

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΚΝΗΜΙΑΙΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΝ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΚΑΤΩ ΠΕΡΑΤΟΣ ΚΝΗΜΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΟΥ ΗΛΟΥ ΜΕ ΣΥΣΦΙΚΤΙΚΟΥΣ ΚΟΧΛΙΕΣ

Νικόλαος Παπαζώτος, Πέτρος Χριστακάκης, Ιωάννης Μουστακαλής, Μαργαρίτα Ντούρου, Μιχαήλ Λαλουδάκης, Παρασκευή Γεωργιάδου, Χρήστος Γαρνάβος

Εισαγωγή

Τα κατάγματα κνημιαίων κονδύλων σε συνδυασμό με κάταγμα του κάτω πέρατος της κνήμης σύστοιχα, είναι αρκετά σπάνια και η αντιμετώπιση τους αποτελεί μια πρόκληση. Στην εν λόγω εργασία παρουσιάζεται η εμπειρία μας και τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα από την αντιμετώπιση αυτών των καταγμάτων με την χρήση ενδομυελικού ήλου με συσφικτικούς κοχλίες.

Υλικό και Μέθοδος

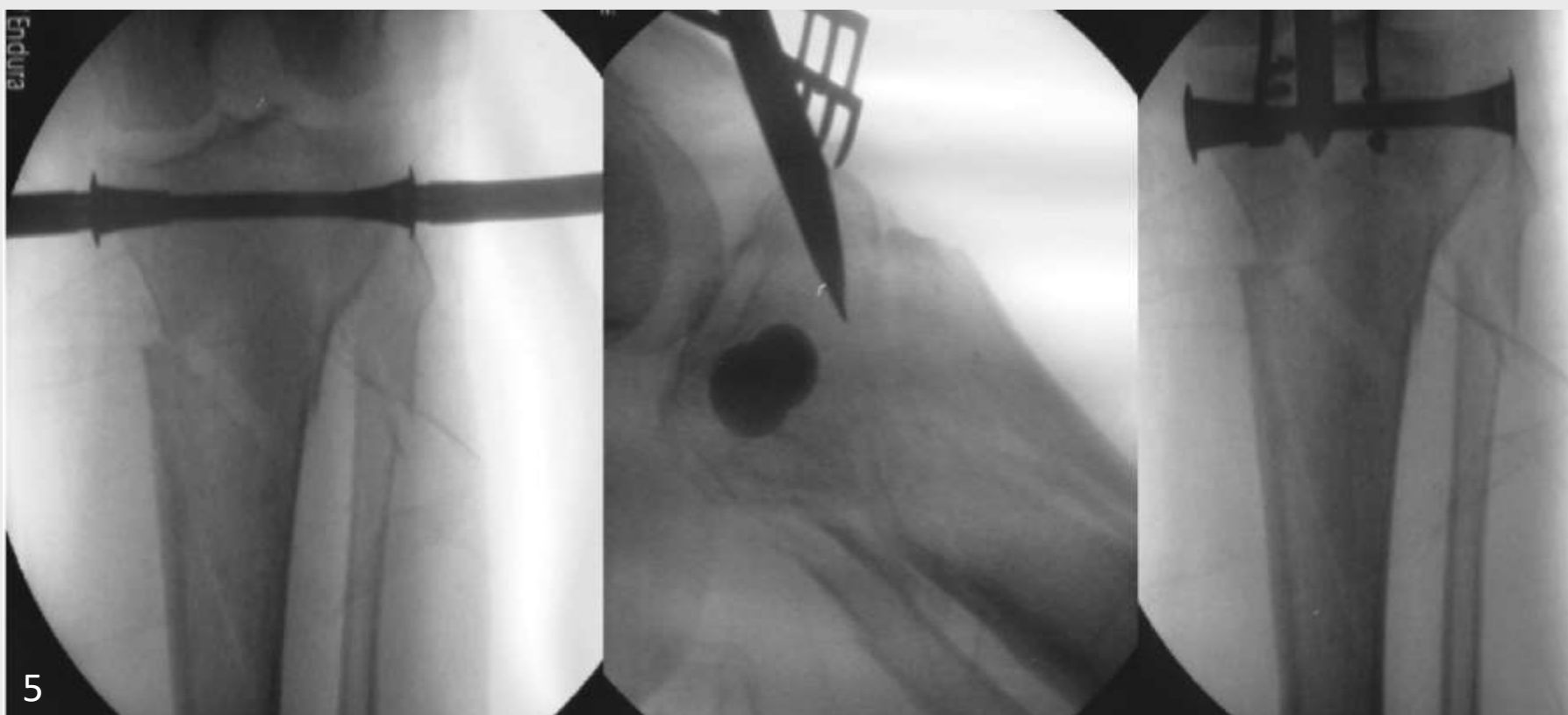
Συνολικά στην κλινική μας αντιμετώπισθηκαν 5 ασθενείς, άνδρες, μέσης ηλικίας τα 35 έτη την χρονική περίοδο 2019-2022. Τα κατάγματα των κνημιαίων κονδύλων ήταν δύο τύπου VI, ένα τύπου V και δύο τύπου II κατά Schatzker, ενώ τα κατάγματα του κάτω πέρατος κνήμης ήταν και τα πέντε τύπου 43-A(1-3) κατά ΑΟ. Για την παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας των ασθενών αξιολογήθηκαν: η πορεία της πόρωσης του κατάγματος με ακτινολογικό έλεγχο, το εύρος κίνησης της άρθρωσης του γόνατος καθώς και ο πόνος. Για την εκτίμηση της ποδοκνημικής χρησιμοποιήθηκε το AOFAS score.



Προεγχειρητικές ακτινογραφίες (εικ.1,2,3)



Προεγχειρητική αξονική τομογραφία με κάταγμα έξω κνημιαίου κονδύλου (εικ.4)



Διεγχειρητικές ακτινογραφίες από την τοποθέτηση του συσφικτικού κοχλία (εικ.5)



Μετεγχειρητική εικόνα του σκέλους (εικ.6)

Χειρουργική Τεχνική

Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση σε τραπέζι ηλώσεως με εφαρμογή σκελετικής έλξης από την πτέρνα, με το πάσχον μέλος σε κάμψη 15-20 μοιρών χωρίς τοποθέτηση ίσχιαιμου περιέδεσης. Η ανάταξη των καταγμάτων των κνημιαίων κονδύλων πραγματοποιείται διαδερμικά με λαβίδα ανατάξεως. Στην συνέχεια η ανάταξη συγκρατείται με την τοποθέτηση συσφικτικού κοχλία υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο, μετατρέποντας έτσι το ενδαρθρικό κάταγμα σε εξωαρθρικό, επιτρέποντας στην συνέχεια την ασφαλή διενέργεια της ενδομυελικής ήλωσης. Στις περιπτώσεις εμφύθινσης της αρθρικής επιφάνειας, έγινε ανακατασκευή αυτής υπό απεικονιστικό έλεγχο, μέσω οστικού παραθύρου. Χρησιμοποιήθηκαν αλλοιοσχεύματα (freeze dried) εμποτισμένα με συμπτωνώμενο μυελό των οστών, ληφθέντα από το σύστοιχο λαγόνιο οστό. Στην συνέχεια πραγματοποιείται υπερεπιγονατιδική προσπέλαση και γίνεται ενδομυελική ήλωση της κνήμης με κεντρικό και περιφερικό κλείδωμα με την κλασική τεχνική.

Αποτελέσματα

Η αντιμετώπιση των καταγμάτων των κνημιαίων κονδύλων σε συνδυασμό με κάταγμα του κάτω πέρατος κνήμης με την χρήση ενδομυελικού ήλου με συσφικτικούς κοχλίες, αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο με εξαιρετικά μετεγχειρητικά αποτελέσματα σε σύγκριση με την παραδοσιακή τεχνική της ανοικτής ανάταξης και εσωτερικής οστεοσύνθεσης με πλάκα και κοχλίες. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν πολύ μικρότερος σε σύγκριση με τη παραδοσιακή τεχνική. Επίσης δεν παρατηρήθηκε καμία επιπλοκή ή εν τω βάθει λοίμωξη των μαλακών μορίων. Δεν παρατηρήθηκε καμία νευραγγειακή βλάβη. Κανένας ασθενής δε χρειάστηκε να μεταγγιστεί διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Όλα τα κατάγματα είχαν πορωθεί πλήρως εντός εξαμήνου. Το παθητικό εύρος κίνησης του γόνατος των ασθενών ήταν μεγαλύτερο από 90 μοίρες κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και στην πρώτη επανεξέταση είχαν όλοι πλήρες εύρος κίνησης. Η φόρτιση του σκέλους δεν επετράπη για έξι εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς έξι μήνες μετεγχειρητικά βάδιζαν με πλήρη φόρτιση χωρίς υποστήριξη.



Άμεσα μετεγχειρητικές ακτινογραφίες (εικ. 7,8,9,10)



Μετεγχειρητικές ακτινογραφίες στους 4 μήνες (εικ. 11)



Πλήρες εύρος κίνησης στους 4 μήνες μετεγχειρητικά (εικ. 12, 13)