

ΕΓΧΟΝΔΡΩΜΑ ΑΠΩ ΦΑΛΑΓΓΑΣ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Μαργαρίτα-Μιχαέλα Αμπαδιωτάκη, Χρήστος Βλάχος, Ευτύχιος Παπαγρηγοράκης, Αθανάσιος Γαλάνης, Παντελής Μητσικώστας, Ηλίας Βασιλειάδης, Φίλιππος Γιαννούλης
Κλινική Χεριού-Μικροχειρουργική Άνω Άκρου, ΓΝΑ ΚΑΤ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι οστεολυτικές βλάβες του αντίχειρα είναι αρκετά σπάνιες και απαιτούν προσεκτική αξιολόγηση των πιθανών αιτιών τους. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός άντρα 31 ετών που υπέστη παθολογικό κάταγμα του αριστερού του αντίχειρα, όπου οι απεικονιστικές εξετάσεις αποκάλυψαν μια οστεολυτική βλάβη της άπω φάλαγγας. Μετά την πώρωση του κατάγματος πραγματοποιήθηκε χειρουργική απόξεση της βλάβης. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε την διάγνωση του εγχονδρώματος. Η μετεγχειρητική περίοδος ήταν ομαλή χωρίς επιπλοκές ή σημεία υποτροπής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το εγχόνδρωμα είναι ο πιο κοινός καλοήθης όγκος του χεριού. Συνήθως συμβαίνει μεταξύ της πρώτης και της τέταρτης δεκαετίας ζωής των ατόμων και προσβάλλει κυρίως τις εγγύς φάλαγγες και τα μετακάρπια στην ωλένια πλευρά του χεριού. Προσβάλλει τον αντίχειρα σε ποσοστό 10% και την άπω φάλαγγα αυτού σε ακόμα μικρότερο βαθμό. Μπορεί να παρουσιαστεί ως τυχαίο εύρημα ή στο 40-60% με πόνο, οίδημα και δυσκαμψία μετά από παθολογικό κάταγμα. Στην ιστοπαθολογική εξέταση αναγνωρίζονται υαλοειδής χόνδρος και οστικά κύτταρα. Οι οστεολυτικές βλάβες του αντίχειρα είναι εξαιρετικά σπάνιες και χρήζουν ιδιαίτερης επαγρύπνησης όσον αφορά την διάγνωση και την θεραπεία τους, δεδομένου της σημαντικότητας του αντίχειρα στην λειτουργικότητα του χεριού.

Άνδρας 31-ετών παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία αιτιώμενος επίμονο πόνο και οίδημα στον αριστερό του αντίχειρα μετά από τραυματισμό χαμηλής ενέργειας. Αναφέρει, ωστόσο, ήπιο οίδημα και παραμόρφωση του όνυχος του αντίχειρα από ενός έτους. Στην κλινική εξέταση έχει δυσκαμψία της ΕΦΦ και ευαισθησία στην ψηλάφηση.

Οι ακτινογραφίες αποκάλυψαν μια περιγεγραμμένη οστεολυτική βλάβη της άπω φάλαγγας με συνοδό κάταγμα για το οποίο τοποθετήθηκε νάρθηκας. Στην ΑΤ η βλάβη προκαλεί λέπτυνση του φλοιού και καταλαμβάνει τα 2/3 της φάλαγγας. Έχει οξέα και καλά περιγεγραμμένα όρια, τα οποία διασπώνται στην περιοχή του κατάγματος, ενώ δεν παρατηρείται επιμετάλλωση της θεμέλιας ουσίας. Στην ΜΤ υπάρχει χαμηλό σήμα στην ακολουθία T1 με περιφερική ενίσχυση του σκιαγραφικού, ενώ στην T2 το σήμα είναι αυξημένο απόρροια του αιματώματος (Εικόνα 1).

Έγινε βιοψία δια βελόνης (tru-cut), τα ευρήματα της οποίας όμως ήταν μη διαγνωστικά. Ο νάρθηκας διατηρήθηκε για 4 βδομάδες, έως ότου υπάρξει πώρωση του κατάγματος, χωρίς όμως να παρατηρηθεί επαναπλήρωση της κοιλότητας. Χειρουργικά ακολουθήθηκε η έξω προσπέλαση με προστασία της νευραγγειακής δέσμης και των καμπτήρων. Πραγματοποιήθηκε βαθύς χειρουργικός καθαρισμός της βλάβης, πλήρωση της κοιλότητας με αυτόλογο λαγόνιο μόσχευμα του ασθενούς και επανατοποθέτηση νάρθηκα για δύο βδομάδες.

Η ανοικτή βιοψία αποκάλυψε νησίδια ώριμου υαλοειδούς χόνδρου εντός φυσιολογικών οστικών κυττάρων, χαρακτηριστικά εγχονδρώματος.

Έγιναν επανεκτιμήσεις σε έναν, έξι και δώδεκα μήνες με ακτινογραφίες και αξονική. Στα δυο χρόνια ΜΤΧ η ακτινογραφία δείχνει πλήρη πώρωση χωρίς εικόνα υποτροπής. Ο ασθενής έχει DASH score ίσο με 96, πλήρες και ανώδυνο εύρος κίνησης, ενώ επιμένει μια ήπια παραμόρφωση της άπω φάλαγγας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το εγχόνδρωμα παρουσιάζεται απεικονιστικά ως μια καλά περιγεγραμμένη οστεολυτική βλάβη με λέπτυνση του φλοιού και σκληρωτική άλω περιμετρικά. Επίσης χαρακτηριστική είναι η παρουσία ασβεστοποιήσεων, οι οποίες στην περίπτωσή μας ήταν απύσες, καθιστώντας την διάγνωση δύσκολη.

Η διαφορική διάγνωση των οστεολυτικών βλαβών του χεριού περιλαμβάνει τον γιγαντοκυτταρικό όγκο, το εγχόνδρωμα, την ανευρυσματική κύστη και το χονδροσάρκωμα. Το τελευταίο συνήθως είναι επώδυνο και τοπικά επιθετικό με επέκταση στα μαλακά μέρη και παρουσία ακτινοδιαφυγών, ασβεστοποίησης και περιοστικής αντίδρασης στην αξονική και μαγνητική τομογραφία. Ο γιγαντοκυτταρικός όγκος χαρακτηρίζεται από επίμονο πόνο, χωρίς όμως κάταγμα, οστική καταστροφή και συμμετοχή των μαλακών μοριών. Η ανευρυσματική κύστη αρκετά συχνά υποχωρεί αυτόματα και εμφανίζεται κυρίως στις εγγύς φάλαγγες και με την ύπαρξη διαφραγμάτων στον απεικονιστικό έλεγχο.

Η θεραπεία του εγχονδρώματος εξαρτάται από την παρουσία συμπτωμάτων. Εάν αυτό ανακαλυφθεί σε τυχαίο έλεγχο μπορεί να ακολουθηθεί η συντηρητική οδός με τακτικούς επανελέγχους. Εάν όμως παρουσιαστεί με συμπτώματα ή παθολογικό κάταγμα τότε χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης. Πραγματοποιείται πλήρης χειρουργική απόξεση της βλάβης και εν συνεχεία πλήρωση της κοιλότητας είτε με αυτόλογο οστικό μόσχευμα είτε με οστικό τσιμέντο από υδροξυαπατίτη ή φωσφορικό ασβέστιο. Ωστόσο πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι το μόσχευμα είναι απαραίτητο μόνο σε περιπτώσεις έντονης λέπτυνσης του φλοιού ή γεινίασης της βλάβης με την αρθρική επιφάνεια. Έχει επίσης προταθεί ότι η επικουρική χρήση αλκοόλης και burr υψηλής ταχύτητας μειώνει την πιθανότητα υποτροπών.

Όσον αφορά το δίλημμα της κατάλληλης χρονικής στιγμής του χειρουργείου σε περιπτώσεις κατάγματος, δεν υπάρχει ακόμα μια καθολικά αποδεκτή απάντηση. Αρκετές μελέτες δεν αναφέρουν διαφορές στην χειρουργική έκβαση, ωστόσο η πώρωση του κατάγματος προσφέρει χρόνο για καλύτερη χειρουργική προσπέλαση, χωρίς οίδημα των μαλακών μοριών και χωρίς κίνδυνο νέου διεγχειρητικού κατάγματος.

Στην βιβλιογραφία τα ποσοστά υποτροπής της χειρουργικής αντιμετώπισης του εγχονδρώματος κυμαίνονται από 2% όταν γίνει μόνο απόξεση, 3,2% μετά από χρήση αυτομοσχεύματος και 0% όταν η κοιλότητα πληρωθεί με τσιμέντο ή άλλες οστεοεπαγωγικές ουσίες. Ωστόσο, οι μελέτες αυτές δεν πραγματοποίησαν επανεκτίμηση μετά τα πέντε έτη. Ταυτόχρονα, ως πιο συχνή επιπλοκή αναφέρεται λοίμωξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο αντίχειρας είναι απαραίτητος για την αποτελεσματική λειτουργία του χεριού, συνεπώς οι οστεολυτικές του βλάβες χρήζουν ενδελεχούς αξιολόγησης και απεικόνισης. Η χρονική στιγμή του χειρουργείου είναι ακόμα υπό αμφισβήτηση, καθώς η προϊούσα πώρωση ή μη του κατάγματος μπορεί να διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο διεγχειρητικά.



Εικόνα 1. Οστεολυτική βλάβη άπω φάλαγγας αντίχειρα με συνοδό κάταγμα σε X-Ray, CT, MRI



Εικόνα 2. Δύο χρόνια ΜΤΧ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Lubahn JD, Bachoura A. Enchondroma of the Hand: Evaluation and Management. J Am Acad Orthop Surg. 2016 Sep;24(9):625-33. doi: 10.5435/JAAOS-D-15-00452. PMID: 27454024.
- Tang C, Chan M, Fok M, Fung B. Current management of hand enchondroma: a review. Hand Surg. 2015;20(01):191-195.
- Montero, L. M., Ikuta, Y., Ishida, O., Fujimoto, Y., & Nakamasu, M. (2002). ENCHONDROMA IN THE HAND. RETROSPECTIVE STUDY — RECURRENCE CASES. Hand Surgery, 07(01), 7-10. doi:10.1142/s021881040200089.
- Yasuda M, Masada K, Takeuchi E. Treatment of enchondroma of the hand with injectable calcium phosphate bone cement. JHand Surg. 2006;31A:98-102.
- Yamamoto T, Nagira K, Kurosaka M. Periosteal chondroma presenting as a subcutaneous mass in the thumb. Clin Imaging. 2001 Nov-Dec;25(6):432-4. doi: 10.1016/s0899-7071(01)00336-9. PMID: 11733159.