

# Αμφοτερόπλευρη, διαφορετικού χρόνου εγκατάστασης ρήξη καταφυτικού τένοντα τρικεφάλου σε ασθενή με νεφρωσικό σύνδρομο. Παρουσίαση περιστατικού.

Ιωάννα Λιανού<sup>1</sup>, Βασίλειος Μουσαφείρης<sup>1</sup>, Θεόδωρος Μπούρας<sup>1</sup>, Ανδρέας Φιλιππίδης<sup>1</sup>, Χριστίνα Αραχωβίτη<sup>1</sup>, Ανδρέας Μπαϊκούσης<sup>1</sup>, Δημήτριος Ντουραντώνης<sup>2</sup>.

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

## Εισαγωγή

Η πλήρης ρήξη του καταφυτικού τένοντα του τρικεφάλου αποτελεί μια σπάνια κάκωση, που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1868 από τον Partridge και αποτελεί το 1% όλων των ρήξεων [1,2]. Εμφανίζονται κυρίως μεταξύ 30 και 50 ετών, με αναλογία ανδρών προς γυναίκών 3:2, ως αποτέλεσμα άμεσης πλήξης ή αιφνίδιας κάμψης του αγκώνα που βρίσκεται σε έκταση [3]. Μεταξύ των προδιαθεσικών παραγόντων για τη ρήξη του καταφυτικού τένοντα του τρικεφάλου περιλαμβάνονται οι συστηματικές παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η νεφρική οστεοδυστροφία και ο δευτερογενής υπερπαραθυρεοειδισμός, καθώς και χρόνιες παθήσεις του αγκώνα όπως η χρόνια θυλακίτιδα. Πρόκειται για συνοσυρρότητες που αυξάνουν και τον κίνδυνο επαναρρώσεως. 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 απόσπασση 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 22 ετών, με γνωστό ιστορικό νεφρωσικού συνδρόμου πρωτοδιαγνωσθέντος στην παιδική ηλικία, ο οποίος ελάμβανε μακροχρόνια αγωγή με κορτιζόνη, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μετά από αιφνίδιο άλγος δεξιού αγκώνα και αδυναμία δραστηριότητας. Από το παρελθόν ιστορικό προκύπτει η ίδια κάκωση στον ετερόπλευρο αγκώνα, η οποία και οδήγησε σε πλήρη ρήξη του καταφυτικού τένοντα του τρικεφάλου και τελικά αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με τελικά καλό λειτουργικό αποτέλεσμα που προέκυψε από προσεκτική αποκατάσταση.

Στην παρούσα κατάσταση, η φυσική εξέταση ανέδειξε ψηλαφητικό χάσμα στο σημείο της κατάφυσης του τένοντα του τρικεφάλου. Ωστόσο, η μυϊκή ισχύς του αγκώνα ήταν 4/5 και το άκρο ήταν νευραγγειακά άθικτο. Η αρχική διάγνωση συνέκλινε προς τη ρήξη του καταφυτικού τένοντα του τρικεφάλου. Ακολούθησε οστικός έλεγχος, όπου και αποκλείστηκε η ύπαρξη οστικού τεμαχίου ενδεικτικό αποσπαστικού κατάγματος (εικ.1) και η επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης (ολική ρήξη καταφυτικού τένοντα τρικεφάλου) έγινε με MRI.

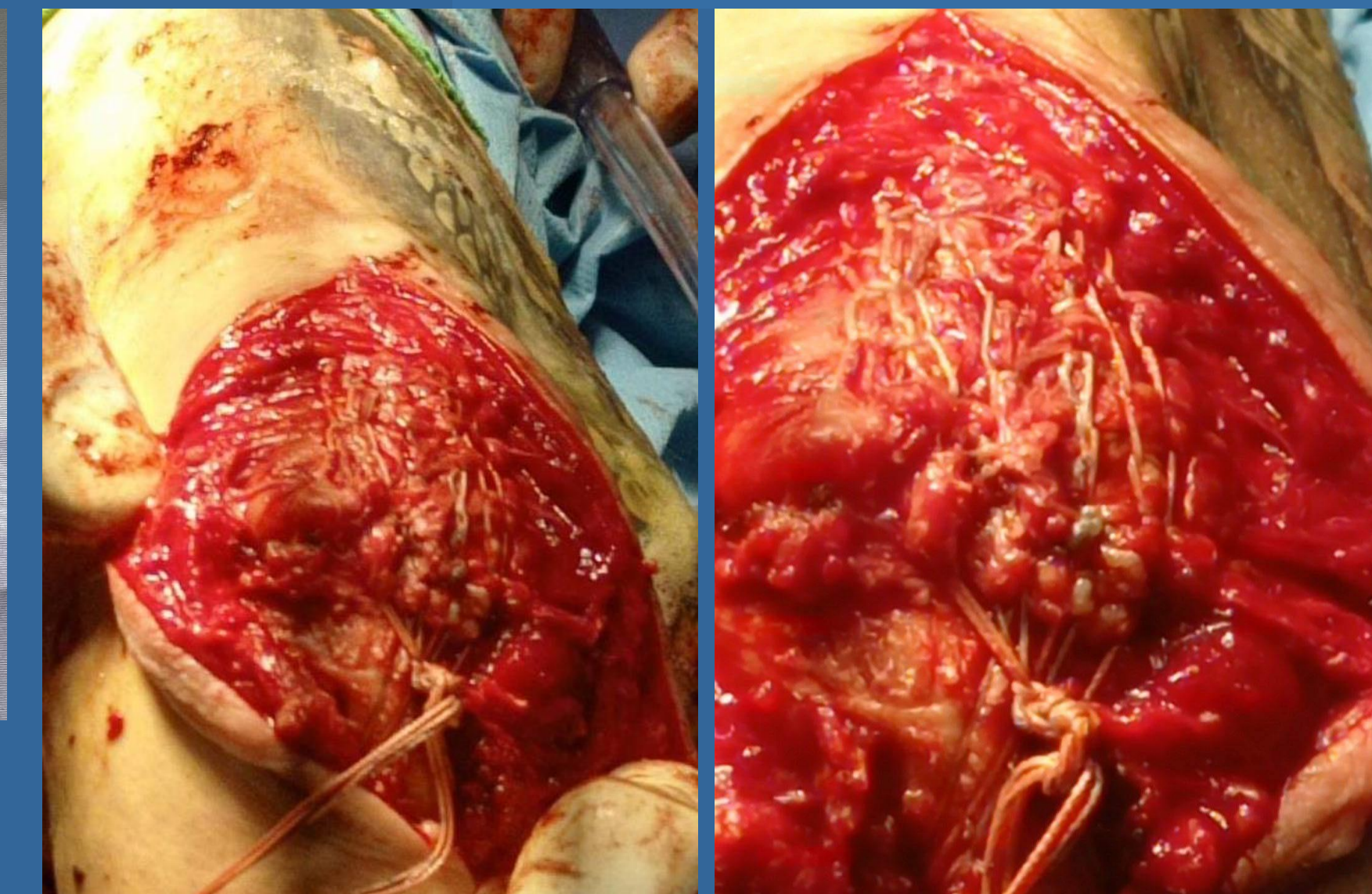


Εικόνα 1. προεγχειρητική ακτινογραφία αγκώνα face



Εικόνα 4. μετεγχειρητική ακτινογραφία αγκώνα f, p.

Η αντιμετώπιση της ρήξης έγινε με τη επανακαθήλωση του τένοντα στο ωλέκρανο. Συγκεκριμένα, μετά τον καθαρισμό και την νεαροποίηση των επιφανειών έγινε επανατοποθέτηση στην κατάφυση του με τεχνική double row (εικ. 2,3). Πραγματοποιήθηκε επιμελής αιμόσταση, ενώ δεν παρατηρήθηκαν μετεγχειρητικές επιπλοκές από το τραύμα ή ευμέγεθες αιμάτωμα. Ακολούθησε και ακτινολογική απεικόνιση (εικ.4). Πραγματοποιήθηκε ακινητοποίηση του αγκώνα σε έκταση με προοδευτική αύξηση της κάμψης. Το διάστημα αυτό της αποκατάστασης διήρκεσε τουλάχιστον 6 εβδομάδες και ο ασθενής ανέκτησε καλό λειτουργικό επίπεδο. Τελικά, ο ασθενής εμφανίζει πολύ καλά λειτουργικά αποτελέσματα στο εξάμηνο, με ικανοποιητικό ανώδυνο πλήρες εύρος κίνησης (εικ.5,6,7).



Εικόνες 2,3. τεχνική επανακαθήλωσης τένοντα τρικεφάλου. Διεγχειρητικές εικόνες.



Εικόνα 5,6,7. Εύρος κίνησης κατά την επανεξέταση στους 3 μήνες μετεγχειρητικά..

## Αποτελέσματα

## Συζήτηση

Η χρόνια νεφρική νόσος ειδικά στις περιπτώσεις αγωγής με κορτιζόνη αποτελεί παράγοντα κινδύνου που σχετίζεται με τη ρήξη του καταφυτικού τένοντα του τρικεφάλου ακόμη και μετά από ήπια δραστηριότητα. Συνεπώς, είναι σημαντική η προσεκτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση για ένα καλό αποτέλεσμα και την αποφυγή επαναρρώσεως.

## Συμπεράσματα

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)[4]. Κλειδί στην αποκατάσταση είναι η προοδευτική αύξηση του εύρους κίνησης, καθώς ο κίνδυνος επαναρρώσεως 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