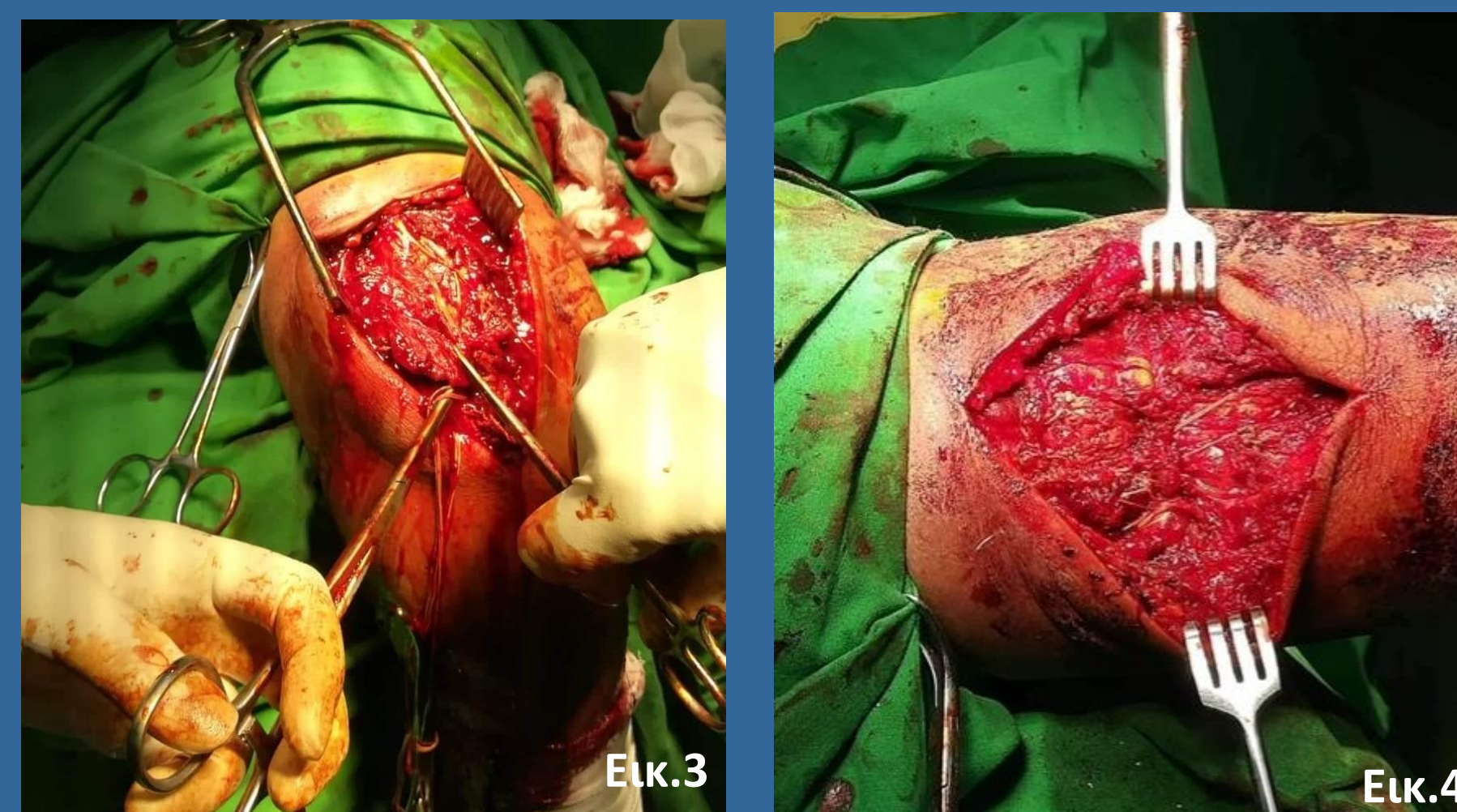
Άνδρας 32 ετών, επαγγελματίας αθλητής σωματικής διάπλασης προσέρχεται λόγω αιφνιδίου άλγους και διόγκωσης της οπίσθιας επιφάνειας του αριστερού αγκώνα μετά από απότομο ελιγμό με την μοτοσυκλέτα του στην προσπάθεια αποφυγής σύγκρουσης με άλλο όχημα. Ο ασθενής εμφανίζεται περιπατητικός, αρνείται πτώση από το όχημα, καθώς και οποιασδήποτε άλλη επαφή του σώματος του ή σύγκρουσης κατά τη διάρκεια του αναφερόμενου συμβάντος.

Από το ατομικό ιστορικό προκύπτει τακτική λήψη πολλών σκευασμάτων στεροειδών αναβολικών, κυρίως στανοζολόλης χωρίς τα απαραίτητα κατά τον ίδιο διαστήματα διακοπών που χρειάζονται κατά τη λήψη τέτοιων σκευασμάτων.

Επιπλέον αναφέρει στεφανιαία νόσο, η οποία αντιμετωπίστηκε με αγγειοπλαστική προ εξαμήνου και έκτοτε λαμβάνει διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε ευμεγέθης διόγκωση και αιμάτωμα στην κατάφυση του τρικεφάλου και μείωση της μυϊκής ισχύος κατά την έκταση του αγκώνα. Ακολούθησε ακτινολογικός (εικ.1,2) έλεγχος όπου δεν διαπιστώθηκε αποσπαστικό κάταγμα του ωλεκράνου και η υποψία της διάγνωσης επιβεβαιώθηκε με υπερηχογραφικό έλεγχο και μαγνητική τομογραφία του αγκώνα.



Εικόνες 1,2: ακτινογραφίες αγκώνα f/p, χωρίς ένδειξη οστικής απόσπασης



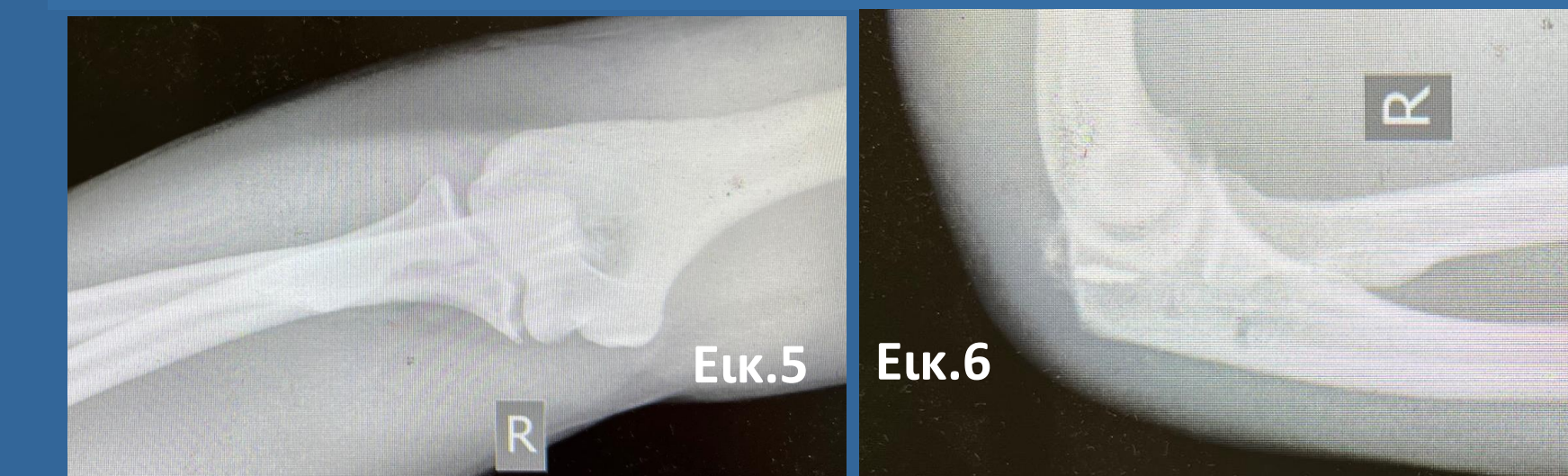
Εικόνες 3,4: απεικόνιση της ρήξης και επανακαθίλωση

## Αποτελέσματα

Ακολούθησε χειρουργική αποκατάσταση κατά την οποία ανευρεθεί υφολική ρήξη του καταφυτικού τένοντα του τρικεφάλου (αναγνωρίστηκε συνέχεια λίγων τενόντιων ινών στην έξω επιφάνεια).

Μετά τον καθαρισμό και την νεαροποίηση των επιφανειών έγινε επανακαθίλωση στην κατάφυση του με τεχνική double row (εικ. 3,4). Πραγματοποιήθηκε επιμελής αιμόσταση, ενώ δεν παρατηρήθηκαν μετεγχειρητικές επιπλοκές από το τραύμα ή ευμέγεθες αιμάτωμα.

Ακολούθησε ακινητοποίηση σε έκταση και προοδευτική αύξηση της κάμψης για χρονικό διάστημα 6 εβδομάδων. Ο αθλητής εμφανίζει πολύ καλά λειτουργικά αποτελέσματα στο εξάμηνο, με ικανοποιητικό ανώδυνο πλήρες εύρος κίνησης (εικ. 5,6, 7,8,9,10,11,12).



Εικόνες 5,6: ακτινογραφίες αγκώνα face/ profile 6 μήνες μετεγχειρητικά



Εικόνες 7,8,9,10,11,12. : κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα κατά τον επανέλεγχο 6 μήνες μετεγχειρητικά



## Συμπεράσματα

Η χρήση αναβολικών στεροειδών και ιδιαίτερα της σταναζόλης έχει συσχετιστεί με ρήξεις τενόντων συμπεριλαμβανομένου του τρικεφάλου ακόμη και σε περιπτώσεις κακώσεων χαμηλής βίας.

Το ιστορικό σε συνδυασμό με τη φυσική εξέταση και την κλινική υποψία είναι σημαντικό για την έγκαιρη αντιμετώπιση ειδικά των πλήρων ρήξεων και την αποκατάστασή τους, δεδομένης της σημασίας της αντιμετώπισης σε σύντομο διάστημα μετά από τη ρήξη (2 έως 3 εβδομάδες<sup>4</sup>). Κλειδί στην αποκατάσταση είναι αποφυγή χρήσης τέτοιων ουσιών καθώς ο κίνδυνος αποτυχίας ή και επαναρρήξης είναι ιδιαίτερα υψηλός.

## Βιβλιογραφία

1. Partridge A. A case report of a case of ruptured triceps cubiti. Medical Times Gazette. 1868;1:175.
2. Sollender JL, Rayan GM, Barden GA. Triceps tendon rupture in weight lifters. J Shoulder Elbow Surg 1998;7(2):151–3. 10.
3. Stannard JP, Bucknell AL. Rupture of the triceps tendon associated with steroid injections. Am J Sports Med 1993;21(3):482–5.
4. van Riet RP, Morrey BF, Ho E, et al. Surgical treatment of distal triceps ruptures. J Bone Joint Surg Am 2003;85-A(10):1961–7