

ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΡΘΡΟΔΕΣΗ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟ – ΣΚΑΦΟ - ΣΦΗΝΟΕΙΔΟΥΣ, ΠΤΕΡΝΟΚΥΒΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΑΣΤΡΑΓΑΛΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ MUELLER – WEISS. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ



Κότσαπας Μιχαήλ, Γούτσιου Νεραντζούλα, Αναγνώστου Γρηγόριος, Βασιιάδης Ιωάννης, Παπανικολάου Πασχάλης, Παπαδάκης Μενέλαος, Ελευθερόπουλος Αλέξανδρος

Ορθοπαιδική Κλινική Γ. Ν. Νάουσας, Νάουσα Ημαθίας

Εισαγωγή/Σκοπός: Να αναφέρουμε περίπτωση ασθενούς με νόσο Mueller-Weiss, η οποία αντιμετωπίστηκε με αρθροσκοπική αρθρόδεση αστραγαλο – σκαφο – σφηνοειδους, πτερνοκυβοειδούς και υπαστραγαλικής άρθρωσης, καθώς και να αναφέρουμε τη χειρουργική τεχνική.

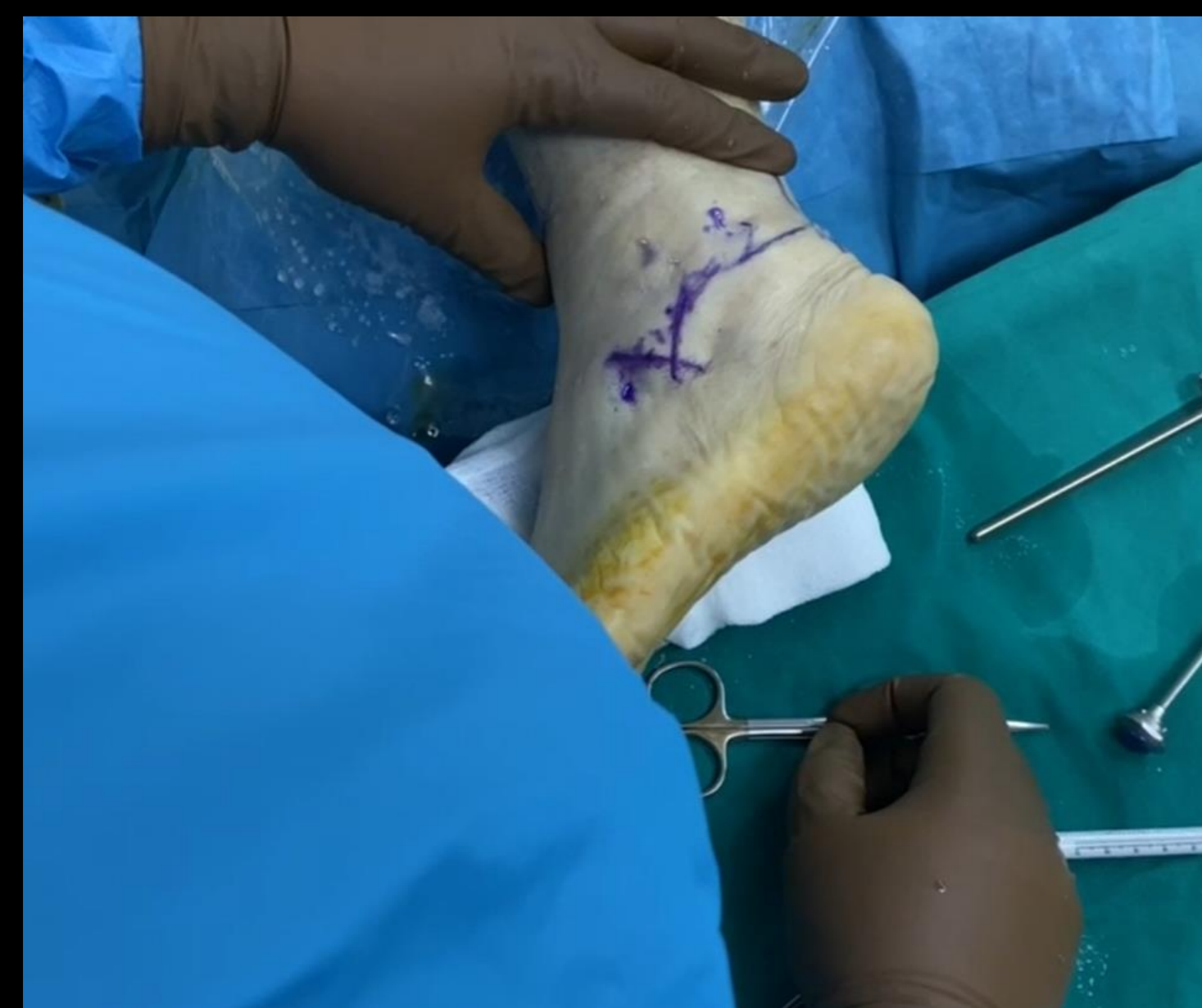
Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για θήλυ ασθενή 55 ετών, η οποία αναφέρει ως βασικό ενόχλημα το προοδευτικά αυξανόμενο άλγος του έσω χείλους του AP άκρου ποδός, το οποίο επιδεινώνεται μετά από πολύωρη ορθοστασία και βάδιση. Το άλγος επιδεινώνεται παρά την εφαρμογή της συντηρητικής αγωγής. Από τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώνεται οστεοαρθρίτιδα της αστραγαλοσκαφοειδούς αρθρώσεως ως αποτέλεσμα νόσου των Mueller-Weiss, με συνοδό διαταραχή του σχήματος του σκαφοειδούς (lateral collapse). Αναφορικά με την χειρουργική τεχνική, η ασθενής τοποθετείται σε πρηνή θέση, ενώ η εφαρμογή της ισχαιμίου περιόδου άπτεται της προτίμησης του χειρουργού. Μέσω δυο αρθροσκοπικών πυλών εκατέρωθεν του Αχιλλείου τένοντα και στο ύψος του άπω πέρατος του έξω σφυρού, διενεργείται αρθροσκόπηση του οπισθίου ποδός (Εικόνα 1). Μετά από ένα αρχικό καθαρισμό των μαλακών μορίων, διενεργείται αφαίρεση του χόνδρου της οπίσθιας αρθρικής επιφάνειας της υπαστραγαλικής. Μέσω δύο πλαγίων αρθροσκοπικών πυλών στο ύψος της άρθρωσης του Chopart (Εικόνα 2), πραγματοποιείται ο αντίστοιχος χειρισμός στην πτερνοκυβοειδή, στην αστραγαλοσκαφοειδή και στην πρόσθια και μέση αρθρική επιφάνεια της υπαστραγαλικής διά του ταρσιαίου κόλπου (Εικόνες 3,4,5). Μέσω ακτινοσκοπικής καθοδήγησης τοποθετούνται τρεις αυλοφόροι κοχλίες (υπαστραγαλική, πτερνοκυβοειδής, αστραγαλο-σκαφο-σφηνοειδής) για να επιτευχθεί η αρθρόδεση (Εικόνα 6). Μετά τη σύγκλειση των τραυμάτων τοποθετείται κυκλοτερής γύψος, ενώ το πρωτόκολλο αποκατάστασης προβλέπει έναρξη μερικής φόρτισης στους 2 μήνες μετεγχειρητικά και έναρξη πλήρους φόρτισης στους 3 μήνες μετεγχειρητικά

Αποτελέσματα: Η ασθενής αναφέρει βελτίωση των συμπτωμάτων με αύξηση του AOFAS Score από 52 σε 87. Τα ακτινολογικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στην εικόνα 8.

Συμπεράσματα: Η συγκεκριμένη τεχνική αποτελεί ένα αξιόπιστο όπλο στη φαρέτρα του χειρουργού με ικανοποιητικά κλινικά αποτελέσματα, ωστόσο είναι τεχνικά απαιτητική, ενώ η πάθηση είναι σχετικά σπάνια και το πλήθος των ασθενών που χειρουργούνται περιορισμένο, γεγονός που επηρεάζει την καμπύλη εκμάθησης.



Εικόνα 1 Hindfoot endoscopy



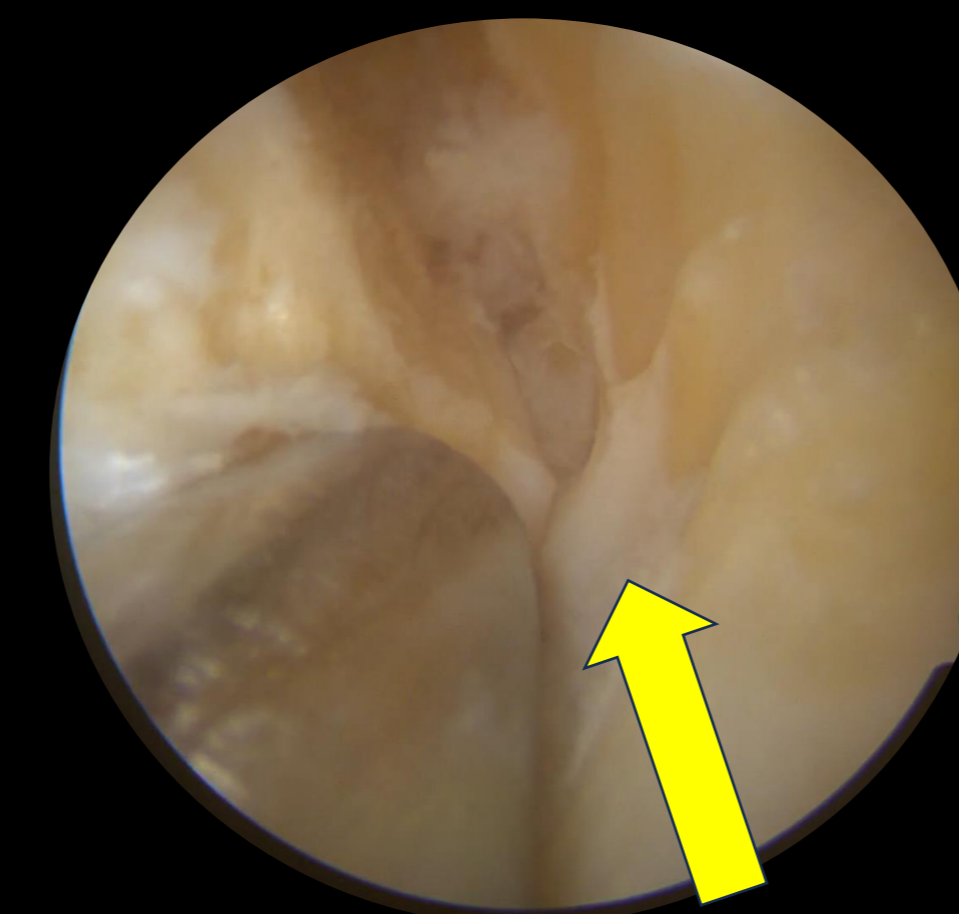
Εικόνα 2. Lateral Portals



Εικόνα 3. Subtalar debridement



Εικόνα 4. Calcaneocuboid



Εικόνα 5. Talonavicular



Εικόνα 6. Calcaneocuboid, talonaviculocuneiform and subtalar fusion



Εικόνα 7. Pre-op xrays



Εικόνα 8. Post-op xrays